

Ситуационная задача №1

На каталке в сан. пропускник родильного отделения бригадой скорой медицинской помощи доставлена беременная Е, 25 лет. При осмотре обращает на себя внимание тотальное пропитывание темной кровью пижамных брюк и памперсной пеленки.

Жалобы на ноющие боли внизу живота, общую слабость, головокружение, обильные кровянистые выделения из половых путей со сгустками с 18 час. 30 мин. 15.09.2018. Настоящая беременность 2, на учете в ж/к состоит с 26 недель беременности), 1 беременность – 2016г роды срочные, патологические, кесарево сечение по поводу преэклампсии тяжелой степени тяжести, вес ребенка 2600,0, живой. Беременность протекала на фоне анемии легкой степени тяжести, принимала сорбифер. Общее состояние тяжелое. Нормостенического телосложения, удовлетворительного питания. Пациентка беспокойна, в сознании, адекватна, на вопросы отвечает правильно с некоторой задержкой. Кожные покровы и видимые слизистые резко бледные. Дыхание через нос свободное, в легких везикулярное. Деятельность сердца ритмичная, тоны приглушены. ЧСС 140 уд/мин., слабого наполнения, АД 90/60, 90/60 мм. рт. ст. (индекс Альговера 1,55), Т 36,5°C, ЧДД 30 в мин. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, симметричный, болезненный в нижних отделах, увеличен за счет беременной матки. Матка в гипертонусе, контуры её ровные, четкие, пальпация резко болезненная в области дна. Положение плода продольное, предлежит головка плода, над входом в малый таз. Шевеления плода не ощущает. Со слов пациентки околоплодные воды не отходили. СБ отсутствует (по монитору и УЗИ). Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физ. отправления не нарушены, мочевого пузыря не катетеризован. Отеков нет.

Р.У: влагалище узкое, заполнено сгустками крови разного диаметра, шейка матки - центрирована, длиной до 1,5 см., раскрытие маточного зева до 2 см. Определяется головка над входом в малый таз. Выделения обильные кровянистые со сгустками. Патологических образований и инфильтратов в полости малого таза нет. Мыс не достигим.

Реальный объем кровопотери до операции оценить не представляется возможным.

Ваш предварительный диагноз и объем кровопотери до операции?

Объем кровопотери 40% 1.5 литра

Беременность 2, Аборт в ходу?

Ситуационная задача №2

Через 10 минут после родов 3, срочных при беременности 7, 37 недель, при очередном наружном массаже матки из родовых путей одномоментно выделилось до 400 мл крови со сгустками. Общее состояние средней степени тяжести. Родильница в сознании. Кожа и видимые слизистые чистые, бледно-розовые. Дыхание везикулярное. ЧД – 18 в мин. Деятельность сердца ритмичная. ЧСС 120 уд/мин. АД 100/70 мм. рт. ст., ведется мониторинг витальных показателей. Живот мягкий, дно матки на 1 поперечный палец выше пупка, матка дряблая, с четкими контурами, при наружном массаже сокращается с последующим быстрым расслаблением, выделилось 300 мл крови со сгустками.

Ваш предварительный диагноз, тактика ведения? Беременность 8, роды 3, **раннее послеродовое гипотоническое маточное кровотечение**

Ситуационная задача №3

Жалобы на обильные кровянистые выделения из половых путей со сгустками, одномоментно выделилось до 300,0 мл жидкой крови со сгустками. Общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски. t тела 36,6°C. ЧДД до 17 в минуту. Дыхание над легкими везикулярное. Деятельность сердца ритмичная, тоны ясные. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 100 уд/мин, ритмичный.

Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счет беременной матки, соответственно сроку гестации. Положение плода продольное, предлежащая часть плода четко не пальпируется, головка у дна матки справа. Сердцебиение плода приглушено до 60 уд/мин (по монитору). Физ. отправления не нарушены

Р.У. при развернутой операционной произведено влагалищное исследование во влагалище алая кровь и сгустки крови до 400,0 мл, кровотечение продолжается. Шейка матки центрирована, мягкая, укорочена до 1,0 см., цервикальный канал пропускает 2см, за внутренним зевом, пальпируется плацентарная ткань.

Ваш предварительный диагноз, тактика родоразрешения?

Предлежание плаценты, оперативное родоразрешение путем КС

Ситуационная задача №4

Через 03ч 25м после родов срочных нормальных при наружном массаже матки из родовых путей одномоментно выделилось до 200 мл крови со сгустками. Кожа и видимые слизистые чистые, бледно-розовые. Дыхание

самостоятельное. ЧДД 17 в минуту. Деятельность сердца ритмичная. ЧСС 90 уд/мин. АД 120/70 мм. рт. ст. Индекс Альговера 1,0. Живот мягкий, безболезненный, дно матки на 1 поперечный палец выше пупка, матка дряблая, с четкими контурами, при наружном массаже сокращается с последующим быстрым расслаблением, выделено +100 мл крови со сгустками. Катетеризирован мочевого пузыря, моча по катетеру светлая, диурез 300,0 мл.

Выставлен диагноз: **Поднее(более 2 часов после родов) послеродовое гипотоническое маточное кровотечение.**

Какая тактика ведения? **Назначение утеротонических средств – окситоцин 10 ЕД на 400 физ р-ра в\в 10-15 мл\мин, 5 ЕД в\в струйно медленно,** инфузионная терапия – кристаллоиды 200% от кровопотери

Ситуационная задача №5

Роженица 12 часов находится в родах, возбуждена, жалуется на резко болезненные потуги, кровянистые выделения из половых путей. Потуги по 50 с. через 2-3 мин., слабые непродуктивные. Общее состояние средней степени тяжести. t тела 36,6°C. Кожные покровы чистые, бледно-розовые. Дыхание над легкими везикулярное. Деятельность сердца ритмичная, тоны ясные. АД 110/80 100/80 мм рт. ст. Ps 82 уд/мин, ритмичный. Матка приходит в тонус на 50 сек. через 3 мин., в виде «песочных часов». Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в м/таз. Симптом Вастена положительный. Контракционное кольцо на уровне пупка. Сердцебиение плода приглушено до 90 уд/мин. Отмечается примесь крови в моче.

PV: Влагалище емкое. Передняя губа шейки матки отечна, нависает, открытие маточного зева полное, осмотр резко болезненный. Предлежит головка, над входом в малый таз, при исследовании отталкивается, стреловидный шов в поперечном размере плоскости входа в малый таз. Мыс не достижим. Костных экзостозов и новообразований в малом тазу нет.

Ваш предположительный диагноз, тактика ведения?

Угрожающий разрыв матки, клинически узкий таз.??

Задача 1

Родильница Г., 20 лет, находится в послеродовом отделении: 1 сутки после родов. Беременность 1-я, протекала без осложнений. Роды 1 срочные, нормальные. Кровопотеря 150мл.

Объективно: кожные покровы розовые, чистые. Температура тела=36,8 ° С, PS=78 уд. в 1 мин, ритмичный, АД=120/80, 120/75 мм рт. ст. Молочные железы мягкие, соски чистые, выпуклые. При надавливании выделяется молозиво, ребенка кормит. Матка плотная, дно ее находится на 1 поперечный палец ниже пупка. Лохии кровянистые, умеренные. Мочеиспускание свободное. Стула не было.

Ваш диагноз? Тактика ведения?

Беременность 1-я, Роды 1 срочные, нормальные **Диагноз: нормальный послеродовой период, 1-е сутки. Тактика акушерки: наблюдение за родильницей соответственно алгоритму; проведение бесед по темам: «Гигиена и питание родильницы, естественное вскармливание, профилактика мастита». Помочь в уходе за ребенком. Рассказать о формах и методах подготовки женщины к послеродовому периоду, естественному вскармливанию. Рассказать о пользе естественного вскармливания, основных принципах.**

Задача 2

Родильница К., 18 лет, находится в послеродовом отделении: 3 сутки после родов. Роды 1 срочные, нормальные. Кровопотеря 150 мл.

Объективно: кожные покровы розовые, чистые. Температура тела=36,4 ° С, PS=76 уд. в 1 мин, ритмичный, АД=125/80, 120/70 мм рт. ст. Молочные железы в стадии нагрубания, безболезненные, соски чистые, выпуклые. При надавливании выделяется молоко, ребенка кормит. Матка плотная, дно ее находится на 3 поперечных пальца ниже пупка. Лохии кровянистые, умеренные. Мочеиспускание свободное. Стул был самостоятельный.

Ваш диагноз? Тактика ведения?

Диагноз: 3 сутки после родов. Речь идет о совершенно здоровой роженице, женщина не информирована о течении послеродового периода и уходе за ребенком. Роженица уходит домой и больше не сможет обращаться за консультацией к специалистам в любое время. Необходимо дать ей последние рекомендации по вопросам реабилитации в послеродовом периоде, обучить уходу за ребенком и информацию о том, куда она может обратиться в случае необходимости: ЖК, детская сестра и [педиатр](#). При выписке дать рекомендации по режиму, гигиене и питанию в домашних условиях, о рациональной нагрузке, о вскармливании, по профилактике послеродовых заболеваний, половой гигиене, [планированию семьи](#), уходу за ребенком, о здоровом образе жизни. Уборка палаты после выписки роженицы и ребенка по типу заключительной. Передать патронаж в [детскую поликлинику](#) и в женскую консультацию.

Задача 3.

Роженица Ш., 20 лет, 5 сутки после родов. Роды 1 срочные, нормальные.

Объективно: кожные покровы розовые, чистые. Температура тела=36,6 °С, PS=80 уд. в 1 мин, ритмичный, АД=110/70, 115/75 мм рт. ст. Молочные железы мягкие, соски чистые, выпуклые. При надавливании выделяется молоко, ребенка кормит. Матка плотная, дно ее находится на 4 поперечных пальца ниже пупка. Лохии кровянисто-серозные, умеренные. Мочеиспускание свободное. Стул в норме.

Ваш диагноз? Тактика ведения?

Диагноз: 5 сутки после родов. Речь идет о совершенно здоровой роженице. Необходимо дать ей рекомендации по вопросам реабилитации в послеродовом периоде и информацию о том, куда она может обратиться в случае необходимости: ЖК, детская сестра и педиатр.

Дать рекомендации по режиму, гигиене и питанию в домашних условиях, о рациональной нагрузке, о вскармливании, по профилактике послеродовых заболеваний, половой гигиене, планированию семьи, уходу за ребенком, о здоровом образе жизни.

Задача 4.

К акушерке ФАПа обратилась роженица 25 лет, 15 сутки после родов. Роды 2 срочные, нормальные. Жалоб нет.

Объективно: кожные покровы розовые, чистые. Температура тела=36,5 °С, PS=78 уд. в 1 мин, ритмичный, АД=120/80, 120/70 мм рт. ст. Молочные железы мягкие, соски чистые, выпуклые. При надавливании выделяется молоко. Ребенок находится на грудном вскармливании. Дно матки не определяется. Лохии серозные, умеренные. Стул, диурез без особенностей.

Ваш диагноз? Тактика ведения?

Физиологические роды, Акушерке необходимо провести специальное гинекологическое исследование: при осмотре в зеркалах обратить внимание на состояние шейки матки, лохии, взять мазок из влагалища и шейки матки на микрофлору.

Речь идет о совершенно здоровой роженице. Необходимо дать ей рекомендации по вопросам реабилитации в послеродовом периоде и информацию о том, куда она может обратиться в случае необходимости: ЖК, детская сестра и педиатр.

Дать рекомендации по режиму, гигиене и питанию в домашних условиях, о рациональной нагрузке, о вскармливании, по профилактике послеродовых заболеваний, половой гигиене, планированию семьи, уходу за ребенком, о здоровом образе жизни.

Задача 5.

Родильница К., 22 лет, 6 сутки после родов. Роды 1 срочные, нормальные.

Объективно: кожные покровы розовые, чистые. Температура тела=36,2 ° С, PS=82 уд. в 1 мин, ритмичный, АД=115/70, 115/75 мм рт. ст. Молочные железы мягкие, соски чистые, выпуклые. При надавливании выделяется молоко, ребенка кормит. Матка плотная, дно ее находится на 5 поперечных пальцев ниже пупка. Лохии кровянисто-серозные, умеренные. Мочеиспускание свободное. Стул в норме.

Ваш диагноз? Тактика ведения?

Диагноз: 6 сутки после родов. Речь идет о совершенно здоровой родильнице. Необходимо дать ей рекомендации по вопросам реабилитации в послеродовом периоде и информацию о том, куда она может обратиться в случае необходимости: ЖК, детская сестра и педиатр.

Дать рекомендации по режиму, гигиене и питанию в домашних условиях, о рациональной нагрузке, о вскармливании, по профилактике послеродовых заболеваний, половой гигиене, планированию семьи, уходу за ребенком, о здоровом образе жизни.

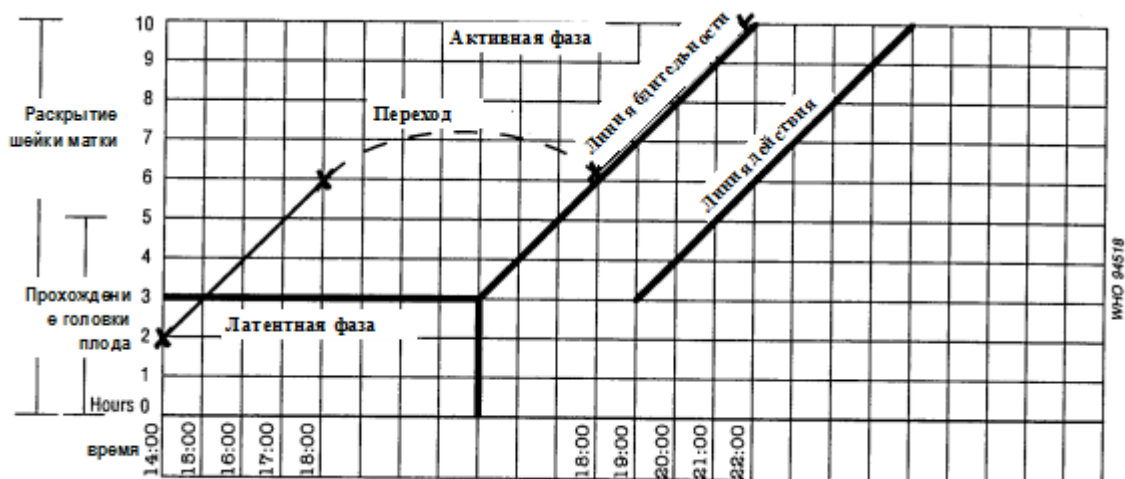
Задача 1

В родильный дом поступила первобеременная 21 года с жалобами на потуги появившиеся в карете скорой помощи 5 минут назад. Схватки начались 8 часов назад, воды отошли 4 часа назад. Температура - 36.5°C. Пульс - 76 в минуту. Размеры таза: 25-28-30-21 Положение плода продольное, передний вид. При влагалищном исследовании – головка плода на тазовом дне. Сердцебиение плода - 110 в минуту, ритмичное.

- 1) Ваш диагноз? **Беременность 1 Роды 1, 2 период родов**
- 2) Как Вы можете оценить состояние плода? **Начавшаяся гипоксия плода**
- 3) Что делать? **Срочное родоразрешение с помощью акушерских щипцов**

Задача 2

На партограмме отображено раскрытие шейки матки.



Согласно представленным данным в условии упражнения имеем следующее:

- Время поступления в родильное отделение - 14:00 часов, раскрытие шейки - 2 см.
- 18:00 часов - раскрытие шейки - 6 см - активная фаза.
- 22:00 часа раскрытие шейки матки - 10 см.

Вопросы:

Сколько раз было проведено вагинальное обследование? **3 раза**

Как долго длился первый период родов в роддоме?

Латентная фаза 5-6 ч(макс)-8ч

Активная фаза длится до полного открытия шейки матки(10см) 4ч

ЗАДАЧА №1

Роженица А. 25 лет, поступила в родильное отделение с родовой деятельностью, длящейся 10 часов и отошедшими околоплодными водами 5 часов назад. Данная беременность 1-я, 40 недель. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Пульс 80 уд. в мин ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80, 115/80 мм рт. ст. Схватки через 4-5 мин до 30-35 сек малой интенсивности. Положение плода продольное, над входом в малый таз определяется мягкая, крупная, не баллотирующая часть. Сердцебиение плода глухое, ритмичное, 160 уд. в мин. Окружность живота 90 см, высота стояния дна матки 30 см. Подтекают околоплодные воды зеленоватого цвета. Размеры таза: 24-27-29-19 см. При влагалищном исследовании определяется сглаженная шейка матки, края ее тонкие. Раскрытие маточного зева на 4,5 поперечных пальца (9 см). Околоплодного пузыря нет. Предлежит мягкая часть плода и мелкая часть плода с короткими пальчиками в узкой части полости малого таза. Диагональная конъюгата 12 см.

Ваш предварительный диагноз?

Беременность 1(40 нед) Роды 1, 1 период родов активная фаза, **неполное ножное предлежание**, (ягодицы и ножка, мелкая часть с короткими пальчиками) общеравномерносуженный таз

ЗАДАЧА №2

Роженица Н. 30 лет, поступила со схваткообразными болями внизу живота, длящиеся 9 часов, воды отошли 4 часа назад. Беременность 2, доношенная. В анамнезе 1 медаборт и бесплодие в течение 7 лет после этого. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 38,6°C. Пульс 80 уд. в мин ритмичный. АД 130/80, 130/70 мм рт.ст. (исходное 100/60, 100/50). Окружность живота 119 см. Высота стояния дна матки 42 см, схватки через 5-6 мин до 30-35 сек. Положение плода продольное, над входом в малый таз определяется мягкая, крупная, не баллотирующая часть плода, позиция I. Сердцебиение плода ритмичное, приглушенное, 160 уд. в мин. Определяется пастозность на голенях. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, края ее толстые, раскрытие маточного зева на 2 п/пальца. Плодного пузыря нет. Определяется мягкая предлежащая часть, посредине бороздка. Диагональная конъюгата 12,45 см.

Ваш диагноз и тактика ведения родов?

Беременность 2, Роды 1,1 период родов, латентная фаза???

ЗАДАЧА №3

Повторнородящая М. 26 лет, поступила в родильное отделение через 12 часов от начала регулярной родовой деятельности с доношенной беременностью. Предыдущие роды 2 рода назад прошли нормально. Общее состояние роженицы удовлетворительно. АД 110/80, 110/75 мм рт.ст. Окружность живота 99 см., высота стояния дна матки 35 см. Размеры таза: 25-27-30-20 см. Положение плода продольное. Над входом в малый таз определяется подвижная, крупная, неправильной формы предлежащая часть. В области дна матки пальпируется крупная, плотная, округлой формы, баллотирующая часть плода. Сердцебиение плода определяется справа выше пупка, ясное, ритмичное, 132 уд. в мин. Схватки интенсивные, через 3 мин. продолжительностью 40 сек в Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, открытие шейки полное. Во время исследования отошли околоплодные воды интенсивно окрашенные меконием. Предлежит объемистая мягковатая часть плода. При исследовании на предлежащей части определяется бороздка в правом косом размере.

Ваш диагноз и тактика ведения родов Бер 2, роды 2, чисто ягодичное предлежание, роды через естественные родовые пути

ЗАДАЧА №4

Повторнородящая С. 25 лет, поступила в родильное отделение с регулярными схватками начавшимися 8 часов назад. Воды отошли 2 часа назад. В анамнезе I норм. роды. Размеры таза: 26-26-31-21 см. Окружность живота 88 см., высота стояния дна матки 34 см. Положение плода продольное, предлежит мягкая, неправильной формы часть плода. Плотная, округлой частью у дна матки. Сердцебиение 160 уд. в мин., приглушенное. Отошли окрашенные меконием воды. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена. Открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. При исследовании подтекают околоплодные воды, окрашенные меконием. Предлежат стопы плода. Мыс недостижим из-за глубоко вставленной предлежащей части.

Ваш диагноз? Берем 2, роды 2, **Плоскорихитический таз**

ЗАДАЧА №5

Роженица Д. 25 лет, с активной родовой деятельностью, в течение 4 часов. Беременность 3. доношенная. Родов I, аборт I, T - 36,4°C. Пульс 76 уд. в мин. удовлет., ритмичный. АД 130/80, 120/70 мм рт.ст. Размеры таза: 26-29-31-21 см. Окружность живота 98 см., высота стояния дна матки 35 см. Положение плода продольное, в области дна матки определяется плотная, шаровидная, баллотирующая часть плода. Над входом в малый таз прощупывается крупная, не баллотирующая, мягкая часть плода. Сердцебиение плода слева выше пупка, 170 уд. в мин, тоны приглушены. Отошли околоплодные воды, окрашенные меконием, начались потуги. В полость малого таза опустилась предлежащая часть. Влагалищное исследование: влагалище емкое, шейка матки сглажена, открытие полное. Ягодицы в широкой части полости малого таза, межягодичная линия в правом косом размере. Впереди ягодиц справа определяется петля пуповины.

Ваш диагноз? **Бер 3, Роды 1, 1 позиция, задний вид, ягодичное предлежание, выпадение пуповины**

1. В гинекологическое отделение обратилась больная С., 20 лет, с жалобами на тянущие боли внизу живота и поясничной области, «задержку» менструации на 3 недели. Вышеперечисленные жалобы возникли при падении с высоты. При осмотре в зеркалах: шейка матки цианотичная; при влагалищном исследовании: матка несколько увеличена, размягчена.

1) Ваш диагноз? **Беременность**

2) Какие из перечисленных данных подтверждают ваш диагноз? «задержку» шейки матки цианотичная; при влагалищном исследовании: матка несколько увеличена, размягчена. менструации

3) Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза? **Определение бета ХГЧ**

4) Что послужило причиной возникшего осложнения?

5) Ваша тактика ведения? **Сохраняющая терапия?**

2. В родильное отделение обратилась перво беременная Р., 26 лет, в сроке беременности 32 недели с жалобами на тянущие боли внизу живота. При наружном акушерском исследовании определяются у дна и над входом в малый таз объемные образования, не баллотирующие, мягковатой консистенции. При аускультации выявлено 2 зоны сердцебиения: выше пупка слева ясное ритмичное 140 уд. в 1 минуту, на уровне пупка справа 136 уд. в 1 минуту. Матка периодически приходит в тонус. Влагалищно: шейка матки центрирована, укорочена до 2 см, наружный зев цервикального канала закрыт, через своды определяется мягковатое, объемное образование.

1) Ваш предполагаемый диагноз? **Многоплодная беременность**

2) Ваша тактика ведения?

3) Укажите метод разрешения? **Родоразрешение путем КС(тазовое предлежание первого плода)**

3. В родильное отделение поступила 30.10.14. повторно беременная В., 32 лет, с жалобами на снижение массы тела на 2 кг, выделение молока из сосков. Последняя менструация 01.01.14. На учете в женской консультации не состояла. Родовой деятельности нет. Околоплодные воды не отходили. Влагалищно: шейка матки до 2 см длиной, плотная, наружный зев цервикального канала закрыт. При УЗИ определяется в полости матки 1 плод, сердцебиение плода до 148 уд. в 1 минуту, ритмичное, карман свободной жидкости 2,5 см, 3 степень зрелости плаценты, в плаценте кальцификаты.

1) Ваш диагноз? Обоснуйте. **Переношенная беременность**

2) Интерпретируйте данные УЗИ. **Признаки маловодия**

3) Ваша тактика. **Подготовка родовых путей (антигестагены, или простаглантин Е2), роды через Естественные родовые пути.**

Задача 1.

В родильное отделение бригадой скорой помощи доставлена беременная А., 29 лет, с жалобами на нерегулярные ноющие боли внизу живота, головные боли.

Настоящая беременность I. Состоит на «Д» учете по поводу беременности с 6 недель. Беременность протекала с явлениями угрозы самоаборта в сроке 11-12 недель и угрозы преждевременных родов в сроке 28 - 29 недель.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. Язык влажный. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Т - 36,7 °С, пульс - 76 ударов в минуту; АД - 140/90 мм рт. ст. - 150/100 мм рт. ст. Живот увеличен за счет беременной матки. Положение плода продольное. Предлежит головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода до 130 ударов в минутуприглушено, ритмичное. Отеки голеней и стоп. Стул и диурез в норме.

Для выяснения акушерской ситуации произведено влагалищное исследование. PV: Влагалищненерожавшей. Шейка матки до 3 см, отклонена кзади. Наружный зев пропускает кончик пальца. Предлежит головка плода. Околоплодные воды целы.

Срок беременности по менструации: 35 - 36 недель, по данным УЗИ - 33-34 недели.

Ваш диагноз и план ведения беременности и родов.

Бер 1 . 33-34 нед , роды 1, Преэклампсия легкой степени, преждевременные роды, срочное родоразрешение путем КС магнезиальная терапия, профилактика рдсп

Задача 2.

У роженицы В., 30 лет, находящейся в первом периоде родов в течение 6-ти часов зарегистрирован эпизод брадикардии плода до 90 ударов в минуту. Схватки по 30 секунд через 2-3 минуты.

Настоящая беременность I. Состоит на «Д» учете по поводу беременности с 12 недель. Беременность протекала с явлениями угрозы самоаборта в сроке 6-7 недель. В анамнезе - хронический пиелонефрит с детства.

Общее состояние удовлетворительное. Т - 36,6 °С, АД - 120/80 мм рт. ст., пульс - 78 ударов в минуту. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, розовые. Язык влажный. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот увеличен за счет беременной матки. Положение плода продольное. Предлежит головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода до 80-90 ударов в минутуглухое, аритмичное. Отеков нет. Стул и диурез в норме.

Для выяснения акушерской ситуации произведено влагалищное исследование. PV: Влагалищненерожавшей. Шейка матки сглажена, края толстые, ригидные, открытие маточного зева - 8 см. При исследовании вскрылся плодный пузырь, излились околоплодные воды, окрашенные меконием. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигим.

Срок беременности по менструации: 38 - 39 недель, по данным УЗИ - 38-39 недель.

Ваш диагноз и план ведения родов.

БЕр 1,38-39 нед, Роды 1,1 период родов, активная фаза, дистресс плода.

ЗАДАЧА № 1

Больная А., 30 лет, доставлена в гинекологическое отделение по поводу маточного кровотечения, которое возникло 2 дня назад после задержки менструации на 2 месяца. Сначала кровотечение носило обильный характер, через 2 часа отошел крупный "сгусток", затем интенсивность кровотечения уменьшилась. За медицинской помощью не обращалась. Через сутки больная ощутила слабость, постоянные боли внизу живота, подъем температуры тела до 38°C.

0.3. Шейка матки чистая. Цервикальный канал зияет. В отверстии виднеется ткань, красно-фиолетового цвета, верхняя часть которой уходит в полость матки. Выделения кровянистые, умеренные. Р.У. Матка округлой формы, мягкая болезненная при исследовании, увеличена до 7-8 нед. беременности, в антефлексию, придатки не увеличены, безболезненны.

1. Какой предварительный диагноз? **Неполный аборт**
3. Ваша дальнейшая тактика **выскабливание полости матки, возмещение кровопотери**

ЗАДАЧА № 2

Больная М., 30 лет, доставлена машиной скорой помощи в гинекологическое отделение с обильным маточным кровотечением. В течение последних 3-х дней больная чувствовала тупую ноющую боль внизу живота и в пояснице. Час назад боль усилилась, приняла схваткообразный характер, появилось кровотечение. Менструации с 12 лет нормальные. Последняя менструация 3 месяца назад. Имела одни срочные роды и 2 медицинских аборта. 0.3. Влагалище заполнено сгустками крови, после удаления которых видна шейка матки цилиндрической формы, синюшной окраски. Из цервикального канала выпячиваются оболочки и кусочек ткани красного цвета. Р.У. Канал шейки матки свободно пропускает палец. Матка увеличена до размеров головы новорожденного, округлой формы, мягкой консистенции, в антефлексии не болезненная, подвижная. Придатки не увеличены, безболезненные. Выделения кровянистые, обильные.

1. Какой предварительный диагноз? **Аборт в ходу**
2. Какие диагностические признаки подтверждают диагноз?
3. Какие лабораторные исследования необходимы в первую очередь? **Бета ХГЧ**
4. Ваша лечебная тактика. **Выскабливание полости матки, этамзилат, антибактериальная терапия**

ЗАДАЧА № 3

Беременная В., 24 лет, поступила в отделение патологии беременности с жалобами на тянущую боль внизу живота и в пояснице. Кровянистые выделения из половых путей отсутствуют. Два дня назад после переутомления на работе больная почувствовала ноющую боль в животе, которая вскоре прекратилась и возобновилась через 2 дня. Менструации с 13 лет, обычные. Последняя менструация - 4 месяца назад. Беременность IV, первые три закончились самопроизвольным абортom на 14-й, 16-й и 20-й неделе.

При обследовании в женской консультации в крови установлен резус-положительный фактор, токсоплазмоз, листериоз, бруцеллез и сифилис отсутствуют. Последнее посещение женской консультации в сроке 14 нед. Влагалищное обследование: влагалище нерожавшей женщины, шейка матки укорочена, цервикальный канал свободно пропускает палец. Матка увеличена соответственно 16-й недели беременности, мягковатой консистенции, округлой формы. Придатки без особенностей. Выделения слизистые.

1. Ваш предварительный диагноз. **ИЦНУгрожающий аборт**
2. Каковы возможные причины возникшего осложнения? **АФС, генетические факторы, гипотиреоз**
3. Какие методы лечения нужно применить в описанной ситуации? **Хирургическая коррекция – кесарев срез по мак дональду**

ЗАДАЧА № 4

В клинику поступила беременная С, 23 лет, с жалобами на тянущую боль внизу живота и в поясничной области, общее недомогание. Заболела 2 месяца назад, когда после перенесенного гриппа была госпитализирована в отделение патологии беременности с явлениями начинающегося аборта при беременности сроком 12 недель. Выписалась после прекращения кровянистых выделений, однако периодически продолжали беспокоить ноющие боли внизу живота, тошнота, снижение работоспособности, размягчение и уменьшение молочных желез, отсутствие шевеления плода.

Менструации с 13 лет, нормальные. Последняя менструация 5 месяцев назад. Реакция Вассермана отрицательная, показатели крови и мочи нормальные. Кровь - резус-положительная. Наружные половые органы развиты правильно. о.Э. Шейка матки цилиндрической формы, чистая, выделения слизистые. Р.V. Матка в антефлексии, грушевидной формы, жестоватой консистенции по величине соответствует 13 нед. беременности, подвижная, безболезненная. Придатки - без особенностей.

1. Ваш предварительный диагноз **Замершая берем?**
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.

3. Какие самые информативные дополнительные методы исследования в данном случае?
4. Какова Ваша врачебная тактика?

ЗАДАЧА №5

Первородящая, беременная У., 24 лет поступила в родильный дом для родоразрешения 16 февраля предыдущего года. Жалоб не предъявляет. Данная беременность первая. Менструации с 16 лет, установились через год, нерегулярные, скудные. Последняя менструация 19 апреля. Замужество в 20 лет, контрацептивными средствами не пользовалась. Положение плода в матке продольное, головное, 1 позиция. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 168 ударов в минуту.

Влагалищное исследование: Влагалище нерожавшей. Шейка матки длиной 1 см, мягкая, цервикальный канал пропускает 2 см, плодный пузырь цел, вялый. Пальпируются плотные кости черепа плода. Мыс не достигается.

1. Ваш предварительный диагноз. **Бер 1, Роды 1, Положение плода в матке продольное, головное, 1 позиция, 1 период родов, латентная фаза, переносная беременность**
2. Какая Ваша акушерская тактика? **Амниотомия**

ЗАДАЧА № 6

Беременная М., 27 лет, поступила в отделение патологии беременных с жалобами на отхождение околоплодных вод из половых путей два часа назад, появление тянущих болей внизу живота, незначительных кровянистых выделений из половых путей. Соматически здорова. Резус фактор положительный. Менструации с 12 лет, установились сразу, безболезненные, регулярные. Последняя менструация 5 месяцев назад. В 18 летнем возрасте перенесла прерывание беременности в позднем сроке /в 20-21 неделю/. В 20 и 21 год - медицинские аборт в сроках 10 и 12 недель беременности.

0.3. Шейкаматки - синюшного цвета, деформирована, гипертрофирована. Цервикальный канал зияет, из него - скудные мажущиеся кровянистые выделения. .

Р.У. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки длиной 2 см, мягкая, со следами старых разрывов. Цервикальный канал пропускает 2 см. За ним определяются мелкие части плода. Матка увеличена до 19-20 недель беременности, подвижная, безболезненная, периодически приходит в тонус.

1. Какой Ваш предварительный диагноз? **Преждевременные роды?????**
2. Какая причина возникновения осложнения беременности?

3. Какова Ваша тактика.

1) Беременная N., 19 лет, срок гестации 18 недель, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на снижение аппетита, общую слабость, тошноту, рвоту до 7 раз в сутки и боли в эпигастрии. Отмечается снижение рефлексов. При биохимическом анализе крови отмечается гипербилирубинемия за счет прямой фракции, гипопротеинемия и гипофибриногенемия. На УЗИ печени отмечается увеличение размеров и кровоизлияние в печень.

Какой диагноз можно выставить?

Ранние гестозы: умеренная рвота беременных(2ст), жировая дистрофия печени

Какова тактика ведения беременной?

2) Первороберенная М. 29 лет, срок гестации 39 недель, предъявляет жалобы на головную боль, мелькание мошек перед глазами, боль за грудиной. АД 160/110 и 165/115 мм рт.ст.. Белок в моче 3г/л. Нижние конечности отечны. Сердцебиение плода ясное ритмичное 155 в 1 минуту.

Какой диагноз можно выставить? **Тяжелая преэклампсия**

Какова тактика ведения беременной?

3) Беременная К. была доставлена из дому в родильный санпропускник в относительно удовлетворительном состоянии. АД 140/100 мм рт.ст., в анализе мочи белок 0,5 г/л. Отмечается постозность голеней и стоп..

Какой диагноз можно выставить? **Поздний гестоз: Триада Цайтенгейстера-отеки,протеинурия,гипертензия**

Какова степень тяжести процесса?

Какова тактика ведения беременной?

Задача 1.

Бригадой скорой помощи в родильное отделение доставлена роженица Б., 27 лет. Возбуждена, жалуется на выраженные боли внизу живота. Настоящая беременность I, на диспансерном учете в женской консультации не состояла. При осмотре: живот увеличен в объеме беременной маткой соответственно сроку доношенной беременности, матка в гипертонусе, имеет форму «песочных часов», болезненная при пальпации. СБ плода глухое, 80-110 ударов в минуту, выслушиваются аритмии. РВ: раскрытие маточного зева полное, края отечны, плодный пузырь отсутствует, подтекают околоплодные воды окрашенные меконием, предлежит головка, на которой определяется родовая опухоль. Признак Вастена положительный.

Ваш диагноз и тактика ведения родов?

Угрожающий разрыв матки. Клинически узкий таз.

Задача 2.

Роженица С., 30 лет, находится во II периоде родов. Потуги активные, частые. На высоте одной из потуг роженица пожаловалась на резкие головные боли, появление «сетки» и мелькание «мушек» перед глазами, возник приступ клонико - тонических судорог. Зарегистрировано АД 220/120 мм рт. ст. При внутреннем акушерском исследовании определено: головка в узкой части полости малого таза, стреловидный шов в правом косом размере. СБ плода глухое, 80 ударов в минуту.

Ваш диагноз и дальнейшая тактика ведения родов? **Эклампсия**

Задача 3.

В родильное отделение доставлена роженица М., 40 лет, доставлена родственниками в родильный дом в бессознательном состоянии. Настоящая беременность X, предстоящие роды III. На диспансерном учете в женской консультации не состояла. Со слов родственников роды начались дома, через 4 часа отошли светлые околоплодные воды, начались сильные потуги. Внезапно схватки и потуги прекратились, появились выраженные боли внизу живота, больше слева, которые усиливались при перемене положения тела. При транспортировке в родильный дом роженица потеряла сознание. Объективно: родовой деятельности нет, бледность кожных покровов и слизистых, АД – 90/60 мм рт. ст., ps – 100 ударов в минуту, слабого наполнения. Живот вздут, при пальпации под брюшной стенкой определяется спинка плода и неясно мелкие части, роженица реагирует на осмотр. Предлежит головка. СБ плода не выслушивается. Выделения из половых путей кровянистые, скудные.

