



УРАЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ

**Автономная некоммерческая организация высшего
образования
«Уральский медицинский институт»**

**Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля и
промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине**

**Б1.О.01 Акушерство
Обязательная часть**

Специальность 31.05.03 Стоматология

квалификация: врач-стоматолог

Форма обучения: очная

Срок обучения: 5 лет

Фонд оценочных средств по дисциплине утвержден приказом ректора № 09 от 01.06.2023 года

Нормативно-правовые основы разработки и реализации фонда оценочных средств по дисциплине:

1) Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования – специалитет по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденный Приказом Министра науки и высшего образования Российской Федерации от 12.08.2020 № 984

- 2) Общая характеристика образовательной программы.
- 3) Учебный план образовательной программы.
- 4) Рабочая программа учебной дисциплины

1 Организация контроля планируемых результатов обучения по дисциплине Акушерство

Код	Планируемые результаты обучения по дисциплине:	Наименование индикатора достижения компетенции
Общепрофессиональные компетенции		
ОПК-5	Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	<p>ИОПК 5.1 Знает методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у детей и взрослых (их законных представителей); методику осмотра и физикального обследования; клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме</p> <p>ИОПК 5.2 Умеет: осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), выявлять факторы риска и причин развития заболеваний; применять методы осмотра и физикального обследования детей и взрослых; интерпретировать результаты осмотра и физикального обследования детей и взрослых; диагностировать у детей и взрослых наиболее распространенную патологию; выявлять факторы риска онкологических заболеваний; формулировать предварительный диагноз, составлять план проведения лабораторных, инструментальных и дополнительных исследований у детей и взрослых в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; направлять детей и взрослых на</p>

		<p>лабораторные, инструментальные и дополнительные исследования в соответствии с действующими порядками оказания стоматологической медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; направлять детей и взрослых на консультации к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; интерпретировать и анализировать результаты консультаций врачами-специалистами детей и взрослых; интерпретировать и анализировать результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования; проводить дифференциальную диагностику заболеваний у детей и взрослых; выявлять клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме</p> <p>ИДОПК 5.3 Имеет практический опыт: сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых, (их законных представителей), выявления факторов риска и причин развития заболеваний; осмотра и физикального обследования детей и взрослых; диагностики наиболее распространенных заболеваний у детей и взрослых; выявления факторов риска основных онкологических заболеваний; формулирования предварительного диагноза, составления плана проведения инструментальных, лабораторных, дополнительных исследований, консультаций врачей-специалистов; направления пациентов на инструментальные, лабораторные, дополнительные исследования, консультации врачей-специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; интерпретации данных дополнительных (лабораторных и инструментальных) обследований пациентов; постановки предварительного диагноза в соответствии с международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); проведения дифференциальной диагностики заболеваний; распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме</p>
ОПК-6	Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности и немедикаментозного и медикаментозного лечения при	<p>ИОПК 6.1 Знает: методы медикаментозного и немедикаментозного лечения, медицинские показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях; группы лекарственных препаратов, применяемых для оказания медицинской помощи при лечении наиболее распространенных заболеваний; механизм их действия, медицинские показания и противопоказания к назначению; совместимость, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; особенности оказания медицинской помощи в неотложных формах</p> <p>ИОПК 6.2 Умеет: разрабатывать план лечения детей и взрослых с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими</p>

решении профессиональных задач	<p>рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и(или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения</p> <p>ИОПК 6.3 Имеет практический опыт: разработки плана лечения детей и взрослых с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме пациентам с наиболее распространенными заболеваниями, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; подбора и назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий с наиболее распространенными заболеваниями для лечения наиболее распространенных заболеваний у детей и взрослых в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозного лечения у детей и взрослых с наиболее распространенными заболеваниями; подбора и назначение немедикаментозного лечения детям и взрослым с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения; оказания медицинской помощи детям и взрослым при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента в неотложной форме; применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в неотложной форме</p>
--------------------------------	--

2 Темы рефератов

1. Российское законодательство по охране здоровья женщины-матери и ребенка
2. Прегравидарная подготовка беременных к родам. Физио-профилактическая подготовка супружеской пары к родам.
3. Современный антенатальный и постнатальный скрининг.
4. Значение своевременной санации инфекционных очагов рото-и носоглотки в профилактике внутриутробной инфекции и послеродовых инфекционных осложнений. Современные технологии в условиях беременности.

5. Перинатально-значимые инфекции. Роль инфекций, передающихся половым путем в возникновении внутриутробного инфицирования плода.

6. Современные методы планирования семьи. Эффективная контрацепция.

7. Ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке.

8. Миома матки и беременность.

9. Невынашивание беременности по триместрам ее развития.

10. Кровотечения во время беременности (самопроизвольный выкидыш, шеечная беременность, низкая плацентация).

11. Фетоплацентарная недостаточность. Строение и функции плаценты.

12. Особенности течения и ведения преждевременных родов.

13. Ведение беременности и родов у женщин с тазовым предлежанием плода.

14. Ведение беременности и родов при многоплодии.

15. Перенашивание беременности. Особенности течения и ведения запоздалых родов.

16. Особенности течения и ведения беременности у женщин с гестозом.

17. Узкий таз в современном акушерстве.

18. Антенатальная кардиотокография.

19. Интранатальная кардиотокография.

20. Особенности течения и ведения беременности в зависимости от триместра ее развития.

21. Кесарево сечение в современном акушерстве.

22. Современные методы подготовки шейки матки к родам.

23. Слабость родовой деятельности.

24. Дискоординированная родовая деятельность.

25. Послеродовые нейрообменно-эндокринные синдромы.

26. Роль вирусной инфекции в возникновении внутриутробного инфицирования плода.

27. Хламидии как причина внутриутробного инфицирования плода.

28. Особенности течения и ведения беременности при внутриутробном инфицировании плода. Фармакотерапия при беременности.

29. ДВС-синдром в акушерстве.

30. Предлежание плаценты. Особенности ведения беременности.

31. Антифосфолипидный синдром.

32. Низкая плацентация. Клиника, диагностика, профилактика, особенности течения и ведения беременности и родов.

33. Редкие формы гестозов (HELLP-синдром, острый жировой гепатоз).

34. Гепатопатии при беременности.

35. Особенности течения и ведения беременности при пороках сердца.

36. Сахарный диабет и беременность. Тактика ведения, показания к прерыванию беременности.
37. Заболевания почек и беременность.
38. Невынашивание беременности. Гормональная терапия в современных условиях.
39. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Тактика ведения.
40. Обезболивание родов
41. Причины наступления родов и регуляторные механизмы сократительной деятельности матки.
42. Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах.
43. Анемия беременных
44. Бактериальный вагиноз при беременности.
45. Терминальные состояния в акушерстве. Особенности ИТТ.
46. Диета беременных.
47. Особенности течения и, ведения беременности и родов у юных первородящих.
48. Особенности течения и ведения беременности и родов при сердечнососудистой патологии.
49. Цитомегаловирусная инфекция как причина внутриутробного инфицирования плода.
50. Токсоплазмоз и беременность.
51. Листериоз и беременность.
52. Заболевания щитовидной железы и беременность. Клиника, диагностика, тактика ведения.
53. Ранний токсикоз беременных. Показания к прерыванию беременности.

3 Перечень тем, вопросов, практических заданий для подготовки к промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации согласно учебному плану – зачет с оценкой.

Перечень вопросов для подготовки к промежуточной аттестации

1. Методы исследования в акушерстве.
2. Организация системы акушерской и перинатальной помощи.
3. Плод как объект родов.
4. Определение массы плода.
5. Определение зрелости и доношенности плода.
6. Техника аускультации сердечных тонов плода
7. Наружные половые органы женщины. Анатомия.
8. Внутренние половые органы женщины. Анатомия.
9. Кровоснабжение и иннервация половых органов женщины.
10. Мышцы тазового дна.

11. Измерение и пальпация живота.
12. Приемы Леопольда-Левицкого.
13. Особенности строения женского таза.
14. Размеры большого таза. Техника измерения.
15. Размеры малого таза.
16. Предположительные признаки беременности. Вероятные признаки беременности.
17. Достоверные признаки беременности.
18. Анализ сроков беременности.
19. Кардиотокография плода во время беременности и в родах.
20. Определение группы крови и Rh фактора у рожениц.
21. Определение группы крови и Rh фактора у новорожденного.
22. Диагностика функционального состояния плода во время беременности и в родах.
23. Причины наступления родов.
24. Методы оценки готовности организма женщины к родам.
25. Принципы грудного вскармливания.
26. Диагностика позднего гестоза.
27. Тактика врача при появлении признаков эклампсии в родах.
28. Диагностика преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты во время беременности. Тактика врача.
29. Диагностика слабости родовых сил.
30. Тактика врача при выявлении признаков гипоксии плода в первом периоде родов.
31. Тактика врача при выявлении признаков гипоксии плода во втором периоде родов.
32. Диагностика асфиксии новорожденных средней степени тяжести, принципы лечения.
33. Диагностика асфиксии новорожденных тяжелой степени тяжести, принципы лечения.
34. Тактика врача при кровотечении в первом периоде родов.
35. Тактика врача при кровотечении в третьем периоде родов.
36. Последовательность мероприятий при гипотонии матки.
37. Операция кесарева сечения. Показания. Техника выполнения операции.
38. Особенности ведения преждевременных родов. Тактика врача.
39. Уход за недоношенными.
40. Обработка рук перед операцией.
41. Организация гинекологического стационара.
42. Методы обследования гинекологических больных. Курация больных.
43. Значение общего обследования для диагностики гинекологических заболеваний. Анамнез. Методы объективного исследования гинекологических заболеваний.

