

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ
НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра акушерства и гинекологии



**СБОРНИК ЗАДАЧ
ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ**

«Рекомендовано учебно-методическим объединением по высшему медицинскому, фармацевтическому образованию в качестве пособия для студентов учреждений высшего образования, обучающихся по специальности 1-79 01 01»Лечебное дело»

Витебск, 2018

УДК 618(076.1)
ББК 57.16я73+57.1я73
С 23

Рецензенты:

Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктивного здоровья ГУО «БелМАПО» (заведующий кафедрой - доктор медицинских наук, профессор, Михалевич С.И.)

Сидоренко В.Н. – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии УО «БГМУ»

Киселева Н.И.

С23 Сборник задач по акушерству и гинекологии: пособие / Н.И. Киселева, И.М. Арестова, Н.П. Жукова, Н.С. Дейкало, О.И. Прусакова. – Витебск: ВГМУ, 2018. – 95 с.

ISBN 978-985-466-919-9

Пособие «Сборник задач по акушерству и гинекологии» написано в соответствии с типовой учебной программой по акушерству и гинекологии. Изложены ситуационные задачи по основным разделам акушерства и гинекологии, представлены эталоны ответов. Позволяет проводить самоконтроль подготовки к практическим занятиям, контроль результатов обучения по учебной дисциплине «Акушерство и гинекология».

Предназначается для студентов медицинских ВУЗов, врачей-интернов, магистрантов, клинических ординаторов, аспирантов, слушателей курсов повышения квалификации и практических врачей.

Одобрено и утверждено Центральным учебно-методическим советом УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»
« 25 » октября 2017 г., протокол № 9

УДК 618(076.1)
ББК 5 7.16я73+57.1я73

© Н.И. Киселева, И.М. Арестова,
Н.П. Жукова, Н.С. Дейкало, О.И. Прусакова,
2018

© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2018

ISBN 978-985-466-919-9

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД.....	АД
ВДМ.....	высота стояния дна матки
ВМС.....	внутриматочное средство
ДЭА.....	дигидроэпиандростерон
ИППП.....	инфекция, передаваемая половым путем
КОК.....	комбинированные оральные контрацептивы
КС.....	кольпоскопия
ЛГ.....	лютеинизирующий гормон
МСГ.....	метросальпингография
ОЖ.....	окружность живота
ОЦ.....	онкоцитология
СОЭ.....	скорость оседания эритроцитов
Т4.....	тироксин
ТТГ.....	тиреотропный гормон
УЗИ.....	ультразвуковое исследование
ФСГ.....	фолликулостимулирующий гормон

АКУШЕРСТВО

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. Анализ 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, удовлетворительного 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 отмечают 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 жирового 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 приступ судорог, 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 помощи 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 помощи в связи с приступом судорог, с затемненным сознанием. Беременность 38 недель, страдает гипертонической болезнью. Накануне болела голова, были тошнота, рвота. Ноги отечны.

Диагноз. Тактика.

Кровотечения в акушерстве

Задача 1

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

Диагноз. Тактика.

Задача 2

Женщине 26 лет. Третьи роды в сроке 39 недель. Плод живой, доношенный. Через 30 минут после рождения ребенка началось сильное кровотечение. Кровопотеря 500 мл. Имеются признаки отделения плаценты. Диагноз. 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 самостоятельно 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. Признаков 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 удаётся 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.

Родовой травматизм. Оперативные методы родоразрешения

Задача 1

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 продолжают сутки. Роженица перестала ощущать движение плода. Воды отошли за 20 часов до поступления в родильный дом. Температура тела - 38,5° 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.

Задача 4

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 минуту. 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 выхода 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 продолжаются 12 часов. Воды отошли при раскрытии шейки матки 4 см. При появлении потуг состояние роженицы ухудшилось, пульс участился до 130 ударов в минуту, появились одышка, цианоз. Сердцебиение плода отчетливое, ритмичное, 140 ударов в минуту.

Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, головка плода в полости малого таза.

Диагноз. Тактика.