Ваш диагноз и дальнейшая тактика ведения родов? **Свершившийся разрыв матки, лапаротомия, извлечение плода, экстирпация**

Задача 4.

В родильное отделение поступила роженица Т., 29 лет. Беспокойна, жалуется на выраженные боли внизу живота. Настоящая беременность V, 31-32 недели, предстоящие роды III. На «Д» учете не состояла, не обследована. Со слов пациентки околоплодные воды отошли 5 часов назад, появились

регулярные схватки. Объективно: матка увеличена соответственно сроку беременности, неправильной формы, растянута в поперечном направлении, выраженный гипертонус, область нижнего сегмента перерастянута, болезненна при пальпации. Предлежащая часть четко не пальпируется. СБ плода не прослушивается. РV: влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, края плотные, раскрытие маточного зева 8 см. Плодный пузырь отсутствует. Во влагалище определяется плечико и выпавшая ручка плода синюшного цвета.

Ваш диагноз и дальнейшая тактика ведения родов? **Бер 5 31-32 нед, преждевременные роды, поперечное положение плода, антенатальная гибель плода**

Задача 5.

Во II периоде родов у роженицы П., 24 лет, отмечена упорная вторичная слабость родовой деятельности. Потуги короткие, малопродуктивные. Проводится стимуляция родовой деятельности в/в капельным введением окситоцина – без видимого эффекта. СБ плода приглушено, ритмичное, 100 ударов в минуту. При внутреннем акушерском исследовании определено: головка в узкой части полости малого таза, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок слева кпереди.

Ваш диагноз и дальнейшая тактика ведения родов?

Дисстесс плода, акушерские щипцы

Задача 1. Беременная Н. доставлена бригадой скорой помощи в родильное отделение с жалобами на кровянистые выделения со сгустками из половых путей, постоянные схваткообразные боли внизу живота. Данная беременность I. Состоит на учете в женской консультации с 16-17 недель беременности. Находилась на стационарном лечении по поводу угрозы позднего самоаборта в 19-20 и 20-21 нед. По данным УЗИ в 21 и 24 нед. участок расслоения оболочек 72x13 мм с межоболочечной гематомой и признаками организации.

Общее состояние средней степени тяжести. В сознании. Пульс – 100 уд. в мин.; АД – 100/60 мм. рт. ст. Температура – 36,9 °С. Кожные покровы чистые, бледно-розовые. Язык чистый, влажный. Живот увеличен за счет беременной матки до 39 недель беременности. ВДМ – 35 см, ОЖ – 92 см. Гипертонус матки. Положение плода продольное. Предлежит головка, над входом в малый таз. Сердцебиение плода: до 90 ударов в минуту, приглушено, аритмии. Выделения из половых путей кровянистые, обильные. Диурез до 30 мл в час.

При развернутой операционной выполнено влагалищное исследование: при осмотре отошли околоплодные воды в умеренном количестве, окрашенные кровью и

выделилось до 300 мл свежей и в сгустках крови. Шейка матки центрирована, укорочена до 0,5 см., зев открыт до 3 см, предлежит головка плода.

Размеры таза: 25-27-30-20. Общая кровопотеря 1000 мл.

Обследована: в общем анализе крови: Нв-84 г/л; эр – $2,7 \times 10^{12}$; L – $10,6 \times 10^9$; сверт. - 4'30"-4'45", гематокрит – 0,32

Тест белого пятна: 3 сек.

Ваш диагноз и дальнейшая тактика ведения? **Кровопотеря средней степени тяжести?**

Задача 2. В родильное отделение поступила роженица Р. с доношенной беременностью и жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей, периодические схваткообразные боли внизу живота. Данная беременность IX, предстоящие роды V. На учете в женской консультации не состояла. Со слов периодически во время беременности отмечала эпизоды кровомазаний, за мед. помощью не обращалась.

Общее состояние средней степени тяжести. В сознании. Пульс – 100 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения; АД – 90/60 мм. рт. ст. Температура – 36,7 °С. Кожные покровы чистые, бледные. Язык чистый, влажный. Живот увеличен за счет беременной матки до 36 недель беременности. Схватки редкие, короткие. Положение плода продольное. Предлежат ягодицы, высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода: до 170 ударов в минуту, приглушено, ритмичное. Физиологические отправления в норме.

При развернутой операционной выполнено влагалищное исследование: шейка матки укорочена до 1 см, размягчена, цервикальный канал свободно пропускает 2 см, за внутренним зевом на всем протяжении определяется губчатая ткань. Продолжается обильное кровотечение.

Обследована: в общем анализе крови: Нв-85 г/л; эр – $2,7 \times 10^{12}$; L – $10,2 \times 10^9$; сверт. - 4'30" - 4'45", гематокрит – 0,30

Ваш диагноз и план дальнейшего ведения родов?

Бер 9, Роды 5, кровотечение средней степени тяжести??

Задача 3.

У родильницы В. произошли третьи срочные нормальные роды при доношенной беременности. Родился живой доношенный мальчик массой 4320, 0 гр. Послед отделился через 10 минут, осмотрен – цел. Кровопотеря составила 300 мл, матка сократилась. Общее состояние родильницы удовлетворительное. Пульс – 90 ударов в минуту, АД – 110/70 мм. рт. ст. Температура – 36,8 °С. Однако через 10 минут после рождения последа кровотечение возобновилось небольшими порциями. При наружном массаже матка мягкая, плохо сокращается, высота стояния дна матки – на 2 см выше пупка, выделилось еще до 300 мл крови со сгустками, кровотечение продолжается.

Ваш диагноз и дальнейшая тактика ведения? **Гипотоническое кровотечение**

Ситуационная задача №1

На каталке в сан. пропускник родильного отделения бригадой скорой медицинской помощи доставлена беременная Е, 25 лет. При осмотре обращает на себя внимание тотальное пропитывание темной кровью пижамных брюк и памперсной пеленки.

Жалобы на ноющие боли внизу живота, общую слабость, головокружение, обильные кровянистые выделения из половых путей со сгустками с 18 час. 30 мин. 15.09.2018. Настоящая беременность 2, на учете в ж/к состоит с 26 недель беременности), 1 беременность – 2016г роды срочные, патологические, кесарево сечение по поводу преэклампсии тяжелой степени тяжести, вес ребенка 2600,0, живой. Беременность протекала на фоне анемии легкой степени тяжести, принимала сорбифер. Общее состояние тяжелое. Нормостенического телосложения, удовлетворительного питания. Пациенка беспокройна, в сознании, адекватна, на вопросы отвечает правильно с некоторой задержкой. Кожные покровы и видимые слизистые резко бледные. Дыхание через нос свободное, в легких везикулярное. Деятельность сердца ритмичная, тоны приглушены. ЧСС 140 уд/мин., слабого наполнения, АД 90/60, 90/60 мм. рт. ст. (индекс Альговера 1,55), Т 36,5⁰С, ЧДД 30 в мин. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, симметричный, болезненный в нижних отделах, увеличен за счет беременной матки. Матка в гипертонусе, контуры её ровные, четкие, пальпация резко болезненная в области дна. Положение плода продольное, предлежит головка плода, над входом в малый таз. Шевеления плода не ощущает. Со слов пациентки околоплодные воды не отходили. СБ отсутствует (по монитору и УЗИ). Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физ. отправления не нарушены, мочевого пузыря не катетеризирован. Отеков нет.

Р.У: влагалище узкое, заполнено сгустками крови разного диаметра, шейка матки - центрирована, длиной до 1,5 см., раскрытие маточного зева до 2 см. Определяется головка над входом в малый таз. Выделения обильные кровянистые со сгустками. Патологических образований и инфильтратов в полости малого таза нет. Мыс не достижим.

Реальный объем кровопотери до операции оценить не представляется возможным.

Ваш предварительный диагноз и объем кровопотери до операции?

Объем кровопотери 40%

Аборт в ходу?

Ситуационная задача №2

Через 10 минут после родов 3, срочных при беременности 7, 37 недель, при очередном наружном массаже матки из родовых путей одномоментно выделилось до 400 мл крови со сгустками. Общее состояние средней степени тяжести. Родильница в сознании. Кожа и видимые слизистые чистые, бледно-розовые. Дыхание везикулярное. ЧД – 18 в мин. Деятельность сердца ритмичная. ЧСС 120 уд/мин. АД 100/70 мм. рт. ст., ведется мониторинг витальных показателей. Живот мягкий, дно матки на I поперечный палец выше пупка, матка дряблая, с четкими контурами, при наружном массаже сокращается с последующим быстрым расслаблением, выделилось 300 мл крови со сгустками.

Ваш предварительный диагноз, тактика ведения? **Гипотоническое кровотечение**

Ситуационная задача №3

Жалобы на обильные кровянистые выделения из половых путей со сгустками, одномоментно выделилось до 300,0 мл жидкой крови со сгустками. Общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски. t тела 36,6⁰С. ЧДД до 17 в минуту. Дыхание над легкими везикулярное. Деятельность сердца ритмичная, тоны ясные. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 100 уд/мин, ритмичный.

Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счет беременной матки, соответственно сроку гестации. Положение плода продольное, предлежащая часть плода четко не пальпируется, головка у дна матки справа. Сердцебиение плода приглушено до 60 уд/мин (по монитору). Физ. отправления не нарушены **Р.У. при развернутой операционной произведено влагалищное исследование** во влагалище алая кровь и сгустки крови до 400,0 мл, кровотечение продолжается. Шейка матки центрирована, мягкая, укорочена до 1,0 см., цервикальный канал пропускает 2см, за внутренним зевом, пальпируется плацентарная ткань.

Ваш предварительный диагноз, тактика родоразрешения? **Предлежание плаценты??**

Ситуационная задача №4

Через 03ч 25м после родов срочных нормальных при наружном массаже матки из родовых путей одновременно выделилось до 200 мл крови со сгустками. Кожа и видимые слизистые чистые, бледно-розовые. Дыхание самостоятельное. ЧДД 17 в минуту. Деятельность сердца ритмичная. ЧСС 90 уд/мин. АД 120/70 мм. рт. ст. Индекс Альговера 1,0. Живот мягкий, безболезненный, дно матки на 1 поперечный палец выше пупка, матка дряблая, с четкими контурами, при наружном массаже сокращается с последующим быстрым расслаблением, выделилось +100 мл крови со сгустками. Катетеризирован мочевого пузыря, моча по катетеру светлая, диурез 300,0 мл.

Выставлен диагноз: **раннее послеродовое гипотоническое маточное кровотечение.**

Какая тактика ведения?

Задание 1.

У роженицы О., 41 года, в III периоде родов при попытке выделения последа (потягивание за пуповину) из влагалища извлечена плацента, прикрепленная к опухолевидному мягкому ярко-красному образованию.

Беременность по счету 8, протекала с анемией легкой степени с 20 недель. Настоящие роды 5. Первый и второй периоды родов протекали без особенностей. Родилась живая доношенная девочка массой 3350, 0 гр.

На момент осмотра общее состояние роженицы резко ухудшилось, без сознания, пульс – 120 ударов в минуту, слабого наполнения, АД – 90/60 мм рт. ст.

Ваш диагноз и дальнейшая тактика ведения больной????????????**Эмболия околоплодными водами???**

Задание 2.

Роженица М., 28 лет. Доставлена службой скорой медицинской помощи в родильное отделение из дома, с активной родовой деятельностью. Схватки длятся 12 часов. Околоплодные воды отошли 2 часа назад, чистые в умеренном количестве. Жалобы на практически непрекращающиеся резко болезненные схватки переходящие в потуги.

Беременность I, 38 недель. С 12 недельного срока данной беременности находилась под наблюдение женской консультации. Беременность протекала без осложнений.

Общее состояние роженицы относительно удовлетворительное, возбуждена, беспокойна. Кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Т тела 36,7 С. Пульс 100 уд. в мин. ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 100/60,110/70 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное.

Живот увеличен беременной маткой. Окружность живота 115 см. Высота стояния дна матки 39 см. Положение плода продольное. Головка прижата ко входу в малый таз. Признак Генкеля-Вастена положительный. Сердцебиение плода глухое, аритмичное 80-100 ударов в минуту. Схватки судорожного характера 5 за 10 минут по 40-45 секунд с элементами потуг. Контракционное кольцо на уровне пупка, расположено косо.

Размеры таза: 25-28-31-21 см. Окружность лучезапястного сустава 14 см. Размер Цангемейстера 21 см. Самостоятельно не мочится, при попытке вывести мочу катетером – получено до 10 мл мочи окрашенной кровью.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, емкое. Раскрытие шейки матки полное. Края шейки матки отечные, свисают, с головкой плода не соприкасаются.

Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода. Стреловидный шов в поперечном размере плоскости входа в малый таз. Малый и большой роднички определяются: большой располагается ниже малого. Внутренняя поверхность лонного сочленения и крестцовая впадина свободны. Выделения их половых путей кровянистые, скудные. Отек наружных половых органов.

Ваш диагноз и тактика ведения больной?**Клинически узкий таз**

Задание 4.

Роженица Ю., 23 лет, поступила в клинику в I периоде родов. Настоящая беременность I, доношенная. Положение плода продольное, предлежание головное.

Произошли срочные роды, родился живой доношенный мальчик массой 3900,0 гр. Через 20 мин. самостоятельно отделился и выделился послед, осмотрен – дефектов плацентарной ткани не обнаружено, оболочки все.

Общее состояние роженицы удовлетворительное. Матка хорошо сократилась, плотная, дно на 2 см ниже пупка. Кровопотеря – 150 мл, но в послеродовом периоде кровотечение усилилось.

Какая наиболее вероятная причина послеродового кровотечения и дальнейшая тактика акушера, принимающего роды? **срочные роды??**

Задание 5.

Роженица Т., 27 лет, настоящая беременность доношенная, находится в потужном периоде в течение часа. Несмотря на родостимуляцию окситоцином, потуги слабые, редкие.

С ранних сроков беременности находилась под наблюдением врача женской консультации. Беременность протекала без осложнений.

Общее состояние роженицы удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Т тела 36,7 С. Пульс 80 уд. в мин. ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80 - 110/70 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное.

Живот увеличен беременной маткой. Окружность живота 100 см. Высота стояния дна матки 38 см. Положение плода продольное. Сердцебиение плода глухое, 90 ударов в минуту, аритмии.

Размеры таза: 25-28-31-21 см. Окружность лучезапястного сустава 14 см. Размер Цангемейстера 21 см.

При влагалищном исследовании установлено, что открытие маточного зева полное, плодный пузырь отсутствует, головка плода находится в узкой части полости малого таза.

Ваш диагноз и дальнейшая тактика ведения родов?**Слабая родовая деятельность**

Задание 6.

Роженица У., 23 лет, доставлена в родильное отделение в сопровождении родственников с указанием на схваткообразные, регулярные боли внизу живота и пояснице в течении 6 часов.

Данная беременность 1, доношенная. Регулярно наблюдалась в женской консультации с I триместра беременности.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Патологии со стороны внутренних органов нет. АД 110-70 - 110/70 мм рт ст.

Живот увеличен беременной маткой, имеющей овоидную форму. Окружность живота 96 см. Высота стояния дна матки 35 см. Положение плода продольное, головка ограничено подвижна над входом в малый таз. Спинка плода слева и спереди. Схватки 3 за 10 минут по 30-35 секунд. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 145 уд в мин. Околоплодные воды не отходили. Отеков нет. Мочится самостоятельно.

Размеры таза: 23-25-28-19 см. Окружность лучезапястного сустава 13 см.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, узкое. Шейка матки укорочена до 0,5 см, мягкая, находится в центре таза. Раскрытие зева на 3 см. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева, приближен к центру таза. Диагональная конъюгата 11,5 см.

Ваш предварительный диагноз и план ведения родов?

Бер1, Роды 1, 1 период родов латентная фаза, Анатомически узкий таз(общеравномерносуженный)

Задание 7.

Роженица Ф., 35 лет, доставлена бригадой экстренной помощи из районной больницы по поводу беременности III, 38-39 недель. Вторых срочных родов. Родовая деятельность длится 30 часов. Околоплодные воды отошли самостоятельно 18 часов назад. От предложенного ранее кесарева сечения отказалась. Из анамнеза установлено, что был один медицинский аборт и одни срочные роды долго длившиеся. Ребенок умер на 2 сутки после родов.

Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Т тела 36,5 С, АД 110/70 - 110/70 мм рт ст. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Со стороны внутренних органов патологии нет.

Живот большой отвислый. Окружность живота 100 см. Высота стояния дна матки 40 см. Положение плода продольное, 1 позиция. Головка плода плотно фиксирована во входе в малый таз. Схватки с элементами потуг длящиеся около 2 часов с частотой 4 за 10 минут по 35 секунд. Нижний сегмент матки истончен, болезненный при пальпации. Признак Генкеля-Вастена положительный. Сердцебиение плода не прослушивается. Шевеление плода роженица не ощущает. Самостоятельно не мочится.

Размеры таза: 26-26-31-17 см. Индекс Соловьева 14 см.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей. Раскрытие шейки матки полное. Плодного пузыря нет. Стреловидный шов в поперечном размере плоскости входа в

малый таз смещен кпереди. Внутренняя поверхность лонного сочленения и крестцовая впадина свободны. Подтекают мутные околоплодные воды с примесью микония.

Ваш предварительный диагноз и план ведения родов?

Бер 3(38-39 нед) Роды 2, срочные, клинически узкий таз 1 степени

Задание 8.

Повторнородящая Ж., 30 лет. Беременность V, 40 недель. Предстоящие роды IV. Предыдущие роды нормальные. Данная беременность протекала без осложнений. Экстрагенитальной патологии нет.

Общее состояние удовлетворительное. Размеры таза: 25-28-31-18 см. Окружность лучезапястного сустава 16 см. Матка вытянута в поперечном размере, окружность живота 100 см. Родовая деятельность длится 6 часов. Околоплодные воды отошли около 30 минут назад. Схватки 3 за 10 минут по 35-40 секунд.

У левой стенки матки пальпируется плотная округлая часть плода, а у правой стенки – крупная мягкая не баллотирующая часть. Они находятся выше гребешков подвздошной кости. Сердцебиение плода – ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту, слева на уровне пупка.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, открытие шейки матки на 6 см, плодного пузыря нет. Предлежащая часть плода не определяется. Диагональная конъюгата 10,5 см.

Ваш предварительный диагноз и план ведения родов?

Бер 5 (40 нед) Роды 4 , поперечное положение плода, узкий таз 2 степени

Задание 9.

Роженица М., 20 лет, доставлена бригадой скорой помощи в родильное отделение в первом периоде родов. Беспокойна, жалуется на сильные схваткообразные боли в пояснице.

Настоящая беременность вторая, предстоящие роды первые в срок. В анамнезе 1 самопроизвольный аборт в малом сроке беременности. Экстрагенитальной патологии нет.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Патологии со стороны внутренних органов нет. АД 110/70 - 110/70 мм рт ст., пульс - 90 ударов в минуту. Размеры таза: 25-28-31-20 см. Окружность лучезапястного сустава 14 см. Окружность живота 90 см, высота стояния дна матки - 37 см.

Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Нижний сегмент матки напряжен. Наблюдаются интенсивные схватки тетанического характера. Сердцебиение плода глухое, 70 ударов в минуту. Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, края тонкие, плотные «натянуты в виде струны»,

раскрытие маточного зева 4 см. Плодный пузырь цел, предлежание головное. Выделения из половых путей слизистые.

Ваш диагноз и тактика ведения родов?

Бер 2, Роды 1 1 период родов латентная фаза, Дистоция шейки матки. Гипоксия плода

Задание 10.

Спустя сутки после патологических родов (наложение полостных акушерских щипцов по поводу дистресса плода) родильница Л., 27 лет, пожаловалась на выраженные боли в области лона, иррадиирующие в нижние конечности и крестец.

Настоящие роды первые, в срок. Беременность протекала без особенностей. Экстрагенитальной патологии нет.

Общее состояние удовлетворительное. Т тела 36,7 С. АД 120/80 -110/70 мм рт ст. Пульс 80 уд в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Со стороны внутренних органов патологии нет. Молочные железы мягкие, безболезненные, выделяется молозиво. Живот мягкий, безболезненный. Матка плотная, дно на 2 см ниже пупка. Стул и диурез в норме. Лохии кровянистые, умеренные.

При попытке оторвать ногу от постели, разведении ног, согнутых в коленных и тазобедренных суставах, боли резко усиливаются, положительный симптом Волковича (поза «лягушки»). Пальпация лонного сочленения резко болезненна, определяется втянутый валик размером до 1,5 см, отек тканей.

Ваш диагноз и тактика ведения? **Перелом лонного сочленения**

Задача № 1.

Через 12 часов после родоразрешения двойней через естественные родовые пути у родильницы М., 21 года появились клинические симптомы – боль в области симфиза, расхождение костей симфиза, вынужденное положение с развернутыми бедрами и согнутыми коленями, затруднение при ходьбе («утиная» походка).

Диагноз? **СИМФИЗИТ**

Тактика ведения?

Задача № 2.

У роженицы М., 21 год, с диагнозом: Беременность I, 42 недели. Произошли срочные нормальные роды. Родилась живая доношенная девочка массой 4100,0 гр. Послед отделился через 5 минут, осмотрен - все дольки и оболочки целы. Промежность цела. Матка плотная, дна на 2 см ниже пупка. Из половых путей

наблюдается кровотечение. Произведен осмотр мягких тканей родового канала в зеркалах. Обнаружен разрыв шейки матки достигающий до сводов влагалища слева.

Ваш диагноз и степень разрыва, **Разрыв шейки матки слева 2 степени**

тактика ведения?

Задача №3.

Роженица Т., 32 года доставлена в родильное отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, боли в области послеоперационного рубца, появившаяся час назад, отсутствие шевелений плода. Из анамнеза известно, что эта беременность третья, 36 недель. Первая закончилась срочными родами, вторая – 6 лет назад путем операции кесарева сечения по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Объективно: Состояние тяжелое. Сознание спутанное. Кожные покровы бледные. Рс - 130 в 1 мин. АД 70/100 мм рт. ст. Живот имеет неправильную форму, болезненный при пальпации. Через переднюю стенку пальпируются мелкие части плода. Сердцебиение плода не выслушивается. Контуры матки отсутствуют. Схваток нет. Из половых путей умеренные кровянистые выделения. Общий анализ крови: Эр – $1,5 \cdot 10^{12}/л$, Нв – 62 г/л, Нт – 23%.

Диагноз? Тактика ведения???????????

Задача № 4.

У пациентки Е., 30 лет, в раннем послеродовом периоде в области наружных половых органов обнаружено резко болезненное объемное образование синюшно-багрового цвета, в диаметре до 9 см, которое деформирует вход во влагалище, выявлена флюктуация.

Диагноз. **Абсцесс большой железы преддверия влагалища.**? Тактика ведения?

Задача № 5.

Роженица К., 31 года находится в родзале в I периоде родов с диагнозом: Беременность IV, 38 недель, (кесарево сечение в анамнезе), крупный плод, многоводие, дистресс плода. Пожаловалась на болезненные схватки. Объективно: АД 90/60 мм рт. ст, пульс - 120 в мин. Родовая деятельность постепенно прекращается. Появились сукровичные выделения из половых путей. СБ плода приглушено, 90 уд. в мин.

Диагноз? ?????????????????Тактика ведения? **Гипоксия плода**

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ЭГП И Б-ТЬ

Задача №1

Беременная 25 лет доставлена машиной скорой помощи в родильное отделение с беременностью сроком 24-25 нед. и с жалобами на резкую боль в правой поясничной области, высокую температуру тела 38,6°C, периодический озноб, частое болезненное мочеиспускание. Беременность первая. Начиная с 16 нед. периодически отмечала боль в поясничной области, чаще справа.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые бледные. АД 130/90 мм рт.ст., пульс 106 уд. в мин., ритмичный. Живот увеличен за счет беременной матки. Ож-85 см, ВСДМ - 26 см. При пальпации матка в нормотонусе. Симптом Пастернацкого резко положительный справа. Анализ мочи - все поле зрения лейкоциты.

Р.У.: шейка матки чистая, сформирована, наружный зев закрыт. Выделения молочного цвета.

1. Ваш диагноз? **Правосторонний пиелонефрит беременных**

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Какие чаще всего возникают осложнения беременности при данном заболевании?
4. Возникновение данного заболевания во время беременности обусловлено:
6. Какие препараты противопоказаны для лечения данного заболевания во время беременности?

З а д а ч а №2

Повторнобеременная 29 лет поступила в родильный дом с родовой деятельностью при беременности 37 нед. с жалобами на кашель с мокротой, боль в правом боку, усиливающуюся при дыхании и кашле, общей слабость, повышением температуры до 39⁰. Заболела остро 4 дня назад после переохлаждения.

Объективно: состояние средней тяжести. Частота дыхания - 28 в мин. Пульс 112 в мин., АД 110/80 мм рт.ст. Деятельность сердца ясная, ритмичная. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании. Справа ниже узла лопатки притупление перкуторного звука, ослабленное дыхание, крепитация. Слева - норма. Отеков нет.

ВСДМ - 35 см, Ож - 98 см. Положение плода продольное. Сердцебиение плода 152 уд. в мин., глухое.

Влагалищные данные: влагалище емкое, открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет, головка в полости малого таза. Общий анализ крови: Л- $15,9 \times 10^9$ /лЮ СОЭ 34 мм/ч, Эр - $3,0 \times 10^{12}$ /л, Нв 105 г/л.

1. Какое заболевание можно заподозрить? Можно заподозрить пневмонию

2. Какие клинические симптомы подтверждают диагноз?

3. Ваш диагноз?

4. Дальнейшая тактика?

Задача №3

Беременная Д., 29 лет, обратилась в женскую консультацию в сроке 11 недель с жалобами на слабость, жажду, чувство голода, повышенное употребление жидкости, кожный зуд. В анамнезе: год тому назад при таких же явлениях (жажде, обильное питье) произошли преждевременные роды в сроке 28 недель мертвым плодом 1200,0. Настоящая беременность вторая. Считает себя здоровой. Объективно: состояние удовлетворительное, подкожная клетчатка развита слабо. Температура $36,6^{\circ}\text{C}$, АД 115/75 мм рт.ст. Пульс 80 уд. в мин. ритмичный. Внутренние органы без патологии. Сахар крови 8,2 ммоль/л.

1. Какое заболевание можно заподозрить у беременной?

1) Гестационный сахарный диабет

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

3. Какие осложнения могут возникнуть у данной беременной?
4. Какая тактика ведения данной беременности?
5. Какие оптимальные оптимальные сроки для родоразрешения при данном заболевании целесообразны?

1) Родильница А., 38 лет, обратилась к врачу спустя 3 недели после патологических родов, осложнившихся ранним послеродовым кровотечением, ручной ревизии полости матки. Жалобы на повышение Т до 38 С., озноб, головную боль, слабость. При осмотре обращает внимание отек и увеличение в объеме правой ноги, кожа гладкая, блестящая. Выражена болезненность в конечности в области правого бедренного треугольника.

Ваш диагноз?)Правосторонний тромбофлебит глубоких бедренных вен

Каковы необходимо использовать дополнительные методы исследования?

Назначте лечение.

2) В гинекологическое отделение доставлена больная А., 32 лет, с жалобами на озноб, повышение Т до 39,6 С. Боль внизу живота отдающая в прямую кишку. Из анамнеза: роды 12 дней назад осложнились разрывом промежности II степени и глубокими разрывом стенки влагалища. Состояние родильницы тяжелое, выражена бледность кожи, одышка, пульс больше 120 уд. в мин. При гинекологическом исследовании определяется уплотнение и резкая болезненность справа от матки, выпячивание правого свода влагалища.

О какой патологии идет речь? Послеродовой параметрит

Назначьте лечение

Каковы методы реабилитации необходимо пройти пациентке?

3) Бригадой скорой помощи в гинекологическое отделение доставлена родильница на 14 сутки после патологических родов, осложненных глубоким разрывом влагалища и промежности II степени. Состояние родильницы тяжелое, выражена бледность кожи, одышка, пульс 130 уд. в мин., Т-40С. Боль при пальпации нижних отделов живота, частые позывы к мочеиспусканию. При бимануальном исследовании слева и спереди от матки определяется инфильтрат плотный, резко болезненный. Левый и передний своды нависают.

Ваш диагноз? Послеродовой нагноившийся параметрит

Какова этиология этой патологии?

Назначте лечение

1. Больная М., 26 лет, обратилась к гинекологу по поводу отсутствия беременности на протяжении 2-х лет. В анамнезе воспаление придатков матки. Проведена гистеросальпингография, которая обнаружила расширение теней ампулярный отделов обеих маточных труб до 1,5-2 см на протяжении 3-4 см с неровными контурами. Эти изменения повторялись на трех последовательно выполненных рентгенограммах (па 5, 10, 15 минутах).В брюшную полость контрастное вещество не вышло.

Оцените данные рентгенологического исследования.

Трубно-перитонеальное бесплодие.

2. Пациентка К., 25 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на бесплодие в течении 2-х лет, НМЦ по типу опсоменореи. При УЗ-сканировании обнаружены яичники размером 4,2 х 2,5 см с множественными мелкими жидкостными включениями, расположенными диффузно, капсула яичников уплотнена.

Оцените данные ультразвукового исследования.

Синдром склеро-поликистозных яичников

3. Пациентке 48 лет было выполнено лечебно-диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки по поводу кровотечения из половых путей. Данные патологогистологического исследования. В соскобе пласты шеечного эпителия без подлежащих тканей с картиной интраэпителиальной неоплазии 3 степени (CIN III). Кусочки железисто-фиброзного полипа цервикального канала. Мелкие пласты эндометрия с картиной простой железистой гиперплазии без атипии.

Как Вы оцениваете результат исследования?

Фоновые и предраковые заболевания шейки матки и тела матки.

4. У женщины 35 лет при осмотре в зеркалах на влажной части шейки матки вокруг наружного отверстия цервикального канала обнаружен участок яркой гиперемии диаметром до 1,5 см с зернистой структурой. При гистологическом исследовании кусочка из этого участка шейки матки обнаружено наличие цилиндрического эпителия.

Оцените данные гистологического исследования.

Эктопия цилиндрического эпителия.

5. К гинекологу обратилась женщина 25 лет с жалобами на циклические мажущиеся кровянисто-коричневые выделения в течение 7 дней перед месячными. При осмотре в зеркалах определяется на шейке матки участки багрово-синюшного цвета («глазки»). При взятии биопсии из этого участка гистологически были обнаружены очаги цитогенной стромы, не отличающиеся от стромы эндометрия, в которой находились железы, выстланные эпителием эндометриального типа.

О каком процессе свидетельствует результат биопсии?

Эндометриоз шейки матки.

Задание 1.

Больная 18 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры до 37,5 °С, гнойные выделения из половых путей, рези, боли при мочеиспускании. Менструальная функция: mensis с 13 лет, по 4-5 дней, через 28-30 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь вне брака с 17 лет, не

регулярная, контрацепция - прерванный половой акт. Заболела остро на седьмой день менструального цикла, после незащищенного полового акта, когда появились указанные выше симптомы.

Объективно: состояние удовлетворительное, пульс 96 в 1 мин., ритмичный, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Гинекологический статус: уретра инфильтрирована, шейка матки гиперемирована, отечна, с обширной эрозией, из цервикального канала обильные слизисто-гнойные выделения. Матка в anteflexio, не увеличена, болезненная при пальпации. Придатки увеличены, утолщены с обеих сторон, болезненные. Своды глубокие, свободные, симптом Промтова отрицательный.

Ваш диагноз и тактика ведения больной? 1) Острая гонорея.

Задание 2.

Больная 32 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сильные боли внизу живота озноб, тошноту, слабость. Заболела остро, температура повысилась до 39 С.

Менструации с 14 лет, регулярные, умеренные, безболезненные. Последняя менструация началась 7 дней назад. Половая жизнь с 23 лет. Б-4, (Р-1, А-3). Гинекологические заболевания отрицает. 10 дней назад был незащищенный половой акт.

Объективно: состояние средней тяжести. Пульс 120 в 1 мин, АД - 120/80 мм. рт. ст. Язык обложен белым налетом, сухость во рту. При пальпации живота резкая болезненность, особенно в нижних отделах, симптомы раздражения брюшины положительные. Мочеиспускание болезненное, учащенное.

Гинекологический осмотр: О.С. влагалищная часть шейки матки цилиндрическая, зев щелевидный, из цервикального канала обильные, гнойные выделения.

р.У. Пальпация матки и придатков затруднена ввиду резкой болезненности. Смещение шейки матки болезненное. Своды глубокие.

Ваш диагноз и тактика ведения больной? Острая гонорея. Пельвиоперитонит.

Задание 3.

Больная 18 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры до 37.5 °С, гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании. Менструальная функция без особенностей. Половая жизнь вне брака с 17 лет, от беременности предохраняется ритм - методом, беременностей не было. Заболела остро на седьмой день менструального цикла, когда появились указанные выше симптомы.

Объективно: состояние удовлетворительное, пульс 96 в 1 мин., ритмичный, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения нет.

Гинекологический статус: уретра инфильтрирована, шейка матки гиперемирована, отечна, с обширной эрозией, из цервикального канала обильные слизисто-гнойные выделения. Матка не увеличена, болезненная при пальпации. Придатки утолщены с обеих сторон, болезненные. Своды глубокие.

Ваш диагноз и тактика ведения больной? Эндоцервицит.

Задание 4.

Больная 27 лет, обратилась в женскую консультацию, жалобами на неприятные ощущения во влагалище, чувство жжения, зуд, бели.

Менструальная функция не нарушена. Последняя менструация 2 недели назад. Половая жизнь с 21 года, одни роды и один аборт без осложнений. Гинекологические болезни отрицает. При объективном осмотре патологии не выявлено.

Гинекологический статус: O.S. слизистая влагалища и шейки резко гиперемированы, отечны. Имеются белесоватые налеты, которые легко снимаются марлевым шариком, и выделения творожистого вида. Влагалищная часть шейки матки не эрозирована, цилиндрической формы, обычной консистенции, наружный зев закрыт. P.V. Тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. Область придатков без особенностей.

Ваш диагноз и тактика ведения больной? Вагинальный кандидоз

Задание 5.

Больная 27 лет поступило в гинекологическое отделение с жалобами на повышение температуры тела 38,2°C, общую слабость, боли внизу живота, которые появились через 3 дня после медицинского аборта, произведенного неделю назад без каких-либо осложнений.

Из анамнеза: менструальная функция без особенностей; пульс 92 удара в минуту, АД 120/70 мм рт ст. Со стороны внутренних органов и систем патологии не выявлено. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий несколько болезненный над лоном; симптомов раздражения брюшины нет.

При осмотре с помощью зеркал: шейка матки чистая, из цервикального канала гнойные выделения. Влагалищное исследование: тело матки несколько больше нормы, мягкой консистенции, болезненное при пальпации и смещении; влагалищные своды свободные и глубокие; придатки с обеих сторон не пальпируются.

Ваш диагноз и тактика ведения больной? Вагинальный кандидоз

Задание 6.

Больная 27 лет поступило в гинекологическое отделение с жалобами на повышение температуры тела 38,2°C, общую слабость, боли внизу живота, которые появились через 3 дня после медицинского аборта, произведенного неделю назад без каких-либо осложнений. Из анамнеза: menses с 14 лет по 5 дн., через 30 дн., регул., умерен., б/б. Объективно: общее состояние удовлетворительное. пульс 92 удара в минуту, АД 120/70

мм рт ст. Со стороны внутренних органов и систем патологии не выявлено. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий несколько болезненный над лоном; симптомов раздражения брюшины нет. При осмотре с помощью зеркал: шейка матки чистая, из цервикального канала гнойные выделения. Влагалищное исследование: матка в anteflexio, несколько увеличена, мягкой консистенции, болезненное при пальпации и смещении; влагалищные своды свободные и глубокие; придатки с обеих сторон не пальпируются, их область безболезненная.

- 1) Какой предполагаемый диагноз?) Острый постабортный метроэндометрит
- 2) Тактика ведения?
- 3) Какие возможны осложнения без проведения лечения?
- 4) Какие дополнительные методы исследования, необходимы для подтверждения диагноза?
- 5) Прогноз для жизни, рекомендации по профилактике.

Задание 7.