44. Дополнительные методы исследования: биопсия, диагностическое выскабливание, аспирационная биопсия, гистероскопия, пункция брюшной полости через задний свод, лапаро- и кульдоскопия. Чревосечение. Рентгенологические методы исследования. УЗИ. Артерио- и лимфография, флебография.

45. Курация больных для написания учебной истории болезни. Постановка диагноза. Разработка плана обследования и лечения.

46. Воспалительные заболевания женских половых органов. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний половых органов женщин. Клинические проявления заболевания в зависимости от этиологического фактора морфологических изменений, локализаций, стадии воспалительного процесса. Методы обследования больных с воспалительными заболеваниями гениталий, лабораторная диагностика. Принципы лечения больных. Установление критерия излеченности. Пути профилактики воспалительных заболеваний женских половых органов.

47. Дисфункциональные маточные кровотечения. Классификация расстройств менструальной функции. Принципы лечения в зависимости от возраста, сопутствующей патологии, гистологической картины.

48. Нарушения менструальной функции. Гиперменструальный синдром. Гипоменструальный синдром.

49. Эktopическая беременность. Этиология. Локализация. Прогрессирующая трубная беременность. Возможность консервативного ведения. Трубный аборт, разрыв трубы. Клиника, диагностика, лечение. Шеечная беременность.

50. Миома матки. Теория патогенеза. Клиника, диагностика, осложнения. Лечение симптоматическое, гормональное, консервативное, оперативное. Показания к оперативному лечению.

51. Эндометриоз. Классификация. Теория возникновения. Клинические проявления генитального и экстрагенитального эндометриоза. Хирургические и консервативные методы терапии эндометриоза.

52. Фоновые и предраковые заболевания шейки матки. Понятие о фоновых и предраковых заболеваниях шейки матки: эктопия, зона трансформации, дисплазия. Этиология. Методы обследования. Принципы лечения больных.

53. Рак шейки матки. Этиология. Роль ВПЧ в этиологии рака шейки матки. Классификация. Методы обследования больных. Работа по профилактике и раннему выявлению предраковых состояний как профилактика рака шейки матки.

54. Гиперпластические и предраковые заболевания эндометрия.

55. Рак тела матки. Этиология, патогенез гиперпластических процессов эндометрия. Классификация.

56. Предраковые состояния эндометрия. Патогенетические варианты больных с гиперпластическими процессами эндометрия. Онкологическая настороженность в ведении этих больных.

57. Рак тела матки. Классификация, клиника, диагностика, прогноз. Тактика ведения больных в зависимости от стадии распространения. Пути профилактики рака тела матки.

58. Опухоли и опухолевидные заболевания яичников. Этиология опухолей яичников. Классификация. Кисты яичников. Разновидности, методы лечения.

59. Истинные доброкачественные опухоли яичников. Понятие о наиболее часто встречающихся опухолях яичников. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Принципы лечения, объем оперативного вмешательства.

60. Рак яичников. Классификация. Клиническое течение. Пути метастазирования. Принципы комплексного лечения больных в зависимости от стадии распространения. Профилактика рака яичников, раннее выявление опухолей яичников.

61. Неотложные состояния в гинекологии. Кровотечения: неполный аборт, внематочная беременность, апоплексия яичника, травмы наружных половых органов и влагалища.

62. Воспалительные заболевания (пиосальпинкс, пиовар, пельвиоперитонит).

63. Диф. диагноз с экстрагенитальной патологией: аппендицит, почечная колика. Панкреатит, острая непроходимость кишечника, прободная язва, спаечная болезнь, тромбоз сосудов брыжейки, опухоль кишечника, дистопированная почка и селезенка.

4 Ситуационные задачи

Задачи по акушерству

Задача 1

Повторнородящая 29 лет, с доношенной беременностью поступила в родильный дом с излившимися околоплодными водами. Положение плода продольное, предлежание головное. Данная беременность вторая. В анамнезе кесарево сечение, произведенное два года назад в связи с острой гипоксией плода, послеродовый период осложнился эндометритом (выписана на 9 –е сутки).

Диагноз? План ведения родов?

Задача 2

Роженица доставлена в родильное отделение бригадой скорой помощи. Данная беременность третья, первая закончилась нормальными родами, вторая - самопроизвольным абортom. Положение плода продольное, ко входу в малый таз предлежит тазовый конец, родовая деятельность регулярная. В процессе обследования излились околоплодные воды, после чего отмечено урежение сердцебиения плода до 100 уд/мин.

При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, во влагалище прощупывается выпавшая пульсирующая пуповина. Ягодицы плода в узкой части полости малого таза.

Диагноз? Что должен предпринять врач, ведущий роды?

Задача 3

Первородящая 23 лет доставлена бригадой скорой помощи в родильный дом после припадка эклампсии, который произошел дома. Беременность 37-38 недель, состояние тяжелое, сознание заторможено. Кожные покровы бледные, отмечаются выраженные отеки ног, АД 150/100 мм рт.ст., пульс 98 в 1 мин.

Диагноз? Какой комплекс лечебных мероприятий следует провести при поступлении? Тактика ведения беременной?

Задача 4

Первобеременная 38 лет направлена на ультразвуковое исследование при сроке беременности 31-32 нед. Окружность живота 110 см, высота стояния дна матки 34 см, масса женщины 80 кг, рост 155.

Предположительный диагноз? Какова цель исследования?

Задача 5

В родильный дом бригадой скорой помощи доставлена беременная, предъявляющая жалобы на головную боль и боли в эпигастральной области. Пульс 100 ударов в 1 мин, отеки лица, живота, ног. Размеры матки соответствуют сроку доношенной беременности, матка в постоянном тоне, болезненная, сердцебиение плода глухое.

Диагноз? План ведения?

Задача 6

У роженицы 20 лет во втором периоде своевременных родов, когда головка плода была расположена в узкой части полости малого таза, произошел припадок эклампсии. Во время беременности отмечалась повышение АД до 150/90 мм.рт.ст., отеки нижних конечностей.

Диагноз? Какова тактика дальнейшего ведения родов?

Задача 7

У женщины 29 лет при сроке беременности 30-31 недель и наличии вялотекущего гестоза в течение трех недель на фоне повышения АД до 170/100 мм рт.ст. появились головная боль и затрудненное носовое дыхание, уменьшился диурез. При эхографии выявлены отставание фетометрических показателей на 2 недели и маловодие, при доплерометрии: увеличение резистентности кровотоку в обеих маточных артериях и «критическое» состояние плодово-плацентарного кровотока. При влагалищном исследовании - «незрелая» шейка матки.

Диагноз? Какова должна быть тактика ведения?

Задача 8

В родильный дом бригадой скорой помощи доставлена женщина без сознания после трех припадков эклампсии при беременности 32 нед. Состояние крайне тяжелое, сознание отсутствует. АД 180/120 мм рт.ст.. Сердцебиение плода глухое, 142 уд/мин. Шейка матки отклонена кзади, плотная, канал шейки матки закрыт, воды не изливались.

Диагноз? Тактика ведения беременной?

Задача 9.

У роженицы роды продолжаются около 10 ч. Околоплодные воды не изливались. Внезапно пациентка побледнела, появились сильные распирающие боли в животе, матка в постоянном тонусе. Сердцебиение плода 100-110 уд/мин. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, плодный пузырь цел, напряжен, предлежащая головка в узкой части полости малого таза.

Диагноз? Тактика ведения?

Задача 10

Больная 30 лет поступила в стационар в связи с жалобами на боли внизу живота и мажущие кровянистые выделения из половых путей. В анамнезе два самопроизвольных аборта с повторным выскабливанием полости матки. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, наружный зев пропускает кончик пальца, матка увеличена до 6-7 недель беременности, придатки не определяются, своды глубокие. Последняя менструация 2 месяца назад.

Ваш предположительный диагноз? Дифференциальный диагноз? Что следует предпринять для уточнения диагноза? Дальнейшая тактика врача?

Задача 11

У повторнородящей, у которой установлено смешанное ягодичное предлежание плода, во втором периоде родов отмечено выпадение петли пуповины, урежение сердцебиения плода до 100 уд/мин и глухость сердечных тонов. При влагалищном исследовании обнаружено, что ягодичцы и стопы плода находятся в полости малого таза, во влагалище определяется выпавшая петля пуповины.

Диагноз? Какую тактику следует избрать?

Задача 12.

Первородящая находится во втором периоде родов. В процессе наблюдения за роженицей отмечено урежение сердцебиения плода до 90-100 уд/мин, которое не выравнивается после потуги. При влагалищном исследовании выявлено, что головка плода находится в узкой части полости

малого таза, сагитальный шов в правом косом размере, малый родничок обращен влево кпереди.