Задача 8

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, удовлетворительного 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 определяется 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 самопроизвольными 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°C, пульс – 120 ударов в минуту, АД - 90/60 мм рт. ст. Резко выражена бледность кожных покровов и видимых слизистых. Живот вздут, болезненный при пальпации. Головка 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.

Задача 11

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 ровень. 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 врач-кардиологи и кардиохирурги 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 тонусе. 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 тонусе. 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-

тый 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. Параметры не инфльтрированы.

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 °С.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 94 удара в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий, болезненный при пальпации 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 – $10 \times 10^{12}/л$, п – 13%, с – 65%, СОЭ – 20 мм/час.

Диагноз. Тактика.

Задача 8

Беременная 32 лет. Срок беременности 32 недели. Предъявляет жалобы на периодически появляющиеся боли приступообразного характера в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку, с повышением температуры тела до 39- 39,5°С, проливными потами в течение последнего месяца. За последний месяц такие приступы участились и стали появляться каждые 2–3 дня. Последний приступ осложнился появлением желтухи, которая быстро исчезала, а затем появлялась вновь. Общее состояние оставалось удовлетворительным. Отмечала некоторую слабость.

Живот обычной формы, мягкий. При пальпации отмечается болезненность в правом подреберье и эпигастральной области. Печень не увеличена. 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 $37,2^\circ\text{C}$. 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 $38,2^\circ\text{C}$.

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

Объективно: состояние удовлетворительное, температура $38,2^\circ\text{C}$. 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 – 14×10^9 /л, гемоглобин – 110 г/л, эритроциты – $3,44 \times 10^{12}$ /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.

Задача 12

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 субфебрильных 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 неоднократно 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, ритмичный. АД - 100/70 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке. Пальпируется увеличенная печень. Пальпация 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.

Задача 15

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 M – 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 отходили. 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 часов. 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 родильница 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 темно-кровянистые, 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 левой молочной железе, температура - 38,5° 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 родов 24 часа). В родах – преждевременное излитие околоплодных вод, первичная 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 нижних конечностях варикозное расширение вен. В области левой голени болезненность по ходу вен, гиперемия кожи, отека нет.

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

Диагноз. Тактика.

Задача 5

Родильница М., 33 лет, на 4-ые сутки послеродового периода предъявила жалобы на обильные лохии с запахом, повышение температуры до 38,6° С.

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

Объективно: кожные покровы влажные, слизистые оболочки бледные. 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 пальпируются. Симптом поколачивания поясницы в области почек справа слабо положительный. Дно матки на 15 см выше лона, при пальпации матки мягковатой консистенции, болезненная. Выделения из половых 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 кетгутowymi и шелковыми швами. В первые двое суток послеродовый период протекал без осложнений. К концу 3-го дня поднялась температура тела до $37,3^{\circ}\text{C}$, 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°C , 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 температуры до $39,0^{\circ}\text{C}$.

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 $38,5^{\circ}\text{C}$. 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 – $17,5 \times 10^9/\text{л}$, 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 $37,5^{\circ}\text{C}$, 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. Разрывов мягких тканей родовых путей нет.

Послеродовый период протекал с ознобом, лихорадкой, субфебрильной температурой. К концу 7 суток температура повысилась до $39,8^{\circ}\text{C}$, 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 резким запахом.

Общий анализ крови – гемоглобин – 110 г/л, лейкоциты – $28,5 \times 10^9$ /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 температура до $39,0^{\circ}\text{C}$, появились озноб, боль в правой молочной железе. За медицинской помощью не обращалась. Однако состояние ухудшалось, озноб повторялся, температура тела по вечерам поднималась до $39,4^{\circ}\text{C}$, усилилась боль в правой молочной железе, исчезли сон и аппетит.

Объективно: при поступлении температура $39,2^{\circ}\text{C}$, пульс 90 ударов в минутамин, 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 $38,2^{\circ}\text{C}$. Пульс 86 ударов в минуту. Молочные железы значительно и равномерно нагрубевшие, 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.