В гинекологическое отделение машиной скорой помощи доставлена больная 36 лет с жалобами на резкие боли внизу живота, озноб, повышение температуры тела до 38,8°C, общую слабость, головную боль. Заболевание началось несколько дней назад после переохлаждения. В анамнезе: 6 лет страдает хроническим воспалением придатков матки, после осложненного самопроизвольного выкидыша; с ежегодными обострениями, неоднократно проводилось лечение по месту жительства, с кратковременным улучшением. **Объективно:** общее состояние средней тяжести, пульс 98 уд. в мин., ритмичный, АД 120/70 мм рт ст.; язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации умеренно болезнен в нижних отделах с не резко выраженным напряжением передней брюшной стенки, больше слева. Симптомов раздражения брюшины нет. O.S. Шейка матки чистая, наружный зев закрыт, выделения гнойные, обильные. P.V. Тело матки обычных размеров, смещено вправо, ограниченной подвижности, чувствительное при пальпации; смещения шейки болезненны. Правые придатки матки не пальпируются, слева и несколько кзади от матки прощупывается образование, ограничено подвижное, резко болезненное, плотной консистенции с участком размягчения размерами 4x9 см; левый влагалищный свод слегка укорочен.

В анализе крови: лейкоцитоз, повышенная СОЭ, палочкоядерный нейтрофилез.

- 1) Ваш диагноз? Хронический аднексит. Тубоовариальный абсцесс.
- 2) Какие дополнительные методы диагностики необходимы для его подтверждения?
- 3) План ведения?
- 4) Учитывая анамнез заболевания, разработайте мероприятия, необходимые для его профилактики?

Задание 8.

Больная 32 года поступила в клинику с жалобами на сильные боли внизу живота, озноб, повышения температуры тела до 39,5 С, тошноту, слабость, которые появились вскоре после окончания менструаций и через 2 недели после случайного полового контакта. Из анамнеза: 1 роды и 4 медицинских аборта, гинекологические заболевания отрицает, в браке не состоит. Объективно: состояние средней степени тяжести, пульс 120 уд/мин, АД 120/80 мм рт ст., кожные покровы бледные, язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации резко болезнен в нижних отделах, где определяется напряжение мышц и положительные симптомы раздражения брюшины. О.С.: шейка матки чистая, из цервикального канала в виде ленты выделяется гной. Р.У смещения шейки матки резко болезненны, своды влагалища глубокие. Матки и придатки пропальшировать не удастся из-за напряжения и болезненности брюшной стенки. В анализе крови: лейкоцитоз $16,8 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 38 мм/час. При бактериоскопии: в мазках из уретры, цервикального канала и влагалища обнаружены грамотрицательные диплококки внутри- и внеклеточно.

- 1) Ваш диагноз? Гнойный пельвиоперитонит.
- 2) Какие дополнительные методы диагностики необходимы для его подтверждения?
- 3) План ведения?
- 4) Какие данные влагалищного исследования говорят в пользу подтверждения диагноза?
- 5) Прогноз для данного случая и меры профилактики?

Задание 9.

Больная 32 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сильные боли внизу живота озноб, тошноту, слабость. Заболела остро, температура повысилась до 39 С.

Менструации с 14 лет, регулярные, умеренные, безболезненные. Последняя менструация началась 7 дней назад. Половая жизнь с 23 лет. Б-4, (Р-1, А-3). Гинекологические заболевания отрицает. 10 дней назад было случайное половое сношение. Объективно: состояние средней тяжести. Пульс 120 в 1 мин, АД - 120/80 мм. рт. ст. Язык обложен белым налетом, сухость во рту. При пальпации живота резкая болезненность, особенно в нижних отделах, где определяются положительные симптомы раздражения брюшины. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Мочеиспускание болезненное, учащенное.

О.С. влагалищная часть шейки матки цилиндрическая, зев щелевидный, из цервикального канала гнойвидные выделения. Р.У. наружный зев закрыт. Пальпация матки и придатков затруднена ввиду резкой болезненности. Смещение шейки матки болезненное. Сводь глубокие, свободные.

- 1) Ваш диагноз? Аднексит(Сальпингоофорит)
- 2) Какие дополнительные методы диагностики необходимы для его подтверждения?
- 3) План ведения?

- 4) Какие данные влагалищного исследования говорят в пользу подтверждения диагноза?
- 5) Прогноз для данного случая и меры профилактики?

Задание 10.

Больная 27 лет, обратилась в женскую консультацию, жалобами на неприятные ощущения во влагалище, чувство жжения, зуд, бели.

Менструальная функция не нарушена. Последняя менструация 2 недели назад. Половая жизнь с 21 года, одни роды и один аборт без осложнений. Гинекологические болезни отрицает. Общий статус без патологии.

O.S.: слизистая влагалища и шейки резко гиперемированы, отечны. Имеются белесоватые налеты, которые легко снимаются марлевым шариком, и выделения творожистого вида. P.V. Влагалищная часть шейки матки не эрозирована, цилиндрической формы, обычной консистенции, наружный зев закрыт. Тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. Область придатков без особенностей.

- 1) Ваш диагноз?)Вагинальный кандидоз
- 2) Какие дополнительные методы диагностики необходимы для его подтверждения?
- 3) План ведения?
- 4) Какие данные влагалищного исследования говорят в пользу подтверждения диагноза?
- 5) Прогноз для данного случая?

Ситуационная задача

Женщина М., 22 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобой на бесплодие. Замужем 3 года. Беременностей не было. Менструации с 13 лет, по типу гипоменструального синдрома. Страдает ожирением, отмечается гирсутизм II степени. При гинекологическом исследовании выявлено, что наружные половые органы развиты правильно. O.З.: шейка матки чистая, выделения слизистые, умеренное количество. P.V.: матка обычных размеров, плотная, подвижная, безболезненная. Яичники с обеих сторон увеличены, плотные, подвижные, безболезненные. Своды свободные.

1. Ваш предварительный диагноз? Синдром поликистозных яичников
2. Какой метод исследования подтверждает диагноз?
3. Какие гормональные исследования подтверждают диагноз?
4. Какова Ваша тактика?
5. Какой препарат рекомендуется для стимуляции овуляции?

Задание 1.

Больная Ф., 28 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли тянущего характера внизу живота, которые усиливаются накануне менструации, отсутствие беременности в течение 6 лет. Считает себя больной в течение 3 лет.

В анамнезе один самопроизвольный аборт в сроке 5-6- нед., 2 медицинских аборта в малых сроках без осложнений, в возрасте 26 лет оперирована по поводу разрыва кисты яичника, произведена резекция правого яичника. Результаты гистологического исследования не представлены.

Гинекологический статус: шейка матки чистая, без дефектов эпителия, выделения умеренные, слизистые. Матка в anteflexio, не увеличена, ограниченно подвижна, безболезненная. Справа и сзади от матки пальпируется образование размером 10x8 см, тугоэластичной консистенции, малоподвижное, спаянное с заднебоковой поверхностью матки, умеренно болезненное при осмотре. Левые придатки не увеличены.

Ваш диагноз и тактика ведения больной? Эндометриодная киста правого яичника

Задание 2.

Больная 32 года. Обратилась к врачу женской консультации с жалобами на темно-красные, мажущие выделения из половых путей накануне менструации и в течение нескольких дней после нее.

Из анамнеза: два года тому назад перенесла операцию : диатермоконизации шейки матки по поводу лейкоплакии. Последняя менструация началась 6 дней назад.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. АД и пульс в норме.

Осмотр в зеркалах: влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, на слизистой видны узелковые мелко-кистозные образования багрово-синего цвета, из отдельных имеются темно-красные скудные выделения.

Данные влагалищного исследования: матка в anteflexio, увеличена до 5-6-и нед. беременности, шаровидной формы, безболезненная при пальпации. Придатки матки с обеих сторон не определяются.

Ваш диагноз и тактика ведения больной? Эндометриоз влагалищной части шейки матки

Задание 3.

В гинекологическое отделение поступила больная, 53 лет, с жалобами на темные кровянистые выделения из половых путей, возникающие за 5-6 дней до начала менструации, и продолжающиеся 4-5 дней после менструации, в течение последних десяти лет, к врачу не обращалась, обследование и лечение не проводилось.

Из анамнеза: мenses с 13 лет по 4-5 дней, через 28-40 дней, с задержками до 2-3-х месяцев, обильные, болезненные. Родов 2, абортов 3. Направлена в гинекологическое отделение для обследования и лечения.

При осмотре в зеркалах на влагалищной части шейки матки в 1 и 2 зонах, на 12 и 5 часах участки до 0,3-0,5 см в диаметре, округлой формы, темно-фиолетового цвета, не выступающие над поверхностью слизистой, выделения слизистые, умеренные.

Данные влагалищного осмотра: Матка в anteflexio, увеличена, как при беременности 9-10 недель, смещена вправо, плотная бугристая, ограничено подвижная, безболезненная. Правые придатки не определяются, их область безболезненная. В области левых придатков пальпируется образование округлой формы, неподвижное, размерами до 15 см в диаметре, болезненное. Левый свод влагалища укорочен.

Ваш диагноз и тактика ведения больной? Эндометриоз влагалищной части шейки матки с эндометриоидной кистой левого яичника.

Задание 4.

Больная Ф., 28 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли тянущего характера внизу живота, которые усиливаются накануне менструации, отсутствие беременности в течение 6 лет. Считает себя больной в течение 3 лет. В анамнезе один самопроизвольный аборт в сроке 5-6 нед., 2 медицинских аборта в малых сроках без осложнений, в возрасте 26 лет оперирована по поводу разрыва кисты яичника, произведена резекция правого яичника. Результаты гистологического исследования не представлены. Гинекологический статус: шейка матки чистая, без дефектов эпителия, выделения умеренные, слизистые. Матка в anteflexio, не увеличена, ограничено подвижна, безболезненная. Справа и сзади от матки пальпируется образование размером 10x8 см, тугоэластичной консистенции, малоподвижное, спаяное с заднебоковой поверхностью матки, умеренно болезненное при осмотре. Левые придатки не увеличены.

1. Ваш предполагаемый диагноз? Эндометриоидная киста правого яичника
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для постановки диагноза?
3. От чего зависит выбор лечебной тактики при данной патологии?
4. Какой метод лечения предпочтительней: гормональная коррекция или хирургическое лечение?
5. Какие возможны осложнения в данном случае?

Задание 5.

Б-ная 32 года. Обратилась к врачу женской консультации с жалобами на темно-красные, мажущие выделения из половых путей накануне менструации и в течение нескольких дней после нее.

Из анамнеза: два года тому назад перенесла операцию: диатермокоагуляции шейки матки по поводу лейкоплакии. Последняя менструация началась 6 дней назад.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. АД и PS в норме.

О.С. влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, на слизистой видны узелковые мелко-кистозные образования багрово-синего цвета, из отдельных имеются темно-кровянистые скудные выделения.

р.V. матка в anteflexio, увеличена до 5-6-и нед. беременности, шаровидной формы, безболезненная при пальпации. Придатки матки с обеих сторон не определяются.

1. Какой предварительный диагноз? Эндометриоз влагалищной части шейки матки
2. Какие дополнительные методы диагностики необходимы для подтверждения диагноза?
3. Какая тактика лечения предпочтительна в данном случае?
4. Какие осложнения возможны?
5. Что в данной ситуации вероятнее всего послужило причиной заболевания?

Задача 1

Больная 75 лет обратилась к гинекологу с жалобами на ощущение инородного тела в промежности, частое безболезненное мочеиспускание, ноющие боли внизу живота. Болеет в течении 20 лет. Из анамнеза: 1 роды, вес ребенка при рождении 4180,0 гр. Менопауза 24 года. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Пульс 78уд. В мин. АД - 145/95 мм. рт. ст. Живот мягкий безболезненный. Наружные половые органы развиты правильно, рост волос по женскому типу. Из половой щели визуализируется ткань влагалища, шейки матки. При пальпации определяется матка небольших размеров, безболезненная.

1. Ваш предположительный диагноз? Выпадение матки
2. возможная тактика ведения и лечения данной пациентки?

Задача 2

Больная М., 50 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на ощущение инородного тела в промежности при тяжелой физической нагрузке, частое безболезненное мочеиспускание, затруднение акта дефекации, ноющие боли внизу живота, невозможность половой жизни. Менопауза 5 лет. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Пульс 78уд. В мин. АД - 120/80 мм. рт. ст. Живот мягкий безболезненный. Наружные половые органы развиты правильно, рост волос по женскому типу. При натуживании из половой щели визуализируется ткань влагалища и шейки матки, при этом тело матки выше половой щели, небольших размеров, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются.

1. Ваш предположительный диагноз? выпадение влагалища
2. Ваша тактика?

Задача 3

Больная М., 79 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на ощущение инородного тела в промежности, частое безболезненное и затрудненное мочеиспускание, затруднение акта дефекации, ноющие боли внизу живота. Менопауза 30 лет. Объективно: повышенного питания, пульс 98уд. Аритмичен. АД - 160/100 мм. рт. ст. Живот мягкий безболезненный. Наружные половые органы развиты правильно, рост волос по женскому типу по женскому типу. При натуживании из половой щели визуализируется ткань влагалища и шейки матки. Шейка матки с дефектом поверхностного эпителия до 2-й зоны. Соматический анамнез отягощен – Сахарный диабет 1 типа, ретинопатия. ГБ II – III ст. год назад перенесла геморрагический инсульт.

1. Ваш предполагаемый диагноз? выпадение шейки матки, дисплазия шейки матки
2. Тактика?

Задача 4

В женскую консультацию обратилась пациентка 20 лет, с жалобами на периодические, ежемесячные боли ноющего характера внизу живота, чувство тяжести внизу живота, повышение температуры до 37°C, отсутствие месячных. Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Наружные половые органы развиты правильно, рост волос по женскому типу. Половой жизнью живет с 18 лет без контрацепции, беременность не наступает. ОЗ - шейка матки чистая бледно-розовая, слизистая влагалища бледно-розовая., выделения слизистые. РВ- матка несколько увеличена, ассиметрична, смещена вправо, безболезненна при пальпации, придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненны. Своды глубокие безболезненные.

1. Ваш предположительный диагноз **вторичная гипоталамическая аменорея**
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

Задача 5.

В гинекологическое отделение, бригадой скорой помощи, доставлена женщина 23 лет, с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей возникшее на фоне полового акта. Со слов – после начала полового акта появилась резкая боль. Акт прерван. Кровянистые выделения женщина заметила сразу же. Мenses с 12 лет, по 5-6 дней, регулярные, умеренные, б/б. Р-0, А-0, на учете у гинеколога по поводу каких-либо заболеваний не наблюдалась. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пульс 88 у минуту, ритмичный. АД 120/80 мм.рт.ст. Наружные половые органы развиты правильно, рост волос по женскому типу. При осмотре влагалища по задней и боковой стенке слева имеется свежие щелевидные разрывы, выделения обильные кровянистые. О.С : шейка матки чистая, без дефектов эпителия, выделения умеренные. РВ Матка в антефлексию, не увеличена, плотная, подвижная, б/б. придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненна.

1. Ваш предположительный диагноз? разрыв влагалища
2. Тактика?

ЗАДАЧА №1

В гинекологическое отделение поступила больная 40 лет с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и обильные кровянистые выделения из половых путей. Считает себя больной в течении 4 лет, когда менструации стали болезненными и обильными.

Менструации с 12 лет, установились сразу, по 7 дней, ч/з 30 дней, умеренные, безболезненные. Последние 2 года - через 15-16 дней, обильные, со сгустками, болезненные. Замужем с 30 лет. Были 2 беременности, закончившиеся выкидышами в 9 и 12 нед. Перенесенные гинекологические заболевания отрицает.

Общее состояние удовлетворительное. Температура - нормальная. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Пульс 100 уд/мин, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД - 120/80 мм рт.ст. Грудные железы без патологических изменений. Систолический на верхушке сердца. Живот мягкий, безболезнен.

0.3.: Шейка матки чистая. Выделения кровянистые.

Влагалищное исследование: матка увеличена соответственно 8 нед. беременности, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки не определяются.

Проведено зондирование и диагностическое выскабливание полости матки. Обнаружена деформация полости матки. Соскоб умеренный, послан на гистологию.

1. Какой диагноз можно предположить?

Субмукозная миома матки.

2. Какие признаки позволяют предположить этот диагноз?

Деформация полости матки.

3. Какие исследования следует произвести для уточнения диагноза?

УЗИ органов малого таза.

4. Ваша тактика?

Оперативное лечение.

ЗАДАЧА №2

В гинекологическое отделение доставлена "скорой помощью" больная 52 лет с обильным кровотечением.

6 лет назад была обнаружена миома матки соответственно 10 нед. беременности. Более к врачу не обращалась. Последние годы стала отмечать рвот живота, частое мочеиспускание, запоры, ноющие боли внизу живота. Менструации с 11 лет, регулярные, по 7 дн, через 30 дн, умеренные, безболезненные. В течение последних 6 лет стали более длительными и обильными. Половая жизнь с 25 лет. Роды - 1, аборт - 1.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые розовые. Пульс 96 уд/мин, ритмичными. АД - 130/80 мм рт.ст. Грудные железы без патологических изменений. Живот мягкий, безболезненный. Через переднюю брюшную стенку пальпируется опухоль, соответственно 22 нед беременности. Печень в норме. Асцита нет. Стула нет 3 дня.

0.3.: Шейка матки отклонена кзади, чистая. Выделения кровянистые, обильные.

Влагалищное исследование: матка увеличена до 22 нед беременности, бугристая, малоподвижная, безболезненная. Придатки не определяются.

1. Какой диагноз можно предположить?
Лейомиома матки больших размеров.
2. Какие признаки позволяют предположить этот диагноз?
Размеры матки.
3. Какие исследования следует произвести для уточнения диагноза?
УЗИ органом малого таза и брюшной полости.
4. Ваша тактика?
Оперативное лечение.

ЗАДАЧА №3

Больная, 36 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и обильные кровянистые выделения из половых путей. Считает себя больной в течение 1,5 лет, когда стала отмечать обильные менструации, сопровождающиеся схваткообразными болями внизу живота. После менструаций отмечает слабость, недомогание, головокружение. Менструации с 11 лет, по 5-6 дней, цикл 38 дней, были умеренными, безболезненными, до появления вышеописанных жалоб. Беременностей 2, из них 1 - нормальные роды и 1 - искусственный аборт без осложнений. Гинекологические заболевания отрицает. Из перенесенных

заболеваний отмечает грипп, ангину, аппендектомию. Страдает анемией, дважды лечилась в стационаре, получала антианемическую терапию.

Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Пульс - 105 уд. в мин, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД - 110/70 мм рт.ст. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, на верхушке систолический шум. Живот мягкий безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание в норме. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей женщины, в канале шейки матки определяется образование диаметром до 5 см, плотной консистенции. Матка увеличена соответственно 5-6 нед. беременности, обычной консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Выделения кровянистые, обильные.

1. Поставьте предварительный диагноз.

Родившийся субмукозный миоматозный узел.

2. Какие дополнительные методы исследования необходимо произвести для уточнения диагноза?

УЗИ

3. Какое произошло осложнение в течении данного заболевания?

Обильное кровотечение при рождении узла.

4. Какие объективные данные говорят о наличии возникшего осложнения?

Обильные кровянистые выделения из половых путей

Схваткообразные боли внизу живота.

Наличие образования в шейке матки.

5. Какой должна быть тактика врача?

Удаление рождающегося узла.

ЗАДАЧА №4

В гинекологическое отделение поступила больная 37 лет с жалобами на чувство тяжести внизу живота, частое мочеиспускание. Болеет в течение 2-х

лет, когда появились данные жалобы. К врачу не обращалась. Менструации с 15 лет, по 3-4 дн, через 31 дн, регулярные, умеренные, безболезненные. В течение последних 3-х лет менструации стали продолжительными (до 8 дн.). Последняя менструация была в срок. Замужем с 20 лет. Роды - 1, аборты - 2. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые розовые. Температура - нормальная. Пульс - 80 уд/мин, ритмичный. АД - 120/80 мм рт.ст. Грудные железы без патологических изменений. Живот мягкий, безболезненный.

0.3.: Шейка матки чистая. Выделения слизистые.

Влагалищное исследование: матка несколько увеличена, плотная, ограничена в подвижности, безболезненная. Справа и опереди от матки определяется плотная опухоль до 10-12 см в диаметре, смещение которой передается на шейку матки. Придатки не определяются. Своды свободные.

1. Какой диагноз можно предположить?

Кистама правого яичника.

2. Какие признаки позволяют предположить этот диагноз?

Жалобы и данные влагалищного исследования.

3. Какие исследования следует произвести для уточнения диагноза?

УЗИ органов малого таза.

4. Ваша тактика.

Оперативное лечение.

ЗАДАЧА №5

В гинекологическое отделение поступила больная 39 лет, с жалобами на острую боль внизу живота, рвоту, учащенное мочеиспускание.

Заболела внезапно. Менструальный цикл не нарушен. Последняя менструация только закончилась. Замужем. Роды - 2, аборты - 4. Страдает

хроническим воспалением придатков матки. Общее состояние средней тяжести. Температура - 37,8°C. Пульс - 100 уд/мин, ритмичный. АД - 110/70 мм рт.ст. Грудные железы без патологических изменений. Живот умеренно вздут, напряжен в правой подвздошной области. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Симптом Пастернацкого отрицательный.

0.3.: Шейка матки чистая. Выделения слизистые.

Влагалищное исследование: матка не увеличена, плотная, ограничено подвижная, болезненная при смещении. Слева придатки тяжистые, безболезненные. Справ и сзади от матки определяется опухолевидное образование округлой формы, размерами до 7,0 см в диаметре, тугоэластической консистенции, подвижное, резко болезненное при пальпации. Своды свободные.

1. Какой диагноз можно предположить?

- 1.1. Кишечная непроходимость.
- 1.2. Острый аппендицит.
- 1.3. Апоплексия яичника.
- 1.4. Нагноение кисты яичника.
- 1.5. Острый правосторонний пиосальпинкс.

2. Какие признаки позволяют предположить этот диагноз?

Клинические симптомы и наличие болезненной опухоли в области правых придатков.

3. Какие исследования следует произвести для уточнения диагноза?

УЗИ органов малого таза.

4. Ваша тактика.

Оперативное лечение в ургентном порядке.

1. Больная П. 21 год, обратилась к врачу с жалобами на кровяные выделения из половых органов, нерегулярные менструации, боль внизу живота. Из анамнеза - за последние 3 года родов - 2, аборт - 1. На УЗИ - полость матки равномерно расширена, с многочисленными мелкими структурами на фоне участков повышенной эхогенности (феномен снежной бури). Яичники увеличены, кистозноизменены.

Ваш диагноз?)Пузырный занос. Лютеиновые кисты.

Какова этиология данной патологии

Как будете лечить?

2. При профосмотре у женщины 42 лет жалоб нет. ОЗ: На шейке матки участки ярко-красного цвета чередуются с бледно-розовыми. PV: Матка и придатки не изменены. При кольпоскопии определяется незаконченная зона трансформации: поля незрелого

плоского эпителия чередуются с фрагментами эктопии цилиндрического эпителия, имеются устья открытых желез.

Какой диагноз можно предположить?)Эрозия шейки матки.

Как лечить данную патологию?

3. В гинекологическое отделение доставлена скорой помощью женщина 51 года с жалобами на кровянистые выделения из половых путей через 1 неделю после очередных месячных. ОЗ: Шейка матки чистая, из цервикального канала исходит образование в виде языка размером 3x2 см, малиново-красного цвета, выделения кровянистые, умеренные, цервикальный канал закрыт. PV: Матка чуть больше нормы, безболезненная, придатки не определяются.

Какова тактика врача? Полип цервикального канала.

Каковы методы диагностики данной патологии?

Ситуационная задача

В гинекологическое отделение машиной скорой помощи доставлена больная 26 лет с жалобами на внезапную острую боль внизу живота, иррадиирующую в прямую кишку, промежность, паховую область; кровянистые выделения из половых путей, слабость, головокружение, кратковременную потерю сознания, тошноту, рвоту. Отмечает отсутствие менструации 2 месяца, нагрубание молочных желез, изменение вкусовых качеств.

Объективно: t тела – 36,8С, АД – 90/65 мм.рт.ст., живот напряженный, резко болезненный при пальпации, симптом Щеткина-Блюмберга, френникус симптом положительные.

Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки цианотичны, из цервикального канала – кровянистые выделения.

Данные влагалищного исследования: матка не соответствует предполагаемому сроку беременности, болезненная, отмечается симптом «плавающей матки», придатки справа увеличены до 7-8 см в диаметре, резко болезненны, болезненность, нависание заднего свода.

В общем анализе крови: гемоглобин 85 г/л, эритроциты $2,9 \cdot 10^{12}$ /л, Ht – 28%.

1. Ваш предварительный диагноз? Прервавшаяся внематочная беременность по типу разрыва маточной трубы. Острый перитонит.

Ситуационная задача

Больная М., 28 лет, жалуется на отсутствие беременности в течении 2-х лет, гнойные выделения из половых путей. Менструации по 3-4 дня через 28 дней, регулярные. В

анамнезе: один искусственный аборт, эрозия шейки матки (произведена диатермокоагуляция). При осмотре в зеркалах: шейка матки гиперемирована в области цервикального канала, выделения гнойно-слизистые в умеренном количестве.

P.V.: матка не увеличена, безболезненна, ограничена в подвижности. Придатки не определяются.

1. Ваш предварительный диагноз? эндоцервицит

Кровотечения в акушерстве

Задача 1

Роженица 26 лет, беременность вторая в сроке 40 недель. Первая бе-ременность закончилась абортom. Через час после родов выделился послед. Сразу после рождения послeда началось сильное кровотечение. При осмотре послeда имеется дефект.

Диагноз. Тактика.

Задача 2

Женщине 26 лет. Третьи роды в сроке 39 недель. Плод живой, доно-шенный. Через 30 минут после рождения ребенка началось сильное крово-течение. Кровопотеря 500 мл. Имеются признаки отделения плаценты. Ди-агноз. Тактика.

Задача 3

Повторнородящая 25 лет в сроке 38 недель беременности. ОЖ - 110 см. отошли воды в количестве 2-х литров. Через 3 часа после отхождения вод родила живого доношенного ребенка весом 3500 г. Через 30 минут са-мостоятельно отделился и выделился послед, при осмотре послед весь, оболочки все. Из половых путей обильное кровотечение со сгустками.

Диагноз. Тактика.

Задача 4

Повторнородящая 28 лет. Беременность 40 недель. Родила живого доношенного ребенка. Через 20 минут началось кровотечение (выделилось

500 мл крови). Роженица побледнела, пульс 90 ударов в минуту. А/Д 100/60 мм рт. ст. Дно матки на 2 поперечных пальца выше пупка. Призна-ков отделения плаценты нет.

Диагноз. Тактика.

Задача 5

Повторнобеременная первородящая 25 лет. Роды в сроке 39 недель доношенным плодом. Через 30 минут после выделения последа началось обильное кровотечение со сгустками. При осмотре последа целостность его сомнительна. Кровопотеря 500 мл.

Диагноз. Тактика.

Задача 6

Повторнобеременная 34 лет. Беременность 37 недель. Размеры таза нормальные. Роды срочные, продолжаются 6 часов. Схватки средней силы через 7-9 минут. Появилось сильное кровотечение. Сердечные тоны плода 128 ударов в минуту, ритмичные, слева ниже пупка.

Влагалищное исследование: шейка матки укорочена, пропускает два пальца. Прощупываются плодный пузырь и слева край плаценты. Головка плода над входом в малый таз, подвижна, мыс крестца не достигается.

Диагноз. Тактика.

Задача 7

Повторнородящая 35 лет, беременность 39 недель. Размеры таза: 26-28-30-20 см. Роды в срок. Схватки слабые, положение плода продольное, головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода хорошее. Через 3 часа после начала схваток появилось сильное кровотечение. Влагалищное исследование: шейка матки открыта на 4 см, вся область внутреннего зева закрыта плацентой.

Диагноз. Тактика.

Задача 8

У повторнобеременной, поступившей с кровянистыми выделениями из половых путей, при ультразвуковом исследовании обнаружено: размеры плода соответствуют 35 неделям беременности, плацента расположена на передней стенке матки. Между базальной поверхностью плаценты и стенкой матки определяется эхонегативная зона размером 4,0 x 1,0 см. Около-

плодных вод умеренное количество. Сердцебиение плода аритмичное, около 100 уд/мин.

Диагноз. Тактика.

Задача 9

Повторнородящая 32 лет поступила в родильный дом в 40 недель беременности с хорошей родовой деятельностью. В анамнезе 1 самопроизвольные роды и 2 искусственных аборта. После 2-го аборта было повторное выскабливание матки. Родовая деятельность продолжалась 6 часов. Родилась живая доношенная девочка массой 3400 г.

Выделилось 250 мл крови, кровотечение продолжается. Признаков отделения плаценты нет.

Диагноз. Тактика.

Задача 10

Повторнородящая 32 лет. Беременность доношенная. Первые роды нормальные. Вторая беременность – медицинский аборт, осложнившийся воспалительным процессом матки и придатков.

Размеры таза нормальные. Положение плода продольное. Головка плода подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 128 ударов в минуту. Схватки появились 3 часа назад. Через час после появления схваток началось кровотечение из родовых путей. При влагалищном исследовании: раскрытие шейки матки на 6 см. Всюду определяется губчатая ткань, слева удается достичь оболочки плода. Обильное кровотечение.

Диагноз. Тактика.

Задача 11

Повторнобеременная на 10-ом акушерском месяце внезапно почувствовала боли внизу живота постоянно нарастающего характера. Величина матки соответствует доношенной беременности. Матка резко болезненна, напряжена, особенно справа, где отмечается выпячивание стенки матки. Положение плода продольное. Сердцебиение плода не прослушивается. Из половых путей незначительные кровянистые выделения. Беременная чувствует себя плохо, пульс 100 ударов в минуту. Бледность слизистых и кожи лица, беспокойна. Родовые пути закрыты.

Диагноз. Тактика.

Задача 12

Беременная В., 30 лет, поступила в родильный дом в 9 часов с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, головокружение, боли в животе. Беременность 38 недель.

Первая беременность 6 лет назад закончилась срочными родами. Затем было 3 медицинских аборта в ранние сроки беременности. Данная беременность 5-я, до 36 недель протекала без осложнений. За две недели до поступления в родильный дом появились отеки на ногах и лице. В 17 часов накануне поступления почувствовала острые боли в животе, а через час появились кровяные выделения из половых путей.

При поступлении общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, ноги и лицо отечные. Пульс 100 ударов в минуту, слабого наполнения. АД 90/50 мм рт.ст. Живот вздут, симптомов раздражения брюшины нет. ОЖ – 104 см, ВДМ – 38 см. Матка напряжена, не расслабляется, болезненна при пальпации, асимметричная. Из половых путей в небольшом количестве выделяется темная кровь.

В моче обнаружен белок 1,6 г/л. Диагноз. Тактика.

Преэклампсия

Задача 1

В гинекологическое отделение поступила беременная В., 22 лет, в сроке гестации 7-8 недель с жалобами на снижение аппетита, тошноту, рвоту 3-5 раз в сутки, чаще после приема пищи. Масса тела за последнюю неделю снизилась на 1 кг.

Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Температура тела нормальная. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Пульс 90 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/70 мм рт.ст. Анализы крови и мочи без патологических изменений.

Диагноз. Тактика.

Задача 2

В женскую консультацию обратилась первобеременная А., 25 лет, в сроке гестации 5-6 недель с жалобами на отсутствие аппетита, тошноту, рвоту от 6 до 10 раз в сутки независимо от приема пищи, снижение массы тела на 1,5 кг за 1,5 недели.

Общее состояние средней тяжести. Отмечается повышенная возбудимость. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, сухие. Температура тела субфебрильная. Пульс 100 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 100/60 мм. рт. ст. Суточный диурез 850 мл.

Диагноз. Тактика.

Задача 3

В гинекологическое отделение машиной скорой помощи доставлена беременная Т., 21 года. Срок беременности 8 недель. Жалобы на слабость, постоянную тошноту, рвоту более 15 раз в сутки. Пищу не удерживает. За 10 дней масса тела снизилась на 3,5 кг.

Состояние пациентки тяжелое. Истощена, изо рта запах ацетона. Температура субфебрильная, кожа желтушная, сухая. Пульс 110 уд/мин, слабого наполнения и напряжения. АД 90/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот мягкий, безболезненный. Диурез снижен до 400 мл в сутки. В крови повышение остаточного азота, мочевины, билирубина, снижение содержания альбуминов, холестерина, калия, хлоридов. В анализе мочи протеин- и цилиндрурия, реакция на ацетон резко положительная.

Диагноз. Тактика.

Задача 4

В женскую консультацию обратилась первобеременная М., 19 лет, в сроке гестации 9-10 недель с жалобами на судороги мышц верхних и нижних конечностей.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Частота дыханий 18 в минуту. Пульс 72 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Выделений из половых путей не видно. Физиологические отправления в норме.

Диагноз. Тактика.

Задача 5

У первородящей 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.

Диагноз. Тактика.

Задача 6

Беременная И., 25 лет, обратилась к врачу женской консультации в сроке беременности 33-34 недели с жалобами на отеки нижних конечностей. Беременность первая. Из перенесенных заболеваний отмечает хронический пиелонефрит (состоит на диспансерном учете у нефролога). Прибавка веса составила 14 кг, за последнюю неделю – 1,0 кг.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пульс 64 удара в минуту, удовлетворительно-го наполнения и напряжения. АД 120/80 и 115/80 мм.рт.ст. Матка в состоянии нормального тонуса. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Тоны плода ясные, ритмичные, 140 ударов в минуту. Отеки нижних конечностей.

Общие анализы крови, мочи без патологических изменений. Диагноз. Тактика.

Задача 7

Роженица К., 22 лет, поступила в родильное отделение с доношенной беременностью и началом родовой деятельности.

Во время беременности женскую консультацию посещала нерегулярно. При последнем посещении консультации в 38 недель отмечены повышение АД до 135/95 - 140/95 мм рт. ст., пастозность голеней. От госпитализации отказалась. В родильный дом женщина доставлена бригадой скорой помощи в сроке беременности 39-40 недель с жалобами на боли в области затылка, лба, надчревной области, понижение зрения.

При осмотре отмечаются одутловатость лица, массивные отеки конечностей, передней брюшной стенки, в области поясницы. АД 140/95 -155/90 мм рт. ст., пульс 88 ударов в минуту, удовлетворительных свойств. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Матка в состоянии нормального тонуса, ВДМ -35 см, ОЖ -101 см. Размеры таза: 26-29-31-21 см.

В общем анализе мочи белок 1,0 г/л. Диагноз. Тактика.

Задача 8

Первородящая М., 24 лет, поступила в родильный дом с жалобами на головную боль, плохое самочувствие, боли внизу живота схваткообразного характера в сроке беременности 36-37 недель.

Из перенесенных заболеваний отмечает соматоформную дисфункцию вегетативной нервной системы по смешанному типу, нарушение жи-рового обмена (рост – 164 см, вес до беременности – 85 кг). С 32 недель беременности отмечает прибавку массы тела до 1,0 кг в неделю, отеки нижних конечностей, с 34 недель – повышение АД до 140/90 мм рт. ст. От предложенной госпитализации отказалась, лечение в амбулаторных условиях не принимала.

При осмотре: заторможена, дыхание через нос затруднено. Пульс 98 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 180/110 и 175/100 мм рт. ст. Схватки средней силы и продолжительности. Околоплодные воды не отходили. ВДМ - 31 см, ОЖ – 92 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата к входу в малый таз. Тоны плода ясные, ритмичные, 136 ударов в минуту. Отеки нижних конечностей, передней брюшной стенки и лица. В общем анализе мочи белок 1,0 г/л.

Для выяснения акушерской ситуации произведено влагалищное исследование, во время которого появилось двигательное беспокойство, мелкие фибриллярные подергивания мышц лица и рук, которые перешли в тонические судороги. После приступа судорог, продолжавшихся 1,5 минуты, сознание восстановилось. Дан ингаляционный закисно-фторотановый наркоз с кислородом, закончено влагалищное исследование: шейка матки сглажена, раскрытие зева 3 см, плодный пузырь цел, головка прижата к входу в малый таз.

Диагноз. Тактика.