Диагноз? Тактика ведения родов?

Задача 13

В родильный дом доставлена беременная, предъявлявшая жалобы на боли в животе, кровянистые выделения из половых путей. Срок беременности 35-36 недель. Беременность протекала с явлениями преэклампсии (повышение АД, отеки нижних конечностей).

Общее состояние средней тяжести, пульс 90 в 1 мин, АД 130/90 - 140/90 мм. рт.ст. Матка увеличена соответственно сроку беременности, напряжена. Сердцебиение плода 160-170 уд/мин, глухое. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, из половых путей умеренные кровянистые выделения, головка плода слегка прижата ко входу в малый таз.

Какой диагноз наиболее вероятен? Что необходимо предпринять?

Задача 14

Второй период своевременных родов двойней. После рождения первого плода массой 2900 г произведено влагалищное исследование, при котором выявлено, что второй плод находится в поперечном положении, головка плода справа, сердцебиение плода ритмичное, 132 удара в минуту, на уровне пупка.

Какова тактика дальнейшего ведения родов?

Задача 15

В женскую консультацию обратилась повторнобеременная при сроке беременности 25-26 недель с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, появившиеся утром после сна. В анамнезе одни роды и два медицинских аборта. При наружном осмотре установлено, что размеры матки соответствуют сроку беременности, матка не возбудима при пальпации. Плод в тазовом предлежании, сердцебиение плода ясное, ритмичное. Кровянистые выделения из половых путей скудные.

Диагноз? Тактика врача женской консультации?

Задача 16

В родильный дом доставлена роженица 26 лет, во II периоде родов, у которой установлено запущенное поперечное положение и выпадение ручки плода. Сердцебиение плода не выслушивается.

Диагноз? Какой способ родоразрешения возможен в данной ситуации?

Задача 17

Тазовое предлежание плода выявлено у повторнородящей в сроке 32 недель беременности. Из анамнеза – беременность вторая, первая закончилась самопроизвольными родами.

Тактика врача женской консультации?

Задача 18

Повторнобеременная 25 лет поступила в родильное отделение с преждевременным излитием околоплодных вод при сроке беременности 38 недель. В анамнезе одни своевременные роды, закончившиеся наложением полостных акушерских щипцов по поводу тяжелой преэклампсии. Родовой деятельности нет, АД 150/90 мм рт.ст., отмечаются пастозность лица и передней брюшной стенки, выраженные отеки ног. Положение плода продольное, тазовый конец подвижен, находится над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное до 140 уд/мин. 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 недостижим.

Диагноз? Какой метод родоразрешения целесообразнее применить в данной ситуации?

Задача 19

В женскую консультацию обратилась беременная 28 лет с жалобами на ноющие боли внизу живота и в пояснице. Срок беременности 15-16 нед. В анамнезе одни роды и три искусственных аборта. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 2,5 см, в центре малого таза. Канал шейки матки проходим для 1 пальца, матка увеличена соответственно сроку беременности, выделения из половых путей слизистые, в умеренном количестве.

Какой диагноз наиболее вероятен?

Тактика врача женской консультации?

Задача 20

На диспансерном учете в женской консультации состоит беременная 26 лет. Жалоб не предъявляет. В анамнезе один медицинский аборт и два самопроизвольных выкидыша в сроке 20-21 недель беременности. При влагалищном исследовании, проведенном в сроке беременности 17 недель, отмечено: шейка матки укорочена до 1,5 см, размягчена, канал шейки матки свободно пропускает один палец.

Диагноз? Какова должна быть тактика врача женской консультации?

Задача 21

Роженица находится во втором периоде родов в течение 1 ч. Беременность 41 нед, роды четвертые, предполагаемая масса плода 4200 г. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 160 уд/мин. Схватки через 3 мин по 35-40 с. Размеры таза 25-28-31-20 см. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, головка плода прижата ко входу в малый

таз. Кости черепа плода плотные, швы и роднички выражены плохо. Мыс недостижим, подтекают воды, окрашенные меконием.

Диагноз? Ваша тактика?

Задача 22

В отделение патологии беременности поступила первобеременная 26 лет. Срок беременности 41 недель. Размеры таза 23-26-29-18 см, диагональная конъюгата 11 см. Данные эхографии: плод в головном предлежании, предполагаемая масса плода 3000 г, плацента III степени зрелости, в дне матки, маловодие. При доплерометрии выявлены нарушения кровообращения в системе мать-плацента-плод II степени. При влагалищном исследовании - шейка матки «незрелая».

Диагноз? Каков план родоразрешения?

Задача 23

Роженица находится во II периоде родов 30 мин. АД 120/65 мм. рт.ст. Схватки через 2-3 минут по 50-55 секунд. Матка не расслабляется вне схватки, болезненна при пальпации в нижнем сегменте, размеры таза 26-27-33-18 см. Сердцебиение плода глухое. При кардиотокографии выявлены поздние децелерации до 70 уд/мин. Попытка произвести катетеризацию мочевого пузыря не удалась из-за механического препятствия. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное; головка плода прижата ко входу в малый таз, на головке большая родовая опухоль.

Наиболее вероятный диагноз? Тактика врача?

Задача 24

На 4-е сутки после родов роженица 32 лет предъявляет жалобы на боли внизу живота, повышение температуры тела до 38 °С. В родах в связи с частичным плотным прикреплением плаценты произведено ручное отделение плаценты и выделение последа. В анамнезе одни роды и два медицинских аборта. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Матка чувствительная при пальпации, на 12 см выше лона. Молочные железы - умеренное нагрубание.

Какой диагноз наиболее вероятен?

Какие исследования показаны для уточнения диагноза?

Задача 25

В родильный дом поступила роженица с доношенной беременностью. Регулярная родовая деятельность в течение 3 ч. Предъявляет жалобы на кровянистые выделения из половых путей. Кровопотеря около 150 мл. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Частота сердечных сокращений плода 140-150 уд/мин. В условиях развернутой операционной произведено влагалищное исследование: шейка матки сглажена, края тонкие, открытие маточного зева 4-5 см. Плодный пузырь цел, головка плода прижата ко входу

в малый таз, справа и спереди пальпируется нижний край плаценты, выделения кровяные, умеренные.

Диагноз? Какова тактика дальнейшего ведения родов?

Задача 26

Женщина 29 лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи в связи с жалобами на схваткообразные боли в животе, головокружение, слабость. АД 100/60 мм рт.ст., пульс 108 ударов в 1 мин, ритмичный. Последняя менструация 1,5 месяца назад, температура тела 37,2 °С.

Гинекологом при осмотре заподозрена внематочная беременность.

Какие методы исследования можно использовать для подтверждения диагноза?

Задача 27

Первородящая 26 лет. Поступила в родильный дом с доношенной беременностью, в связи с умеренными кровянистыми выделениями из половых путей. Схватки слабые, короткие. Тазовый конец плода определяется над входом в малый таз. При влагалищном исследовании: шейка матки укорочена, размягчена, канал шейки матки свободно пропускает один палец; за внутренним зевом определяется ткань плаценты.

Диагноз? План ведения?

Задача 28

Беременная 16 лет поступила в родильный дом для решения вопроса о методе родоразрешения. Беременность первая, протекала без осложнений. Срок беременности 41-42 недели. При объективном исследовании: предполагаемая масса плода 4200 г, размеры таза 23-26-29-18 см, положение плода продольное, предлежание головное. При влагалищном исследовании: Шейка матки длиной 2,5 см, плотная, отклонена кзади, наружный зев закрыт.

Диагноз? План ведения?

Задача 29

В родильное отделение доставлена повторнородящая с доношенной беременностью с жалобами на излитие околоплодных вод. В анамнезе: 3 года назад кесарево сечение по поводу прогрессирующей хронической гипоксии плода. Послеоперационный период осложнился нагноением и полным расхождением шва на передней брюшной стенке. Регулярной родовой деятельности нет. Размеры таза нормальные. Предполагаемая масса плода 3500 г. При влагалищном исследовании определяется «зрелая» шейка матки.

Диагноз? План ведения?

Задача 30

Первые срочные роды, крупным плодом (масса 4300,0).

Третий период родов продолжается 10 мин. Признаков отделения плаценты нет. Кровопотеря достигла 250 мл, кровотечение продолжается.

Диагноз? Что делать?

Задача 31

Повторнородящая 32 лет поступила в родильный дом в первом периоде родов со схватками средней силы. Данная беременность четвертая, две предыдущие закончились медицинским абортом, третья - кесаревым сечением по поводу предлежания плаценты. Внезапно у роженицы появились сильные боли в животе, слабость, АД снизилось до 80/50 мм рт.ст. Из влагалища появились умеренные кровянистые выделения. Сердцебиение плода не прослушивается, мелкие части определяются слева от средней линии живота. Родовая деятельность прекратилась.

Диагноз? План ведения?

Задача 32

У роженицы, находящейся во втором периоде родов, после рождения ягодиц плода развилась вторичная слабость родовой деятельности, появились признаки острой гипоксии плода.