Перинатология

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 продольное, 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 – сенсибилизации (титр антител 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 крови, 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. Гемоглобин – 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 беременности до 1:64. По данным УЗИ имеются утолщение плаценты, многоводие, увеличение размеров печени и селезенки плода. При исследовании околоплодных вод в сроке 35 недель беременности оптическая плотность билирубина – 0,237 отн. ед. (2 зона по шкале Лили).

В 37 недель беременности произошли роды. Ребенок оценен по шкале Апгар 7-8 баллов. Отмечаются бледность кожных покровов, желтушность склер, слизистых оболочек.

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

Диагноз. Тактика.

Задача 7

Ребенок родился в срок от первой нормально протекавшей беременности. 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 баллов. 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 пузыри 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 мягковатой 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 абортом.

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 маточного 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 П. 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, межвертельная 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 маточного 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 родильное отделение через 8 часов после начала регулярной родовой деятельности и через 1 час после излития околоплодных вод. Беременность третья, две предыдущие беременности закончились медицинскими абортами 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 продольное, 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, подбородок, 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 рассечение спаек в малом тазу.

Объективно: ВДМ – 40 см, ОЖ – 105 см. Положение плода продольное, 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, застойная.

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

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

Диагноз. Тактика.

Задача 10

Роженица доставлена в родильное отделение бригадой скорой помощи. Данная беременность третья, доношенная. Первая беременность закончилась нормальными родами, вторая – самопроизвольным абортom.

Родовая деятельность регулярная. Положение плода продольное, ко входу в малый таз предлежит тазовый конец. В процессе обследования излились 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 сердечных тонов. При влагалищном исследовании обнаружено, что ягодичи 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 слабых 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 минуту, второе – справа выше пупка 138 ударов в минуту.

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

Диагноз. Тактика.

Задача 2

Первородящая 35 лет. Срочные роды первые в сроке беременности 39 недель. Первый период родов, открытие шейки матки 4 см. Дихориальная диамниотическая двойня. Положение первого плода продольное, предлежат ягодичи, прижаты ко входу в малый таз; положение второго плода поперечное, головка справа. Сердцебиение плодов ясное, 140 ударов в минуту.

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 родильный 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.

Р.У: 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.

Р.У.: 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.

Аномалии родовой деятельности. Узкий таз

Задача 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 конъюгата - 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.

Задача 6

Первородящая П., 25 лет, поступила в роддом с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 8 часов назад. Роды в срок. Акушерско-гинекологический анамнез неотягощен. 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.V: 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 кпереди. На головке умеренная родовая опухоль. Мыс не достигается, костное кольцо таза без особенностей.

Диагноз. Тактика.

Задача 8

Роженица Т., 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, натянуты в виде струны. Плодный пузырь цел. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Стреловидный 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, стреловидный 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 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 потуги.

Вагинальное исследование: открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет, головка плода в узкой части полости малого таза, стреловидный 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 доношенной 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 протекала с угрозой прерывания: в 17 недель находилась на лечении в гинекологическом 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 определяется 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 позиция. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 90 ударов в минуту, ритмичное. За 4 часа до поступления одновременно с началом схваток отошли околоплодные воды. Схватки регулярные, интенсивные.

Р.У.: шейка сглажена, раскрытие маточного зева 4 см, плодного пузыря нет. Во влагалище клубок пульсирующей пуповины, которая определяется справа от головки. Головка плода прижата к входу в таз. Диагональная конъюгата - 10 см.

Диагноз. Тактика.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО АКУШЕРСТВУ

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), кислотно-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), кислотно-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), кислотно-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, выключение 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, противосудорожная 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 период. 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.

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 период родов. Краевое предлежание плаценты. Кровотечение.

Тактика. Вскрыть плодный пузырь. Если кровотечение не остановится - кесарево сечение.

Задача 7

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

Тактика. Кесарево сечение.