Задача 9

В родильный дом доставлена роженица в сроке беременности 38-39 недель с хорошей родовой деятельностью, начавшейся 6 часов тому назад, излитием околоплодных вод с началом родовой деятельности.

Из анамнеза: с 36 недель беременности отмечает прибавку массы тела до 1,0 кг в неделю, отеки нижних конечностей, повышение АД до 140/90 мм рт. ст. От предложенной госпитализации отказалась, лечение в амбулаторных условиях не принимала.

При поступлении жалобы на головную боль, боли в подложечной области, «пелену» перед глазами. При осмотре отмечают пастозность лица, отеки нижних конечностей. Температура -37,00 С, пульс – 94 удара в минуту, ритмичный и напряженный. АД – 185/110 мм рт.ст., 190/100 мм рт.ст.

Общий анализ мочи: белок 2,0 г/л.

Вскоре после поступления начались потуги по 30-35 секунд через 3-4 минуты. Положение плода продольное, головка плода в полости малого таза. Сердцебиение плода

слева, ниже пупка, 134 удара в минуту, ритмичное. При попытке произвести влагалищное исследование возник припадок су-дорог, сопровождающийся потерей сознания. Влагалищное исследование: открытие зева полное, плодный пузырь отсутствует, головка плода в узкой части полости таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева и спереди.

Диагноз. Тактика.

Задача 10

Первобеременная в сроке 37 недель доставлена машиной скорой по-мощи в приемный покой родильного дома в бессознательном состоянии. В дороге 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. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Мыс не достигается.

В анализе мочи – белок 1,5 г/л. Диагноз. Терапия.

Задача 11

Беременная 30 лет доставлена в родильный дом машиной скорой по-мощи в связи с припадком судорог, с затемненным сознанием. Беременность 38 недель, страдает гипертонической болезнью. Накануне болела голова, были тошнота, рвота. Ноги отечны.

Диагноз. Тактика.

гипертонизм. Оперативные методы родоразрешения

Первородящая 28 лет, поступила в родильный дом с родившимся в машине скорой помощи доношенным плодом. Длительность родов 2 часа. После рождения ребенка началось кровотечение яркой струей. Послед выжат по Креде – Лазаревичу. Кровотечение продолжается яркой струей. Пульс 100 ударов в минуту, слабого наполнения. Кожа и видимые слизистые бледны. АД 90/50 мм рт. ст. Матка хорошо сокращена, плотная.

Диагноз. Тактика.

Задача 2

Повторнородящая 35 лет. Беременность 39 недель. Первые роды были 10 лет назад. Ребенок умер на 3-и сутки. Вторые роды 8 лет назад закончились перфорацией головки. Размеры таза: 27-28-31-17 см. ОЖ -110 см, головка плода над входом в таз.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, раскрытие зева на 3 см. Плодный пузырь цел, напряжен. Головка плода высоко над входом в малый таз. Швы и роднички не определяются на головке плода. Диагональная конъюгата - 10 см.

Диагноз. Тактика.

Задача 3

Первородящая 28 лет. Беременность 40 недель. Доставлена в родильный дом из участковой больницы. Роды продолжаются сутки. Роженица перестала ощущать движение плода. Воды отошли за 20 часов до поступления в родильный дом. Температура тела -38,50 С.

Размеры таза: 25-28-31-20 см. ОЖ - 105 см. Головка плода во входе в малый таз основанием малого сегмента. Симптом Генкель-Вастена положительный. Тоны плода не прослушиваются.

При влагалищном исследовании: раскрытие зева полное. Передняя губа шейки матки отечна. Плодного пузыря нет. Головка плода во входе в малый таз. Роднички на головке плода не определяются из-за большой родовой опухоли. Мыс крестца не достигается. Выделения со зловонным запахом.

Диагноз. Тактика.

Роженица 27 лет, повторнородящая, в сроке беременности 41 неделя доставлена в клинику с частыми болезненными схватками. Воды отошли за 8 часов до поступления в родильный дом. С отхождением вод выпала ручка плода. Поведение роженицы беспокойное, головка плода справа, тазовый конец – слева. Тоны плода не прослушиваются. Из половой щели свисает ручка с поверхностной мацерацией кожи.

Влагалищное исследование: влагалище выполнено ручкой. Во входе в малый таз вколочено плечико плода. Подмышечная впадина открыта вправо. Достичь шейки плода не удастся.

Диагноз. Тактика.

Задача 5

В родильный дом доставлена беременная в сроке гестации 36 недель. Предыдущая беременность 4 года назад закончилась операцией кесарева сечения по поводу упорной слабости родовой деятельности. Утром после поднятия тяжести появились боли в подложечной области, тошнота.

Общее состояние удовлетворительное. Пульс 90 ударов в минуту, АД – 110/60 мм рт. ст. На передней брюшной стенке имеется послеоперационный рубец длиной 13 см, заживший вторичным натяжением. В средней трети рубец звездчатый, интимно связан с подлежащими тканями, болезненный при пальпации. Родовой деятельности нет. Матка напряжена, контуры ее четкие, в области рубца - болезненна. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 156 ударов в минуту. Выделений из половых путей нет.

Диагноз. Тактика.

Задача 6

Роженица 27 лет. Размеры таза: 25 - 27 - 30 - 20 см. Роды первые, срочные. Воды излились 2 часа назад. Потуги по 50 секунд, через 1 мину-ту. Сердцебиение плода 90-100 ударов в минуту, аритмичное.

Влагалищное исследование: открытие зева полное, плодного пузыря нет, головка плода на дне таза. Стреловидный шов в прямом размере вы-хода таза. Малый родничок спереди.

Диагноз. Тактика.

Задача 7

Роженица 25 лет. Страдает комбинированным митральным пороком сердца. Размеры таза: 26 - 28 - 31 - 20 см. Роды первые срочные продол-жаются 12 часов. Воды отошли при раскрытии шейки матки 4 см. При по-явлении потуг состояние роженицы ухудшилось, пульс участился до 130 ударов в минуту, появились одышка, цианоз. Сердцебиение плода отчет-ливое, ритмичное, 140 ударов в минуту.

Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, голов-ка плода в полости малого таза.

Диагноз. Тактика.

Первородящая 30 лет. Беременность первая, доношенная. За 4 часа до поступления одновременно с началом схваток отошли околоплодные воды. Схватки регулярные, интенсивные. Пульс 80 ударов в минуту, удо-влетворительного наполнения. АД - 110/60 мм рт. ст. Размеры таза: 26–26– 31-17,5 см. Положение плода продольное. Головка плода прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода 90 ударов в минуту, аритмичное.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, раскрытие зева 4 см, плодного пузыря нет. Во влагалище справа от головки плода определя-ется клубок пульсирующей пуповины. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Диагональная конъюгата -10 см.

Диагноз. Тактика.

Задача 9

38-летняя беременная была доставлена в родильный дом в тяжелом состоянии. Беременность 5-я, роды 3-и. Две беременности закончились са-мопроизвольными абортами. Двое родов были продолжительными, дети весом 3500-3800,0 г. Послеродовые периоды протекали без особенностей.

Роды продолжаются более 14 часов, воды отошли через 3,5 часа от начала схваток. Схватки были интенсивными, но головка плода оставалась подвижной над входом в малый таз. Размеры таза нормальные. ОЖ -105 см, ВДМ – 40 см. Два часа тому назад появились потуги. После нескольких потуг у роженицы появились жалобы на головокружение, холодный пот, боли в правой половине живота. Температура – 35,6°С, пульс – 120 ударов в минуту, АД -90/60 мм рт. ст. Резко выражена бледность кожных покро-вов и видимых слизистых. Живот вздут, болезненный при пальпации. Го-ловка

плода прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода не прослушивается. Из половых путей скудные кровянистые выделения.

Диагноз. Тактика.

Задача 10

Первородящая 21 года поступила с интенсивными потугами. Регулярные схватки начались 12 часов тому назад, потуги – 1 час назад. Околоплодные воды отошли за 2 часа до поступления в клинику.

Температура тела 36,5°C. Пульс 80 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. АД – 110/60 мм рт.ст. Роженица имеет рост 158 см, вес 60 кг, костный скелет с выраженными признаками рахита. Размеры таза: 27 – 28 – 31 - 17,5 см. ОЖ 94 см, ВДМ -34 см. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, справа ниже пупка, 132 удара в минуту.

При влагалищном исследовании: открытие шейки матки полное. Плодного пузыря нет. Головка плода прижата к входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, ближе к лону. Малый родничок справа. Диагональная конъюгата – 10,5 см.

Диагноз. Тактика.

Через 30 минут после начала второго периода родов у повторнородящей появились кровянистые выделения из половых путей. Размеры таза: 26 – 28 – 30 - 18 см (диагональная конъюгата -11 см). АД 120/65 мм рт. ст. Потуги через 2-3 минуты по 50-55 секунд. Женщина ведет себя беспокойно, кричит, мечется. Матка плохо расслабляется вне потуги, болезненна при пальпации в нижнем сегменте. Сердцебиения плода глухие, 150-160 ударов в минуту. Попытка произвести катетеризацию мочевого пузыря женщины не удалась из-за механического препятствия.

При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное; головка плода прижата к входу в малый таз, на головке большая родовая опухоль. Сагиттальный не пальпируется.

Диагноз. Тактика.

Задача 12

Первобеременная поступила в родильный дом с доношенной беременностью, хорошей родовой деятельностью, которая началась 5 ч назад. Размеры таза: 25 – 28 – 32 - 20 см. Предполагаемая масса плода – 4000 г. Головка плода прижата к входу в малый таз. Сердцебиения плода ясное, ритмичное, 142 удара в минуту слева ниже пупка. Признак Вастена вро-вень. Размеры Цангемейстера – 19 и 19 см.

При осмотре обнаружено: шейка матки сглажена, открытие 8 см. Плодного пузыря нет. Слева и спереди определяется угол большого родничка, справа и сзади – переносица и корень носа, в центре – лоб. Лобный шов в правом косом размере. Мыс крестца не достигается.

Диагноз. Тактика.

Беременность и роды у женщин с экстрагенитальной и гинекологической патологией

Задача 1

Первобеременная С., 25 лет, обратилась в женскую консультацию в сроке беременности 8 недель с жалобами одышку при небольшой физической нагрузке. Состоит на диспансерном учете у кардиолога с диагнозом: Ревматизм. Митральный стеноз. II ПА. При проведении обследования врачами-кардиологами и кардиохирургами при аускультации сердца выслушали ранний тихий диастолический шум во II, III, IV межреберье слева у грудины. При динамической аускультации сердца выявлены следующие особенности шума: усиливается на выдохе и при изометрическом мышечном напряжении, при пробе Вальсальвы через 6-8 сокращений сердца достигает прежней интенсивности.

Диагноз. Тактика.

Задача 2

У женщины на 24 неделе беременности стала быстро нарастать анемия. В общем анализе крови: эритроциты - $2,7 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 90

г/л, анизоцитоз, пойкилоцитоз, единичные мегалобласты, мегалоциты, ретикулоциты - 0,2 %.

Диагноз. Тактика.

Задача 3

Беременная М., 40 лет, в сроке гестации 34 недели жалуется на мелькание «мушек» перед глазами, головокружение, сухость кожи, ломкость ногтей, выпадение волос.

При обследовании выявлена бледность кожи и слизистых оболочек. Пульс 100 ударов в минуту, ритмичный. При аускультации сердца I тон на верхушке ослаблен, выслушивается систолический шум над всеми точками сердца. В легких дыхание везикулярное. Печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе крови: гемоглобин - 90 г/л, эр. - $3,3 \times 10^{12}/л$, ЦП -

0,7, лейкоц. - $9,8 \times 10^9/л$: э - 2, п - 3, с - 70, л - 25, м - 10, анизоцитоз, микроцитоз. Сывороточное железо - 7,2 мкмоль/л.

Диагноз. Тактика.

Задача 4

В женскую консультацию обратилась пациентка в сроке беременности 24 недели с жалобами на желтушность кожных покровов в течение 7 дней, легкий кожный зуд. В

течение 2 недель отмечает слабость, сонливость, плохой аппетит, утомляемость, последние 3 дня - темную пенистую мочу и светлый кал.

Из анамнеза выяснено, что 3 месяца назад лечилась у стоматолога.

При осмотре – желтушность кожных покровов, склер глаз, твердого неба. Печень увеличена. Матка овоидной формы, в нормальном тоне. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 ударов в минуту. Выделений из половых путей нет.

Диагноз. Тактика.

Задача 5

На консультацию к терапевту направлена беременная 29 лет с жалобами на слабость, повышенную утомляемость. В анамнезе одни срочные роды без осложнений год назад.

При осмотре кожные покровы бледные, пульс 82 удара в минуту. АД 120/80 мм рт.ст. Матка увеличена до 24 недель беременности, в нормальном тоне. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту. Выделений из половых путей нет.

При исследовании периферической крови гемоглобин – 92 г/л, цветовой показатель - 0,8, ретикулоциты - 12%.

Диагноз. Тактика.

Задача 6

Пациентка А., 38 лет, беременность 14 недель. Доставлена бригадой скорой помощи с жалобами на сильную боль над лоном, слабость, тошноту. В течение 6 лет страдает миомой матки (субсерозный узел). Болеет тре-

тий день. Боль появилась без видимой причины, нарастала по интенсивности, температура повысилась до 37,8, присоединилось вздутие кишечника.

Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, язык сухой, обложен белым налетом. Пульс 96 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, умеренно вздут, резко болезненный над лоном, слабо положительные симптомы раздражения брюшины. Перистальтика выслушивается.

При бимануальном исследовании определяется увеличенная до 17 недель матка, бугристая, резко болезненная при исследовании. Придатки с обеих сторон не определяются, безболезненные. Своды свободны. Параметрии не инфицированы.

В течение 2 часов получала лечение: инфузионная терапия в объеме 2 литра, спазмолитики, антибиотики. Состояние не улучшилось, боли не купировались, клиника «острого живота» нарастала.

Диагноз. Тактика.

Задача 7

Беременная 28 лет жалуется на боли внизу живота больше справа, тошноту, однократную рвоту. Беременность 24 недели. Больна в течение 5-6 часов. Боли появились в эпигастральной области, затем сместились в правую половину живота. Температура 37,5 0С.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 94 удара в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Язык суховат, об-ложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий, болезненный при пальпа-ции в правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины слабopоложительные справа. Матка в нормальном тонусе, увеличена до 24 недель беременности.

В общем анализе крови: гемоглобин - 115 г/л, лейкоциты - 10×10^9 /л, п - 13%, с - 65%, СОЭ - 20 мм/час.

Диагноз. Тактика.

Задача 8

Беременная 32 лет. Срок беременности 32 недели. Предъявляет жа-лобы на периодически появляющееся боли приступообразного характера в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку, с повышени-ем температуры тела до 39-39,5°С, проливными потами в течение послед-него месяца. За последний месяц такие приступы участились и стали появ-ляться каждые 2-3 дня. Последний приступ осложнился появлением жел-тухи, которая быстро исчезала, а затем появлялась вновь. Общее состояние оставалось удовлетворительным. Отмечала некоторую слабость.

Живот обычной формы, мягкий. При пальпации отмечается болез-ненность в правом подреберье и эпигастральной области. Печень не уве-личена. Желчный пузырь не пальпируется.

В общем анализе крови лейкоциты - $9,2 \times 10^9$ /л, СОЭ - 38 мм/ч. При УЗИ желчный пузырь обычных размеров, содержит конкременты.

Диагноз. Тактика.

Задача 9

У пациентки 39 лет в сроке беременности 31 неделя после приема жирной мясной пищи появились боли опоясывающего характера в верхних отделах живота, многократная рвота. В течении 6 лет страдает язвенной болезнью желудка.

При осмотре: живот вздут, участвует в акте дыхания, умеренно напряжен и болезненный в эпигастральной области. Пульс - 96 ударов в минуту. Температура 37,2°С. АД - 125/90 мм рт. ст.

В общем анализе крови лейкоциты 17×10^9 /л. Диагноз. Тактика.

Задача 10

Беременная 32 лет в сроке гестации 26 недель поступила в клинику с жалобами на острую боль в животе, возникшую 2 часа назад, схваткообразного характера, частые позывы на рвоту. Стула нет, газы не отходят. Оперирована 2 года назад по поводу разрыва селезенки.

При осмотре беспокойна, громко кричит. Живот вздут больше в верхней половине, перитонеальные симптомы сомнительные, выражено напряжение мышц передней брюшной стенки.

Рентгенологически выявляются многочисленные уровни и чаши Клойбера.
Диагноз. Тактика.

Задача 11

Беременная К., 28 лет, в сроке беременности 28 недель доставлена в приемное отделение с жалобами на боли в правой поясничной области, внизу живота, болезненное мочеиспускание, повышение температуры тела до 38,20 С.

Из анамнеза: данная беременность первая, первый триместр осложнялся острым циститом, неспецифическим вагинитом.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура 38,2 0С. Живот при пальпации безболезненный, перитонеальных симптомов нет.

Матка увеличена до 28 недель, тонус повышен. Симптом поколачивания поясницы в области проекции почек положительный справа.

При УЗИ влагалищным датчиком шейка матки укорочена до 25 мм, внутренний зев закрыт.

Общий анализ крови: лейкоциты – $14 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин – 110 г/л, эритроциты – $3,44 \times 10^{12}/\text{л}$.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1020, белок – 1 г/л, лейкоциты – 50 – 60 в поле зрения, эритроциты – отсутствуют, определяются бактерии в большом количестве.

Диагноз. Тактика.

Беременная С., 24 лет, обратилась в женскую консультацию в сроке беременности 7-8 недель. Жалуется на нарушение сна, раздражительность, эмоциональную лабильность, потливость, потерю массы тела 4 кг. Трудоспособность не нарушена.

При осмотре и пальпации отмечается увеличение щитовидной железы II степени, легкий тремор пальцев. Пульс 98 ударов в минуту, АД 125/60 – 125/60 мм рт.ст.

Диагноз. Тактика.

Задача 13

Беременная С., 25 лет, обратилась в женскую консультацию в сроке 8 недель беременности. Жалобы на частые повышения температуры до суб-фебрильных цифр, боли в мышцах, прогрессирующую общую слабость и снижение трудоспособности, периодические приступы сердцебиения и резких головных болей.

Болеет в течение 2 месяцев, состояние ухудшается. За это время не-однократно обследовалась, выставлялись диагнозы миокардита, невроза, вегетососудистой дистонии, рекомендованное лечение эффекта не оказывало.

При осмотре астенизирована, кожа бледная, без сыпи. Пальпируются увеличенные, плотноватые шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы размером + 1,5 см, слегка чувствительные. Пульс 104 удара в минуту, рит-мичный. АД -100/70 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены, си-столический шум на верхушке. Пальпируется увеличенная печень. Паль-пация мышц умеренно болезненна.

При обследовании выявлен токсоплазмоз. Диагноз. Тактика.

Задача 14

Беременная 17 лет (срок беременности 19 недель), студентка, проживает в общежитии. Поступила в клинику на 2-й день болезни с жалобами на сыпь на теле, незначительное недомогание. Заболевание началось остро с подъема температуры тела до 38,0°C и одновременного появления сыпи на теле.

Объективно: температура тела -37,3°C, небольшая слабость. Конъюнктивит, слизистые выделения из носа. Сыпь мелкопятнистая на неизменной коже. Легкая гиперемия ротоглотки. Пальпируются болезненные заднешейные и затылочные лимфоузлы. Пульс -80 ударов в минуту, АД -100/70 мм рт.ст. Со стороны легких и органов брюшной полости изменений не выявлено.

В крови отмечаются лейкопения, лимфоцитоз, 10 % плазматических клеток, СОЭ не увеличена.

Диагноз. Тактика.

Беременная Я., 25 лет, поступила на дородовую госпитализацию во 2 акушерское отделение с диагнозом: Беременность 36 недель. Очаговый туберкулез легких в фазе инфильтрации.

Жалобы на общую слабость, утомляемость. Больна 8 лет, состоит на учете в тубдиспансере. При сроке беременности 17 недель после тяжелого гриппа была активизация туберкулезного процесса. После проведенного лечения противотуберкулезными лекарственными средствами при отрицательных результатах обследования на БК в мокроте, удовлетворительном общем состоянии была выписана с разрешением на пролонгирование беременности.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Температура тела 36,5°C. Пульс – 74 удара в минуту, АД – 110/60 мм рт. ст. Сердце без патологии. В легких выслушиваются единичные влажные хрипы.

Размеры таза: 25-28-32-21 см. Положение плода продольное, головное предлежание. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. При

влагалищном исследовании обнаружено: шейка матки сформирована, длиной 3 см, цервикальный канал закрыт. Костных изменений в малом тазу не выявлено.

Диагноз. Тактика.

Задача 16

В родильный дом поступила повторнородящая роженица с регулярной родовой деятельностью в течение 4-х часов при доношенной беременности. ОЖ – 100 см, ВДМ – 35 см. Размеры таза: 25-28-32-21 см. Положение плода продольное, головка плотно прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 152 удара в минуту.

При осмотре на половых губах, внутренней поверхности бедер – массивные участки мокнущих, сливных, ярко-розовых высыпаний. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, края зева мягкие, податливые, открытие маточного зева – 5 см. Плодный пузырь цел. Головка плотно прижата к входу в малый таз.

В анализах крови на TORCH – инфекции Ig М – положительный, Ig G – положительный к вирусу простого герпеса II типа.

Диагноз. Тактика.

Задача 17

Роженица Г., 24-х лет, поступила в родильное отделение по поводу первых срочных родов при доношенной беременности. Схватки через 6-7 минут продолжительностью 45 -50 секунд. Воды не отошли. Четыре года назад перенесла операцию митральной комиссуротомии по поводу сужения митрального отверстия 2-й степени.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. В легких везикулярное

дыхание. Отмечает одышку при физической нагрузке. АД 125/85 мм рт. ст. Пульс 86 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. На верхушке грубый систолический шум. Печень не пальпируется. На ногах -отеки.

ОЖ -93 см, ВДМ -35 см. Размеры таза: 25-28-31-20 см. Положение плода продольное. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода слева ниже пупка 136 ударов в 1 минуту, ясное, ритмичное.

При влагалищном исследовании: шейка сглажена, открытие 3 см, плодный пузырь цел. Предлежит головка, малым сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева и спереди, большой родничок справа и сзади. Мыс недостижим.

Диагноз. Тактика.

Задача 18

Первобеременная 37 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на постоянную головную боль, легкую утомляемость в сроке беременности 33-34 недели. Раздражительна, возбудима. Состоит на диспансерном учете у кардиолога по поводу гипертонической болезни. Со стороны сердца небольшое расширение границ влево. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 160/90 мм рт. ст.

Размеры таза: 25-29-31-20 см. Дно матки на 3 поперечных пальца выше пупка. Положение плода продольное, головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, 136 ударов в минуту, ритмичное, слева ниже пупка. Отеков нет.

В общем анализе мочи белка нет. Анализ крови в пределах нормы. Диагноз. Тактика.

Физиология и патология послеродового периода

Задача 1

Повторнородящая 29 лет. 10-е сутки после родов. В родах - преждевременное излитие околоплодных вод, безводный период -14 ча-

сов. На 8-е сутки после родов предъявляла жалобы на повышение температуры до 38,6 °С, озноб, острую боль в левой голени.

На 10-е сутки после родов диагностированы отек левой голени, увеличение окружности в средней трети на 4 см по сравнению с окружностью правой голени, похолодание ноги, ощущение ползания мурашек. Дно матки за лоном. Выделения из половых путей серозные, без запаха.

Диагноз. Тактика.

Задача 2

В наблюдательное отделение из физиологического послеродового отделения переведена роженица на 4-е сутки после родов. В родах - раннее излитие околоплодных вод, оперативное родоразрешение путем наложения полостных акушерских щипцов.

Жалобы на боли внизу живота, слабость, недомогание, повышение температуры до 38,1 °С. Пульс 100 ударов в минуту, удовлетворительных свойств. АД 120/80 мм рт.ст.

Объективно: дно матки на 10 см выше лона. Матка при пальпации болезненная, мягковатой консистенции. Выделения из половых путей тем-но-красные, с запахом.

Анализ крови общий: лейкоциты – 10×10^9 г/л, СОЭ -45 мм/ч, гемоглобин -60 г/; мазок на флору из влагалища -лейкоциты -40-60 в поле зрения, флора: палочки, кокки.

Диагноз. Тактика.

Задача 3

Первородящая 25 лет. На 6-е сутки после родов появились боли в ле-вой молочной железе, температура -38,50 С.

Объективно: в верхне-наружном квадранте левой молочной железы уплотнение 5х6 см, болезненное при пальпации, кожа над уплотнением гиперемирована. Дно матки на уровне лона. Выделения из половых путей умеренные, серозные, без запаха.

Диагноз. Тактика.

Задача 4

Родильница 30 лет, роды первые, затяжные (продолжительность ро-дов 24 часа). В родах - преждевременное излитие околоплодных вод, пер-вичная и вторичная родовая слабость родовой деятельности.

На 6-е сутки после родов температура -38° С, озноб. Пульс 98-100 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных свойств. На обеих ниж-них конечностях варикозное расширение вен. В области левой голени бо-лезненность по ходу вен, гиперемия кожи, отека нет.

Общий анализ крови: лейкоциты – 13×10^9 /л, СОЭ -60 мм/час, фор-мула – без патологии.

Диагноз. Тактика.

Задача 5

Родильница М., 33 лет, на 4-ые сутки послеродового периода предъ-явила жалобы на обильные лохии с запахом, повышение температуры до 38,60 С.

Страдает хроническим пиелонефритом в течение 2-х лет. Беремен-ность шестая: первая беременность закончилась срочными родами, после-дующие четыре - медицинскими абортами, два из которых осложнились острым эндометритом. Настоящая беременность протекала без осложне-ний. Длительность родов составила 19 часов 20 минут.

Объективно: кожные покровы влажные, слизистые оболочки блед-ные. В легких дыхание везикулярное. Пульс 92 удара в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/70 мм рт. ст. на обеих руках.

Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Печень и селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания поясницы в области почек справа слабо положительный. Дно матки на 15 см выше лона, при пальпа-ции матки мягковатой консистенции, болезненная. Выделения из поло-вых путей мутно-сукровичные, обильные с ихорозным запахом.

При влагалищном исследовании: шейка матки окончательно не сформирована, цервикальный канал свободно пропускает 2 поперечных пальца. Матка мягкая, увеличена до 14-15 недель беременности. Придатки с двух сторон не определяются, область их безболезненна при пальпации. Своды свободные. Выделения мутные с запахом.

Диагноз. Тактика.

Задача 6

Родильница 26 лет, четвертые сутки послеродового периода.

Из анамнеза: роды II срочные. В родах - разрыв промежности II степени, ушит кетгутовыми и шелковыми швами. В первые двое суток после-родовой период протекал без осложнений. К концу 3-го дня поднялась температура тела до 37,30 С, появились головная боль, жжение и боли в

области швов на промежности и во влагалище.

Объективно: АД 120/80 мм рт. ст., пульс 78 ударов в минуту, удовлетворительных свойств. Со стороны внутренних органов патологии нет. Молочные железы мягкие, соски чистые. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Дно матки на 12 см выше лонного сочленения, матка плотная, безболезненная. Лохии умеренные, кровянистые. Швы на раневой поверхности промежности покрыты гнойным налетом, окружающие ткани гиперемированы, отечны, болезненны при пальпации.

Диагноз. Тактика.

Задача 7

Родильница Н., 27 лет, на 5-е сутки после родов почувствовала озноб, появилась температура до 39,0 С, ухудшилось общее состояние.

Из анамнеза: роды II срочные, осложнились преждевременным отхождением околоплодных вод (безводный период 24 часа), вторичной слабостью родовых сил, внутриутробной гипоксией плода, высоким прямым стоянием головки плода. Родоразрешена путем операции кесарева сечения почти при полном открытии маточного зева, ребенок извлечен в заднем виде. С 4-х суток послеоперационного периода состояние родильницы стало прогрессивно ухудшаться. Жалуется на общую слабость, озноб, боли

внизу живота, повышение температуру до 39,00С.

Объективно: пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Со стороны внутренних органов патологии нет. Живот мягкий. Дно матки на 13 см выше лона, матка мягковатой консистенции, болезненная при пальпации.

При вагинальном исследовании - шейка матки сформирована, маточный зев проходим для одного пальца. Матка увеличена до 14 недель

беременности, округлой формы, болезненная при пальпации. От левого угла матки отходит округлой формы образование, ограничено подвижное, в диаметре около 6 см.

Придатки справа увеличены, безболезненны. Выделения бурого цвета с неприятным запахом.

При бактериологическом исследовании обнаружен стафилококк. Диагноз. Тактика.

Задача 8

Родильница К., 28 лет, доставлена в клинику два дня назад после первых срочных родов, которые осложнились длительным безводным периодом (20 часов), лобным предлежанием плода, клинически узким тазом, симптомами угрожающего разрыва матки. Экстренно произведено кесарево сечение. Послеродовый период в течение 2-х суток протекал нормально. К концу вторых суток состояние стало прогрессивно ухудшаться, появились рвота, сильная боль по всему животу, задержка газов. Стула не было.

Объективно: кожа бледная, с сероватым оттенком. Язык сухой, с сероватым налетом. Температура тела 38,50С. Пульс 120 ударов в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. Живот вздут, болезненный при пальпации, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. При перкуссии - притупление перкуторного звука в нижнебоковых отделах живота.

Данные дополнительных методов исследования: лейкоцитоз -

17,5x10⁹/л, СОЭ -55 мм/час, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Диагноз. Тактика.

Задача 9

Роженица А., 30 лет, повторнородящая, поступила в клинику спустя 20 часов после отхождения околоплодных вод и 26 часов после начала регулярной родовой деятельности с повышенной температурой тела до 37,50 С, ознобом. Роды в срок. Со стороны внутренних органов патологии нет. Через 40 минут после поступления родила живую доношенную девочку весом 3500,0 г. Послед выделился самостоятельно через 15 минут, плацента и оболочки целые. Разрывы мягких тканей родовых путей нет.

Послеродовый период протекал с ознобом, лихорадкой, субфебрильной температурой. К концу 7 суток температура повысилась до 39,80 С, сопровождалась ознобом, одышкой, жалобами на сердцебиение. Кожа с серовато-желтушным оттенком, на груди и животе - петехии. АД 95/65 мм рт. ст., пульс 110 ударов в минуту, ритмичный. Живот мягкий, слегка болезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Со стороны половых органов отмечается замедленное сокращение матки. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон.

На 10 сутки послеродового периода при вагинальном исследовании - матка увеличена до 15-16 недель беременности, пастозна, чувствительна при пальпации, маточный зев пропускает палец, выделения серозные с не-резким запахом.

Общий анализ крови – гемоглобин – 110 г/л, лейкоциты – 28,5 x 10⁹

/л, ю -1, п -10, э -0, м -3, л -10. Бактериологическое исследование крови -гемолитический стафилококк.

Диагноз. Тактика.

Задача 10

Родильница К., 22 лет, поступила с жалобами на резкую боль в правой молочной железе, ухудшение общего состояния. 12 дней назад произошли нормальные роды. На 3-й день после родов появились поверхностные трещины сосков. На 8-й день после родов родильница выписана домой с заживлением трещин. Утром следующего дня внезапно поднялась темпе-

ратура до 39,00 С, появились озноб, боль в правой молочной железе. За ме-

дицинской помощью не обращалась. Однако состояние ухудшалось, озноб повторялся, температура тела по вечерам поднималась до 39,40 С, усилилась боль в правой молочной железе, исчезли сон и аппетит.

Объективно: при поступлении температура 39,20 С, пульс 90 ударов

в минуту, ритмичный, АД 120/80 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологических изменений нет. В правой подмышечной ямке определяются увеличенные лимфатические узлы. Матка соответствует дню послеродового периода, выделения скудные, слизистые.

Правая молочная железа несколько увеличена в объеме по сравнению с левой, горячая на ощупь, напряжена, болезненна. Кожа в верхненаружном квадранте отечна, гиперемирована. При пальпации определяется плотный болезненный инфильтрат 8 x 8 см, в центре которого - флюктуация.

Диагноз. Тактика.

Задача 11

Родильница на третьи сутки послеродового периода жалуется на боли в молочных железах. Температура тела 38,2°С. Пульс 86 ударов в минуту. Молочные железы значительно и равномерно нагрудившиеся, чувствительные при пальпации. При надавливании из сосков выделяются капельки молока.

Диагноз. Тактика.

Задача 12

На третьи сутки после родов у родильницы появились ссадины в области сосков, дискомфорт и болезненность во время кормления.

Диагноз. Тактика.

Задача 1

Первородящая 26 лет. Беременность 40 недель. Родовая деятельность в течение 8 часов. Схватки через 2-3 минуты по 45-50 секунд, очень болезненные. С целью обезболивания родов введены: промедол 1% - 2,0; атропин 0,1% - 1,0. Через час начался второй период родов, продолжался 15

минут. Родился мальчик: тонус снижен, рефлексы угнетены, дыхание редкое, кожа цианотичная, сердцебиение -100 ударов в минуту.

Диагноз. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар. Тактика.

Задача 2

Повторнобеременная, первородящая 25 лет. Положение плода про-

дольное, предлежание головное. Роды продолжаются 8 часов. Во втором периоде родов, продолжающимся 35 минут, резко замедлилось сердцебиение плода до 80 -100 ударов в минуту. Родился мальчик с тугим обвитием пуповины вокруг шеи. На 1-й минуте после рождения оценка по шкале Апгар - 4 -3 балла.

Диагноз. Тактика.

Задача 3

Родилась доношенная девочка (масса тела 3200 г, длина тела 50 см). Кожные покровы цианотичные, дыхание типа «гаспинг», брадикардия (96 ударов в минуту), атония, арефлексия. Большой родничок 1,5x1,5 см. Околоплодные воды светлые, без запаха.

Диагноз. Тактика.

Задача 4

У новорожденного ребенка имеется задержка внутриутробного развития, гепатоспленомегалия, желтуха, кожная экзема, нарушения функции сердечно-сосудистой и центральной нервной систем, геморрагический синдром, анемия, тромбоцитопения, изменения структуры головного мозга при нейросонографии (гидроцефальный синдром).

При исследовании спинномозговой жидкости обнаружены гигантские клетки с внутриклеточными включениями в ядрах и цитоплазме.

Диагноз. Тактика.

Задача 5

У беременной 32 лет с явлениями резус – сенсбилизации (титр ан-тител 1:128) в анамнезе 1 роды и 2 искусственных аборта. Во время данной беременности был произведен диагностический кордоцентез в сроке 33-34 недели. У плода диагностирована А (II) резус-положительная группа кро-ви, гемоглобин – 53 г/л, гематокрит – 21 %, что явилось показанием для внутриутробного переливания отмытых эритроцитов.

В сроке беременности 36 недель родился живой недоношенный мальчик весом 2650 г, длиной 47 см. Оценка по шкале Апгар – 7 баллов. Кожные покровы бледные, желтушность лица. Печень увеличена. Гемо-глобин – 169 г/л, билирубин пуповинной крови – 71,4 мкмоль/л.

Диагноз. Тактика.

Задача 6

У пациентки 28 лет в сроке беременности 24 недели были впервые обнаружены резус-антитела в титре 1:16. В анамнезе два искусственных прерывания беременности в сроки 8 и 12 недель беременности.

Данная беременность третья. Анализ крови на наличие титра анти-тел, проводимый в динамике, показал его рост к сроку 37 недель беремен-ности до 1:64. По данным УЗИ имеются утолщение плаценты, многоводие, увеличение размеров печени и селезенки плода. При исследовании около-плодных вод в сроке 35 недель беременности оптическая плотность били-рубина – 0,237 отн. ед. (2 зона по шкале Лили).

В 37 недель беременности произошли роды. Ребенок оценен по шка-ле Апгар 7-8 баллов. Отмечаются бледность кожных покровов, желтуш-ность склер, слизистых оболочек.

При анализе пуповинной крови обнаружено: непрямой билирубин – 92,2 ммоль/л, гемоглобин – 120 г/л, прямая реакция Кумбса положитель-ная, группа крови – А (II), резус – положительная.

Диагноз. Тактика.

Задача 7

Ребенок родился в срок от первой нормально протекавшей беремен-ности. Масса тела при рождении 3250 г, длина тела 50 см. На 3-й день жизни появилось желтушное окрашивание кожи и склер. Ребенок активен, хорошо сосет. Стул желтый.