Тактика врача?

Задача 33

У первобеременной на фоне отеков, артериального давления 140/90 мм. рт.ст, во время потуг появились боли в животе, слабость, головокружение, кровяные выделения из половых путей. Пульс участился до 100 ударов в минуту, артериальное давление 100/60 мм. рт.ст. Матка напряжена, болезненная при пальпации, больше справа, между потугами не расслабляется. Головка плода в полости малого таза. Сердцебиение плода - около 100 ударов в минуту. Влагалищное исследование: открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет, головка плода в узкой части малого таза. Малый родничок слева, спереди и ниже большого.

Диагноз? План ведения?

Задача 34

У родильницы 28 лет с преждевременным излитием вод возникла упорная слабость родовой деятельности. Применена активация родовой деятельности, наступила интранатальная гибель плода. Через 10 минут после рождения мертвого плода самостоятельно отделилась плацента - цела, оболочки все. Матка сократилась, плотная, кровопотеря в течение 10 минут достигла 800 мл, продолжается. Предприняты меры - ручное обследование стенок полости матки, бережный дозированный наружно-внутренний массаж матки, лёд на низ живота, сокращающие матку средства - эффекта не дали, кровотечение продолжается. Кровь, вытекающая из половых путей, не

свёртывается. Проба Ли-Уайта больше 15 минут. Клинический анализ крови, коагулограмма прилагаются.

Диагноз? План ведения?

Задача 35

У родильницы после родов переносимым плодом в раннем послеродовом периоде возникло гипотоническое кровотечение. После принятых мер кровотечение прекратилось, матка плотная, общая кровопотеря достигла 1000 мл. Состояние родильницы средней тяжести, кожные покровы бледные, пульс 112 уд. в мин., слабого наполнения. АД 80/50 мм.рт.ст.. Проба Ли-Уайта 8 мин. Клинический, биохимический анализ крови, коагулограмма прилагаются.

Диагноз? Ваша дальнейшая тактика?

Задача 36

Роды двойней, в срок. Сразу после рождения последа началось обильное кровотечение, в/в введен окситоцин, после чего матка сокращается, но затем опять расслабляется. Кровотечение продолжится. Кровопотеря достигла 1000 мл. Родильница побледнела. АД 90/50 мм.рт.ст., пульс 100 уд в мин.

Диагноз? План ведения? Состав инфузионной терапии.

Задача 37

Беременная 32 лет, беременность доношенная. В анамнезе 1 роды, масса ребенка 4200 гр., три аборта, последний осложнился кровотечением и повторным выскабливанием стенок полости матки. Настоящая беременность - четвертая. Окружность живота 110 см, высота дна матки 40 см. Головка прижата ко входу в таз. Произведено УЗИ. См. протокол.

Диагноз? Какие осложнения возможны в родах? Какие профилактические мероприятия Вы проведете?

Задача 38

Срочные роды. В анамнезе четыре искусственных аборта, последний осложнился метроэндометритом, лечилась в стационаре. Родилась доношенная девочка весом 4100,0, длина 53 см. Моча выделена катетером. Через 10 минут после рождения плода, началось кровотечение из половых путей. Признаков отделения плаценты нет. Выделилось 250 мл крови, кровотечение продолжается.

Диагноз? План ведения?

Задача 39

Роженице 28 лет, поступила с начавшейся родовой деятельностью, роды первые в срок. Через 5 часов родился живой доношенный мальчик массой 3100 г, через 20 минут родился второй мальчик массой 3000 г, в

момент пререзывания головки второго плода в/в введен метилэргометрин. Сразу после рождения плода моча выпущена через катетер. Послед выделился через 10 минут, сразу после рождения последа выделилось 250 мл. крови, кровотечение продолжается.

Диагноз? План ведения?

Задача 40

Беременная 32 лет, поступила в роддом с доношенной беременностью и начавшейся родовой деятельностью. Роды четвертые, трое предыдущих закончились рождением живых доношенных детей. Третьи роды осложнились кровотечением в послеродовом периоде, было произведено ручное отделение и выделение последа ввиду плотного прикрепления плаценты. Спустя 4 часа от момента поступления произошли роды живой девочкой массой 4200, дл. 52 см. В третьем периоде была произведена профилактика кровотечения окситоцином. Через 3 минуты отделилась плацента и выделился послед, цел. Оболочки все, матка хорошо сократилась, плотная. Кровопотеря 250 мл. Через 10 минут из половых путей выделилось еще 150 мл крови со сгустками. Матка расслабляется. Кровотечение продолжается.

Диагноз? План ведения?

Задача 41

Первая беременность, роды в срок. Регулярная родовая деятельность продолжается 3 часа. Таз нормальный. Симптомы гестоза. Внезапно появились боли в животе, обморочное состояние, падение артериального давления. Матка плотная, не расслабляется. По правому ребру резкая болезненность матки. Сердцебиение плода прекратилось. При влагалищном исследовании: шейка матки пропускает один палец, плодный пузырь цел. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз, незначительные кровяные выделения.

Диагноз? План ведения?

Задача 42

Беременная А., 33 лет поступила в отделение патологии в плановом порядке, по направлению врача женской консультации при сроке беременности 37 недель. Настоящая беременность вторая. Два года назад роды закончились операцией кесарева сечения по поводу клинически узкого таза. Послеоперационный период осложнился эндометритом, по поводу чего проводилась соответствующая терапия. Выписана на 15-й день после операции, вместе с ребенком. Общее состояние при поступлении удовлетворительное. АД 120/70 мм. рт. ст., пульс 86 в минуту, ритмичный. На брюшной стенке, по средней линии - рубец после бывшей операции. Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное. При пальпации слева над лоном - углубление в проекции шва.

Диагноз? План ведения?

Задача 43

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

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

Задача 44

Многорожавшая, 40 лет. В анамнезе 13 беременностей, 9 родов, 2 искусственных аборта, 2 самопроизвольных аборта в сроке 8 и 12 недель, с выскабливанием, без осложнений. Данная беременность 14-я, своевременные роды. В начале второго периода родов появились умеренные кровянистые выделения из половых путей, внезапно ухудшилось общее состояние, появился холодный пот, АД 80/60 мм. рт. ст., пульс 100 ударов в минуту. Контуры матки нечеткие. Через переднюю брюшную стенку пальпируются части плода, сердцебиение плода не выслушивается.

Диагноз? План ведения?

Задача 45

Роды первые, в срок. Беременность протекала без осложнений. Воды излились и схватки начались за 6 часов до поступления в родильный дом. При поступлении роженица беспокойна, АД 120/70 мм. рт.ст., пульс 90 ударов в минуту, температура 37,1°. Рост 165 см, вес 75 кг, размеры таза 25-28-31-17. Окружность живота 99, высота стояния дна матки 34 см. Схватки частые, сильные, болезненные, судорожного характера, сопровождаются потугами. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода глухое, аритмичное, 100 ударов в минуту. Моча, выпущенная по катетеру, содержит примесь крови. При влагалищном исследовании: раскрытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок слева, большой родничок справа, ниже малого. Мыс достигается, диагональная конъюгата 10 см. Подтекают воды с примесью крови и мекония.

Диагноз? План ведения?

Задача 46

Беременная С., 34 лет. Первая беременность закончилась кесаревым сечением в нижнем маточном сегменте по поводу тазового предлежания, первичной слабости родовой деятельности, затем вторая и третья беременности - искусственные аборт, без осложнений. Данная беременность четвертая, сроком 37 недель. Обратилась в поликлинику с жалобами на тошноту, рвоту, боли в животе. Общее состояние удовлетворительное. АД 120/70 мм. рт. ст., пульс 80 ударов в минуту, температура 36,7°. Положение плода продольное, головка над входом в малый таз, сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ясное, ритмичное. При осмотре отмечается локальная болезненность в области послеоперационного рубца, болезненность при шевелении плода, иррадиирующая в область послеоперационного рубца.

Диагноз? План ведения?

Задача 47

У роженицы со сроком беременности 36 нед, при полностью сглаженной шейке матки, открытии 4 см и целом плодном пузыре начались умеренные кровяные выделения. Слева, у края маточного зева определяется плацентарная ткань. Плодный пузырь «наливается» во время схватки. Головка плода прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту.

Диагноз? План ведения? Определите, какой из вариантов расположения плаценты имеется у данной роженицы?

Задача 48

Роды в смешанном ягодичном предлежании. Беременность доношенная. После рождения плода до нижнего угла лопаток оказано классическое ручное пособие. Выведение ручек без затруднения. При выведении головки наступил спазм шейки матки.

Диагноз? Что делать?

Задача 49

Повторнородящая, 25 лет, беременность доношенная. Предполагаемая масса плода 3300,0. Размеры таза нормальные. В дне матки определяется головка, спинка плода пальпируется слева. Предлежат ягодицы, прижаты ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 140 уд. в мин, ясное, слева выше пупка. Воды целы. Схватки через 3 мин. по 40-45 сек. Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие зева 7-8 см, ягодицы прижаты ко входу в таз, крестец слева и спереди, межвертельная линия в левом косом размере, плодный пузырь цел.

Диагноз? План ведения?