Задача 8

Диагноз: Беременность 35 недель (245 дня). Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Кровотечение. Острая внутриутробная 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 выделения 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, противошо-

ковые мероприятия (восстановление ОЦК, гемотрансфузия и др.); интенсивная терапия преэклампсии; экстренная операция кесарево сечение

Родовой травматизм. Оперативные методы родоразрешения

Задача 1

Диагноз: Беременность 40 недель (280) дней. Роды I, срочные, стремительные, дорожные. Ранний послеродовой 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 гибель плода. Геморрагический шок II степени. Отягощенный акушерский анамнез.

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

Задача 10

Диагноз: Беременность 39-40 недель. Роды III, срочные. II период родов. Плоскорихитический 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 сыворотке 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 беременности, 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 рентгенографией 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. Н2А.

Тактика. Роды вести через естественные родовые пути в присутствии терапевта, анестезиолога-реаниматолога с адекватным поэтапным обезболиванием. При появлении признаков декомпенсации – оперативное родоразрешение на любом этапе в зависимости от акушерской ситуации (кесарево сечение или акушерские щипцы).

Задача 18

Диагноз: Беременность 33-34 недели. Хроническая артериальная гипертензия 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 метроэндометрит.

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.

Задача 5

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, экстирпация 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, экстирпация 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 антибактериальной и инфузионной терапии, применения иммуномодулирующих, противогистаминных, анальгезирующих, седативных и противовоспалительных средств, подавление лактации.

Задача 11

Диагноз: Лактостаз.

Тактика. Опорожнить грудь путем сцеживания или с помощью молокоотсоса.

Задача 12

Диагноз. Послеродовой 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), медикаментозная 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, дезинтоксикационная 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.

Задача 7

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 - синдрома 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.

Задача 3

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 период родов. Ножное предлежание плода. Первородящая 35 лет. Крупный плод.

Тактика. Родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Задача 7

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

Тактика. Операция кесарево сечение.

Задача 8

Диагноз: Беременность 40 недель. Тазовое предлежание плода. Крупный плод. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Возрастная 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 родов. 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. Первобеременная 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, магнизиальная терапия).

Задача 5

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

Тактика. Терапия по пролонгированию беременности (антибиотики, седативные препараты, магниезиальная 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 лекарственные средства, магниезиальная терапия), коррекция истмико-цервикальной недостаточности (введение акушерского пессария). Учитываемая высокая риск преждевременных родов – профилактика респираторного 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 недостаточность, угрожающий поздний выкидыш. Отягощенный акушерский анамнез.

Тактика. Госпитализация, строгий постельный режим с возвышенным 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 период 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 (фторотановый 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. Плоскорахитический таз I степени. Острая внутриутробная гипоксия плода. Возрастная первородящая.

Тактика. Экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения.

ГИНЕКОЛОГИЯ

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, параметрии 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, голеньях, 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 – *acne 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 37⁰ 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 anteversio-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 – 36,2° 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.

Задача 17

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 атопическим 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 4x3 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.

Задача 3

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°C, ухудшение общего самочувствия, общую слабость и недомогание. Боли усиливаются при физическом напряжении и ходьбе, иррадиируют 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 37,9° С, пульс 92 уд/мин, ритмичный, удовлетворительных свойств, АД 130/70 мм рт. ст. Гематологические показатели: гемоглобин – 124 г/л, лейкоциты – $9,6 \times 10^9$ /л, СОЭ – 42 мм/ч.

Гинекологический осмотр: левая большая половая губа отечна и гиперемирована, в области большой железы преддверия влагалища пальпируется образование размерами 6x4 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.

Задача 6

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 $10,0 \times 10^9$ /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 температура 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 каменистой плотности, доходит до стенок таза.

В общем анализе крови: лейкоциты – 15×10^9 /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°С. Заболела 10 дней назад, когда появились тянущие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку; температура тела повысилась до 37,5° С. 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 гноевидные. При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, несколько больше нормы, болезненное при пальпации, ограничено в смещении. Слева и кзади от матки пальпируется болезненный, неподвижный конгломерат размерами 12x10 см, неравномерной консистенции, правые придатки утолщены, болезненны.