Диагноз. Тактика.

Задача 8

Ребенок от первой беременности, протекавшей без патологии. Масса тела при рождении 3500 г, длина 53 см. Оценка по шкале Апгар 8 -10 бал-лов. На естественном вскармливании. На третий день после рождения у ребенка внезапно повысилась температура.

Назовите возможную причину возникшего состояния. Тактика.

Задача 9

Новорожденная девочка 8 дней. Родилась в срок. Беременность и роды у матери протекали без осложнений. Масса тела при рождении 3350 г, длина 50 см. Выписана из роддома на 5-й день жизни, на 6-й день мама отметила увеличение молочных желез у ребенка.

Диагноз. Тактика.

Задача 10

Повторнобеременная 28 лет (беременность – 6, роды -3) на учете по беременности не состояла. Рожала в наблюдательном акушерском отделении. Роды продолжались 6 часов. Родился ребенок весом 3200 г, длиной 51 см с оценкой по шкале Апгар 6 - 9 баллов. Плацента весом 850 г.

У новорожденного печень увеличена, на коже ладоней и подошв пузырьки на плотном основании, из носа выделяется слизь с примесью гноя и крови.

Диагноз. Тактика.

Задача 11

Повторнородящая 22 лет. Размеры таза 27 - 28 - 30 - 18 см, продольное положение плода, затылочное вставление. Первый период родов продолжался 12 часов, второй -10 минут

Родился ребенок с оценкой по шкале Апгар 4 - 6 баллов с выраженной асимметрией рефлексов.

Диагноз. Тактика.

Беременность и роды при тазовых предлежаниях плода. Неправильные положения и предлежания плода

Задача 1

При очередной явке в женскую консультацию в 36 недель беременности у повторнородящей (в анамнезе 2 родов крупными плодами) при проведении наружного акушерского исследования предлежащая часть не определяется, слева пальпируется крупная часть плода округлой формы, справа -крупная часть мягкой консистенции. ОЖ – 98 см. ВДМ – 28 см. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, на уровне пупка 132 удара в минуту. Размеры таза: 25-28-32-20 см.

Диагноз. Тактика.

Задача 2

Роженица доставлена в родильное отделение бригадой скорой помощи в сроке 39 недель гестации. Данная беременность третья. Первая беременность закончилась нормальными родами, вторая -самопроизвольным абортom.

Родовая деятельность регулярная. Положение плода продольное, ко входу в малый таз предлежит тазовый конец. В процессе родов излились околоплодные воды, после чего отмечено урежение сердцебиения плода до 100 ударов в минуту. При влагалищном исследовании: открытие маточно-го зева полное, плодного пузыря нет, во влагалище прощупывается выпавшая пульсирующая пуповина. Ягодицы плода прижаты ко входу в малый таз.

Диагноз. Тактика.

Задача 3

Повторнобеременная 25 лет поступила в родильное отделение с преждевременным излитием околоплодных вод при сроке беременности 38 недель. В анамнезе одни срочные роды, закончившиеся наложением полостных акушерских щипцов по поводу преэклампсии.

Родовой деятельности нет. АД 150/90 мм рт.ст. Отмечаются пастозность лица и передней брюшной стенки, выраженные отеки ног. Положение плода продольное, над входом в малый таз находится тазовый конец. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное до 140 ударов в минуту.

При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 2,5 см, плотная, канал шейки матки проходим для одного пальца, плодного пузыря

нет, тазовый конец плода над входом в малый таз. Мыс крестца не достижим.

В общем анализе мочи белок - 1 г/л. Диагноз. Тактика.

Задача 4

Роды первые в смешанном ягодично-ножном предлежании при доношенной беременности в сроке 40 недель. Оказано пособие по Цовьянову

II. После рождения туловища плода до нижнего угла лопаток дальнейшее

поступательное движение плода прекратилось. Начато оказание классического ручного пособия для освобождения ручек и головки. При выведении головки наступил спазм шейки матки.

Диагноз. Тактика.

Задача 5

Повторнородящая М., 25 лет, беременность доношенная в сроке 39 недель. Предполагаемая масса плода 3300 г. Размеры таза нормальные. В дне матки определяется головка, спинка плода пальпируется слева. Предлежат ягодицы, прижаты к входу в

малый таз. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ясное, слева выше пупка. Околоплодные воды целы. Схватки через 3 минуты по 40-45 секунд.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие зева 7-8 см, ягодицы прижаты к входу в малый таз, крестец слева и спереди, меж-вертельная линия в левом косом размере, плодный пузырь цел.

Диагноз. Тактика

Задача 6

Перворнородящая С., 35 лет. Беременность 40 недель. Размеры таза нормальные. Положение плода продольное, тазовый конец над входом в малый таз. Головка плода определяется в дне матки. Предполагаемая масса плода 3700 г. Сердцебиение плода до 130 ударов в минуту, ясное, слева выше пупка. Схватки через 4 минуты по 35-40 секунд.

Влагалищное исследование - шейка матки сглажена. Открытие ма-точного зева на 6-7 см. Плодный пузырь цел. Предлежат обе стопы плода.

Диагноз. Тактика

Задача 7

Первородящая 28 лет в 39-40 недель беременности поступила в ро-дильное отделение через 8 часов после начала регулярной родовой дея-тельности и через 1 час после излития околоплодных вод. Беременность третья, две предыдущие беременности закончились медицинскими абор-тами без осложнений.

Размеры таза: 26 – 29 – 31 - 19,5 см. ОЖ -90 см, ВДМ -32 см. Схватки через 3,5 -4 минуты по 45-50 секунд. Положение плода продоль-ное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Между головкой и спинкой определяется угол. Сердцебиение плода ясное, прослушивается со стороны мелких частей плода, 130 ударов в минуту. Влагалищное исследо-

вание: шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 6 см, края средней толщины, податливые. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижата к входу в малый таз. Определяются надбровные дуги, нос, рот, подборо-док, который расположен у симфиза справа. Диагональная конъюгата -12 см. Экзостозов в малом тазу нет.

Диагноз. Тактика.

Задача 8

В отделении патологии первобеременная 38 лет в сроке гестации 40 недель. В анамнезе менструации с 18 лет, нерегулярные. Половая жизнь с 20 лет, в браке. Оперирована по поводу поликистозных яичников пять лет назад, после чего стали регулярными, но беременность не наступила. Два года назад произведена лапароскопия, во время которой произвели рассе-чение спаек в малом тазу.

Объективно: ВДМ – 40 см, ОЖ – 105 см. Положение плода продоль-ное, предлежит тазовый конец. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 ударов в минуту.

Диагноз. Тактика.

Задача 9

Роженица 21 года поступила со схватками потужного характера. В родах 8 часов. Самостоятельно не мочится, моча выпущена катетером, за-стойная.

Объективно: АД 110/70 мм рт.ст. Пульс 80 ударов в минуту удовле-творительных свойств. ВДМ – 37 см, ОЖ – 100 см. Схватки потужного ха-рактера через 2-3 минуты по 40 -45 секунд, болезненные. Головка плода по данным влагалищного исследования так ко входу в малый таз. Сердце-биение плода 140 ударов в минуту, ритмичное. Подтекают светлые около-плодные воды.

Вагинально: открытие маточного зева 8 см, плодного пузыря нет, го-ловка плода прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в прямом размере плоскости входа в малый таз, большой родничок кпереди, мыс не достигим.

Диагноз. Тактика.

Задача 10

Роженица доставлена в родильное отделение бригадой скорой помо-щи. Данная беременность третья, доношенная. Первая беременность за-кончилась нормальными родами, вторая – самопроизвольным абортom.

Родовая деятельность регулярная. Положение плода продольное, ко входу в малый таз предлежит тазовый конец. В процессе обследования из-лились околоплодные воды, после чего отмечено урежение сердцебиения плода до 100 ударов в минуту.

При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, во влагалище прощупывается выпавшая пульсирующая пуповина. Ягодицы плода прижаты ко входу в полость малого таза.

Диагноз. Тактика.

Задача 11

У повторнородящей со смешанным ягодично-ножным предлежанием плода во втором периоде родов отмечено выпадение петли пуповины, урежение сердцебиения плода до 100 ударов в минуту и глухость сердеч-ных тонов. При влагалищном исследовании обнаружено, что ягодицы и стопы плода находятся в полости малого таза, во влагалище определяется выпавшая петля пуповины.

Диагноз. Тактика.

Задача 12

В родильный дом доставлена роженица во II периоде родов в сроке беременности 39-40 недель, у которой диагностировано поперечное положение и выпадение ручки плода. Сердцебиение плода не выслушивается.

Диагноз. Тактика.

Многоплодная беременность. Недоношенная и переношенная беременность

Задача 1

Первородящая С., 24 лет, поступила в родильный дом по поводу сла-бых схваток, которые длятся в течение 8 часов.

Размеры таза: 26 – 29 – 31 - 21 см. ОЖ – 114 см, ВДМ – 41 см. Схватки 2 за 10 минут по 30 с. Предлежит головка небольших размеров, подвижна над входом в малый таз. В дне матки пальпируются еще две крупные части. Сердцебиение плода выслушивается: одно -слева ниже пупка, 130 ударов в мину-ту, второе – справа выше пупка 138 ударов в минуту.

Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, откры-тие зева 4-5 см, плодный пузырь цел, напряжен. Предлежит головка плода, подвижная над входом в малый таз. Мыс не достигим.

Диагноз. Тактика.

Задача 2

Первородящая 35 лет. Срочные роды первые в сроке беременности 39 недель. Первый период родов, открытие шейки матки 4 см. Дихориаль-ная диамниотическая двойня. Положение первого плода продольное, пред-лежат ягодицы, прижаты ко входу в малый таз; положение второго плода поперечное, головка справа. Сердцебиение плодов ясное, 140 ударов в ми-нуту.

Размеры таза: 23 – 26 – 29 - 17 см. Диагональная конъюгата 10,5 см.

Индекс Соловьева 14,5 см.

Диагноз. Тактика.

Задача 3

Первобеременная 29 лет. Беременность 38 недель. Поступила в ро-дильный дом на дородовую госпитализацию по поводу беременности

двойней. В родильном доме выявили тазовое предлежание первого плода, головное предлежание второго плода.

Диагноз. Тактика.

Задача 4

В отделение патологии беременных поступила первородящая 20 лет с жалобами на тянущие боли внизу живота. Объективно: живот овоидной формы за счет беременной матки, соответствующей 30 неделям беременности. Матка при пальпации приходит в повышенный тонус. Положение плода продольное, головка над входом в малый таз, низко. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 ударов в минуту.

Диагноз. Тактика.

Задача 5

В родильный дом поступила беременная с жалобами на схваткообразные боли в течение 4 часов и подтекание околоплодных вод в течение 3 часов. Объективно: матка соответствует 34-35 неделям беременности. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 136 ударов в минуту. Подтекают светлые околоплодные воды.

При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 1 см, центрирована, мягкая, пропускает 2 поперечных пальца.

Диагноз. Тактика.

Задача 6

В родильный дом доставлена беременная при сроке 32 недели беременности с жалобами на боли тянущего характера внизу живота.

Объективно: матка при пальпации приходит в повышенный тонус. Положение плода продольное, головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту. При влагалищном исследовании: шейка матки укорочена до 2 см, плотная, отклонена кзади. Цервикальный канал пропускает 1 палец на всем протяжении. Плодный пузырь цел.

Диагноз. Тактика.

Задача 7

Первобеременная 29 лет поступила в родильный дом в сроке беременности 42 недели. ВДМ - 38 см, ОЖ – 115 см. Размеры таза: 26-28-32-20 см. Головка плода над входом в малый таз, кости головки плода плотные.

При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 3 см, отклонена кзади, плотная, наружный зев пропускает кончик пальца, внутренний зев закрыт.

Диагноз. Тактика.

Задача 8

Повторнобеременная 23 лет. Первая беременность прервана искусственным абортom в сроке 7 недель. Последняя менструация 9 недель назад. Жалуется на тянущие боли внизу живота и в крестце.

В зеркалах: цианоз слизистой влагалища и шейки матки. Выделения светлые.

P.V: Влагалище нормальное. Шейка матки субконической формы, длиной до 3,0 см, наружный зев закрыт. Тело матки шаровидной формы в состоянии повышенного тонуса, увеличено до 7-8 недель беременности, безболезненно при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна.

Диагноз. Тактика.

Задача 9

Повторнобеременная 28 лет. Первая беременность закончилась оперативным родоразрешением (наложение акушерских щипцов по поводу вторичной родовой слабости при крупном плоде). Последняя менструация 16 недель назад. Жалуется на чувство покалывания во влагалище, неприятные ощущения внизу живота. Дно матки на 6 см выше лона.

P.V.: шейка матки укорочена до 2 см, мягкая, канал свободно пропускает палец за внутренний зев, пальпируется оболочка плодного пузыря. Тело матки увеличено до 15-16 недель беременности, безболезненное, мягкое.

Диагноз. Тактика.

алии родовой деятельности. Узкий таз

а 1

Первородящая 19 лет поступила в родильный дом в сроке беременности 40 недель с регулярными схватками через 5-6 минут. Размеры таза: 24 - 26 - 29 - 18 см. ОЖ - 90 см, ВДМ - 37 см. Головка плода прижата ко входу в малый таз.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, раскрытие зева на 3 см, плодный пузырь цел, при схватке напряжен. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди. Диагональная ко-нюгата -11 см.

Диагноз. Тактика.

Задача 2

Беременная К., 20 лет, доставлена в стационар в 8 часов 20 минут с жалобами на сильные схваткообразные боли внизу живота в сроке беременности 40 недель. Из анамнеза: данная беременность третья, предыдущие две беременности закончились нормальными родами, новорожденные имели вес 2900 г и 3100 г. Схватки начались дома в

22 часа вечера накануне поступления. Околоплодные воды отошли дома за 3 часа до поступления в стационар. В течение последних 1,5 часов в конце схватки возникает желание потужиться.

Поведение беспокойное. Пульс 90 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Температура тела 36,6 °С. Живот увеличен в объеме за счет беременной матки, на уровне пупка визуализируется косорасположенное по-

граничное кольцо. ВДМ -40 см, ОЖ -100 см. Схватки сильные, частые, во время пауз между схватками стенка матки почти не расслабляется. Пальпация нижнего сегмента матки болезненная. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Признак Вастена положительный. Сердцебиение плода глухое, ритм правильный, 120 ударов в минуту. Размеры таза: 24-26-29-19 см. Индекс Соловьева 16 см.

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

Диагноз. Тактика.

Задача 3

Повторнобеременная в родах. ОЖ – 90 см, ВДМ – 34 см. Размеры таза: 26 – 28 – 30 – 18 см. Предлежание плода головное, сердцебиение 140 ударов в минуту. Появились потуги.

При влагалищном исследовании: шейка матки не определяется, плодного пузыря нет, предлежит головка плода, большим сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди, родовой опухоли нет. Диагональная конъюгата – 11 см. Выделения – светлые воды.

Диагноз. Тактика.

Задача 4

В отделение патологии беременных поступила первородящая 22 лет в сроке беременности 40 недель. ОЖ – 100 см, ВДМ – 42 см. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижная над входом в малый таз. Размеры таза 24 – 26 – 28 – 18 см. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ясное, ритмичное. По данным фетомониторного наблюдения адаптационные возможности плода удовлетворительные.

Диагноз. Тактика.

Задача 5

Первородящая 20 лет. Беременность доношенная. В анамнезе 2 искусственных аборта. В родах 8 часов, утомлена. Схватки через каждые 5-6 минут по 25-30 секунд, слабой силы, умеренно болезненные. Околоплодные воды не отходили. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту. Головка плода прижата ко входу в малый таз.

При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4-5 см, края средней толщины, мало податливые. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере таза, малый родничок слева спереди.

Диагноз. Тактика.

Первородящая П., 25 лет, поступила в роддом с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 8 часов назад. Роды в срок. Акушерско-гинекологический анамнез не отягощен. Наблюдалась в женской консультации регулярно. Беременность протекала без осложнений.

Женщина правильного телосложения. Рост 162 см. Масса 70 кг. Общее состояние удовлетворительное. Отеков нет. АД на обеих руках 110/70 мм. рт. ст. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. ОЖ - 101 см, ВДМ -39 см. Размеры таза: 25-28-30-20. Индекс Соловьева 16 см. Ромб Михаэлиса имеет форму перевернутого квадрата, все стороны которого равны 11 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Признак Вастена положительный. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в мин. Схватки переходят в потуги. В течение часа отсутствует продвижение головки по родовым путям матери.

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

Диагноз. Тактика.

Задача 7

Роженица К., 25 лет, поступила в роддом с доношенной беременностью. Схватки продолжаются в течение 12 часов. 2 часа назад отошли светлые околоплодные воды в умеренном количестве. Настоящая беременность третья. Первая беременность закончилась медицинским абортom при сроке 8 недель. Вторая беременность – самопроизвольный выкидыш, выскабливание матки, эндометрит.

Общее состояние удовлетворительное. Пульс 78 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. на обеих руках. Рост 162 см, масса 74 кг, со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. ОЖ - 100 см, ВДМ - 37 см. Размеры таза: 26-28-31-20 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода 138 ударов в минуту, слева ниже пупка, ясное, ритмичное. Предполагаемый вес плода по Лебедеву 3700 г.

Схватки: 1 за 10 минут.

Р.У: влагалище нерожавшей, узкое, шейка матки сглажена, открытие наружного зева 4 см, края тонкие. Плодного пузыря нет. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. На головке умеренная родовая опухоль. Мыс не достигается, костное кольцо таза без особенностей.

Диагноз. Тактика.

Роженица Г., 20 лет. Беременность первая, доношенная.

Менструации с 17 лет по 6 дней, через 24 дня, болезненные. Брак не зарегистрирован. Схватки в течение 6 часов, 4 за 10 минут, по 50-60 секунд, резко болезненные. Боль отмечается и вне схватки. Самостоятельно мочиться не может.

Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода слева ниже пупка 150 ударов в минуту, ритмичное, приглушено.

Р.У: шейка матки сглажена, открытие наружного зева 3 см, края шейки матки плотные, во время схватки становятся плотней, натянута в виде струны. Плодный пузырь цел. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Стрелевидный шов в правом косом размере. Мыс не достигается.

Диагноз. Тактика.

Задача 9

Роженица Л., 30 лет, поступила в родильное отделение с доношенной беременностью. Схватки начались 14 часов назад. Настоящая беременность первая, протекала без осложнений.

Объективно: роженица утомлена, апатична, в промежутках между схватками дремлет. Пульс 80 ударов в минуту, температура – 36,4°C, АД 120/75 мм рт.ст. Размеры таза: 25-27-31-21 см. ОЖ - 100 см, ВДМ - 38 см.

Положение плода продольное, вторая позиция, передний вид. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода справа, ясное, ритмичное, 138 ударов в минуту.

Схватки: 2 за 10 минут по 35 секунд.

Р.У: влагалище узкое, шейка матки сглажена, открытие наружного зева 4 см. Плодный пузырь цел. Головка плода прижата ко входу в таз, стрелевидный шов в левом косом размере, ближе к поперечному, малый родничок справа спереди. Мыс не достигается, костное кольцо таза без особенностей.

Диагноз. Тактика.

Задача 10

Роженица М., 36 лет, находится в акушерском отделении 10 часов с отошедшими водами в течение 5 часов. Родовая деятельность ослабла, потуги короткие, нерегулярные, слабые, через 6-7 мин, головка плода не продвигается. Анамнез: беременность 7-я, роды 7-е, предыдущие беременности и роды протекали без особенностей. Настоящая беременность доношенная.

Объективно: пульс 80 ударов в 1 минуту, АД 120/70-мм рт.ст. Размеры таза: 27-29-31-21 см. ОЖ - 104 см, ВДМ - 37 см. Положение плода продольное, головка в полости

малого таза. Сердцебиение плода 90-100 ударов в минуту, приглушено, аритмичное, не восстанавливается после по-туги.

Вагинальное исследование: открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет, головка плода в узкой части полости малого таза, стреловид-ный шов в прямом размере, малый родничок спереди у лона, на головке умеренная родовая опухоль.

Диагноз. Тактика.

Задача 11

В предродовую палату поступила первородящая 20 лет с доношен-ной беременностью. Боли схваткообразного характера внизу живота, в крестце, поясничной области через 11-20 минут. Продолжаются в течение 10 часов, околоплодные воды не отходили. Настоящая беременность про-текала с угрозой прерывания: в 17 недель находилась на лечении в гинеко-логическом отделении.

Пульс 70 ударов в минуту, АД 120/75 мм рт.ст. Матка в повышенном тоне. Положение плода продольное, 2-я позиция, передний вид. Головка плода над входом в малый таз. Сердцебиение плода справа ниже пупка 140 ударов в минуту, ясное, ритмичное.

Вагинальное исследование: влагалище узкое, шейка матки отклонена кзади, длиной 2 см, цервикальный канал с трудом пропускает 1 палец, в области внутреннего зева пальпируется плотный валик, через свод опреде-ляется головка, подвижна над входом в таз. Мыс не достигается.

Диагноз. Тактика.

Задача 12

Первородящая 30 лет. Беременность первая, доношенная. Пульс -80 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, АД -110/60 мм рт. ст. Размеры таза: 26-26-31-17,5 см. Положение плода продольное, первая по-зиция. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 90 ударов в минуту, аритмичное. За 4 часа до поступления одновременно с началом схваток отошли околоплодные воды. Схватки регулярные, интен-сивные.

Р.У.: шейка сглажена, раскрытие маточного зева 4 см, плодного пу-зыря нет. Во влагалище клубок пульсирующей пуповины, которая опреде-ляется справа от головки. Головка плода прижата к входу в таз. Диаго-нальная конъюгата -10 см.

Диагноз. Тактика.

Кровотечения в акушерстве

Задача 1

Диагноз: Беременность 40 недель (280) дней. Роды I, срочные. Ранний послеродовый период. Задержка частей плаценты. Кровотечение.

Тактика. Контрольное ручное обследование полости матки; удаление частей плаценты; восполнение ОЦК.

Задача 2

Диагноз: Беременность 39 недель (273) дня. Роды III, срочные. III период родов. Ущемление отделившегося последа. Кровотечение.

Тактика. Прием Абуладзе, Гентера или Креде-Лазаревича; восполнение ОЦК.

Задача 3

Диагноз: Беременность 38 недель (266) дней. Роды II, срочные. Многоводие. Ранний послеродовый период. Гипотоническое кровотечение.

Тактика. Катетеризация мочевого пузыря; массаж матки (наружный); сокращающие средства; холод на низ живота; контрольное ручное обследование полости матки; восполнение ОЦК.

Задача 4

Диагноз: Беременность 40 недель (280) дней. Роды II, срочные. III период. Плотное прикрепление плаценты. Кровотечение. Геморрагический шок I ст.

Тактика. Внутривенный наркоз; ручное отделение плаценты и выделения последа; восполнение ОЦК.

Задача 5

Диагноз. Беременность 39 недель (273) дня. Роды I, срочные. Ранний послеродовый период. Задержка частей плаценты. Кровотечение.

Тактика. Контрольное ручное обследование полости матки; удаление частей последа, восполнение ОЦК.

Задача 6

Диагноз: Беременность 37 недель (259) дней. Роды I, срочные. I пе-риод родов. Краевое предлежание плаценты. Кровотечение.

Тактика. Вскрыть плодный пузырь. Если кровотечение не остановит-ся -кесарево сечение.

Задача 7

Диагноз: Беременность 39 недель (273) дня. Роды II, срочные. I пе-риод родов. Центральное предлежание плаценты. Кровотечение.

Тактика. Кесарево сечение.

Задача 8

Диагноз: Беременность 35 недель (245) дня). Преждевременная от-слойка нормально расположенной плаценты. Кровотечение. Острая внут-риутробная гипоксия плода.

Тактика. Экстренное кесарево сечение.

Задача 9

Диагноз: Беременность 40 недель (280) дней. Роды II, срочные. III период. Плотное прикрепление плаценты. Кровотечение.

Терапия. Внутривенный наркоз; ручное отделение плаценты и выде-ления последа; восполнение ОЦК.

Задача 10

Диагноз: Срочные роды. Отягощенный акушерский анамнез. Боковое предлежание плаценты. Кровотечение.

Тактика. Вскрыть плодный пузырь; если кровотечение не прекратится, кесарево сечение.

Задача 11

Диагноз: Беременность 39-40 недель. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Геморрагический шок. Мертвый плод.

Тактика. Катетеризация центральной и периферической вен, катетеризация мочевого пузыря, искусственная вентиляция легких, противошоковые мероприятия; экстренная операция кесарево сечение.

Задача 12

Диагноз: Беременность 38 недель. Преэклампсия тяжелой степени. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Геморрагический шок II степени. Мертвый плод.

Тактика. Катетеризация центральной и периферической вен, катетеризация мочевого пузыря, искусственная вентиляция легких, противошоковые мероприятия (восстановление ОЦК, гемотрансфузия и др.); интенсивная терапия преэклампсии; экстренная операция кесарево сечение

Преэклампсия

Задача 1

Диагноз: Беременность 7-8 недель. Рвота беременных легкой степени тяжести.

Тактика. Обследование (общий анализ крови, биохимический анализ крови (общий белок и фракции, ферменты печени, электролиты), кислот-но-основное состояние, коагулограмма, общий анализ мочи, анализ мочи на ацетон, проба Реберга, анализ мочи по Нечипоренко. Показано измерение суточного диуреза, контроль пульса, электрокардиограмма и АД. УЗИ органов брюшной полости. Лечение: седативная терапия; сбалансированное, дробное питание, прием жидкости 1-1,5 л в день, фолиевая кислота.

Задача 2

Диагноз: Беременность 5-6 недель. Рвота беременных средней степени тяжести.

Тактика. Обследование (общий анализ крови, биохимический анализ

крови (общий белок и фракции, ферменты печени, электролиты), кислот-но-основное состояние, коагулограмма, общий анализ мочи, анализ мочи на ацетон, проба Реберга, анализ мочи по Нечипоренко. Показано измерение суточного диуреза, контроль пульса, электрокардиограмма и АД. УЗИ органов брюшной полости. Госпитализация в стационар. Лечение: седативная терапия, сбалансированное, дробное питание, инфузионная терапия до 1,5-2 л в день, десенсибилизирующая терапия, регуляция тканевого метаболизма, витаминотерапия, противорвотные лекарственные средства, физиолечение.

Задача 3

Диагноз: Беременность 5-6 недель. Рвота беременных тяжелой степени.

Тактика. Обследование (общий анализ крови, биохимический анализ

крови (общий белок и фракции, ферменты печени, электролиты), кислот-но-основное состояние, коагулограмма, общий анализ мочи, анализ мочи на ацетон, проба Реберга, анализ мочи по Нечипоренко. Показано измерение суточного диуреза, контроль пульса, электрокардиограмма и АД. УЗИ органов брюшной полости. Лечение: седативная терапия, сбалансированное, дробное питание, инфузионная терапия до 1,5-2 л в день, десенсибилизирующая терапия, регуляция тканевого метаболизма, витаминотерапия, противорвотные препараты, физиолечение. При отсутствии эффекта от проводимой терапии решение вопроса о прерывании беременности.

Задача 4

Диагноз: Беременность 9-10 недель. Тетания беременных.

Тактика. Исследование функции паращитовидных желез, лекарственные средства кальция, магния и витамин Д.

Задача 5

Диагноз: Беременность 38 недель. Роды I срочные, II период родов.

Преэклампсия тяжелой степени.

Тактика. В связи с нарастанием тяжести преэклампсии в/в наркоз, исключение II периода родов путем наложения акушерских щипцов, про-

ведение интенсивной терапии преэклампсии в послеродовом периоде (противосудорожная, антигипертензивная, инфузионная терапия).

Задача 6

Диагноз: Беременность 33-34 недели. Отеки, вызванные беременностью. Хронический пиелонефрит, ремиссия.

Тактика. Госпитализация, диета белковая с ограничением углеводов и жиров; аспирин 75-100 мг ежедневно до 36 недель беременности, не ограничивать соль и питьевой режим.

Задача 7

Диагноз: Беременность 39-40 недель. Роды I срочные. I период родов. Преэклампсия тяжелая. Задержка роста плода.

Тактика. Госпитализация в отделении реанимации, стабилизация состояния путем проведения базовой терапии преэклампсии (противосудорожная терапия сульфатом магния, антигипертензивная терапия, инфузионная терапия), непрерывный мониторинг состояния матери и плода, родоразрешение после стабилизации состояния в течение 6-24 ч.

Задача 8

Диагноз: Беременность 36-37 недель. Эклампсия в родах. Задержка роста плода.

Тактика. Кратковременный ингаляционный наркоз фторотаном для катетеризации периферической вены, мочевого пузыря, противосудорожная терапия сульфатом магния, антигипертензивная терапия (нитропруссид натрия или антагонисты кальция), инфузионная терапия, интубация трахеи и экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения, продолжение интенсивной терапии в послеродовом периоде.

Задача 9

Диагноз: Беременность 38-39 недель. Роды I срочные, II период родов. Эклампсия в родах.

Тактика. Кратковременный ингаляционный наркоз фторотаном для катетеризации периферической вены, мочевого пузыря, противосудорож-

ная терапия, антигипертензивная, инфузионная терапия, экстренное родоразрешение путем наложения акушерских щипцов, продолжение интенсивной терапии в послеродовом периоде.

Задача 10

Диагноз: Беременность 37 недель (259 дней). Роды I срочные, I пери-од. Эклампсия в родах. Эклампсическая кома.

Тактика. Ингаляция кислорода (несколько вдохов), кратковременный ингаляционный наркоз фторотаном для катетеризации периферической вены, мочевого пузыря, противосудорожная терапия, антигипертензивная и инфузионная терапия, интубация трахеи, экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения, интенсивная терапия в послеродовом периоде.

Задача 11

Диагноз: Беременность 38 недель (266 дней). Хроническая артериальная гипертензия. Эклампсия во время беременности (период разрешения припадка).

Тактика. Ингаляция кислорода (несколько вдохов), кратковременный ингаляционный наркоз фторотаном для катетеризации периферической вены, мочевого пузыря, противосудорожная, антигипертензивная, инфузионная терапия, интубация трахеи, экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения, продолжение интенсивной терапии в послеродовом периоде.

Родовой травматизм. Оперативные методы родоразрешения

Задача 1

Диагноз: Беременность 40 недель (280) дней. Роды I, срочные, стремительные, дорожные. Ранний послеродовый период. Разрыв шейки матки. Кровотечение. Геморрагический шок II ст.

Тактика. Катетеризация центральной и периферической вен, катетеризация мочевого пузыря, противошоковые мероприятия (восстановление ОЦК, гемотрансфузия и др.), ушивание разрыва шейки матки.

Задача 2

Диагноз: Беременность 39 недель (273 дня). Роды III, срочные. I период родов. Плоскорихитический таз II степени. Крупный плод. Отягощенный акушерский анамнез.

Тактика. Оперативное родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Задача 3

Диагноз: Беременность 40 недель (280) дней. Роды I, срочные, затяжные. Преждевременное излитие околоплодных вод. Хориоамнионит в родах. Крупный плод. Клинический узкий таз. Мертвый плод.

Тактика. Наркоз внутривенный; плодоразрушающая операция.

Задача 4

Диагноз: Беременность 41 неделя (287) дней. Роды II, срочные. Преждевременное излитие околоплодных вод. Запущенное поперечное положение плода. Мертвый плод.

Тактика. Наркоз внутривенный; плодоразрушающая операция.

Задача 5

Диагноз: Беременность 36 недель (252 дня). Отягощенный акушерский анамнез (рубец на матке после кесарева сечения). Угроза разрыва матки по рубцу.

Тактика. Экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения, до начала операции фторотановый наркоз для предупреждения разрыва матки.

Задача 6

Диагноз: Беременность 39-40 недель. Роды I, срочные. II период родов. Острая внутриутробная гипоксия плода.

Тактика. Наложение выходных акушерских щипцов.

Задача 7

Диагноз: Беременность 39-40 недель. Роды I, срочные. II период родов. Раннее излитие околоплодных вод. Врожденный порок сердца: комбинированный митральный порок сердца (декомпенсация).

Тактика. Внутривенный наркоз; наложение полостных акушерских щипцов.

Задача 8

Диагноз: Беременность 39-40 недель. Роды I, срочные. I период родов. Раннее излитие околоплодных вод. Выпадение петли пуповины. Плоскорихитический таз II степени. Острая внутриутробная гипоксия плода. Отягощенный акушерский анамнез. Возрастная первородящая.

Тактика. Экстренное кесарево сечение.

Задача 9

Диагноз: Беременность 39-40 недель. Роды III, срочные. II период родов. Крупный плод. Свершившийся разрыв матки. Внутриутробная гипоксия плода. Геморрагический шок II степени. Отягощенный акушерский анамнез.

Тактика. Катетеризация центральной и периферической вен, катетеризация мочевого пузыря, интубация, противошоковые мероприятия (восстановление ОЦК, гемотранфузия и др.); наркоз, лапаротомия, экстирпация матки без придатков.

Задача 10

Диагноз: Беременность 39-40 недель. Роды III, срочные. II период родов. Плоскорахитический таз II степени. Задний асинклитизм. Клинически узкий таз.

Тактика. Родоразрешение путем операции кесарево сечение.

Задача 11

Диагноз: Беременность 39-40 недель. Срочные роды, II период. Простой плоский таз I степени. Клинически узкий таз. Начавшийся разрыв матки. Острая внутриутробная гипоксия плода.

Тактика. Экстренная операция – кесарево сечение, до начала операции фторотановый наркоз (для прекращения родовой деятельности).

Задача 12

Диагноз: Беременность 40 недель. Срочные роды, I период. Крупный плод. Лобное вставление. Клинически узкий таз.

Тактика. Родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Беременность и роды у женщин с экстрагенитальной и гинекологической патологией

Задача 1

Диагноз: Беременность 8 недель. Ревматизм. Митральный стеноз.

Недостаточность аортального клапана. Н ПА.

Тактика. Прерывание беременности по медицинским показаниям.

Задача 2

Диагноз: Беременность 24 недели. Железодефицитная анемия. Тактика. Дополнительное обследование: концентрация железа в сы-

воротке крови, ферритин сыворотки. Лечение: лекарственные средства железа.

Задача 3

Диагноз: Беременность 34 недели. Фолиеводефицитная анемия. Тактика. Назначение фолиевой кислоты.

Задача 4

Диагноз: Беременность 28 недель. Острый гепатит В.

Тактика. Биохимический анализ крови, исследование крови на наличие маркеров гепатита В. При подтверждении диагноза экстренная госпитализация в инфекционную больницу для проведения терапии.

Задача 5

Диагноз: Беременность 24 недели. Железодефицитная анемия I степени.

Тактика. Амбулаторное лечение в женской консультации лекарственными средствами, содержащими трехвалентное железо, в течение 3-6 месяцев.

Задача 6

Диагноз: Беременность 14 недель. Миома матки. Некроз миоматозного узла.

Тактика. Лапаротомия. Консервативная миомэктомия. Терапия по сохранению беременности.

Задача 7

Диагноз: Беременность 24 недели. Острый аппендицит.

Тактика. Аппендэктомия. Профилактическая терапия по сохранению беременности.

Задача 8

Диагноз: Беременность 32 недели. Острый калькулезный холецистит.

Тактика. Лапаротомия. Удаление желчного пузыря. Консервативная терапия, при отсутствии эффекта в течение 2-3 дней – оперативное лечение (холецистэктомия).

Задача 9

Диагноз: Беременность 31 неделя. Острый панкреатит.

Тактика. Обследование: общий анализ крови (повышается содержание лейкоцитов и смещение формулы лейкоцитов влево); альфа-амилаза

мочи (в нормальном состоянии этот фермент отсутствует); копрограмма (в случае панкреатита обнаруживается достаточно большое количество непереваренных жировых включений); уровень ферментов поджелудочной железы (липазы, трипсина, амилазы) – активность этих ферментов значительно повышается при панкреатите; УЗИ органов брюшной полости (выявляются увеличение размеров органа, размытость и нечеткость контуров, повышение эхогенности брюшной полости – при остром варианте панкреатита; при хронической форме болезни на первый план выходят признаки замещения железистой ткани на соединительную). Лечение: консервативная терапия.