Задача 50

Перворнородящая, 35 лет. Беременность доношенная, размеры таза нормальные. Положение плода продольное, тазовый конец над входом в малый таз. Головка определяется в дне матки, предполагаемая масса плода 3700,0. Сердцебиение плода до 130 уд. в минуту, ясное, слева выше пупка. Схватки через 4 мин по 35-40 сек. Влагалищное исследование - шейка матки сглажена. Открытие маточного зева на 6-7 см. Воды целы. Предлежат обе стопы плода.

Диагноз? План ведения?

Задача 51

Беременная 26 лет. Беременность 35 нед. В анамнезе 1 кесарево сечение без осложнений. Головка плода в правом подреберье, слева от входа в таз определяется тазовый конец плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд. в минуту.

Диагноз? План ведения?

Задача 52

Повторные роды в чисто ягодичном предлежании при доношенной беременности. Потуги через 2 минуты по 50 сек. Ягодицы врезываются. Межвертельная линия в прямом размере выхода таза. Сердцебиение плода 140 уд. в минуту, ясное.

Диагноз? Какой момент биомеханизма родов? Ваша тактика?

Задача 53

Первородящая 25 лет, поступила на роды с доношенной беременностью. Схватки начались три часа назад, воды излились по пути в роддом. Рост 170 см, масса тела 78 кг. Размеры таза 25-28-31-18,5 см. Предполагаемая масса плода 3400. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Схватки регулярные, через 5-6 мин по 40-45 с., средней силы и болезненности. Шейка матки сглажена, открытие 3 см, плодного пузыря нет. Из-за небольшого раскрытия шейки матки определить характер предлежания не удастся. Мыс достигается, диагональная конъюгата 10,5 см. Подтекают светлые воды.

Диагноз? План ведения?

Задача 54

У первородящей 20 лет родовая деятельность в течение 10 часов. Размеры таза: 24-26-28-20 см. Воды излились 2 часа назад. В течение 40 мин. потуги через 2 мин. по 45 сек. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, большой родничок спереди у лона. Мыс не достигим.

Диагноз. Дальнейшая тактика ведения родов?

Задача 55

Повторнородящая, 23-х лет, с нормальными размерами таза и доношенной беременностью поступила через 4 часа от начала родовой деятельности. Воды не изливались. ОЖ 120 см, ВДМ 40см. Вторым приемом Леопольда-Левицкого определяется много мелких частей. Предлежит головка, подвижная над входом в малый таз, небольших размеров. При аускультации определяется зева на 4 см, плодный пузырь цел. Головка подвижная над входом в малый таз.

Диагноз. План ведения родов.

Задача 56

При обследовании беременной в женской консультации выявлено: беременность 36 недель, отеки нижних конечностей. В моче белок 0,09 ‰, АД 160 и 90 мм рт. ст. Самочувствие удовлетворительное.

Диагноз. План ведения.

Задача 57

Первородящая, 24-х лет, беременность доношенная. Схватки начались 4 часа назад. Воды излились 2 часа назад. Таз: 25-28-32-21 см. Предлежание тазовое. Предполагаемая масса плода 3200 г. Сердцебиение плода ясное, 140 уд. в мин. Шейка матки сглажена, раскрытие зева 6 см, края тонкие, податливые. Плодного пузыря нет. Предлежат ягодичы во входе в малый таз.

Диагноз. План родоразрешения.

Задача 58

При обследовании беременной установлен ревматизм, неактивная фаза, комбинированный митральный порок с преобладанием недостаточности клапана; недостаточность кровообращения 2А ст. Размеры таз нормальные. Головка прижата ко входу в малый таз. При сроке беременности 38 недель началась родовая деятельность.

Диагноз. План родоразрешения.

Задача 59

Роды закончились час назад. Послед при осмотре без изменений. Внезапно у роженицы началось обильное кровотечение. Появилось головокружение, общая слабость, пульс 120 уд. в мин., ритмичный. АД 90 и 60 мм рт. ст. Кожные покровы бледные. Матка мягкая, дно ее на 2 п/п выше пупка.

Диагноз. Дальнейшая тактика.

Задача 60

Беременная, 17 лет, состоит на учете в женской консультации с диагнозом: беременность 24 нед. В крови повышено содержание а-ФР. На УЗИ: одноплодная беременность, головное предлежание плода, 1-я позиция, передний вид. БПР- 59 мм, ДБК- 44 мм, ОЖ- 60 мм, ОГ- 59 мм. Органы плода

без патологии, сердцебиение ритмичное, 142 в мин., двигательная активность плода нормальная. В шейном отделе имеется дефект дужек позвонков на протяжении 20 мм. Количество вод повышено. Плацента по передней стенке, 0 степени зрелости.

Заключение. Прогноз.

ОТВЕТЫ НА ЗАДАЧИ ПО АКУШЕРСТВУ

Задача 1

Диагноз. Беременность доношенная. Головное предлежание. Отягощенный акушерский анамнез. Рубец на матке. Преждевременное излитие вод.

План. Родоразрешение путем операции кесарева сечения. Показания: Рубец на матке, осложненное течение послеоперационного периода.

Задача 2

Диагноз. Беременность 39-40 недель. Чисто ягодичное предлежание. II период родов. Выпадение петель пуповины. Острая гипоксия плода. Отягощенный акушерский анамнез.

План. Экстракция плода за тазовый конец.

Задача 3

Диагноз. Беременность 37-38 недель. Эклампсия.

План. Эндотрахеальный наркоз, перевод на ИВЛ. Интенсивная терапия гестоза: инфузионная терапия, гипотензивная терапия. Родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Задача 4

Диагноз. Беременность 31-32 недель. Двойня? Многоводие?

План. УЗИ с целью дифференциальной диагностики.

Задача 5

Диагноз. Беременность 39-40 недель. Преэклампсия. Преждевременная отслойка плаценты. Острая гипоксия плода.

План. ИВЛ, экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения. Интенсивная терапия: инфузионная, гипотензивная.

Задача 6

Диагноз. Беременность 39-40 недель. Головное предлежание. II период родов. Эклампсия.

План. Эндотрахеальный наркоз, экстренное родоразрешение путем операции наложения полостных акушерских щипцов. Далее интенсивная терапия: инфузионная, гипотензивная.

Задача 7

Диагноз. Беременность 30-31 недель. Преэклампсия. Плацентарная недостаточность. Внутриутробная задержка роста плода. Маловодие.

План. Эндотрахеальный наркоз, ИВЛ. Лечение преэклампсии. Экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Задача 8

Диагноз. Беременность 32 недель. Эклампсия.

План. Эндотрахеальный наркоз, перевод на ИВЛ. Инфузионная, гипотензивная терапия. Исключить кровоизлияние в мозг. Экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Задача 9

Диагноз. Беременность 39-40 недель. Головное предлежание. II период родов. Преждевременная отслойка плаценты. Острая гипоксия плода.

План. Амниотомия. Наложение полостных акушерских щипцов.

Задача 10

Диагноз. Беременность 6-7 недель. Угрожающий самопроизвольный выкидыш? Внематочная беременность?

План. УЗИ. При маточной беременности - лечение, направленное на сохранение беременности. При внематочной беременности оперативное лечение.

Задача 11

Диагноз. 39-40 недель. Смешанное ягодичное предлежание. II период родов. Острая гипоксия плода.

План. Экстракция плода за тазовый конец.

Задача 12

Диагноз. Беременность 39-40 недель. I затылочное вставление, передний вид. II период родов. Острая гипоксия плода.

План. Наложение полостных акушерских щипцов.

Задача 13

Диагноз. Беременность 35-36 недель. Головное предлежание. Тяжелая преэклампсия. Преждевременная отслойка плаценты. Острая гипоксия плода.

План. Экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Задача 14

Амниотомия. Наркоз. Поворот плода на ножку с последующим извлечением за тазовый конец.

Задача 15

Диагноз. Беременность 25-26 недель. Предлежание плаценты?

План. Госпитализация в отделение патологии беременных, где будет произведен осмотр шейки матки при помощи зеркал. УЗИ.

Лечение: токолитическое, гемостатическое, антианемическое.

Задача 16

Диагноз. Беременность 39-40 недель. Интранатальная гибель плода. II период родов. Запущенное поперечное положение плода.

План. Плодоразрушающая операция - декапитация, ручное обследование стенок полости матки.

Задача 17

Дальнейшее наблюдение врача женской консультации. Рекомендации по гимнастике, направленной на исправление тазового предлежания. При сохранении тазового предлежания - госпитализация за 2 недели до родов.

Задача 18

Диагноз. Беременность 38 недель. Тазовое предлежание. Преждевременное излитие вод. Преэклампсия. Отягощенный акушерский анамнез.

План. Родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Задача 19

Диагноз. Беременность 15-16 недель. Угроза прерывания беременности.

План. Госпитализация в отделение патологии беременных. Обследование и лечение, направленное на пролонгирование беременности.

Задача 20

Диагноз. Беременность 17 недель. Угроза прерывания беременности. Отягощенный акушерский анамнез. Привычное невынашивание. Истмико-цервикальная недостаточность.