В анализе крови: гемоглобин 98 г/л, лейкоциты – $14,0 \times 10^9$ /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 $37,5^{\circ}\text{C}$, 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°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 кзади 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 3,6x3,0x2,5см. 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 пиосальпинксы 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 гнойвидные выделения. При бимануальном исследовании: тело матки четко не контурирует из-за резкой болезненности живота. Левые придатки не пальпируются, область их безболезненна. Справа и кзади 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 гнойвидные. 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 - гнойные 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. Свод влагалища глубокие, безболезненные.

В мазках из цервикального канала обнаружены грамтрицательные, внутриклеточные диплококки бобовидной формы.

Поставьте диагноз. Наметьте лечение.

Задача 17

Пациентка Р., 22 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные пенные 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 наполнения трубы, четкообразной формы, трубы не проходимы. Проведено диагностическое выскабливание полости матки: соскоб крошковидный, 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 не отягощен. 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 не отягощен.

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 гнойно-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, чистая. Из цервикального канала исходит образование округлой формы размерами 1х0,5 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 кольпоскопии: подэпителиальные кровеносные сосуды расширены, анастомозируют; атипии 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 жалобами 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. Перенесенные гинекологические заболевания отрицает.

В день поступления произведено раздельное диагностическое выскабливание 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 эндометрия.

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 нерегулярные, 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 чистая, наружный зев щелевидный, выделения кровянистые, обильные. При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, несколько больше нормы, плотное, подвижное, безболезненное при пальпации. Справа придатки не определяются, область их безболезненна. Слева пальпируется яичник округлой формы, размерами 5x4x5 см, эластической консистенции, 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 влагалищной части шейки матки, на 7 часах, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 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 темно-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: тло 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 - $2,8 \times 10^{12}/л$.

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 секреции. 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 менструации. 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 5х7х6х 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 - $3,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $6,5 \times 10^9$ /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 отделение 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 кзади 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-кровянистые 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-кровянистые, 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°C 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°C. Пульс 120 уд/мин, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД 110/70 мм рт.ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот ограничено 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 цианотичная, чистая. Выделения незначительные темно-кровянистые.

Бимануальное исследование: при смещении шейки отмечается резкая болезненность. Тело матки соответствует 6 нед. беременности, несколько мягковатой консистенции, подвижное. В области правых придатков опухолевидное 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 абортов 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 крестцово-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 anteversio-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.

Детская гинекология. Контрацепция в подростковом возрасте

Задача 1

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: $Ma_2P_1Ax_1$. 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 полугодовалом 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 – $Ma_3P_3Ax_3Me_0$.

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.

Задача 4

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 (Ma₂). 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: Ma₃Ax₃P₃Me₀.

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.

Задача 7

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.

ЭТАЛОНЫ 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, микрофлору; обследование на ИППП; общий анализ крови; УЗИ органов малого таза.

Задача 2

Анамнез, общий осмотр, исследование органов и систем, специальное гинекологическое исследование, общий анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмма, мазок на гонорею, мазок на онкоцитологию, УЗИ органов малого таза, по показаниям – гистероскопия, отдельное диагностическое выскабливание матки.

Задача 3

Третья.

Задача 4

Необходимые анамнестические данные: были менструации раньше, живет половой жизнью, перенесенные заболевания, репродуктивная функция (роды, аборты), потеря массы тела, стрессовая ситуация.

План обследования: тесты функциональной диагностики, гормональные пробы, УЗИ органов малого таза, исследование глазного дна и полей зрения, рентгенография черепа и турецкого седла, гормональный профиль (ФСГ, ЛГ, пролактин, тестостерон, кортизол, эстрогены, прогестерон, Т₃, Т₄, ТТГ), консультации специалистов (невропатолог, окулист, эндокринолог), по показаниям – гистероскопия, выскабливание матки, лапароскопия.