Задача 10 Диагноз: Беременность 26 недель. Острая кишечная непроходимость. Тактика. Лапаротомия. Разъединение спаек. Пролонгирование бере-

менности, профилактика септических осложнений, преждевременных родов и гипоксии плода.

Задача 11

Диагноз: Беременность 28 недель. Острый гестационный пиелонефрит. Угрожающие преждевременные роды.

Тактика. Стационарное лечение: антибактериальная, инфузионная, спазмолитическая терапия.

Задача 12

Диагноз. Беременность 7-8 недель. Диффузный токсический зоб Тиреотоксикоз I.

Тактика. Прерывание беременности по медицинским показаниям.

Задача 13

Диагноз. Беременность 8 недель. Острый токсоплазмоз.

Тактика. Прерывание беременности по медицинским показаниям.

Лечение токсоплазмоза.

Задача 14

Диагноз: Беременность 19 недель. Краснуха.

Тактика. Прерывание беременности по медицинским показаниям.

Задача 15

Диагноз: Беременность 36 недель. Очаговый туберкулез легких в фазе инфильтрации.

Тактика. В плане ведения беременности необходимо обследовать женщину на активизацию туберкулезного процесса с повторной рентгено-графией легких и исследование мокроты на БК в течение 3-х дней. Лечение согласовать с фтизиатром с учетом эффективности лекарственных средств и их безвредности для плода.

Задача 16

Диагноз: Беременность 39-40 недель. Срочные роды I. I период родов. Рецидивирующая герпетическая инфекция.

Тактика. Родоразрешение путем операции кесарева сечения на фоне противогерпетической терапии.

Задача 17

Диагноз. Беременность 39-40 недель. Роды I срочные. I период родов. Состояние после митральной комиссуротомии. H2A.

Тактика. Роды вести через естественные родовые пути в присутствии терапевта, анестезиолога-реаниматолога с адекватным поэтапным обезбо-ливанием. При появлении признаков декомпенсации - оперативное родо-разрешение на любом этапе в зависимости от акушерской ситуации (кеса-рево сечение или акушерские щипцы).

Задача 18

Диагноз: Беременность 33-34 недели. Хроническая артериальная ги-пертензия II стадии.

Тактика. Госпитализация в стационар, антигипертензивная терапия под контролем доплерометрии.

Физиология и патология послеродового периода

Задача 1

Диагноз: Послеродовый период 10-е сутки. Послеродовый тромбоз-флебит глубоких вен левой голени.

Тактика. Покой, бинтование обеих голеней туго-эластичным бинтом или компрессионный трикотаж; ежедневное измерение окружности обеих голеней; антибактериальная терапия; низкомолекулярные гепарины под контролем показателей коагулограммы.

Задача 2

Диагноз. Послеродовый период 4-е сутки. Послеродовый метроррагический синдром.

Тактика. Инструментальное опорожнение матки; антибактериальная терапия; инфузионная терапия; десенсибилизирующая терапия; нестероидные противовоспалительные средства; витаминотерапия.

Задача 3

Диагноз: Послеродовый период 6-е сутки. Левосторонний серозный мастит.

Тактика. Антибактериальная, десенсибилизирующая, дезинтоксикационная терапия, витамины. Сцеживание молочных желез. УВЧ.

Задача 4

Диагноз: Послеродовый период 6-е сутки. Послеродовый тромбоз-флебит поверхностных вен левой голени.

Тактика. Покой, бинтование обеих голеней туго-эластичным бинтом или компрессионный трикотаж. Ежедневное измерение окружности обеих голеней. Антибактериальная терапия. Низкомолекулярные гепарины под контролем коагулограммы.

Диагноз. Послеродовый период 4-е сутки. Острый послеродовый эндометрит. Обострение хронического пиелонефрита.

Тактика. Антибактериальная, инфузионная, противовоспалительная терапия. Аспирационно-промывное дренирование (лаваж матки).

Задача 6

Диагноз. Послеродовый период 4-е сутки. Послеродовая язва промежности.

Тактика. Антибактериальная терапия с учетом антибиотикограммы.

Местное лечение: снятие швов, промывание антисептическими растворами, 10% раствором хлорида натрия, назначение протеолитических ферментов для стимуляции формирования полноценных грануляций, наложение вторичных швов, физиолечение.

Задача 7

Диагноз: Послеродовый период 7-е сутки. Острый послеродовый эндометрит, левосторонний аднексит.

Тактика. Антибактериальная, инфузионная, противовоспалительная терапия. Аспирационно-промывное дренирование (лаваж матки).

Задача 8

Диагноз: Послеродовый период 3-и сутки. Послеродовый разлитой перитонит.

Тактика. Срочное оперативное вмешательство – лапаротомия, экс-

тирпация матки с маточными трубами, дренирование брюшной полости, интубация кишечника, последующим перитонеальным диализом. Проведение антибактериальной, инфузионной, дезинтоксикационной терапия, коррекция кислотно-основного состояния, иммунитета и деятельности сердечно-сосудистой системы.

Задача 9

Диагноз: Послеродовый период 7 сутки. Послеродовая септикопиемия. Тактика. Срочное оперативное вмешательство – лапаротомия, экс-

тирпация матки с маточными трубами, дренирование брюшной полости, проведение антибактериальной, инфузионной, дезинтоксикационной терапия, коррекции кислотно-основного состояния, иммунитета и деятельности сердечно-сосудистой системы. По возможности, при септикопиемии должны быть вскрыты все метастатические гнойники.

Задача 10

Диагноз: Послеродовый период 9-е сутки. Правосторонний гнойный мастит.

Тактика. Хирургическое лечение - вскрытие абсцесса на фоне анти-бактериальной и инфузионной терапии, применения иммуномодулирующих, противогистаминных, анальгезирующих, седативных и противовоспалительных средств, подавление лактации.

Диагноз: Лактостаз.

Тактика. Опорожнить грудь путем сцеживания или с помощью молокоотсоса.

Задача 12

Диагноз. Послеродовый период 3-и сутки. Трещины сосков.

Тактика. Обучение родильницы правилам кормления ребенка, ухода за молочными железами. Кормление через накладку до заживления трещин. Смазывать трещины растительными маслами (облепиховое, оливковое, масло шиповника), мазями календулы, арники.

Перинатология

Задача 1

Диагноз: Умеренная асфиксия новорожденного (5 баллов), медика-ментозная депрессия.

Тактика. Освобождение дыхательных путей от слизи, поддержание дыхания (мешок Амбу), диспансерное наблюдение невропатолога.

Задача 2

Диагноз. Тяжелая асфиксия новорожденного.

Тактика. Освобождение дыхательных путей от слизи, интубация и реанимационные мероприятия, мониторинг состояния.

Задача 3

Диагноз. Тяжелая асфиксия новорожденного.

Тактика. Реанимационные мероприятия: санация верхних дыхательных путей; быстрое отделение от матери и реоксигенация (мешок Амбу), подключение к ИВЛ (кислород), оценка по шкале Апгар через 5 минут; перевод ребенка в отделение интенсивной терапии.

Задача 4

Диагноз: Внутриутробное инфицирование плода. ЦМВ-инфекция.

Задержка внутриутробного развития плода.

Тактика. Перевести в отделение интенсивной терапии (кювез); кормление адаптивными смесями (к груди прикладывать нельзя – заражение); этиотропная противовирусная терапия, иммуномодуляторы, инфузионная терапия.

Задача 5

Диагноз: Гемолитическая болезнь новорожденного, желтушная форма. Тактика. Перевести в отделение интенсивной терапии, дезинтокси-

кационная терапия (глюкоза, кристаллоиды), наблюдение за почасовым приростом билирубина, фототерапия.

Задача 6

Диагноз: Гемолитическая болезнь новорожденного, желтушная форма. Тактика. Перевести в отделение интенсивной терапии. Заменное переливание крови.

Диагноз: Физиологическая желтуха новорожденного. Тактика. Фототерапия.

Задача 8

Диагноз: Транзиторная гипертермия новорожденного.

Тактика. Создать оптимальные климатические условия в помещении для новорожденного (температура воздуха 18-22°C, влажность воздуха 50-70%), обильное питье.

Задача 9

Диагноз: Половой криз новорожденной (физиологическая мастопатия).

Тактика. Рекомендовать накладывать теплую стерильную прокладку на молочные железы.

Задача 10

Диагноз: Врожденный сифилис. Сифилитическая пузырчатка и насморк.

Тактика. Специфическое лечение ребенка. Обследование и лечение матери.

Задача 11

Диагноз: Умеренная асфиксия новорожденного. Черепно-мозговая травма новорожденного.

Тактика. Перевод в отделение интенсивной терапии (инфузионно-трансфузионная и симптоматическая терапия, профилактика ДВС -син-дрома и инфицирования). Обследование: спинно-мозговая пункция, ЭЭГ, глазное дно, безусловные рефлексы. При выявлении очага повреждения выбор дальнейшей тактики лечения.

Беременность и роды при тазовых предлежаниях плода. Неправильные положения и предлежания плода

Задача 1

Диагноз: Беременность 36 недель (252 дня). Поперечное положение плода, I позиция.

Тактика. Госпитализация в 37-38 недель беременности для планового родоразрешения путем операции кесарева сечения.

Задача 2

Диагноз: Беременность 39 недель (273 дня). Роды II срочные, II период родов. Тазовое предлежание плода. Выпадение петель пуповины. Острая внутриутробная асфиксия плода. Отягощенный акушерский анамнез.

Тактика. Экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Диагноз. Беременность 38 недель (266 дней). Тазовое предлежание плода. Преждевременное излитие околоплодных вод. Гестоз. Отягощенный акушерский анамнез.

Тактика. Экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Задача 4

Диагноз: Беременность 40 недель (280 дней). Роды I срочные. II период родов. Смешанное ягодичное предлежание.

Тактика. Внутривенное введение 0,5 мл 1% раствора атропина сульфата.

Выведение головки плода способом Морисо – Левре – Ляшапеля.

Задача 5

Диагноз: Беременность 40 недель (280 дней). Роды I срочные. I период родов. Чисто ягодичное предлежание плода.

Тактика. Роды вести через естественные родовые пути. Во II периоде оказать пособие по Цовьянову I.

Задача 6

Диагноз: Беременность 40 недель (280 дней). Роды I срочные. I пери-од родов. Ножное предлежание плода. Первородящая 35 лет. Крупный плода.

Тактика. Родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Задача 7

Диагноз. Беременность 39-40 недель. Срочные роды I. I период ро-дов–Лицевое предлежание плода, I позиция, задний вид. Простой плоский таз I степени Раннее излитие околоплодных вод. Отягощенный акушер-ский анамнез. Первородящая 28 лет.

Тактика. Операция кесарево сечение.

Задача 8

Диагноз: Беременность 40 недель. Тазовое предлежание плода. Крупный плод. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Воз-растная первородящая.

Тактика. Учитывая возраст беременной, крупный плод в сочетании с тазовым предлежанием, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, рекомендовано родоразрешение операцией кесарева сечения.

Задача 9

Диагноз: Беременность 40 недель. Роды срочные I. Конец I периода родов. Высокое прямое стояние головки, задний вид.

Тактика. Операция кесарево сечение.

Задача 10

Диагноз: Беременность 39-40 недель. Срочные роды II. II период ро-дов. Чисто ягодичное предлежание плода. Выпадение петель пуповины. Острая внутриутробная гипоксия плода. Отягощенный акушерский анамнез.

Тактика. Экстракция плода за тазовый конец.

Задача 11

Диагноз: Беременность 39-40 недель. Срочные роды. II период родов. Смешанное ягодично-ножное предлежание. Выпадение петель пуповины. Острая внутриутробная гипоксия плода.

Тактика. Операция кесарево сечение.

Задача 12

Диагноз: Беременность 39-40 недель. Срочные роды. II период родов.

Запущенное поперечное положение плода. Внутриутробная гибель плода.

Тактика. Плодоразрушающая операция -декапитация, извлечение головки и туловища плода, затем контрольное ручное обследование полости матки.

Многоплодная беременность.

Недоношенная и переношенная беременность

Задача 1

Диагноз: Беременность 39-40 недель. Срочные роды I. I период родов. Двойня. Первичная слабость родовой деятельности.

Тактика. Учитывая наличие двойни и слабости родовой деятельности, следует роды завершить операцией кесарева сечения. От вскрытия плодного пузыря следует отказаться, так как предлежащая часть подвижна над входом в малый таз и при амниотомии высок риск выпадения пуповины или мелких частей плода.

Задача 2

Диагноз: Беременность 39 недель (273 дня). Роды I срочные. I период родов. Двойня. Тазовое предлежание первого плода. Поперечное положение второго плода. Общеравномерносуженный таз II ст. Первородящая 35 лет.

Тактика. Учитывая тазовое предлежание первого плода и поперечное положение второго плода у первородящей 35 лет с анатомически узким тазом II степени, целесообразно родоразрешить женщину операцией кесарева сечения.

Задача 3

Диагноз. Беременность 38 недель. Двойня. Тазовое предлежание первого плода. Первородящая 29 лет.

Тактика. Кесарево сечение в плановом порядке.

Задача 4

Диагноз: Угрожающие преждевременные роды в сроке 30 недель беременности.

Тактика. Терапия по сохранению беременности (седативные лекарственные средства, магниевая терапия).

Задача 5

Диагноз: Начавшие преждевременные роды в сроке 34-35 недель бе-ременности. Преждевременное излитие околоплодных вод.

Тактика. Терапия по пролонгированию беременности (антибиотики, седативные препараты, магниезальная терапия), профилактика респираторного дистресс-синдрома плода (дексаметазон по схеме).

Задача 6

Диагноз: Угрожающие преждевременные роды в сроке 32 недели беременности. Истмико-цервикальная недостаточность.

Тактика. Терапия по сохранению беременности (седативные лекар-ственные средства, магниезальная терапия), коррекция истмико-цервикальной недостаточности (введение акушерского пессария). Учиты-вая высокий риск преждевременных родов – профилактика респираторно-го дистресс-синдрома плода.

Задача 7

Диагноз: Переношенная беременность (42 недели). Крупный плод.

Незрелая шейка матки. Возрастная первобеременная. Тактика. Кесарево сечение в плановом порядке.

Задача 8

Диагноз. Беременность 7-8 недель. Угрожающий самопроизвольный выкидыш. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

Тактика. Госпитализация и терапия по сохранению беременности:

спазмолитики, витамины, седативная терапия.

Задача 9

Диагноз. Беременность 15-16 недель. Истмико-цервикальная недо-статочность, угрожающий поздний выкидыш. Отягощенный акушерский анамнез.

Тактика. Госпитализация, строгий постельный режим с возвышен-ным ножным концом кровати, спазмолитики, коррекция истмико-цервикальной недостаточности (наложение кругового подслизистого шва или введение акушерского пессария).

Аномалии родовой деятельности. Узкий таз

Задача 1

Диагноз: Беременность 40 недель (280) дней. Роды I, срочные. I пе-

риод родов. Общеравномерносуженный таз I ст.

Тактика. Роды вести через естественные родовые пути с клинической оценкой таза в родах.

Задача 2

Диагноз: Беременность 40 недель. Роды III, срочные. II период родов. Общеравномерносуженный таз I степени. Крупный плод. Клинически узкий таз. Угрожающий разрыв матки.

Тактика. Экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения, до начала операции необходимо снять родовую деятельность (фторо-тановый наркоз).

Задача 3

Диагноз: II период срочных родов. Простой плоский таз.

Тактика. Роды вести через естественные родовые пути с клинической оценкой таза в родах, учитывая среднюю массу плода, правильное вставление головки, хорошую родовую деятельность.

Задача 4

Диагноз: Беременности 40 недель. Общеравномерносуженный таз. Крупный плод.

Тактика. Операция кесарево сечение в плановом порядке.

Задача 5

Диагноз. Беременность 40 недель. Срочные роды I. I период родов. Первичная слабость родовой деятельности. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

Тактика. Акушерский сон-отдых. Если после предоставления лечебного сна-отдыха родовая деятельность не восстановилась, показано назначение утеротонических средств. При отсутствии эффекта от лечения - родоразрешение операцией кесарева сечения.

Задача 6

Диагноз. Беременность 40 недель. Роды I срочные. II период родов.

Клинически узкий таз.

Тактика. Родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Задача 7

Диагноз: Роды I срочные. I период родов, латентная фаза. Раннее излитие околоплодных вод. Первичная слабость родовой деятельности. Отягощенный акушерский анамнез.

Тактика. Акушерский сон-отдых. Если после предоставления лечебного сна-отдыха родовая деятельность не восстановилась, показано назначение утеротонических средств (внутривенное введение окситоцина 5-10 ЕД), начиная с 6 - 8 капель в минуту. При отсутствии эффекта от лечения показано родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Задача 8

Диагноз: Роды I срочные. I период родов. Дистоция шейки матки.

Внутриутробная гипоксия плода.

Тактика. Консервативное ведение родов. Седативные средства, спазмолитики, эпидуральная анестезия, профилактика гипоксии плода.

Задача 9

Диагноз: Роды I срочные. I период родов. Первичная слабость родовой деятельности. Возрастная первородящая.

Тактика. Акушерский сон-отдых. Если после предоставления лечебного сна-отдыха родовая деятельность не восстановилась – родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Задача 10

Диагноз: Роды срочные VII. II период родов. Вторичная слабость родовой деятельности. Острая внутриутробная гипоксия плода.

Тактика. Роды следует закончить операцией наложения полостных акушерских щипцов.

Задача 11

Диагноз: Беременность 40 недель. Патологический прелиминарный период.

Тактика. Седативная терапия, токолитики, спазмолитики. Профилактика гипоксии плода.

Задача 12

Диагноз: Беременность 39-40 недель. Срочные роды I, I период родов. Раннее излитие околоплодных вод. Выпадение петли пуповины. Плоскорихитический таз I степени. Острая внутриутробная гипоксия плода. Возрастная первородящая.

Тактика. Экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения.

ГИНЕКОЛОГИЯ

[Ответы на задачи тут](#)

Методы обследования гинекологических пациенток

Задача 1

Пациентка С., 22 лет, обратилась к врачу акушеру-гинекологу с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры до субфебрильных цифр, появление белей желтого цвета с неприятным запахом. Какие обязательные методы исследования необходимо провести у данной пациентки для уточнения диагноза?

Задача 2

В гинекологическое отделение поступила пациентка Л., 24 лет, с жалобами на умеренные кровянистые выделения из половых путей в течение 10 дней, которые появились через 2 дня после окончания менструации. Наметьте план обследования пациентки в стационаре.

Задача 3

У пациентки Р., 29 лет, в мазке из заднего свода влагалища обнаружено небольшое количество палочек Дедерлейна, много лейкоцитов и эпителия, значительное количество кокковой флоры. Реакция слабощелочная. Внешний вид выделений слизисто-гнойный. Оцените степень чистоты влагалища.

Задача 4

Пациентка Н., 23 лет, обратилась на прием к врачу женской консультации с жалобами на отсутствие менструаций в течение года. Какие анамнестические данные необходимы для постановки диагноза. Составьте план обследования пациентки для уточнения диагноза.

Задача 5

Пациентка М., 55 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на боли внизу живота, появление кровянистых выделений через 3 года после прекращения менструации.

Какие специальные и дополнительные методы обследования необходимо провести у данной пациентки для уточнения диагноза?

Задача 6

При проведении профилактического осмотра у пациентки Л., 27 лет, обнаружена эктопия шейки матки. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить данной пациентке?

Задача 7

Пациентка В., 30 лет, обратилась на прием к врачу женской консультации для обследования по поводу отсутствия наступления беременности в течение трех лет после медицинского аборта в сроке 10 недель беременности. Из анамнеза установлено, что течение послеабортного периода осложнилось острым эндометритом, двухсторонним аднекситом, по поводу чего проводилось стационарное лечение. Заподозрен трубно-перитонеальный фактор бесплодия.

Какой метод диагностики необходимо назначить пациентке для оценки проходимости маточных труб?

Задача 8

Пациентка Р., 45 лет, жалуется на обильные длительные менструации, схваткообразные боли внизу живота во время менструации, слабость, снижение трудоспособности. При проведении обследования заподозрена субмукозная миома матки.

Каким методом обследования можно подтвердить диагноз?

Задача 9

Пациентка М., 24 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на нерегулярные менструации -4-5 раз в год. Последняя менструация была 2 месяца назад. Проведена проба с прогестероном, после которой началась менструация. Какое заключение можно сделать по результатам этой пробы?

Нарушения менструальной функции.

Нейроэндокринные синдромы в гинекологии

Задача 1

Пациентка М., 14 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на слабость, головокружение, обильные кровянистые выделения из

половых путей в течение 6 дней. Менструации с 13 лет, нерегулярные (через 6-8 недель), обильные, со сгустками, по 8-10 дней, безболезненные.

При осмотре: кожные покровы бледные. Пульс 94 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 100/70 мм рт. ст. Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, девственная плева цела. Выделения из половых путей кровянистые, обильные. При ректоабдоминальном исследовании патологии не обнаружено.

В анализе крови гемоглобин 90 г/л. Диагноз. Тактика.

Задача 2

Пациентка Л., 28 лет, обратилась в приемный покой гинекологического отделения с жалобами на длительные кровянистые выделения из половых путей после задержки очередной менструации на 3 месяца. Тест на хорионический гонадотропин отрицательный. При бимануальном исследовании и осмотре с помощью зеркал патологических изменений не обнаружено.

Проведено лечебно-диагностическое выскабливание полости матки под контролем гистероскопии. Результат гистологического исследования соскоба: эндометрий поздней фазы пролиферации.

Диагноз. Тактика.

Задача 3

Пациентка М., 34 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей.

Менструации с 13 лет, через 28 дней, по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Имела 2 родов без особенностей. Гинекологические заболевания отрицает. Последняя менструация началась 3 недели назад и не заканчивается до сих пор - кровянистые выделения периодически усиливаются или уменьшаются.

При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки чистая. Выделения кровянистые, обильные. При бимануальном исследовании патологии не обнаружено.

Диагноз. План лечения.

Задача 4

У пациентки Ч., 43 лет, после 2-месячной задержки менструации наблюдаются обильные кровянистые выделения из половых путей, продолжающиеся 10 дней. Последние 2 года менструальный цикл нарушен: интервал между менструациями составляет 2-3 месяца. Гинекологические заболевания отрицает.

При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки чистая. Выделения кровянистые, обильные. При бимануальном исследовании патологии не обнаружено.

Диагноз. План лечения.

Задача 5

У пациентки Р., 33 лет, 24-й день менструального цикла. Реакция влагалищного мазка IV типа, симптом «зрачка» +++, симптом кристаллизации шеечной слизи резко выражен. Какие процессы могут наблюдаться в яичнике и в матке?

Задача 6

У пациентки Т., 36 лет, 28-дневный менструальный цикл. При обследовании по тестам функциональной диагностики на 18 день менструального цикла выявлено: симптом «зрачка» +++; КПИ -65%.

Дайте характеристику менструального цикла.

Задача 7

Пациентка К., 50 лет, обратилась к врачу акушеру-гинекологу с жалобами на «приливы жара» до 12 раз в сутки, потливость, сердцебиение, головную боль, головокружение, артериальную гипертензию, раздражительность, бессонницу, немотивированные страхи. Отмечает, что последний год менструации нерегулярные, через 2-3 месяца, скудные, безболезненные. Гинекологические заболевания отрицает.

При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки чистая, слизистая влагалища истончена, выделения светлые, скудные. При бимануальном исследовании патологии не обнаружено.

Предварительный диагноз. План обследования и лечения.

Задача 8

Пациентка И., 38 лет, обратилась на прием к врачу женской консультации с жалобами на сухость и зуд во влагалище, боли при половом сношении. Считает себя больной в течение 3 лет, когда перенесла лапаротомию, гистерэктомию с двусторонним удалением придатков матки по поводу разлитого перитонита, метроэндометрита, двусторонних гнойных tubo-овариальных образований. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, дезинтоксикационная, десенсибилизирующая, общеукрепляющая терапия. Швы зажили первичным натяжением, выписана на 15 суток. Через 2 недели после операции появились «приливы», которые имели место в течение 8 месяцев, затем прекратились. Медикаментозное лечение не получала.

При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища истончена, с просвечивающейся сосудистой сетью, выделения светлые, скудные. При бимануальном исследовании: влагалище рожавшей. Шейка, тело матки и придатки отсутствуют, параметры не изменены.

Диагноз, план лечения.

Задача 9

Пациентка П., 27 лет, отмечает жалобы на раздражительность, слабость, плаксивость, нагрубание молочных желез, отечность лица, голеней, увеличение массы тела, зуд кожи. Выраженность жалоб растет с приближением менструации, после ее наступления указанные жалобы исчезают.

Из перенесенных заболеваний отмечает хронический двусторонний аднексит. При осмотре в зеркалах и бимануальном исследовании патологических изменений не выявлено.

Диагноз, лечение.

Задача 10

К врачу женской консультации обратилась пациентка О., 16 лет, с жалобами на редкие, скудные менструации. При осмотре обращают на себя внимание небольшой рост пациентки, широкие плечи, узкий таз, короткие конечности, гипертрофированные мышцы тела, недоразвитость молочных желез, оволосение по мужскому типу. Менструации с 15 лет, через 38-49 дней, скудные, безболезненные.

При гинекологическом осмотре: наружные половые органы развиты по женскому типу, отмечаются увеличение клитора, гипоплазия малых и больших половых губ. При ректоабдоминальном исследовании: матка несколько меньше нормы, плотная, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна.

Диагноз, план обследования и лечения.

Задача 11

Пациентка Ю., 23 лет, предъявляет жалобы на отсутствие менструаций в течение 7 месяцев, бесплодие.

Менструации с 13 лет, нерегулярные, с задержками на 2-3 мес., скудные, безболезненные. С 13 лет отмечает рост волос на задней поверхности бедер, голенях, над губой. В браке 3 года, от беременности не предохраняется, беременность не наступает.

При осмотре -гипертрихоз кожи; пигментация и гиперкератоз в подмышечных, паховых областях, под молочными железами; ожирение с равномерным распределением жировой ткани.

При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. С обеих сторон пальпируются несколько увеличенные, плотноватые, безболезненные яичники.

Диагноз. План обследования.

Задача 12

Пациентка Р., 24 лет, предъявляет жалобы на редкие, скудные менструации. Менструации с 17 лет, нерегулярные, через 45-60 дней, по 2-3 дня, скудные, безболезненные. В браке 3 года. Имела одну беременность, которая самопроизвольно прервалась в раннем сроке.

При осмотре: спортивный тип телосложения, молочные железы гипопластичны, конической формы, отмечается избыточный рост волос на конечностях, внутренней поверхности бедер, промежности, в нижней части живота; на лице, спине и груди – аспе vulgaris. При гинекологическом осмотре: наружные половые органы развиты правильно, клитор незначительно увеличен.

При влагалищном исследовании: влагалище узкое, шейка матки субконической формы, зев закрыт. Тело матки несколько меньше нормы, плотное, подвижное, безболезненное. Яичники увеличены в размерах, правый несколько больше левого, плотные, безболезненные.

Данные УЗИ: гипоплазия матки, яичники незначительно, асимметрично увеличены, с кисточками диаметром 5-7 мм, капсула их не утолщена. По тестам функциональной диагностики выявлена низкая эстрогенная насыщенность.

При проведении гормонального исследования: 17-ОН-прогестерон, ДЭА повышены, соотношение ЛГ/ФСГ – 1,5:1, проба с дексаметазоном положительная.

Диагноз, лечение.

Задача 13

К гинекологу впервые обратилась пациентка М., 17 лет, с жалобами на отсутствие менструаций. При объективном исследовании обращают на себя внимание низкий рост (142 см), короткая шея с кожными складками, низко посаженные уши, бочкообразная грудная клетка, сколиоз, короткие плюсневые кости.

При гинекологическом осмотре: молочные железы отсутствуют, оволосение в подмышечных впадинах и на лобке скудное, наружные половые органы сформированы по женскому типу, большие и малые половые губы гипопластичны. При ректоабдоминальном исследовании пальпируется маленькая матка, придатки не определяются.

Диагноз. План обследования.

Задача 14

Пациентка И., 27 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на отсутствие менструаций в течение 7 месяцев, ежемесячные боли внизу живота приблизительно в одни и те же числа.

Считает себя больной после проведения медицинского аборта при сроке беременности 8 недель. Послеоперационный период осложнился развитием гематометры, в связи с чем проводилось повторное выскабливание матки. Через месяц после повторного выскабливания отмечались сильные боли внизу живота, кровянистых выделений из половых путей не было. В последующем ежемесячно в первые числа месяца отмечались боли внизу живота, но менструаций не было.

Три месяца назад обратилась в женскую консультацию. При осмотре в зеркалах: слизистая шейки матки чистая, розового цвета, наружный зев щелевидной формы, симптом «зрачка» положительный (+++), симптом натяжения шеечной слизи -8 см. При бимануальном исследовании: матка слегка увеличена, плотной консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненна.

Результаты дополнительных методов исследования: базальная температура - двухфазная, с повышением выше 37,0 С примерно за 2 недели до

появления болей; кольпоцитология -мазок пролиферативного типа, VI реакция; УЗИ – внутриматочные синехии; содержание гормонов в плазме крови нормальное, гормональные пробы отрицательные.

Диагноз. План обследования и лечения.

Задача 15

Пациентка Т., 24 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на отсутствие менструаций в течение 8 месяцев, отделяемое белого цвета из молочных желез.

Из анамнеза: менструации с 12 лет, установились сразу по 3-4 дня, через 28 дней, безболезненные, необильные. Роды одни два года назад без особенностей.

Объективно: выделение молозива из молочных желез. При гинекологическом осмотре: наружные половые органы слегка гипотрофичны. В зеркалах: симптом «зрачка» отрицательный.

При бимануальном исследовании: влагалище узкое. Матка в anteverso-flexio, маленькая, плотной консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна.

При рентгенографии турецкого седла отклонений от нормы не выявлено. При гистологическом исследовании соскоба из полости матки установлено, что слизистая атрофическая.

Диагноз. Дополнительные методы исследования.

Задача 16

Пациентка А., 19 лет, обратилась с жалобами на отсутствие менструаций течение 1,5 лет. Из анамнеза: менструации с 13 лет, установились сразу, до 17 лет были регулярные, через 28 дней, по 4-5 дней, умеренно болезненные, не обильные. С 17 лет начала ограничивать себя в еде, потому что считала свой вес избыточным. В течение года потеряла 10 кг веса, менструации прекратились. Самочувствие оставалось удовлетворительным. Ела очень мало, объясняя это отвращением к пище. Периодически принимала слабительные средства. Половой жизнью не живет.

Объективно: рост 164 см, вес 43 кг. Кожа бледная, шелушится на локтях. Молочные железы дряблые. АД 90/60 мм рт.ст. Температура тела – 36,2о С. При гинекологическом обследовании наружные половые органы

гипотрофичны, слизистая вульвы бледная, сухая. При ректоабдоминальном исследовании матка маленьких размеров, плотная, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна.

По данным УЗИ тело матки размерами 30x30x21 мм, эндометрий не визуализируется, М-эхо линейное. Объем правого яичника – 3,8 см³, левого яичника -3,2 см³. Фолликулярный аппарат выражен слабо.

Диагноз. План лечения.

Пациентка С., 37 лет, обратилась с жалобами на отсутствие менструаций течение 1,5 лет, приливы жара.

Из анамнеза: менструации с 14 лет, установились в 16 лет, по 3-5 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет. Забеременела через 2 года после начала половой жизни, беременность протекала на фоне угрозы прерывания, роды - без осложнений. Менструации после родов восстановились через 8 месяцев. С 34 лет отмечает скудные менструации, задержки до 45-50 дней. В 36 лет менструации прекратились, появились приливы жара, бессонница, раздражительность. Гинекологические заболевания отрицает. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища сухая. Шейка матки цилиндрической формы, чистая. Выделения светлые, скудные. При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, несколько меньше нормы, плотное, безболезненное, подвижное. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна.

Диагноз. План обследования и лечения.

Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической и специфической этиологии

Задача 1

На прием к детскому гинекологу обратилась мать с девочкой 4 лет, у которой наблюдаются зуд и покраснение в области наружных половых органов, гнойные выделения из половых путей. Данные симптомы возникают периодически в течение года. Гигиена половых органов соблюдается. Ребенок наблюдается врачом-аллергологом в связи с atopическим дерматитом (кожные высыпания на локтевых сгибах и на лице).

Диагноз. Тактика.

Задача 2

Пациентка Р., 25 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли в области наружных половых органов, неловкость при ходьбе, повышенную температуру.

Боли появились четыре дня назад, после переохлаждения. Последняя менструация 3 недели назад. Гинекологические заболевания отрицает.

При осмотре в области правой большой половой губы определяется опухолевидное образование размерами 4х3 см, кожа над ним гиперемирована, горячая на ощупь, при пальпации отмечается флюктуация.

При осмотре шейки матки в зеркалах и бимануальном исследовании отклонений от нормы не выявлено.

Диагноз. План ведения.

Пациентка В., 36 лет, поступила в гинекологическое отделение на 3-й день заболевания с жалобами на острую пульсирующую боль в области левой половой губы, повышение температуры тела до 38,0С, ухудшение общего самочувствия, общую слабость и недомогание. Боли усиливаются при физическом напряжении и ходьбе, иррадируют в левую ногу и промежность. Страдает сахарным диабетом, 2 года назад производилось вскрытие абсцесса большой железы преддверия влагалища.

При поступлении состояние пациентки удовлетворительное, температура тела 37,9о С, пульс 92 уд/мин, ритмичный, удовлетворительных свойств, АД 130/70 мм рт. ст. Гематологические показатели: гемоглобин – 124 г/л, лейкоциты – 9,6х10⁹/л, СОЭ – 42 мм/ч.

Гинекологический осмотр: левая большая половая губа отечна и гиперемирована, в области большой железы преддверия влагалища пальпируется образование размерами 6х4 см, резко болезненное, мягковатой консистенции, местами – флюктуирующее; кожа над ним багрового цвета, имеется местная гиперемия.

Данные осмотра шейки матки в зеркалах и влагалищного исследования без особенностей.

Диагноз, тактика, терапия.

Задача 4

Пациентка С., 21 года, на приеме в женской консультации предъявляет жалобы на слизисто-гнойные выделения из половых путей, зуд.

При осмотре в зеркалах: слизистая шейки матки резко гиперемирована, отечна, с мелкоточечными кровоизлияниями. Выделения обильные, слизисто-гнойные. При влагалищном исследовании патологии не обнаружено.

Диагноз. Обследование. Принципы терапии.

Задача 5

На прием к врачу акушеру-гинекологу в женскую консультацию обратилась пациентка Д., 20 лет, с жалобами на обильные, гнойные выделения из половых путей, зуд, жжение и боли в области влагалища, усиливающиеся при половой жизни. Заболела остро, 2 дня назад, когда появились вышеуказанные жалобы. Менструальная функция не нарушена. Гинекологические заболевания отрицает.

При осмотре в зеркалах: слизистая оболочка влагалища резко гиперемирована, покрыта гнойным налетом, легко кровоточит при дотрагивании. Шейка матки цилиндрической формы, слизистая не изменена.

При бимануальном исследовании патологические изменения не выявлены.

Диагноз, лечение.

Молодая нерожавшая женщина заболела остро на второй день после медицинского аборта. Жалобы на недомогание, повышение температуры тела до 39° С, однократный озноб. Пациентка приняла таблетку аспирина, вызвала «скорую помощь» и доставлена в гинекологический стационар.

При обследовании отмечаются тахикардия, бледность кожных покровов, повышение количества лейкоцитов до 10,0 x 10⁹ /л, ускорение СОЭ до 35 мм в час. Живот обычной формы, мягкий, болезненный при пальпации над лоном.

При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, несколько больше нормы, мягковатой консистенции, подвижное, умеренно болезненное. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Параметрии не изменены, своды свободные, безболезненные. Выделения скудные, кровянистые без запаха.

Диагноз, тактика.

Задача 7

Пациентка Л., 37 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота с иррадиацией в крестец и поясницу, повышение температуры тела до 38-39°С, жажду, сухость во рту. Больна в течение 2 недель. Последняя менструация 8 дней назад. В течение 9 лет с целью контрацепции использует ВМС.