План. Госпитализация в отделение патологии беременных. Обследование. Лечение, направленное на пролонгирование беременности.

Задача 21

Диагноз. Беременность 41 недель. Головное предлежание. II период родов. Крупный плод. Гипоксия плода. Клинически узкий таз. План. Родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Задача 22

Диагноз. Беременность 41 недель. Головное предлежание. Общеравномерносуженный таз I степени. Плацентарная недостаточность. Маловодие.

План. Родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Задача 23

Диагноз. Беременность 40 недель. Головное предлежание. Второй период родов. Плоскоррахитический таз I степени сужения. Клинически узкий таз. Острая гипоксия плода. Угрожающий разрыв матки.

План. Наркоз. Срочное чревосечение. Кесарево сечение.

Задача 24

Диагноз. Эндометрит.

План. Клинический анализ крови, общий анализ мочи, мазки на флору, бак. посев из цервикального канала. УЗИ. Гистероскопия.

Задача 25

Диагноз. Беременность 40 недель. Первый период родов. Боковое предлежание плаценты. Кровотечение.

План. Амниотомия. При прекращении кровотечения, роды вести консервативно, под контролем за состоянием плода и характером кровяных выделений из половых путей. При продолжении кровотечения - чревосечение, кесарево сечение.

Задача 26

Диагноз. Начавшийся выкидыш малого срока? Внематочная беременность?

План. УЗИ, анализ мочи на ХГ. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища, лапароскопия.

Задача 27

Диагноз. Беременность 40 недель. Центральное предлежание плаценты.

План. Чревосечение. Кесарево сечение.

Задача 28

Беременность 41-42 недель. Головное предлежание. Общеравномерносуженный таз I-II степени. Крупный плод. Юная первородящая.

План. Чревосечение. Кесарево сечение.

Задача 29

Диагноз. Беременность 40 недель. Преждевременное излитие вод. Отягощенный акушерский анамнез. Неполноценный рубец на матке.

План. Чревосечение. Кесарево сечение.

Задача 30

Диагноз. III период первых срочных родов крупным плодом. Частичное плотное прикрепление плаценты. Кровотечение.

План. Ручное отделение плаценты и выделение последа.

Задача 31

Диагноз. Беременность 40 недель. I период родов. Отягощенный акушерский анамнез. Несостоятельный рубец на матке. Полный разрыв матки. Геморрагический шок. Интранатальная гибель плода.

План. Наркоз. Чревосечение, гистерэктомия. Инфузионно-трансфузионная терапия.

Задача 32

Тактика. Извлечение плода за тазовый конец.

Задача 33

Диагноз. Беременность 40 недель. Затылочное вставление. Первая позиция. Передний вид. Второй период родов. Тяжелая преэклампсия. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

План. Операция наложения полостных акушерских щипцов, ручное отделение и выделение последа.

Задача 34

Диагноз. Ранний послеродовый период. ДВС синдром. Кровотечение.

План. Введение плазмы, ингибиторов фибринолиза. Чревосечение. Перевязка маточных артерий, внутренних подвздошных артерий. Удаление матки?

Задача 35

Диагноз. Ранний послеродовый период. Геморрагический шок.

План. Лечение шока. Инфузионно-трансфузионная терапия, продолжить утеротоническую терапию.

Задача 36

Диагноз. Ранний послеродовый период. Гипотоническое кровотечение. Геморрагический шок.

План ведения. Ручное обследование стенок полости матки. Бережный дозированный наружно-внутренний массаж матки, введение плазмы и ингибиторов фибринолиза, кристаллоидных и коллоидных растворов. При отсутствии эффекта чревосечение, перевязка внутренних подвздошных артерий, удаление матки.

Задача 37

Диагноз. Беременность 40 недель. Головное предлежание. Крупный плод. Отягощенный акушерский анамнез. Возможные осложнения: клинически узкий таз, разрыв матки, кровотечение в последовом и раннем послеродовом периодах, родовой травматизм плода.

Профилактические мероприятия: ведение родов с функциональной оценкой таза, профилактика гипоксии плода и кровотечения.

Задача 38

Диагноз. III период первых срочных родов крупным плодом. Частичное плотное прикрепление плаценты. Кровотечение.

План. Ручное отделение и выделение последа, инфузионная терапия, утеротоническая терапия.

Задача 39

Диагноз. Первые срочные роды, двойня. Ранний послеродовый период. Кровотечение.

План. Утеротоническая терапия. Ручное обследование стенок полости матки, осмотр родовых путей при помощи зеркал

Задача 40

Диагноз. Четвертые срочные роды, крупный плод. Ранний послеродовый период. Гипотоническое кровотечение

План. Катетеризация мочевого пузыря, ручное обследование стенок полости матки, наружно-внутренний дозированный массаж матки, лед на живот. Осмотр родовых путей при помощи зеркал. Внутривенное введение окситоцина.

Задача 41

Диагноз. Беременность 40 недель. Головное предлежание. I период родов. Гестоз. Отслойка нормально расположенной плаценты. Интранатальная гибель плода.

План. Чревосечение. Кесарево сечение. Инфузионно-трансфузионная терапия.

Задача 42

Диагноз. Беременность 37 недель. Головное предлежание. Отягощенный акушерский анамнез. Неполюценный рубец на матке.

План. Чревосечение. Кесарево сечение.

Задача 43

Диагноз. III период родов. Частичное плотное прикрепление плаценты. Кровотечение.

Дифференциальный диагноз: разрыв шейки матки, разрыв матки.

План. Ручное отделение плаценты и выделение последа. Контрольное ручное обследование стенок полости матки, осмотр шейки матки и стенок влагалища с помощью зеркал.

Задача 44

Диагноз. Беременность 40 недель. Второй период родов. Отягощенный акушерский анамнез. Полный разрыв матки. Интранатальная гибель плода. Травматический и геморрагический шок.

План. Наркоз. Чревосечение. Удаление матки. Инфузионная терапия.

Задача 45

Диагноз. Беременность 40 недель. Переднеголовное предлежание первая позиция. Второй период родов. Простой плоский таз второй степени сужения. Клинически узкий таз. Начавшийся разрыв матки. Острая гипоксия плода.

План. Наркоз. Чревосечение. Кесарево сечение.

Задача 46

Диагноз. Беременность 37 недель. Отягощенный акушерский анамнез. Несостоятельность рубца на матке.

План. Госпитализация. Экстренное родоразрешение. Чревосечение. Кесарево сечение.

Задача 47

Диагноз. Беременность 36 недель, I период родов, краевое предлежание плаценты.

План. Амниотомия. Роды вести через естественные родовые пути под контролем за состоянием плода и характером выделений из половых путей, при усилении кровяных выделений - кесарево сечение.

Задача 48

Диагноз. Беременность 40 недель. Смешанное ягодичное предлежание. II период родов. Спазм шейки матки.

План: внутривенно ввести спазмолитики. Выведение головки - прием Морисо-Левре-Ляшапель.

Задача 49

Диагноз. Беременность 40 недель. Чистоягодичное предлежание. Передний вид. Первый период родов.

План. Роды вести через естественные родовые пути. Во II периоде - пособие по Цовьянову.

Задача 50

Диагноз. Беременность 40 недель. Ножное предлежание. I период родов, первородящая в 35 лет.

План. Чревосечение. Кесарево сечение.

Задача 51

Диагноз. Беременность 35 недель. Косое положение плода.

План. Пролонгирование беременности. Дородовая госпитализация в 38 недель беременности.

Задача 52

Диагноз. Беременность 40 недель. Чистоягодичное предлежание. II период родов. Второй момент биомеханизма - боковое сгибание позвоночника в поясничном отделе.

План. Пособие по Цовьянову.

Задача 53

Диагноз. Беременность 40 недель. Головное предлежание. I период родов. Раннее излитие вод. Простой плоский таз I степени сужения.

План. Роды вести консервативно, с функциональной оценкой таза, профилактикой гипоксии плода и кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде.

Задача 54

Беременность 40 недель. Головное предлежание. Высокое прямое стояние стреловидного шва. Задний вид. Поперечносуженный таз. 2-й период родов.

Срочная операция кесарева сечения.

Задача 55

Роды двойней. Головное предлежание первого плода. 1-й период родов.

Роды вести через естественные родовые пути. После родов 1-го плода влагалитическое исследование, амниотомия 2-го плода, после чего роды вести соответственно акушерской ситуации. Профилактика гипотонического кровотечения.

Задача 56

Беременность 36 недель. Умеренная преэклампсия.

Показана срочная госпитализация в отделение патологии. Посиндромная терапия.

Задача 57

Беременность 40 недель. Чисто ягодичное предлежание. 1-й период родов. Раннее излитие околоплодных вод.

Роды вести через естественные родовые пути. 2 период вести с оказанием пособия по методу Цовьянова.

Задача 58

1-й период срочных родов. Комбинированный митральный порок сердца, H2A.

Родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Задача 59

Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде. Опорожнение мочевого пузыря, наружный массаж матки с одновременным введением сокращающих средств. При развернутой операционной - ручное обследование полости матки и массаж матки на кулаке с одновременным введением кровезаменителей. При отсутствии эффекта - лапаротомия, перевязка внутренних подвздошных артерий, надвлагалищная ампутация или экстирпация матки.