Задача 5

Специальные методы исследования – осмотр шейки матки в зеркалах, влагалищное и бимануальное исследование. Дополнительные методы

исследования – мазки на онкоцитологию, кольпоскопия (простая и расширенная), УЗИ органов малого таза, отдельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки, гистероскопия.

Задача 6

Мазки на онкоцитологию, кольпоскопия, биопсия шейки матки с последующим 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 заболева-

ний. 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: психотерапия, 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.

Задача 17

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 гнойника с последующим дренированием, назначение антибактериальной, десенсибилизирующей, общеукрепляющей терапии, нестероидных противовоспалительных средств.

Задача 4

Диагноз: Эндоцервицит. Необходимо провести обследование на гонорею, хламидии, мико-, уреоплазмы, 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, общеукрепляющая 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.

Задача 8

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, пельвиоперитонит (гонорейной этиологии.). План ведения: мазки из уретры, цервикального канала на гонорею, посев на гонорею. Антибактериальная терапия (цефалоспорины III-IV поколения, метронидазол) в течение 48 ч после исчезновения 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).

Задача 15

Диагноз: Бактериальный вагиноз. Лечение: на первом этапе - антибактериальная терапия внутрь и местно (метронидазол, орнидазол, клиндамицин и др.), молочная кислота для снижения рН, иммунокорректоры (по показаниям); на втором этапе – восстановление микробиоценоза влагалища.

Задача 16

Диагноз: Обострение хронического воспаления придатков матки гонорейной этиологии, гонорейный эндоцервицит.

Лечение: антибактериальная, десенсибилизирующая, симптоматическая, общеукрепляющая терапия. Местно - ванночки с дезинфицирующим раствором и мазевые тампоны. После стихания обострения воспалительного процесса - физиотерапевтические процедуры, общеукрепляющие, рассасывающие средства.

Задача 17

Диагноз: Трихомонадный кольпит. Принципы лечения: специфические противотрихомонадные средства перорально и местно одновременно у обоих партнеров, исключение половой жизни и приема алкоголя, контроль 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 герпетической этиологии. План обследования: ПЦР и ИФА диагностика содержимого везикул, соскоба из цервикального канала. План лечения: этиопатогенетическая противовирусная терапия, общеукрепляющая терапия, иммунотерапия.

Задача 20

Диагноз: Хронический двусторонний сальпингит (туберкулезной этиологии). Первичное бесплодие.

Задача 21

Диагноз: Туберкулез труб и эндометрия. Вторичная аменорея, маточная форма. Первичное бесплодие. План ведения: лечение в туберкулезном стационаре, затем наблюдение в течение пяти лет с проведением противорецидивного лечения в осенне-весенние месяцы.

Неправильные положения женских половых органов

Задача 1

Диагноз: Полное выпадение матки, несостоятельность мышц тазового дна, элонгация шейки матки, цисто- и ректоцеле. Возможные осложнения: образование некротической язвы на шейке матки, гидроуретероне-

фроз, восходящая инфекция мочевыводящих путей, ущемление матки. Показаны: 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, леваторопластика.

Задача 4

Диагноз: Неполное выпадение матки, опущение стенок влагалища II степени, цисто- и ректоцеле. Показано консервативное лечение: использование pessaria.

Фоновые, предраковые и доброкачественные заболевания органов репродуктивной системы женщины

Задача 1

Диагноз: Лейкоплакия вульвы. План обследования: мазки на ОЦ, КС, биопсия вульвы - по показаниям. С целью лечения локально мази, содержащие 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.

Задача 5

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 раздельное 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, кольпоскопия, раздельное 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.

Задача 13

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 протезаз, 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 железодефицитная 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.

Задача 21

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, превратившаяся 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 позадиматочной гематомы. Тактика: лапаротомия, удаление левых придатков.

Задача 3

Диагноз: Апоплексия яичника, внутрибрюшное кровотечение, геморрагический шок I степени. Тактика: УЗИ, пункция заднего свода влагалища. 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: лапаротомия, 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, антипростагландиновые 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 (конституциональная форма). Наблюдение у гинеколога, эндокринолога и невропатолога. Лечение: психотерапия, витаминотерапия.