Объективно: кожные покровы бледные, лихорадочный румянец. Пульс 100-110 уд/мин, удовлетворительных свойств. АД 120/80 мм рт. ст. Живот симметричный, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, незначительно болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет.

При осмотре в зеркалах: выделения гнойные, из цервикального канала видны нити ВМС. При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, отклонено вправо, отдельно не определяется, болезненное при пальпации. Придатки справа не определяются, область их безболезненна при пальпации. Параметрий слева каменной плотности, доходит до стенок таза.

В общем анализе крови: лейкоциты – 15x10⁹/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, гемоглобин -98 г/л.

Диагноз. План лечения.

Задача 8

Пациентка Ж., 33 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сильные боли внизу живота, тошноту, повышение температуры тела до 39,5°C. Заболела 10 дней назад, когда появились тянущие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку; температура тела повысилась до 37,5°C. К врачу не обращалась, лечилась самостоятельно без эф-

фекта. В связи с резким ухудшением самочувствия вызвала скорую помощь и доставлена в гинекологическое отделение.

Последняя менструация 12 дней назад. В течение 7 лет с целью контрацепции использует ВМС.

Объективно: состояние средней тяжести, пульс 100 ударов в минуту,

удовлетворительных свойств, АД 120/80 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, резко болезненный в нижних отделах, больше в левой подвздошной области.

При осмотре в зеркалах: шейка матки гиперемирована, в цервикальном канале - нити ВМС, выделения гнойные. При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, несколько больше нормы, болезненное при пальпации, ограничено в смещении. Слева и сзади от матки пальпируется болезненный, неподвижный конгломерат размерами 12x10 см, неравномерной консистенции, правые придатки утолщены, болезненны.

В анализе крови: гемоглобин 98 г/л, лейкоциты – 14,0x10⁹/л, СОЭ –

52 мм/ч, сдвиг формулы влево, ЛИИ – 4.

Диагноз. Тактика.

Задача 9

Пациентка Ш., 19 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела до 37,5°C, гнойные выделения из половых путей. Заболела остро, на 7-й день менструального цикла, когда появились указанные симптомы. Накануне перенесла

острую респираторную вирусную инфекцию.

Половая жизнь с 17 лет, вне брака, от беременности не предохраняется. Два года назад перенесла воспаление придатков матки, лечилась амбулаторно.

Объективно: состояние удовлетворительное, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины не определяются.

При осмотре в зеркалах: шейка матки с обширной эрозией, из цервикального канала обильные слизисто-гнойные выделения. При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, нормальных размеров, мягковатой консистенции, болезненное при пальпации и смещении. Придатки с обеих сторон утолщены, болезненны при пальпации. Своды глубокие.

Диагноз, тактика врача женской консультации.

Задача 10

Пациентка К., 24 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота в течение 3-х дней, больше справа, иррадиирующие в правое бедро; повышение температуры тела до 39,0°C.

Половая жизнь с 17 лет, с частой сменой половых партнеров. В анамнезе две беременности, закончившиеся медабортами. После второго медаборта осложнение - эндометрит. В данное время в качестве

контрацепции применяет ВМС. Гинекологические заболевания: хроническое воспаление придатков матки, послеабортный эндометрит.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 102 уд/мин, ритмичный, температура тела 38,2°C.

Живот обычной формы, не вздут. При пальпации живота в правой подвздошной области и над лоном отмечаются локальная болезненность, локальное защитное напряжение прямых мышц живота, слабо положительные симптомы раздражения брюшины. Перистальтика кишечника выслушивается во всех отделах.

При осмотре шейки матки в зеркалах: шейка матки субконической формы, гиперемирована, в цервикальном канале видны нити ВМС, выделения гнойные.

При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, несколько больше нормы, мягковатой консистенции, болезненное при пальпации, ограничено в смещении. Справа и сзади от матки пальпируется овоидной формы, болезненное образование размерами 5x4 см, неравномерной консистенции, левые придатки утолщены, болезненны при пальпации.

По данным УЗИ справа, в проекции придатков, визуализируется образование 5,0x3,5 см колбасовидной формы. Содержимое однородное, гипоэхогенное. Возле образования визуализируется правый яичник размерами 3,6x3,0x2,5 см. Свободной жидкости в позадиматочном пространстве не выявлено.

Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение.

Задача 11

Пациентка М., 32 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на резкие боли внизу живота, чувство жара, озноб, слабость.

Объективно: состояние средней тяжести, пульс 112 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Температура тела 38,8°C. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации болезненный во всех отделах. Отмечается напряжение прямых мышц живота и признаки раздражения брюшины.

При влагалищном исследовании отмечается болезненность при смещении шейки матки, справа и слева в области придатков матки определяются опухолевидные образования без четких границ, тугоэластической консистенции, интимно спаянные с маткой, неподвижные, резко болезненные при пальпации. Выделения из половых путей гнойные в умеренном количестве.

Произведена лапаротомия. Во время операции обнаружено: мутный выпот, гиперемия париетальной и висцеральной брюшины, матка нор-

мальной величины, обычного вида, плотная, яичники нормальных размеров, не изменены. Маточные трубы представляют собой пилосальпинксы с перфорацией, ампулярные концы спаяны с задней поверхностью матки.

Диагноз, объем оперативного лечения.

Задача 12

Пациентка Р., 35 лет, поступила в клинику с жалобами на постоянную боль внизу живота, иррадиирующую в поясницу, повышение температуры до 38°C.

Объективно: пульс 104 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Температура тела 39,4°C. Живот вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации в нижних отделах несколько напряженный, болезненный. Здесь же определяются симптомы раздражения брюшины.

При осмотре в зеркалах: из канала шейки матки гнойные выделения. При бимануальном исследовании: тело матки четко не контурируется из-за резкой болезненности живота. Левые придатки не пальпируются, область их безболезненна. Справа и сзади от матки определяется образование размерами 12x7 см, плотное, бугристое, резко ограниченное в подвижности, болезненное.

Диагноз. Лечение.

Задача 13

Пациентка П., 23 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на боль при мочеиспускании, повышение температуры до 37,4°C. В браке не состоит, имеет несколько половых партнеров.

При осмотре в зеркалах: слизистая наружного отверстия уретры гиперемирована, шейка матки цилиндрическая, гиперемия зоны наружного отверстия цервикального

канала. Выделения из цервикального канала гно-евидные. При бимануальном исследовании внутренние половые органы без патологии.

Назначьте план обследования. Установите предварительный диагноз.

Задача 14

Пациентка Н., 30 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сильные боли внизу живота, повышение температуры тела, озноб, тошноту, слабость. В браке не состоит. Две недели назад имело место случайное половое сношение. Заболела остро: температура тела повысилась до 39,5°C, появились боли внизу живота, озноб, тошнота.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Пульс 120 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80 мм рт. ст. Температура тела 39,3°C. Живот правильной конфигурации,

участвует в акте дыхания, при пальпации резко болезненный в нижних отделах, где определяется напряжение прямых мышц живота и положительные симптомы раздражения брюшины.

При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища, шейки матки не изменена, из цервикального канала -гноевидные выделения. При бимануальном исследовании: смещение шейки матки болезненно, своды влагалища глубокие. Матку и придатки пропальпировать не удается из-за напряжения и болезненности передней брюшной стенки.

Диагноз, план ведения пациентки.

Задача 15

Пациентка Л., 24 лет, жалуется на обильные выделения из влагалища с неприятным запахом "гнилой рыбы". При гинекологическом исследовании: наружные половые органы и слизистая влагалища без признаков воспаления. Выделения из влагалища обильные, водянистые, с неприятным запахом. Внутренние половые органы без патологии.

При бактериоскопии мазков из цервикального канала и уретры обнаружены «ключевые клетки».

Диагноз, лечение.

Задача 16

Пациентка В., 22 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на ноющие боли внизу живота с иррадиацией в поясницу, повышение температуры тела до 37,8°C, бели желто-зеленого цвета. Считает себя больной в течение недели.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в нижних отделах. Признаков раздражения брюшины не

обнаружено, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное.

Осмотр при помощи зеркал: имеется отечность и гиперемия вокруг наружного зева шейки матки, из цервикального канала отходят гнойные бели. Бимануальное исследование: болезненность при смещении шейки матки, тело матки нормальной величины, плотной консистенции, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон увеличены, в спайках, болезненны при пальпации. Своды влагалища глубокие, безболезненные.

В мазках из цервикального канала обнаружены грамотрицательные, внутриклеточные диплококки бобовидной формы.

Поставьте диагноз. Наметьте лечение.

Задача 17

Пациентка Р., 22 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные пенистые бели с неприятным запахом, жжение, зуд в области наружных половых органов, чувство тяжести во влагалище. Больна в течение недели. Две недели тому назад имела случайное половое сношение.

При осмотре в зеркалах: резкая гиперемия слизистой оболочки влагалища, ярко-красная пятнистость в верхней его части, выраженная мацерация эпителия. При протирании стенок влагалища марлевым шариком

последний окрашивается сукровичным отделяемым. В заднем влагалищном своде - скопление гноя желтовато-зеленого цвета, жидкой консистенции, пенистого вида. Такое же отделяемое определяется в наружном зеве шейки матки и наружной части мочеиспускательного канала. При бимануальном исследовании патологии не обнаружено.

Диагноз, принципы лечения пациентки.

Задача 18

Пациентка В., 22 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на неприятные ощущения во влагалище, чувство жжения, зуд, бели. Считает себя больной в течение 5 дней.

При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки резко гиперемирована, отечна. На этом фоне имеются белесоватые налеты, которые легко снимаются марлевым шариком, выделения творожистого вида. Влагалищное исследование без особенностей.

Поставьте диагноз и назначьте лечения.

Задача 19

Пациентка Д., 23 лет, предъявляет жалобы на боль, жжение в области вульвы, боль при мочеиспускании, повышение температуры до 37,7°C.

При гинекологическом обследовании: на коже и слизистой наружных половых органов обнаружены везикулы с прозрачным содержимым, размером от 2 мм до 5 мм, гиперемией вокруг. Отмечается отек малых и больших половых губ. Слизистая влагалища без патологии. На шейке матки гиперемия в зоне наружного отверстия цервикального канала. Внутренние половые органы без патологии.

Установите предварительный диагноз. Составьте план обследования и лечения.

Задача 20

Пациентка К., 29 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на бесплодие в течение 4 лет, общую слабость, потливость, временами повышение температуры тела до 37,2-37,5°C, периодические боли внизу живота ноющего характера.

Последние 3 года менструации стали иногда задерживаться на 5-10 дней. Половая жизнь с 25 лет, от беременности не предохранялась, беременностей не было. Перенесенные гинекологические заболевания отрицает. Через 2 года после начала половой жизни проходила обследование по поводу бесплодия, проводилась метросальпингография, по результатам которой трубы непроходимы, вид их на рентгенограмме четкообразный.

При осмотре в зеркалах патологии не обнаружено. Бимануальное исследование: тело матки в anteversio-flexio, несколько меньше нормы, плотное, подвижное, безболезненное. В области придатков с обеих сторон определяются уплотненные (узловатые) участки, безболезненные при пальпации.

Диагноз. Тактика.

Задача 21

Пациентка З., 36 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота тупого характера, аменорею в течение трех лет, бесплодие. В детстве перенесла туберкулезный плеврит. Отец был болен туберкулезом легких. Менструации с 14 лет, скудные, болезненные, через 1,5-2 месяца. Последняя менструация три года назад. Замужем с 18 лет, беременностей не было. При исследовании легких, сердца патологии не выявлено.

При бимануальном исследовании: тело матки нормальных размеров, слегка болезненное, ограничено в подвижности. Справа в области придатков определяется эластичное образование, плотное, малоподвижное, размерами 10x8x7см; подобное образование и слева размерами 6x5x4 см.

Выполнена проба Коха – результат положительный. При гистеросальпингографии обнаружено: полость матки деформирована, имеются дефекты заполнения трубы, четкообразной формы, трубы не проходимы. Проведено диагностическое выскабливание полости матки: соскоб крошечный, скудный. По результатам гистологического исследования – туберкулезные бугорки.

Диагноз. План ведения.

Неправильные положения женских половых органов

Задача 1

Пациентка Н., 57 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на постоянные тянущие боли внизу живота, затрудненное мочеиспускание. В анамнезе одни роды крупным плодом, осложнившиеся разрывом промежности II степени. Соматический анамнез неотягощен. Постменопауза 4 года.

Гинекологический статус: имеется расхождение ножек мышц, поднимающих задний проход; при натуживании за пределами вульварного кольца определяются тело матки, элонгированная и гипертрофированная шейка матки; передняя и задняя стенки влагалища опущены.

Диагноз. Какие осложнения возможны при данной патологии. Тактика лечения.

Задача 2

Пациентка З., 30 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на постоянные тянущие боли в крестце и пояснице, во время полового акта, альгоменорею, бели. В анамнезе – хронический двухсторонний аднексит. Соматический анамнез неотягощен.

При влагалищном исследовании: шейка матки отклонена кпереди; тело матки наклонено кзади, угол между телом и шейкой матки открыт кзади; тело матки нормальных размеров, малоподвижное, безболезненное; придатки с обеих сторон тяжисты, безболезненны при пальпации.

Диагноз. Тактика ведения.

Задача 3

Пациентка З., 54 лет, поступила в гинекологическое отделение для оперативного лечения с диагнозом: Старый разрыв промежности II степени, опущение стенок влагалища III степени, цисто-и ректоцеле III, полное выпадение матки, элонгация шейки матки, миома матки.

Тактика ведения.

Задача 4

Пациентка К., 54 лет, наблюдается в женской консультации по поводу аномалий положения женских половых органов. Предъявляет жалобы на постоянные тянущие боли внизу живота, в поясничной области, ощущение постороннего тела в половой щели,

дизурические расстройства. В анамнезе четверо родов; последние роды гигантским плодом, осложнились разрывом промежности II степени. Женщина страдает инсулинозависимым сахарным диабетом тяжелой степени.

Гинекологический статус: половая щель зияет, отмечается расхождение леваторов, передняя и задняя стенки влагалища опущены, имеются цисто-и ректоцеле, при натуживании шейка матки выступает за пределы вульварного кольца.

Диагноз. Тактика лечения.

Фоновые, предраковые и доброкачественные заболевания органов репродуктивной системы женщины

Задача 1

Пациентка Р., 45 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на зуд, жжение в области наружных половых органов. Последний раз была на приеме у гинеколога шесть лет назад.

При наружном осмотре половых органов на вульве видны белесоватые бляшки. Внутренние половые органы без патологии.

Поставьте предварительный диагноз. Наметьте план обследования и лечения.

Задача 2

Пациентка П., 23 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на бели и контактные кровянистые выделения из половых путей, которые появились 3 месяца назад.

Менструации с 13 лет, установились сразу, по 4 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 21 года, беременностей не было. Перенесенные гинекологические заболевания отрицает.

При осмотре в зеркалах: шейка матки субконической формы. Поверхность слизистой вокруг наружного зева ярко-красного цвета, зернистая, покрытая гноевидными слизистыми выделениями, размерами 2x2 см, легко кровоточащая при дотрагивании.

Поставьте предварительный диагноз. Наметьте план обследования и лечения.

Задача 3

Пациентка К., 28 лет, обратилась к врачу женской консультации для проведения профилактического осмотра.

При осмотре в зеркалах на задней губе шейки матки визуализируются белесоватые участки с четкими контурами. Выделения светлые, слизистые. При проведении бимануального исследования патологии со стороны внутренних половых органов не обнаружено.

Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Задача 4

На прием к гинекологу для профилактического осмотра обратилась пациентка К., 38 лет. Жалоб не предъявляет.

При осмотре в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, чи-стая. Из цервикального канала исходит образование округлой формы раз-мерами 1x0,5 см. Выделения светлые, слизистые. При проведении бимануального исследования патологии со стороны внутренних половых органов не обнаружено.

По данным микроскопического исследования в мазках из влагалища много лейкоцитов, микрофлора смешанная; по результатам кольпоскопия: подэпителиальные кровеносные сосуды расширены, анастомозируют; ати-пии сосудов не наблюдается. Имеется эктопия цилиндрического эпителия с зоной превращения по периферии эктопии.

Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Задача 5

Пациентка В., 46 лет, поступила в гинекологическое отделение с жа-лобами на обильные кровянистые выделения из половых путей. Последние 2 года интервал между менструациями составляет 2-3 месяца. Пятнадцать дней назад у пациентки после 2 мес. отсутствия менструации началось кровотечение, которое продолжается до настоящего времени. Перенесен-ные гинекологические заболевания отрицает.

В день поступления произведено раздельное диагностическое вы-скабливание матки и цервикального канала: длина матки по зонду 8 см, стенки гладкие, без деформации. Получен обильный соскоб, результат его гистологического исследования: простая без атипии гиперплазия эндомет-рия.

Поставьте диагноз, назначьте лечение данной пациентке.

Задача 6

В гинекологическое отделение доставлена пациентка Д., 42 лет, с обильными кровянистыми выделениями из половых путей после задержки менструации в течение 2,5 месяцев. Последний год менструации нерегу-лярные, отмечаются задержки на 1,5-2 месяца. Последняя менструация началась 2 дня назад после очередной задержки.

Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища и шейки матки чи-стая, наружный зев щелевидный, выделения кровянистые, обильные. При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, несколько больше нормы, плотное, подвижное, безболезненное при пальпации. Спра-ва придатки не определяются, область их безболезненна. Слева пальпиру-ется яичник округлой формы, размерами 5x4x5 см, эластической конси-стенции, подвижный, безболезненный.

Поставьте диагноз, наметьте план обследования и лечения.

Задача 7

Пациентка Л., 38 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на периодически возникающие боли внизу живота, больше слева. Из перенесенных гинекологических заболеваний отмечает хронический двусторонний сальпингоофорит, по поводу которого неоднократно проходила амбулаторное и стационарное лечение. Последнее обострение воспалительного процесса 8 месяцев назад. На ИППП не обследована.

При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненно при пальпации. Справа придатки не определяются, область их безболезненна. Слева пальпируется образование овоидной формы, размерами 10x12 см, с гладкой поверхностью, тугоэластической консистенции, подвижное, безболезненное.

Диагноз. План обследования и лечения.

Задача 8

Пациентка К., 32 лет, поступила в гинекологическое отделение для планового оперативного вмешательства с диагнозом: Киста левого яичника. Обследована клинически и лабораторно в полном объеме. При проведении оперативного вмешательства по поводу опухоли левого яичника обнаружена муцинозная киста.

Укажите объем оперативного вмешательства.

Задача 9

Пациентка С., 55 лет, обратилась к врачу женской консультации для планового гинекологического осмотра. Жалоб не предъявляет. Менопауза 2 года. Полтора года назад обнаружено опухолевидное образование в области придатков матки справа размерами 6x8 см.

При гинекологическом исследовании: слева придатки не определяются, область их безболезненна. Справа пальпируется образование овоидной формы, размерами 6x8 см, с гладкой поверхностью, тугоэластической консистенции, подвижное, безболезненное.

Диагноз. План обследования и ведения пациентки.

Задача 10

В гинекологическое отделение поступила пациентка К., 54 лет, с кровянистыми выделениями из половых путей. Менопауза 3 года. В последние 3 месяца из влагалища периодически (2-3 раза в месяц) отмечает умеренные кровянистые выделения.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания. АД 160/90 мм рт.ст. При проведении гинекологического исследования патологии не обнаружено.

Предварительный диагноз. План обследования и ведения.

Задача 11

Женщина Н., 36 лет, обратилась на прием к врачу акушеру-гинекологу с жалобами на периодические кровянистые выделения из половых путей, которые появляются за 2-3 дня до начала менструации. Считает себя больной около 6 месяцев.

Из гинекологических заболеваний отмечает эрозию шейки матки, по поводу чего проводилась диатермоэлектрокоагуляция.

При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. На влажной части шейки матки, на 7 часах, имеется участок сине-багрового цвета 1x1,5 см, легко кровоточащий при прикосновении к нему. Выделения светлые, слизистые. При бимануальном исследовании патологии не обнаружено.

Предположительный диагноз. План обследования и лечения.

Задача 12

Пациентка Н., 20 лет, в экстренном порядке взята на диагностическую лапароскопию в связи с подозрением на внематочную беременность. При ревизии органов малого таза обнаружено: матка, левые придатки и правая труба не изменены. Правый яичник в виде опухолевидного образования, покрытого синеватой оболочкой, сквозь которую просвечивает тем-но-багровое («шоколадное») содержимое. Образование спаяно с задней поверхностью матки, серозным покровом прямой кишки, и маточными трубами.

Диагноз. Объем операции. Рекомендации при выписке.

Задача 13

Пациентка С., 36 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на резкую слабость, головокружение, одышку, сердцебиение, кровянистые выделения из половых путей. Считает себя больной около года, когда менструации стали длительными (по 7 -10 дней), обильными, болезненными. За медицинской помощью не обращалась. Последняя менструация началась 2 недели назад.

При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, увеличено до 5-6 недель беременности, шаровидной формы, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная.

Анализ крови: гемоглобин -83 г/л, эритроциты -2,8x10¹²/л.

Диагноз. Тактика врача.

Задача 14

Пациентку Т., 36 лет, в течение 2 лет беспокоят обильные болезненные и продолжительные менструации, чувство тяжести и «распирания» в

глубине таза. Сокращающие матку средства не помогают. Производилось выскабливание матки, гистологический ответ -железы слизистой в фазе секреции.

При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, увеличено до 7 недель беременности, шаровидной формы с гладкой поверхностью, плотное, подвижное, чувствительное при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная.

В анализе крови гемоглобин 90 г/л, эритроциты – $2,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6,5 \times 10^9$ /л, СОЭ – 5 мм/ч.

Диагноз. План обследования и лечения.

Задача 15

Пациентка Ф., 34 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные, болезненные менструации и темно-кровянистые мажущие выделения из половых путей накануне менструации. Год назад произведена диатермокоагуляция шейки матки по поводу эрозии.

При осмотре в зеркалах: на шейке матки видны очаги синего цвета диаметром от 0,1 до 0,3 см. Из отдельных очагов – скудные темно-кровянистые выделения.

Бимануальное исследование: тело матки в anteversio-flexio, увеличено до 6 недель беременности, шаровидной формы с гладкой поверхностью, плотное, подвижное, чувствительное при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная.

По данным метросальпингографии полость матки расширена, выявляются «законтурные» тени. Гистероскопия: полость матки расширена, стенки бугристые. Гистологическое исследование эндометрия – фаза секрета. Кольпоскопия – очаги эндометриоза на шейке матки.

Диагноз. Лечение.

Задача 16

Пациентка В., 35 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на боли внизу живота за 5-6 дней до менструации и во время менструации, субфебрильную температуру тела в период болевого синдрома.

При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, нормальной величины, шаровидной формы с гладкой поверхностью, плотное, подвижное, безболезненное. Слева придатки не определяются, область их безболезненна. Справа от матки пальпируется образование 7х8х6 см, болезненное, при пальпации ограниченно подвижное, неравномерной консистенции (от плотной до эластической). Своды влагалища глубокие, безболезненные.

По данным УЗИ в области правого яичника определяется образование 7х7,5х6,8 см с капсулой толщиной 0,3-0,4 см. Внутренняя структура образования жидкостная с мелкодисперсной взвесью.

Данные ФГДС, ирриго-и ректороманоскопии без особенностей.

Диагноз. Лечение.

Задача 17

Пациентка К., 30 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на ноющие боли внизу живота, больше слева, иррадиирующие в поясницу, прямую кишку, боли при половом сношении, обильные мен-струации. Считает себя больной в течение 4 лет. Неоднократно обращалась к врачу. Назначались курсы противовоспалительной терапии (антибиотики, витамины, физиопроцедуры), которые не способствовали устранению болей.

При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, отклонено влево, нормальной величины, плотное, чувствительное, ограничено в смещении. Справа придатки не определяются, область их безболезненна. Слева за маткой пальпируется образование 5х7х6 см, болезненное, при пальпации ограничено подвижное, без четких контуров. В заднем своде влагалища – бугристость и инфильтрация тканей 4,0х3,0 см с резкой болезненностью при пальпации.

Диагноз. Лечение.

Задача 18

Пациентка Ш., 36 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на слабость, головокружение, тянущие боли внизу живота, снижение трудоспособности, незначительные кровянистые выделения из половых путей. Считает себя больной в течении последних 1,5 лет, когда появились болезненные, обильные и длительные менструации. К врачу не обращалась. Последняя менструация началась 8 дней назад и продолжается по настоящее время.

При бимануальном исследовании: тело матки увеличено до 12-13 недель беременности, плотное, неправильной формы, малоподвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна.

Анализ крови: гемоглобин -88 г/л, эритроциты - $2,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $7,8 \times 10^9$ /л, СОЭ-5мм/ч

Диагноз. Тактика врача.

Задача 19

Пациентка А., 38 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные кровянистые выделения из половых путей. В течение последнего года менструации стали обильными. Беременностей не было.

При бимануальном исследовании: шейка матки цилиндрической формы, в канале шейки матки пальпируется округлой формы, плотное образование размерами 3х4 см. Тело матки в anteversio-flexio, несколько больше нормы, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Выделения кровянистые, обильные.

Анализ крови: гемоглобин -98 г/л, эритроциты -3,0x10¹²/л, лейкоциты -6,5x10⁹/л, СОЭ-5мм/ч

Диагноз. Тактика ведения.

Задача 20

Пациентка К., 47 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на ноющие боли внизу живота, больше слева. На профилактическом осмотре 5 лет назад обнаружена миома матки размером до 6 недель беременности. Последние 2 года к врачу не обращалась.

При гинекологическом исследовании: тело матки в anteversio-flexio, увеличено до 12 недель беременности, плотное, слева пальпируется узел в диаметре до 8 см, чувствительный при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна.

Диагноз. Тактика ведения.

Задача 21

Пациентка Ф., 46 лет, наблюдается в женской консультации по поводу миомы матки в течение 3 лет. В течение 5 месяцев отмечает обильные менструации, схваткообразные боли внизу живота.

Гинекологическое исследование: тело матки в anteversio-flexio, увеличено до 8 недель беременности, бугристое, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Выделения светлые, слизистые.

По данным УЗИ – миома матки 8 недель, субмукозный узел до 3 см в диаметре.

Диагноз. Тактика ведения.

Задача 22

Пациентка К., 34 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные менструации. Впервые миома матки была обнаружена 6 лет назад, матка была увеличена до 6 недель беременности. Состояла на диспансерном учете у врача акушера-гинеколога. В последний год стала отмечать обильные менструации, плохое самочувствие, слабость. Последний раз у гинеколога была полгода назад – величина миомы соответствовала 9-ти недельной беременности. Десять дней назад началась менструация, которая продолжается до настоящего времени.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80 мм рт. ст. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Отмечается систолический шум на верхушке сердца. Выделения из половых путей кровянистые, обильные.

Гинекологическое исследование: тело матки в anteversio-flexio, увеличено до 10 недель беременности, бугристое, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна.

Диагноз. Тактика врача.

Задача 23

Пациентка Р., 45 лет, обратилась к урологу с жалобами на частое мочеиспускание. Была обследована. Патологии со стороны мочевыделительной системы не обнаружено. Рекомендована консультация гинеколога.

Последний год менструации длятся 7 дней, обильные. Из гинекологических заболеваний отмечает эндометрит после родов, миому матки (на учете у гинеколога не состояла).

Гинекологическое исследование: тело матки в anteversio-flexio, увеличено до 14 недель беременности, бугристое, плотное, подвижное, безболезненное, из передней стенки исходит узел до 8 см в диаметре. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна.

Диагноз. Тактика врача.

Задача 24

Пациентка Н., 38 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные кровянистые выделения из половых путей. Считает себя больной в течение 4 лет, когда стала отмечать обильные менструации со сгустками крови, схваткообразные боли внизу живота. После менструаций отмечает слабость, недомогание, мелькание «мушек» перед глазами.

Объективно: кожные покровы бледно-розовые, пульс 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 120/80 мм рт. ст., живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. Шейка матки цилиндрической формы, из канала шейки матки исходит узел миомы диаметром 3 см на тонкой ножке. Выделения кровянистые, обильные.

При бимануальном исследовании: шейка матки цилиндрической формы, в канале шейки матки пальпируется округлой формы, плотное образование размерами 3х3 см. Тело матки в anteversio-flexio, несколько больше нормы, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна.

Диагноз. Тактика ведения.

Гинекологические заболевания, требующие неотложной помощи

Задача 1

Пациентка К., 26 лет, 15 октября поступила в гинекологическое от-

деление с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей с 10 октября, периодические боли в правой подвздошной области, головокружение. Последняя менструация была 6 сентября.

При осмотре с помощью зеркал выявлен легкий цианоз слизистой шейки матки, из наружного зева шейки матки темные кровянистые выделения. При двуручном гинекологическом исследовании – матка слегка увеличена, размягчена, болезненная при смещении кпереди. Левые придатки не изменены. Справа и сзади от матки пальпируются тестоватой

консистенции, увеличенные и болезненные придатки. При пальпации свода влагалища отмечается умеренная болезненность.

Диагноз. Тактика.

Задача 2

Пациентка М., 25 лет, обратилась в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота в течение 2-х недель и длительные мажущие темно-красные выделения из половых путей. Последняя менструация 8 недель назад. Считала себя беременной, в беременности заинтересована.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Пульс 76 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80 мм рт.ст. Живот при пальпации болезненный в нижних отделах, симптомов раздражения брюшины нет.

При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки цианотичная. Выделения темно-красные, мажущие.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей. Шейка матки конической формы, наружный зев закрыт. Тело матки соответствует 5-6 нед. беременности, несколько размягчено, безболезненно. Правые придатки в спайках, четко не пальпируются, область их безболезненна. Слева позади матки пальпируется образование неправильной формы, болезненное, размерами 12x10 см. Пальпация заднего свода резко болезненная.

Диагноз. Тактика.

Задача 3

Пациентка Г., 28 лет, обратилась в гинекологическое отделение с жалобами на резкие боли внизу живота, которые появились внезапно. Было кратковременное обморочное состояние. Последняя менструация 2 недели назад.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Пульс 120 уд/мин, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД 90/50 мм рт.ст. При пальпации передняя брюшная стенка несколько напряжена, симптом Щеткина слабо положительный.

Бимануальное исследование: пальпация матки и придатков затруднена из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки. Пальпация заднего свода болезненная.

Диагноз. Тактика.

Задача 4

Пациентка Г., 42 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела до 38^oC в течение 2 дней. У гинеколога в течение 5 лет не наблюдалась.

Объективно: живот не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный над лоном. Симптомов раздражения брюшины нет.

Бимануальное исследование: тело матки соответствует 10 нед. беременности, плотное, бугристое, на передней поверхности матки пальпируется субсерозный фиброматозный узел 5x4 см, болезненный, мягковатой консистенции. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна.

Диагноз. Терапия.

Задача 5

Пациентка Р., 30 лет, доставлена в гинекологическое отделение с жалобами на резкие боли внизу живота, тошноту, рвоту, которые появились вчера внезапно. В течение 2 лет страдает хроническим воспалением придатков матки.

Объективно: температура тела 37,3^oC. Пульс 120 уд/мин, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД 110/70 мм рт.ст. Язык суховат, обложен

белым налетом. Живот ограниченно принимает участие в акте дыхания. Определяется напряжение мышц передней брюшной стенки, больше справа. Справа положительный симптом Щеткина.

Бимануальное исследование: тело матки нормальных размеров, плотное, отклонено влево за счет образования, расположенного в области правых придатков и имеющего округлую форму, гладкую поверхность, тугоэластичную консистенцию, размерами 10x14 см. Образование резко болезненно при попытке к смещению. Левые придатки не определяются, область их безболезненна.

Диагноз. Тактика.

Задача 6

Пациентка М., 22 лет, доставлена в гинекологическое отделение машиной скорой помощи с жалобами на острые боли внизу живота, слабость, головокружение. Боли возникли внезапно после физической нагрузки. Дома было обморочное состояние. Последняя менструация 6 недель назад. От беременности предохранялась с помощью ВМС.

Объективно: кожные покровы бледные, холодный пот. Пульс 100 уд/мин, АД 90/50 мм рт.ст. Симптомы раздражения брюшины положительные. Притупление перкуторного звука в боковых отделах живота.

При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки циано-тичная, чистая. Выделения незначительные темно-красные.

Бимануальное исследование: при смещении шейки отмечается резкая болезненность. Тело матки соответствует 6 нед. беременности, несколько мягковатой консистенции, подвижное. В области правых придатков опухло-леводное образование тестовой консистенции без четких контуров. Левые придатки не определяются, область их безболезненна. Задний свод влагалища выпячен, резко болезненный при пальпации.

Диагноз. Тактика.

Бесплодный брак. Планирование семьи

Задача 1

Пациентка К., 18 лет, обратилась в кабинет планирования семьи женской консультации с просьбой помочь подобрать ей метод контрацепции. Живет половой жизнью с 16 лет, нерегулярно, вне брака, родов и аборт не было. Рекомендуемый метод контрацепции.

Задача 2

Пациентка И., 42 лет, страдает гипертонической болезнью в течение 5 лет, ожирением I степени. Живет регулярной половой жизнью в браке. В анамнезе 2 родов, 2 медицинских аборта.

Рекомендуемый метод контрацепции.

Задача 3

К врачу женской консультации обратилась женщина 24 лет. Во время полового акта сутки назад разорвался презерватив, последняя менструация 2 недели назад.

Рекомендуемый метод экстренной контрацепции.

Задача 4

Молодая женщина, 19 лет, живет регулярной половой жизнью в браке. В ближайшие 2 года беременность не планирует в связи с обучением.

Какие методы контрацепции можно рекомендовать пациентке?

Задача 5

Молодая нерожавшая женщина, 20 лет, живет активной половой жизнью вне брака, имеет нескольких половых партнеров.

Какие методы контрацепции можно рекомендовать пациентке?

Задача 6

Пациентка Н., 32 лет, живет регулярной половой жизнью в браке. В анамнезе 2 нормальных родов и 2 медицинских аборта. После второго медицинского аборта 2 года назад перенесла правосторонний аднексит. В течение 2 лет обострения воспалительного процесса не было. Беременности больше не планирует.

Какие методы контрацепции можно рекомендовать пациентке?

Задача 7

В кабинет планирования семьи обратилась женщина 24 лет с жалобами на обильные и длительные менструации в течение двух менструальных циклов после введения ВМС.

Составьте план обследования и лечения.

Задача 8

Пациентка В., 25 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на отсутствие беременности в течение 4-х лет. Половая жизнь с 20 лет, беременностей не было. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: астенического телосложения, пониженного питания. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Бимануальное исследование: тело матки отклонено кзади, нормальной величины и формы, безболезненное, ограничено-подвижное. Придатки матки с обеих сторон не пальпируются, область их слегка болезненна. Своды влагалища глубокие, свободные, отмечается болезненность крест-цово-маточных связок. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

Предполагаемый диагноз. План обследования и лечения.

Задача 9

Пациентка П., 30 лет, обратилась к врачу женской консультации за справкой о состоянии здоровья. Жалоб нет. Менструации с 12 лет, установились сразу, по 4-5 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные, в последние 2 года – по 7 дней. Половая жизнь в браке с 20 лет. Перенесла воспалительное заболевание придатков матки после медицинского аборта в 25 лет, лечилась стационарно и амбулаторно.

Патологии со стороны внутренних органов, изменений лабораторных данных не выявлено.

Гинекологическое исследование: влагалище нерожавшей. Шейка матки субконической формы, наружный зев закрыт. Тело матки в antever-sio-flexio, нормальной величины и формы, плотное, безболезненное, ограничено подвижное. Придатки матки с обеих сторон безболезненны, в области их тяжесть.

При обследовании на ИППП выявлена хламидийная инфекция, большое количество лейкоцитов.

Диагноз. Тактика ведения.

огия. Контрацепция в подростковом возрасте

Пациентка Т., 7 лет, родилась от здоровых родителей, наследственность не отягощена. До трех лет росла и развивалась нормально. В возрасте 3-х лет заболела туберкулезным менингоэнцефалитом, по поводу которого лечилась в течение 4 лет в специализированной клинике. В возрасте 6 лет у девочки появились вторичные половые признаки (сначала стали увеличиваться молочные железы, затем появилось оволосение на лобке и в подмышечных впадинах), с 6 лет 7 месяцев появились нерегулярные скудные кровянистые выделения из половых путей.