Задача 60

Врожденное уродство плода - spina bifida в шейном отделе позвоночника.

Показано прерывание беременности по медицинским показаниям.

Задачи по гинекологии

Задача 1

Пациентка 26 лет поступила в гинекологический стационар с жалобами на слабость, головокружение, внезапно возникшие острые боли в нижних отделах живота, иррадиирующие в область прямой кишки, скудные кровянистые выделения из влагалища. Из анамнеза известно: последняя менструация была 5 недель назад, тест на беременность – положительный. При двуручном исследовании справа от матки пальпируется образование 5 на 5 см, резко болезненное при пальпации, малоподвижное, тестоватой консистенции. Отмечается болезненность и нависание заднего свода влагалища.

Диагноз? Тактика ведения?

Задача 2

Пациентка 54 лет обратилась к врачу с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, больше слева, которые периодически беспокоят больную в течение 3 месяцев. Постменопауза 2 года. При двуручном исследовании выявлено: тело матки не увеличено, слева и кзади от матки определяется объемное образование 6 на 7 см в диаметре овоидной формы, тугоэластической консистенции, малоподвижное, чувствительное при пальпации. По данным ультразвукового исследования: слева от матки визуализируется гипоэхогенное многокамерное образование с перегородками размерами 6 x 7 см.

Диагноз? Тактика ведения?

Задача 3

Больная 20 лет поступила в отделение с жалобами на резкие боли в нижних отделах живота, возникшие внезапно, после поднятия тяжести, слабость, тошноту. Из анамнеза: последняя менструация была 2 недели назад. Объективно: кожные покровы бледные, чистые. Артериальное давление 90/60 мм.рт.ст. Пульс 110 уд. в минуту, ритмичен. ЧД – 26 в минуту. Язык сухой. Живот мягкий, умеренно вздут, болезненный в нижних отделах, больше слева. В левой подвздошной области выражен дефанс мышц передней брюшной стенки. Перитонеальные симптомы не определяются. В отлогих местах отмечается притупление перкуторного звука.

Предполагаемый диагноз? Тактика ведения?

Задача 4

Пациентка 74 лет поступила в стационар с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, недомогание. Из анамнеза известно: постменопауза 22 года. В течение 20 лет у гинеколога не наблюдалась. За последний год отмечает снижение веса на 15 кг, периодически беспокоящую вялость, слабость, снижение аппетита. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании с обеих сторон от матки определяются образования неправильной формы, «каменистой» плотности, неподвижные, с бугристой поверхностью, спаянные с окружающими тканями, болезненные при пальпации.

Диагноз? Тактика обследования и лечения?

Задача 5

Пациентка 39 лет обратилась к гинекологу с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, возникающие после полового акта. Из анамнеза выявлено, что 10 лет назад больная наблюдалась у гинеколога по поводу эрозии шейки матки, ассоциированной с папилломавирусной инфекцией (16 тип). От предложенного лечения пациентка отказалась. При осмотре в зеркалах: шейка матки цилиндрическая, наружный зев щелевидный. На задней губе определяется кратерообразное углубление 0,5 на 0,7 см с неровными краями, из которого на момент осмотра поступает кровь в незначительном количестве.

Диагноз? Тактика лечения?

Задача 6

Пациентка 23 лет жалуется на схваткообразные боли в правой подвздошной области, незначительные кровяные выделения из влагалища. Последняя нормальная менструация была 6 недель назад. Из анамнеза: в детстве больная перенесла аппендэктомия, осложненную перитонитом. При осмотре в зеркалах выявлено: шейка матки цилиндрической формы, цианотична, наружный зев закрыт, из цервикального канала выделяется темная кровь. При двуручном исследовании: тело матки больше нормы,

справа определяется образование тестоватой консистенции, размерами 4 на 5 см, болезненное при пальпации. Область левых придатков без особенностей.

Предполагаемый диагноз и план ведения?

Задача 7

Пациентка 29 лет обратилась к гинекологу с жалобами на скудные, нерегулярные менструации. Из анамнеза: менархе в 12 лет. В 14-летнем возрасте больная перенесла корь, осложнившуюся менингоэнцефалитом. После перенесенного заболевания менструальный цикл стал нерегулярным, отмечалась прибавка в весе, в течение последних 2 лет наблюдается избыточное оволосение над верхней губой и на внутренней поверхности бедер. Беременностей не было.

Предполагаемый диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо провести?

Задача 8

Пациентка 31 года обратилась к гинекологу с жалобами на отсутствие беременности в течение 5 лет. В анамнезе у пациентки 1 роды, 4 аборта. 6 лет назад больная лечилась в гинекологическом стационаре по поводу острого двустороннего сальпингоофорита с образованием тубовариальных воспалительных опухолей с обеих сторон, пельвиоперитонита. По данным базальной термометрии – двухфазный менструальный цикл. Исследование гормонального профиля пациентки – без патологии. Показатели спермограммы мужа в пределах нормативных значений.

Диагноз? Тактика ведения?

Задача 9

Больная 21 года поступила в приемное отделение с жалобами на схваткообразные боли в нижних отделах живота, обильные кровяные выделения из влагалища. Последняя менструация 8 недель назад. Осмотр при помощи зеркал: шейка матки цилиндрическая, наружный зев открыт, в цервикальном канале определяется большое количество сгустков крови с участками губчатой ткани темно-багрового цвета. При двуручном исследовании тело матки увеличено до 8 недель беременности, мягковатое, болезненное, возбудимое при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные, глубокие.

Диагноз? План лечения?

Задача 10

Пациентка 42 лет обратилась к гинекологу с жалобами на кровяные выделения из половых путей. Последняя менструация 3 недели назад. 5 дней назад вновь появились кровяные выделения, которые постепенно усиливаются. В течение 7 лет больная наблюдается по поводу миомы матки. При двуручном исследовании установлено: тело матки увеличено до 8-9

недель беременности, плотное, бугристое, безболезненное. Придатки не определяются. Своды свободные, глубокие.

Диагноз? Тактика ведения?

Задача 11

Пациентка 53 лет предъявляет жалобы на тянущие боли в низу живота, склонность к запорам. Постменопауза 4 года. В течение 15 лет больная наблюдалась у гинеколога по поводу миомы матки. Последний визит к врачу – 3 года назад. При двуручном исследовании определяется тело матки, увеличенное до 17-18 недель беременности, плотное, бугристое, безболезненное. Область придатков с обеих сторон без особенностей.

Диагноз? План лечения?

Задача 12

При профилактическом ультразвуковом исследовании у пациентки 39 лет выявлено: тело матки расположено срединно, не увеличено, с четкими, ровными контурами, М-эхо соответствует дню менструального цикла, правый яичник 21 x 19 x 16 мм, с фолликулами величиной 3-6 мм. Левый яичник представлен однокамерным гипоехогенным образованием 35 x 38 мм, с утолщенной капсулой, по внутренней поверхности которой визуализируются единичные сосочковые разрастания величиной 4-7 мм.

Диагноз? Тактика ведения?

Задача 13

У пациентки 33 лет отмечаются болезненные, обильные менструации, сопровождающиеся «мажущими» кровянистыми выделениями до менструации. Больная отмечает нарастание болевого синдрома до менструации и особенно в ее первый день. При двуручном исследовании выявлено: тело матки увеличено до 5-6 недель беременности, плотное, с гладкой поверхностью, подвижное, чувствительное при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются. При ультразвуковом сканировании выявлена выраженная «неоднородность», «ячеистость» структуры миометрия, с чередованием гипер- и гипоехогенных участков, особенно по задней стенке.

Диагноз? Тактика обследования и лечения?

Задача 14

Пациентка 30 лет жалуется на тянущие боли в нижних отделах живота, появляющиеся до менструации и исчезающие в первые дни цикла. В анамнезе больная перенесла резекцию левого яичника по поводу эндометриоидной кисты. При двуручном исследовании выявлено: слева и сзади от матки пальпируется объемное образование округлой формы, тугоэластической консистенции, 5 x 6 см в диаметре, чувствительное при исследовании. При трансвагинальной эхографии слева от матки определяется округлое

образование 5х6 см однокамерное, содержимое - с мелкодисперсной взвесью, смещаемой при легкой перкуссии датчиком.

Диагноз и тактика ведения?

Задача 15

Пациентка 17 лет обратилась к гинекологу с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, больше слева. Менструации с 12 лет, установились в течение 6 месяцев, через 28 дней, по 5 дней, умеренные, безболезненные. Половую жизнь пациентка отрицает. Произведено трансабдоминальное ультразвуковое исследование, при котором выявлено: тело матки 35 x 21 x 17 мм, с четкими ровными контурами, миометрий однородной эхоструктуры, М-эхо соответствует дню менструального цикла. Правый яичника без особенностей. В проекции левого яичника определяется округлое однокамерное образование 35 x 36 мм анэхогенной эхоструктуры, с тонкой стенкой.

Ваш диагноз? Тактика ведения?