Задача 3

Диагноз: Синдром Майера-Рокитанского-Кюстнера-Хаузера. Лечение – оперативное (создание искусственного влагалища).

Задача 4

Диагноз: Вторичный неспецифический вульвовагинит на фоне сахарного диабета. Лечение основного заболевания, местное лечение: сидячие 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 крестообразный разрез девственной плевы.

Задача 7

Диагноз: Вульвовагинит. Не взят анализ на яйца глистов. Микроскопия мазка, окрашенного по Грамму, посев на питательные среды, кал на яйца глист, соскоб перианальной области на энтеробиоз.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акушерство: учебное пособие по специальности “Лечебное дело” для учреждений, обеспечивающих получение высшего образования / С. Н. Занько [и др.]; под ред. С. Н. Занько, Л. Е. Радецкой. - Витебск : ВГМУ, 2017. - 383 с.
2. Гинекология: учебник / под редакцией С.Н.Занько. – Минск : «Вышэйшая школа», 2010. - 640 с.
3. Киселева, Н. И. Гинекология: учебно-методическое пособие к практическим занятиям (для преподавателей высших медицинских учебных заведений) / Н. И. Киселева. – Витебск : ВГМУ, 2014. – 314 с.
4. Киселева, Н. И. Острый живот в гинекологии: пособие / Н. И. Киселева. – Витебск : ВГМУ, 2014. – 127 с.
5. Сборник задач по акушерству и гинекологии: учебно-методическое пособие. – Тезиков Ю.В., Мельников В.А., Липатов И.С., Краснова Н.А. – Самара, 2009. - 48 с.
6. Учебные игры и ситуационные задачи в гинекологии: Учебно-методическое пособие / под ред. А. А. Радионченко. – Томск : СибГМУ, 2004 - 94 с.

СОДЕРЖАНИЕ

Название темы	Стр.
Список сокращения	3
Акушерство (Жукова Н.П., Прусакова О.И.)	4
Преэклампсия	4
Кровотечения в акушерстве	7
Родовой травматизм. Оперативные методы родоразрешения	10
Беременность и роды у женщин с экстрагенитальной и гинекологической патологией	13
Физиология и патология послеродового периода	19
Перинатология	23
Беременность и роды при тазовых предлежаниях плода.	26
Неправильные положения и предлежания плода	
Многоплодная беременность. Недоношенная и переносенная беременность	29
Аномалии родовой деятельности. Узкий таз	31
Эталоны ответов на ситуационные задачи по акушерству	35
Гинекология (Киселева Н.И., Арестова И.М., Дейкало Н.С.)	52
Методы обследования гинекологических пациенток	52
Нарушения менструальной функции. Нейроэндокринные синдромы в гинекологии	53
Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической и специфической этиологии	59
Неправильные положения женских половых органов	67
Фоновые, предраковые и доброкачественные заболевания органов репродуктивной системы женщины	68
Гинекологические заболевания, требующие неотложной помощи	75
Бесплодный брак. Планирование семьи	78
Детская гинекология. Контрацепция в подростковом возрасте	79
Эталоны ответов на ситуационные задачи раздела «гинекология»	82
Список литературы	93

Учебное издание

**Киселева Наталья Ивановна, Арестова Ирина Михайловна,
Жукова Наталия Петровна и др.**

**СБОРНИК ЗАДАЧ
ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ**

Пособие

Редактор Н.И.Киселёва
Технический редактор И.А.Борисов
Компьютерная верстка Н.И.Киселева

Подписано в печать 8.05.2018. Формат бумаги 64x84 1/16
Бумага типографская. Гарнитура TIMES.
Усл. печ. листов 5,52. Уч.изд. л. 5,94.
Тираж 220 экз. Заказ № 460.
Издатель и полиграфическое исполнение
УО «Витебский государственный медицинский университет»
ЛП №02330/453 от 30.12.13 г.
пр. Фрунзе, 27, 210602, г. Витебск