Объективно девочка выглядит старше своих лет (на 9-10 лет). Рост 134 см, вес 31 кг. Отмечаются некоторые последствия перенесенного менингоэнцефалита: правосторонний гемипарез, моторная афазия, выраженная умеренная отсталость. Психика детская, говорит много, бессвязно, отмечается выраженная общая моторная возбудимость.

Степень полового созревания: Ма2Р1Ах1. При ректоабдоминальном исследовании определяется заметно увеличенная матка, придатки не определяются. Наружные половые органы инфантильны.

Лабораторно-клинические, рентгенологические и эндокринологические исследования не выявили патологических данных.

Диагноз. Лечение.

Задача 2

Пациентка Л., 4 года 10 месяцев. Поступила в клинику по поводу явлений преждевременного полового созревания. Из анамнеза: вес при рождении 2000 г, родители здоровы, наследственность не отягощена. В полу-годовалом возрасте перенесла пневмонию. До этого возраста развивалась нормально. С 3 лет 6 месяцев начали развиваться молочные железы, появилась скудная растительность на лобке. В 4 года 6 месяцев появились менструалоподобные кровотечения, которые периодически повторялись.

Объективно: физическое развитие соответствует примерно возрасту 8 лет (рост 121 см, вес 21,8 кг). Психическое развитие соответствует реальному возрасту ребенка.

Обследование по органам и системам патологии не выявило. Диагноз. Лечение.

Задача 3

Пациентка К., 16 лет, обратилась на прием к гинекологу с жалобами на отсутствие менструаций. Родилась от здоровых родителей, вес при рождении 3600, 0; длина 52 см. Росла и развивалась нормально. В 10 лет начался рост молочных желез, в 11 лет появились признаки оволосения на лобке, чуть позже – в подмышечных впадинах.

При осмотре: рост 167 см, вес 58 кг. Телосложение нормостеническое. Отложение жира по женскому типу. Половая формула – $46, XX, X_{11}$.

При гинекологическом осмотре: наружные половые органы развиты

правильно. Большие половые губы прикрывают малые и клитор. Наружное отверстие мочеиспускательного канала, парауретральные ходы и протоки больших вестибулярных желез без видимой патологии. Девственная плева цела, отверстие ее 0,6 см в диаметре. Попытка зондирования влагалища отрицательная – зонд входит во влагалище на 1 см.

При ректоабдоминальном исследовании впечатление, что влагалищная трубка, шейка матки и матка отсутствуют, в месте их расположения пальпируется тяж; в области придатков определяются образования, по консистенции и форме соответствующие яичникам.

УЗИ органов малого таза – тело матки отсутствует, в области придатков матки визуализируются образования, по форме и структуре соответствующие яичникам.

Консультация генетика – кариотип $46, XX$. Диагноз. Лечение.

Пациентка К., 5 лет. Жалобы ребенка на сильный зуд в области наружных половых органов. Мать девочки отмечает, что ребенок стал беспокойным, плохо спит, часто трогает руками наружные половые органы.

Общий осмотр: девочка повышенного питания, рост 117 см, вес 31 кг. Кожные покровы сухие. Вторичные половые признаки отсутствуют.

При осмотре наружных половых органов выявлены выраженная гиперемия вульвы, отечность, следы расчесов.

При лабораторном исследовании в мазках и посевах на флору из влагалища выявлен золотистый стафилококк. Сахар крови – 8,7 ммоль/л.

Диагноз. Лечение.

Задача 5

Пациентка П., 8 лет. Со слов матери у девочки 3 месяца назад в течение 3 дней были кровянистые выделения из половых путей, затем начали увеличиваться молочные железы.

Общее состояние ребенка удовлетворительное, телосложение астеническое, питание пониженное. Отмечается увеличение молочных желез (Ma_2). Оволосение на лобке и в подмышечных впадинах отсутствует. Живот несколько выпячен в нижнем отделе, где при пальпации определяется плотная опухоль, безболезненная, подвижная.

При гинекологическом осмотре – наружные половые органы соответствуют возрасту, отмечается несвойственная возрасту сочность вульвы. Из влагалища слизистые выделения.

При ректоабдоминальном исследовании определяется подвижная, безболезненная, бугристая опухоль, впечатление, что она исходит из правого яичника; тело матки чуть больше нормы, левый яичник пропальпировать не удалось.

Данные УЗИ органов малого таза подтвердили наличие опухоли, исходящей из правого яичника.

Диагноз. Лечение.

Задача 6

Девочку 13,5 лет в течение 5-и месяцев беспокоят периодические боли в нижней половине живота. Вторичные половые признаки развиты правильно. Половая формула: МазАхзРзМео.

При пальпации живота определяется тугоэластичной консистенции образование, верхний полюс которого на 2 пальца выше лона.

При осмотре наружных половых органов: девственная плева выбухает, синюшно-багрового цвета. При ректоабдоминальном исследовании в малом тазу определяется тугоэластичное образование.

Предполагаемый диагноз. Обследование. Тактика лечения.

Девочка 6 лет, не посещающая детский сад, направлена участковым педиатром к детскому гинекологу с жалобами на обильные бели, зуд в промежности.

При осмотре наружных половых органов: гиперемия кожи и слизистых, следы расчесов, обильные выделения из влагалища, гиперемия кожи вокруг ануса. Взяты мазки на бактериоскопическое и бактериологическое исследования. Выделена кишечная палочка. Назначено лечение, которое не привело к успеху.

Предполагаемый диагноз. Ошибка, допущенная при обследовании.

Дальнейшая тактика врача.

ГАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ РАЗДЕЛА «ГИНЕКОЛОГИЯ»

Методы обследования гинекологических пациенток

Задача 1

Специальное гинекологическое исследование, мазки из уретры и цервикального канала на гонорею, посев из влагалища на гонококки, мик-рофлору; обследование на ИППП; общий анализ крови; УЗИ органов ма-лого таза.

Задача 2

Анамнез, общий осмотр, исследование органов и систем, специаль-ное гинекологическое исследование, общий анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмма, мазок на гонорею, мазок на онкоцитологию, УЗИ органов малого таза, по показаниям – гистероскопия, раздельное диагно-стическое выскабливание матки.

Третья.

Задача 3

Задача 4

Необходимые анамнестические данные: были менструации раньше, живет половой жизнью, перенесенные заболевания, репродуктивная функ-ция (роды, аборты), потеря массы тела, стрессовая ситуация.

План обследования: тесты функциональной диагностики, гормо-нальные пробы, УЗИ органов малого таза, исследование глазного дна и по-лей зрения, рентгенография черепа и турецкого седла, гормональный про-филь (ФСГ, ЛГ, пролактин, тестостерон, кортизол, эстрогены, прогестерон, Т3, Т4, ТТГ), консультации специалистов (невропатолог, окулист, эндокри-нолог), по показаниям – гистероскопия, выскабливание матки, лапароско-пия.

Задача 5

Специальные методы исследования – осмотр шейки матки в зерка-лах, влагалищное и бимануальное исследование. Дополнительные методы

исследования – мазки на онкоцитологию, кольпоскопия (простая и расши-ренная), УЗИ органов малого таза, раздельное диагно-стическое выскабли-вание цервикального канала и полости матки, гистероскопия.

Задача 6

Мазки на онкоцитологию, кольпоскопия, биопсия шейки матки с по-следующим гистологическим исследованием биоптата.

Задача 7

Лапароскопия с хромогидротубацией.

Задача 8

Гистероскопия на 5-7-й день менструального цикла или метросальпингография.

Задача 9

У пациентки - умеренная эстрогенная недостаточность.

Нарушения менструальной функции Нейроэндокринные синдромы в гинекологии

Задача 1

Диагноз: Ювенильное маточное кровотечение. Показаны: гормональный гемостаз КОК, симптоматическая терапия, профилактика рецидива кровотечения.

Задача 2

Диагноз: Дисфункциональное (ановуляторное) маточное кровотечение в репродуктивном возрасте. Показана гормональная коррекция менструальной функции (КОК, гестагены во вторую фазу менструального цикла) и восстановление репродуктивной функции.

Задача 3

Диагноз: Дисфункциональное маточное кровотечение в репродуктивном возрасте. Показано отдельное диагностическое выскабливание матки с последующей гормональной коррекцией менструальной функции (КОК, гестагены во вторую фазу менструального цикла).

Задача 4

Диагноз: Дисфункциональное маточное кровотечение позднего репродуктивного возраста. Хирургический гемостаз (выскабливание матки), нормализация менструального цикла.

Задача 5

В яичнике -персистенция фолликула, в матке -гиперплазия слизистой.

Задача 6

Ановуляторный менструальный цикл.

Задача 7

Диагноз: Климактерический синдром средней степени тяжести. План обследования: гормональный профиль (ФСГ, ЛГ, эстрогены), УЗИ органов малого таза,

консультация невропатолога, терапевта, исследования для выявления риска развития атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний.

Лечение: заместительная гормональная терапия при отсутствии противопоказаний, рациональный режим труда и отдыха, физические упражнения, водные процедуры.

Задача 8

Диагноз: Посткастрационный синдром. Лечение – заместительная гормональная терапия в сочетании с физиотерапевтическими методами.

Задача 9

Диагноз: Предменструальный синдром, отечная форма. Лечение: психо-терапия, рациональное питание, витаминотерапия, физиотерапевтические методы, ингибиторы синтеза простагландинов, гормональная терапия.

Задача 10

Диагноз: Аденогенитальный синдром (пубертатная форма). Обследование: определение в крови – ДГЭ-сульфат, 17-ОП, тестостерона, проведение проб с дексаметазоном; УЗИ органов малого таза; компьютерная томография надпочечников. Лечение: глюкокортикоидные гормоны.

Задача 11

Диагноз: Синдром поликистозных яичников. Первичное бесплодие. Обследование: гормональный профиль (ФСГ, ЛГ, эстрогены, прогестерон, тестостерон, ДГЭ-сульфат, 17-ОП), УЗИ органов малого таза, надпочечников, проба с дексаметазоном, компьютерная томография гипоталамо-гипофизарной области, стимуляция овуляции по показаниям.

Задача 12

Диагноз: Синдром поликистозных яичников. Лечение: глюкокортикоидные гормоны, для лечения гипертрихоза – КОК с антиандрогенным эффектом, по показаниям – стимуляция овуляции.

Задача 13

Диагноз: Синдром Шерешевского-Тернера. Исследование кариотипа и полового хроматина, УЗИ органов малого таза, тесты функциональной диагностики, гормональный профиль, по показаниям – лапароскопия.

Задача 14

Диагноз: Вторичная аменорея, внутриматочные синехии. Тактика – гистероскопия, разрушение синехий, введение ВМС на 2-3 месяца, назначение циклической гормональной и антибактериальной терапии.

Задача 15

Диагноз: Аменорея-галакторея. Дополнительные методы исследования – гормональный профиль (ФСГ, ЛГ, пролактин), эхоэнцефалография, компьютерная томография, рентгенография черепа и турецкого седла, мазки на онкоцитологию, обследование по тестам функциональной диагностики, глазное дно и поля зрения.

Задача 16

Диагноз: Аменорея при нервной анорексии. Лечение: нормализация массы тела, психотерапия, витаминотерапия, циклическая гормональная терапия 3-6 месяцев.

Диагноз: Синдром истощения яичников. План обследования: тесты функциональной диагностики, УЗИ органов малого таза, гормональный профиль, гормональные пробы, лапароскопия с биопсией яичников. План лечения: заместительная гормональная терапия до возраста естественной менопаузы.

Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической и специфической этиологии

Задача 1

Диагноз: Атопический вульвовагинит. Лечение: устранение причины, местная санация, десенсибилизирующие средства.

Задача 2

Диагноз: Абсцесс большой железы преддверия влагалища. План ведения: хирургическое лечение (вскрытие абсцесса, дренирование); бактериологическое и бактериоскопическое исследование содержимого абсцесса; перевязки до заживления раны, антибактериальная терапия.

Задача 3

Диагноз: Рецидивирующий хронический бартолинит. Абсцесс большой железы преддверия влагалища. Тактика ведения: своевременное и широкое вскрытие гнояника с последующим дренированием, назначение антибактериальной, десенсибилизирующей, общеукрепляющей терапии, нестероидных противовоспалительных средств.

Задача 4

Диагноз: Эндоцервицит. Необходимо провести обследование на гонорею, хламидии, мико-, уреаплазмы, вирусные инфекции, провести бактериологическое исследование содержимого цервикального канала, кольпоскопию. Лечение: антибактериальная терапия местно, перорально или парентерально с учетом чувствительности микроорганизмов, восстановление нормального биоценоза влагалища.

Задача 5

Диагноз: Острый кольпит. Показана местная санация антибактериальными лекарственными средствами с учетом возбудителя и его чувствительности.

Задача 6

Диагноз: Острый эндометрит после медицинского аборта. Лечение: антибактериальная, дезинтоксикационная, десенсибилизирующая, обще-укрепляющая терапия, нестероидные противовоспалительные лекарственные средства. УЗИ органов малого таза, по показаниям – гистероскопия, выскабливание матки.

Задача 7

Диагноз: Эндометрит на фоне ВМС. Параметрит слева. Лечение: удаление ВМС, консервативная противовоспалительная терапия.

Диагноз: Эндомиометрит, острый двусторонний сальпингоофорит на фоне ВМС. Тубоовариальный абсцесс слева. Тактика: удаление ВМС при поступлении, антибактериальная, инфузионная, десенсибилизирующая, противовоспалительная терапия 3-7 дней по состоянию пациентки, при отсутствии эффекта – лапаротомия, удаление матки, придатков слева, правой маточной трубы, ревизия и санация брюшной полости и малого таза, дренирование брюшной полости.

Задача 9

Диагноз: Эндометрит, обострение хронического двустороннего сальпингоофорита. Эрозия шейки матки. Тактика: госпитализировать пациентку в стационар для обследования и лечения.

Задача 10

Диагноз: Обострение хронического эндометрита, двустороннего сальпингоофорита на фоне ВМС. Пиосальпинкс справа. Дифференциальную диагностику проводят с острым аппендицитом, перекрутом ножки опухоли яичника. Лечение: удаление ВМС; антибактериальная терапия, противовоспалительная, инфузионная, десенсибилизирующая терапия, при отсутствии эффекта – оперативное лечение.

Задача 11

Диагноз: Двусторонние пиосальпинксы с перфорацией, спаечный процесс в малом тазу, перитонит. Объем оперативного лечения – разделение спаек, двусторонняя сальпингоэктомия, дренирование брюшной полости.

Задача 12

Диагноз: Тубоовариальное образование справа, пельвиоперитонит. Показано оперативное вмешательство в объеме – лапаротомия, удаление придатков справа, дренирование брюшной полости с последующим противовоспалительным лечением.

Задача 13

План обследования: мазки на гонорею из уретры и цервикального канала, посев на гонорею. Предварительный диагноз: Уретрит, эндоцервицит гонорейной этиологии.

Задача 14

Диагноз: Острое двустороннее воспаление придатков матки, пельвио-перитонит (гонорейной этиологии.). План ведения: мазки из уретры, церви-кального канала на гонорею, посев на гонорею. Антибактериальная терапия (цефалоспорины III-IV поколения, метронидазол) в течение 48 ч после ис-чезновения клинических симптомов, инфузионная, десенсибилизирующая, противовоспалительная терапия. При отсутствии эффекта от проводимой комплексной терапии в течение 24–48 ч показано оперативное лечение (удаление гнойного очага, дренирование брюшной полости).

Диагноз: Бактериальный вагиноз. Лечение: на первом этапе -анти-бактериальная терапия внутрь и местно (метронидазол, орнидазол, клин-дамицин и др.), молочная кислота для снижения рН, иммунокорректоры (по показаниям); на втором этапе – восстановление микробиоценоза влага-лица.

Задача 16

Диагноз: Обострение хронического воспаления придатков матки го-норейной этиологии, гонорейный эндоцервицит.

Лечение: антибактериальная, десенсибилизирующая, симптомати-ческая, общеукрепляющая терапия. Местно -ванночки с дезинфицирую-щим раствором и мазевые тампоны. После стихания обостре-ния воспали-тельного процесса -физиотерапевтические процедуры, общеукрепляющие, рассасывающие средства.

Задача 17

Диагноз: Трихомонадный кольпит. Принципы лечения: специфиче-ские противотрихомонадные средства перорально и местно одновременно у обоих партнеров, исключение половой жизни и приема алкоголя, кон-троль результатов лечения через неделю после окончания курса и после менструации.

ЗАДАЧА 18

Диагноз: Кандидозный вульвовагинит. Лечение: противогрибковые лекарственные средства.

Задача 19

Предварительный диагноз: Острый вульвит, эндоцервицит герпети-ческой этиологии. План обследования: ПЦР и ИФА диагностика содержи-мого везикул, соскоба из цервикального канала. План лечения: этиопато-генетическая противовирусная терапия, общеукрепляющая терапия, имму-нотерапия.

Задача 20

Диагноз: Хронический двусторонний сальпингит (туберкулезной этиологии). Первичное бесплодие.

Задача 21

Диагноз: Туберкулез труб и эндометрия. Вторичная аменорея, ма-точная форма. Первичное бесплодие. План ведения: лечение в туберкулез-ном стационаре, затем наблюдение в течение пяти лет с проведением про-тиворецидивного лечения в осенне-весенние месяцы.

Неправильные положения женских половых органов

Задача 1

Диагноз: Полное выпадение матки, несостоятельность мышц тазово-го дна, элонгация шейки матки, цисто-и ректоцеле. Возможные осложне-ния: образование некротической язвы на шейке матки, гидроуретероне-фроз, восходящая инфекция мочевыводящих путей, ущемление матки. По-казаны: влагалищная экстирпация матки, передняя и задняя кольпоррафия, леваторопластика.

Задача 2

Диагноз: Ретродевиация матки. Следует провести УЗИ. Показаны противовоспалительное лечение, гинекологический массаж, санаторно-курортное лечение.

Задача 3

Возраст женщины, степень опущения и выпадения половых органов, наличие патологических изменений тела матки. Показана влагалищная экстирпация матки без придатков, передняя и задняя кольпоррафия, лева-торопластика.

Задача 4

Диагноз: Неполное выпадение матки, опущение стенок влагалища II степени, цисто-и ректоцеле. Показано консервативное лечение: использо-вание pessaria.

Фоновые, предраковые и доброкачественные заболева-ния орга-нов репродуктивной системы женщины

Задача 1

Диагноз: Лейкоплакия вульвы. План обследования: мазки на ОЦ, КС, биопсия вульвы -по показаниям. С целью лечения локально мази, содер-жащие эстрогены, глюкокортикоиды.

Задача 2

Диагноз: Псевдоэрозия шейки матки, эндоцервицит. Необходимо провести местное противовоспалительное лечение. В дальнейшем следует взять мазки на ОЦ, провести биопсию шейки матки и лечение по результатам гистологического исследования (например, криокоагуляцию псевдоэрозии шейки матки за 7 дней до менструации).

Задача 3

Диагноз: Лейкоплакия шейки матки. Обследование: КС, мазки на ОЦ, прицельная биопсия шейки матки. При доброкачественном процессе – диатермокоагуляция или криотерапия шейки матки, диспансерное наблюдение врача акушера-гинеколога.

Задача 4

Диагноз: Полип цервикального канала. План обследования: мазки на флору из уретры и цервикального канала, мазки на ОЦ, КС, УЗИ органов малого таза, отдельное диагностическое выскабливание матки и цервикального канала, полипэктомия с последующим гистологическим исследованием.

Диагноз: Простая без атипии гиперплазия эндометрия. С учетом возраста пациентке следует назначить гестагены с 5-го по 25-й день менструального цикла в течение 6 мес или агонисты гонадотропин-рилизинг-гормонов.

Задача 6

Диагноз: Ретенционная киста левого яичника (персистирующий фолликул). Показано отдельное диагностическое выскабливание матки и цервикального канала для остановки кровотечения, дальнейшее лечение по результатам гистологического исследования соскоба.

Задача 7

Диагноз: Киста левого яичника. Обследование: УЗИ органов малого таза, рентгенологическое или эндоскопическое обследование желудка и кишечника, колоноскопия, отдельное диагностическое выскабливание, пункция брюшной полости через задний свод. Тактика врача акушера-гинеколога – оперативное лечение в плановом порядке.

Задача 8

Удаление опухоли левого яичника, биопсия правого яичника, проведение экспресс-биопсии. При подтверждении доброкачественного характера опухоли объем оперативного вмешательства не расширяется.

Задача 9

Диагноз: Опухоль правого яичника. Тактика: клиничко-лабораторное обследование для подготовки к плановому оперативному лечению. Хирургическое лечение в плановом порядке в объеме -лапаротомия, удаление придатков с опухолью правого яичника,

экспресс-биопсия. При подтверждении доброкачественного характера опухоли объем оперативного вмешательства не расширяется.

Задача 10

Диагноз: Полипоз эндометрия. Тактика: УЗИ органов малого таза, гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание матки и цервикального канала с гистологическим исследованием соскоба. Дальнейшее лечение по результатам гистологического исследования соскоба.

Задача 11

Диагноз: Эндометриоз шейки матки. Тактика: КС, прицельная биопсия шейки матки с последующим гистологическим исследованием. При подтверждении диагноза с целью лечения используют криодеструкцию шейки матки, лазеровапоризацию и др.

Задача 12

Диагноз: Эндометриоидная киста правого яичника. Показано вылущивание эндометриоидной кисты правого яичника, разъединение спаек, противорецидивное лечение в послеоперационном периоде.

Диагноз: Аденомиоз, кровотечение. Вторичная железодефицитная анемия средней степени тяжести. Показано раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала, гистероскопия, биопсия эндометрия.

Задача 14

Диагноз: Эндометриоз тела матки, меноррагия, вторичная анемия. Обследование: УЗИ до и после менструации, гистероскопия, МСГ. Лечение: гормонотерапия (прогестины, агонисты гонадотропин рилизинг гормонов, эстроген-гестагенные лекарственные средства), ингибиторы протеаз, иммунокорректоры, при меноррагии – антагонисты кальция.

Задача 15

Диагноз: Эндометриоз тела и шейки матки. Лечение: создание гормональной псевдоменопаузы, после восстановления менструации – монофазные низкодозированные КОК 1-2 года, иммуномодуляторы, седативные средства, лазерная вапоризация очагов эндометриоза на шейке матки или криодеструкция.

Задача 16

Диагноз: Эндометриоидная киста правого яичника. Для уточнения диагноза необходима лапароскопия. При подтверждении диагноза – удаление кисты с последующим назначением низкодозированных монофазных КОК 1-3 года.

Задача 17

Диагноз: Генитальный эндометриоз. Лечение: лапаротомия, удаление очагов эндометриоза на брюшине, резекция части яичников в пределах здоровых тканей, иссечение очагов ретроцервикального эндометриоза. В последующем создание псевдоменопаузы на 9 месяцев, после восстановления менструации – монофазные КОК по контрацептивной схеме 1-3 года, иммунокоррекция.

Задача 18

Диагноз: Миома матки, меноррагия. Вторичная железodefицитная анемия средней степени тяжести. Тактика: раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки, оперативное лечение в плановом порядке, гемостимулирующая терапия.

Задача 19

Диагноз: Миома матки, рождающийся субмукозный узел, кровотечение. Вторичная анемия легкой степени. Тактика: удалить рождающийся узел, произвести раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки с гистологическим исследованием соскоба, назначить лечение анемии.

Задача 20

Диагноз: Миома матки, межсвязочный узел. Показано оперативное лечение в плановом порядке.

Диагноз: Миома матки, субмукозный узел. Показано оперативное лечение в плановом порядке – гистерорезектоскопия, раздельное диагностическое выскабливание матки.

Задача 22

Диагноз: Миома матки, симптомное течение. Вторичная анемия. Показано оперативное лечение в плановом порядке. Показания к операции – симптомное течение миомы матки.

Задача 23

Диагноз: Миома матки, симптомное течение. Показано оперативное лечение в плановом порядке. Показания к операции – симптомное течение миомы матки, размеры матки 14 недель.

Задача 24

Диагноз: Миома матки, родившийся субмукозный узел, анемия. Необходимо удалить родившийся узел, произвести раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки с гистологическим исследованием соскоба, назначить лечение анемии.

Гинекологические заболевания, требующие неотложной помощи

Задача 1

Диагноз: Нарушенная правосторонняя трубная беременность, пре-рвавшаяся по типу трубного аборта. Тактика: УЗИ, пункция заднего свода влагалища, при подтверждении диагноза – лапароскопия, удаление правой маточной трубы.

Задача 2

Диагноз: Нарушенная трубная беременность с образованием позадима-точной гематомы. Тактика: лапаротомия, удаление левых придатков.

Задача 3

Диагноз: Апоплексия яичника, внутрибрюшное кровотечение, ге-моррагический шок I степени. Тактика: УЗИ, пункция заднего свода влага-лица. Лапаротомия, резекция и ушивание яичника.

Задача 4

Диагноз: Миома матки, субсерозный узел, некроз узла. Терапия: срочная госпитализация, лапаротомия, экстирпация матки с маточными трубами.

Задача 5

Диагноз: Перекрут ножки опухоли правого яичника. Тактика: срочное оперативное лечение – лапаротомия, удаление придатков матки справа с опухолью яичника.

Задача 6

Диагноз: Трубная беременность справа, разрыв маточной трубы. Внутрибрюшное кровотечение. Геморрагический шок I ст. Тактика: лапа-ротомия, удаление правой маточной трубы.

Бесплодный брак. Планирование семьи

Задача 1

Барьерные методы контрацепции и спермициды.

Задача 2

Добровольная хирургическая стерилизация.

Задача 3

Введение ВМС.

Задача 4

Гормональная контрацепция, введение ВМС.

Задача 5

Механические, спермициды.

Задача 6

ВМС, гормональная контрацепция, добровольная хирургическая стерилизация.

Задача 7

Гинекологическое исследование, УЗИ, анализ крови общий. При выраженной анемии удалить ВМС; при отсутствии анемии назначить кровоостанавливающие лекарственные средства.

Задача 8

Диагноз: Первичное бесплодие. Подозрение на наружный эндометриоз гениталий (малые формы). Обследование: спермограмма мужа, мазки на ИППП, гормональный профиль, метросальпингография, лапароскопия. Лечение: при лапароскопии разрушение очагов эндометриоза на брюшине, гормональная терапия в течение 6 месяцев аналогами РГ-ЛГ, гестагенами или синтетическими прогестинами, иммунокорректирующие, антипрогестагеновые и седативные средства.

Задача 9

Диагноз: Вторичное бесплодие (трубно-перитонеальный фактор). Хронический эндометрит, двухсторонний аднексит, периаднексит хламидийной этиологии. Тактика: противовоспалительное лечение обоим супругам. В дальнейшем решить вопрос о лапароскопии с целью разъединения спаек в малом тазу, уточнения состояния маточных труб, проведения необходимых лапароскопических вмешательств на маточных трубах.

Детская гинекология. Контрацепции в подростковом возрасте

Задача 1

Диагноз: Истинное преждевременное половое развитие церебрального генеза. Лечение – терапия первичного заболевания, при отсутствии эффекта -прогестагены.

Задача 2

Диагноз: Истинное преждевременное половое развитие (конституци-ональная форма). Наблюдение у гинеколога, эндокринолога и невропато-лога. Лечение: психотерапия, витаминотерапия.

Задача 3

Диагноз: Синдром Майера-Рокитанского-Кюстнера-Хаузера. Лече-ние – оперативное (создание искусственного влагалища).

Задача 4

Диагноз: Вторичный неспецифический вульвовагинит на фоне са-харного диабета. Лечение основного заболевания, местное лечение: сидя-чие ванночки с отваром ромашки, шалфея; общая гигиена.

Задача 5

Диагноз: Гормонопродуцирующая опухоль правого яичника. Ложное преждевременное половое созревание. Лечение – удаление опухоли.

Задача 6

Диагноз: Атрезия гимена. Гематокольпос, гематометра. Показан кре-стообразный разрез девственной плевы.

Задача 7

Диагноз: Вульвовагинит. Не взят анализ на яйца глистов. Микроско-пия мазка, окрашенного по Грамму, посев на питательные среды, кал на яйца глист, соскоб перианальной области на энтеробиоз.

Первородящая Ч. 23 лет, находится в родах при доношенной беременности 15 часов. Час назад отошли околоплодные воды. Состояние удовлетворительное. Положение плода продольное, предлежащая головка в полости малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 146 уд. в мин.

Р.У.: Шейка матки сглажена, открытие полное, плодного пузыря нет, крестцовая впадина полностью заполнена головкой, седалищные ости не определяются, при потугах происходит выпячивание промежности. Стреловидный шов в прямом размере таза, малый родничок обращен к лобковому симфизу.

1. Какое неотложное состояние у пациентки?
2. Какова тактика оказания экстренной медицинской помощи?

Ответ;

1. Диагноз: Беременность I, 40 нед. Роды I, II период родов. Затылочное предлежание, передний вид, в плоскости выхода из малого таза, проходит малым косым размером, проводная точка малый родничок.

2. Тактика: Ведение родов при переднем виде затылочного предлежания, защита промежности.

1. Первороберменная С., 28 лет, предъявляет жалобы на головную боль, мелькание "мушек" перед глазами и боль в эпигастральной области. Пульс 120 уд/мин, АД 190/110 мм рт.ст., отеки лица, живота, ног. Размеры матки соответствуют сроку доношенной беременности. Сердцебиение плода 110 уд/мин., глухое.

1. Какое неотложное состояние у пациентки? Беременность I Преэклампсия тяжелой степени тяжести

2. Какова тактика оказания экстренной медицинской помощи?

2. У первородящей 22 лет с доношенной беременностью после отхождения околоплодных вод схватки активные через 2 минуты по 40 сек. Сердцебиение плода 140 уд. в мин., ритмичное.

При влагалищном исследовании через 6 час. после начала родовой деятельности определяется открытие шейки матки до 6 см, предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере входа в малый таз. Малый родничок слева. Лон и крестцовая впадина свободные.

1. Какое неотложное состояние у пациентки? Беременность I Роды I, ранее излитие околоплодных вод I период родов, активная фаза, переднее затылочное предлежание, плоскость входа в малый таз, ведущая точка малый родничок.

2. Какова тактика оказания экстренной медицинской помощи?

Беременная П., 23 года жалуется на тошноту, рвоту до 8 раз в сутки, общую слабость, апатию. Впервые обратилась к врачу 2 недели тому назад при беременности сроком 6 недель. За это время состояние ухудшилось, похудела на 5 кг. Объективно беременная вялая, температура тела 37,2°C, пульс 90 уд/мин, АД 100/70, 90/60 мм рт.ст. Кожа бледная, сухая. язык обложен беловатым налётом, суховат.

Общий анализ крови: лейкоциты – $6,07 \cdot 10^9/L$, эр – $3,2 \cdot 10^{12}/L$, гемоглобин – 105 г/L, (п-1, с-55, э-1, л-37, м-6). СОЭ – 20 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, билирубин – 23 мкмоль/л, АЛТ 30 Е/л, АСТ- 29 Е/л, креатинин – 60 ммоль/л, мочевины – 8 ммоль/л.

1. Ваш диагноз.

2. Оцените данные лабораторных исследований.
3. Тактика ведения.

Ответ:

1. Диагноз: Рвота беременных средней степени тяжести.
2. Данные лабораторных исследований: в общеклиническом анализе крови снижение эритроцитов и гемоглобина, в биохимическом анализе – снижение содержания белка, повышенное содержание билирубина и мочевины.
3. Тактика:

Медикаментозная терапия:

- препараты, блокирующие рвотный рефлекс (метоклопрамид 2 мл (10 мг) в/м, атропин 0,1%-1мл в/м, ондансетрон 2 мл (4 мг) в/м);
- инфузионные средства для регидратации, дезинтоксикации и парентерального питания (Рингера–Локка (1000 мл), трисоль (1000 мл), растворы глюкозы, аминокислот 200 мл;
- препараты, предназначенные для нормализации метаболизма (рибофлавин (1 мл 1% в/м), аскорбиновая кислота (до 5 мл 5% в/м), актовегин (5 мл в/в), эссенциальные фосфолипиды (5 мл в/в).

1. В санпропускник машиной скорой помощи доставлена больная 26 лет с жалобами на внезапную острую боль внизу живота, иррадирующую в прямую кишку, промежность, паховую область, кровянистые выделения из половых путей, слабость, головокружение, кратковременную потерю сознания, тошноту, рвоту. Отмечает отсутствие менструации 2 месяца, нагрубание молочных желез, изменение вкусовых качеств.

Объективно: Т тела – 36,8°C, АД – 90/65 мм рт. ст., живот напряженный, резко болезненный при пальпации, симптом Щеткина-Блюмберга, френикус симптом - положительные.

Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки цианотичны, из цервикального канала – кровянистые выделения.

Данные влагалищного исследования: матка несколько увеличена, отмечается симптом «плавающей матки», придатки справа увеличены, резко болезненны, болезненность, нависание заднего свода.

Общий анализ крови: лейкоциты – $9,07 \cdot 10^9/L$, эр – $2,9 \cdot 10^{12}/L$, гемоглобин – 85 g/L, (п-1, с-55, э-1, л-37, м-6). СОЭ – 20 мм/час.

1. Ваш диагноз.Внематочная беременность,по типу разрыва маточной трубы справа.

2. Оцените данные лабораторных исследований.
3. Тактика ведения.

2. Роженица поступила в родильное отделение через трое суток после излития околоплодных вод с началом родовой деятельности. При поступлении температура тела 37,8°C, Ps-86 уд. в мин., АД-125/85 мм рт.ст.

Через 18 часов от начала родовой деятельности после внутривенной стимуляции окситоцином произошли роды живым, доношенным плодом массой 4000 г, длиной 55 см.

Послеродовой период осложнился гипотоническим кровотечением, производилась операция «Ручная ревизия полости матки и массаж матки на кулаке».

На третьи сутки после родов повысилась температура до 39°C, появился озноб. АД 110/70, пульс 100 ударов в минуту. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот мягкий, дно матки определяется на один поперечный палец ниже пупка, пальпация матки болезненна. Перистальтика прослушивается. Выделения сукровично-кровянистые, зловонные. Молочные железы мягкие, безболезненные.

Произведено УЗИ органов малого таза. Размеры матки: длина – 17 см, передне-задний – 10 см, поперечный – 13 см, миометрий пониженной эхогенности, полость матки расширена до 2 см за счет компонентов различной степени эхогенности. Граница между миометрием и эндометрием нечеткая. Правый яичник – 34*17 см, левый – 35*19 см обычной эхогенности. В заднем своде определяется незначительное количество свободной жидкости. Объемных образований в малом тазу нет.

1. Ваш диагноз. Послеродовой метроэндометрит.
2. Тактика ведения.
3. Оцените данные ультразвукового исследования.

3. Родильница В. 32 лет. Роды в срок. Родился плод массой 4350г. Роды осложнились 2-х сторонним разрывом шейки матки 1 ст. и разрывом промежности 1 ст. Разрывы ушиты. Первые трое суток после родов протекали без осложнений.

На 4-е сутки послеродового периода у роженицы появился озноб и повышение температуры до 39°C, общая слабость, головная боль, болезненность и нагрубание левой молочной железы.

Пульс 106 уд. в мин. ритмичный. Язык чистый, влажный. Молочные железы большие, соски с эрозированными трещинами. Отмечается нагрубание и болезненность левой молочной железы. Молочная железа увеличена в размерах по сравнению с правой. При пальпации определяется инфильтрат 6х6 см в верхне-наружном квадранте. Кожа

в верхненаружном квадранте отечна, гиперемирована, с цианотичным оттенком, ярко выражена поверхностная венозная сеть.

Живот мягкий, безболезненный. Дно матки на середине между пупком и лоном. Лохии сукровичные, умеренные, без запаха. Швы на промежности и шейке матки в хорошем состоянии. Общий анализ крови: гемоглобин - 90 г/л, эритроциты - $3,1 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель - 0,8; лейкоциты - $13,1 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула палочкоядерные нейтрофилы – 11%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, эозинофилы – 1%, моноциты – 6%, лимфоциты – 17%. СОЭ - 46 мм/час.

1. Ваш предварительный диагноз. Лактационный мастит, инфильтративная форма
2. Тактика ведения.
3. Оцените данные общего анализа крови.