Задача 16

Больная 78 лет обратилась к гинекологу поликлиники с жалобами на кровяные выделения из половых путей. Из анамнеза: постменопауза 27 лет, в течение которых пациентка у гинеколога не наблюдалась. Гинекологические заболевания отрицает. При двуручном исследовании патологии не выявлено. При трансвагинальном сканировании установлено: тело матки 56 x 35 x 24 мм, с четкими контурами. М-эхо 16 мм, неоднородного строения, граница между эндометрием и миометрием по передней стенке нечеткая, с фестончатыми краями.

Предполагаемый диагноз? Тактика ведения больной?

Задача 17

Пациентка 37 лет отмечает изменение характера менструального цикла в течение последних 6 месяцев: менструации стали более обильными, болезненными. При двуручном исследовании патологии не выявлено. При ультразвуковом сканировании: тело матки 51x31x24 мм, миометрий однородного строения. М-эхо толщиной 18 мм, в верхней трети полости матки определяется гиперэхогенное образование 5 x 4 мм.

Диагноз? Тактика ведения?

Задача 18

Пациентка 25 лет заболела остро, на 5 день менструального цикла, когда появились тянущие боли в нижних отделах живота, выделения из влагалища с неприятным запахом. В течение последних 2 дней отмечался подъем температуры до 37,5-38,0°C. При осмотре в зеркалах: из цервикального канала гнойное отделяемое в умеренном количестве. При двуручном исследовании тело матки не увеличено, плотное, подвижное,

безболезненное. Придатки с обеих сторон увеличены, болезненные при исследовании. Своды свободные, глубокие.

Диагноз? Тактика ведения?

Задача 19

Пациентка 30 лет обратилась к гинекологу с жалобами на отсутствие беременности. Менструации с 13 лет, нерегулярные, через 30-45 дней, умеренные, безболезненные. В анамнезе беременностей не было. При гинекологическом осмотре и ультразвуковом исследовании патологии не выявлено. По данным тестов функциональной диагностики – монофазный тип кривой (температура не превышает 36,4 – 36,8°C).

Диагноз? Предполагаемый алгоритм обследования и лечения?

Задача 20

Пациентка 47 лет поступила в стационар с жалобами на интенсивные боли в нижних отделах живота, возникшие после поднятия тяжести. Последняя менструация 3 недели назад. Кожные покровы обычной окраски, АД 120/80 мм. рт. ст., пульс 100 ударов/мин., ритмичен. Живот мягкий, несколько вздут, болезненный в нижних отделах. Осмотр затруднен из-за защитного напряжения мышц передней брюшной стенки. При двуручном исследовании: справа от матки объемное образование 12 x 14 см в диаметре, овоидной формы, малоподвижное, резко болезненное при исследовании. Из анамнеза известно, что пациентка наблюдается у гинеколога по поводу цистаденомы правого яичника.

Диагноз? Тактика ведения?

Задача 21

Пациентка 36 лет обратилась к гинекологу с жалобами на задержку менструации на 7 дней. Последняя менструация 5 недель назад. Тест на ХГ в домашних условиях положительный. При осмотре состояние удовлетворительное. Гемодинамические показатели в пределах нормы. Живот мягкий, безболезненный, перитонеальных симптомов нет. При двуручном исследовании тело матки больше нормы, справа от матки пальпируется образование 3x4 см, слегка чувствительное свободные глубокие. При трансвагинальной эхографии М-эхо толщиной 18 мм, плодное яйцо в полости матки не определяется.

Диагноз? Тактика ведения?

Задача 22

Больная 34 лет поступила в гинекологический стационар с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, подъем температуры до 38,2°C, обильные выделения из влагалища с неприятным запахом. Последняя менструация 8 дней назад. Из анамнеза известно, что 10 лет назад пациентке был установлен ВМК. Осмотр при помощи зеркал: шейка матки

цилиндрическая, из цервикального канала исходят «нити» ВМК, отмечаются обильные гнойные выделения. При двуручном исследовании: тело матки увеличено до 6 недель беременности, мягковатое, малоподвижное, болезненное. Придатки с обеих сторон увеличены, болезненные. Своды свободные, глубокие.

Диагноз? Тактика ведения?

Задача 23

Пациентка 22 лет обратилась с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, кровяные выделения из половых путей. Последняя менструация 6 недель назад. Состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, язык влажный. АД 120/75 мм. рт. ст. Пульс 78 ударов в мин., ритмичен. Живот мягкий, не вздут, перитонеальных симптомов нет. Осмотр при помощи зеркал: шейка цилиндрической формы, цианотична, наружный зев закрыт, из цервикального канала скудные кровяные выделения. При двуручном исследовании тело матки увеличено до 6 недель беременности, мягкое, подвижное, чувствительное при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие.

Диагноз? Тактика обследования и лечения?

Задача 24

У больной 37 лет, наблюдавшейся у гинеколога по поводу миомы матки, в течение 2 недель продолжаются кровяные выделения из половых путей. Менструации через 30 дней, по 8 дней, обильные, со сгустками, безболезненные. В течение последних 6 месяцев больная отмечает недомогание, слабость. При объективном обследовании наблюдается бледность кожных покровов. Живот мягкий, безболезненный. Клинический анализ крови – Нв – 91 г/л, эритроциты – $2,4 \times 10^6$.

Диагноз? План ведения?

Задача 25

У больной 24 лет на профилактическом гинекологическом осмотре вокруг наружного зева шейки матки выявлен участок ярко-красного цвета 0,5 x 0,7 мм с четкими контурами, который не кровоточит при контакте. При двуручном исследовании патологии не выявлено.

Предполагаемый диагноз? План обследования и лечения данной пациентки.

Задача 26

У больной 33 лет при осмотре в зеркалах на передней губе шейки матки выявлен участок белесоватого цвета с ровными четкими контурами, возвышающийся над здоровой поверхностью шейки матки.

Предполагаемый диагноз?

Какие дополнительные методы обследования необходимо произвести для верификации диагноза?

Задача 27

Больная 28 лет поступила с жалобами на резкие боли внизу живота, иррадиирующие в область прямой кишки, предобморочное состояние, головокружение, слабость. Кожные покровы бледные, АД 90/65 мм.рт.ст. Пульс 110 ударов в мин., ритмичен. Живот мягкий, вздут, болезненный в нижних отделах, особенно в левой подвздошной области. При перкуссии наблюдается притупление перкуторного звука в боковых отделах живота. Последняя нормальная менструация 3 недели назад. Из анамнеза известно, что 2 месяца назад у больной выявлена киста желтого тела левого яичника, по поводу которой она наблюдается у гинеколога.

Диагноз? Тактика ведения?

Задача 28

Пациентка 49 лет обратилась к гинекологу по поводу периодически беспокоящих тянущих болей в низу живота. Впервые боли появились год назад. Менструальный цикл не нарушен. Последняя менструация 3 недели назад. При ультразвуковом сканировании справа от матки определяется объемное образование гипоэхогенной эхоструктуры, однокамерное, овоидной формы 6 x 7 см в диаметре, толщина стенки 3 мм. Внутренняя поверхность капсулы гладкая.

Диагноз? Тактика ведения?

Задача 29

Пациентка 48 лет поступила с жалобами на схваткообразные боли в нижних отделах живота, обильные кровяные выделения из половых путей. В течение 5 лет наблюдается у гинеколога по поводу миомы матки. Последняя менструация началась 7 дней назад. При осмотре в зеркалах шейка матки цилиндрическая, наружный зев открыт, в цервикальном канале определяется округлое образование 1,5 x 2 см с гладкой поверхностью, багрово-цианотичной окраски на тонкой ножке. При двуручном исследовании тело матки увеличено до 8 недель беременности, резко болезненное, плотное, с бугристой поверхностью.

Диагноз и план ведения?

Задача 30

Пациентка 30 лет поступила в стационар с жалобами на тянущие боли в низу живота, гнойные выделения из половых путей, повышение температуры тела до 38,0°C. Неделю назад пациентке был произведен медицинский аборт на сроке беременности 7 недель. При двуручном исследовании тело матки увеличено до 8 недель беременности,

малоподвижное, болезненное при пальпации, мягковатой консистенции. Придатки без особенностей. Своды свободные, глубокие.

Диагноз? Тактика лечения?

Задача 31

Пациентка 45 лет поступила в приемное отделение с жалобами на резкие боли в нижних отделах живота, сухость во рту, тошноту. Последняя менструация 3 недели назад. В течение 10 лет наблюдается у гинеколога по поводу множественной миомы матки. Заболела остро, когда после физической нагрузки внезапно возникли боли, недомогание. При осмотре тело матки увеличено до 12 недель беременности, из дна матки исходит округлое образование с четкими контурами, размерами 6х7 см, резко болезненное при исследовании.

Предполагаемый диагноз? Тактика ведения?

Задача 32

У больной 25 лет при скрининговом ультразвуковом исследовании обнаружено: тело матки и правые придатки без особенностей. Левый яичника размерами 66 x 57 x 58 мм, из нижнего полюса исходит образование округлой формы 44 x 47 мм неоднородной эхоструктуры, содержащее включения гипо- и гиперэхогенной плотности. По внутренней стенке образования определяется гиперэхогенная структура 12x14 мм, напоминающая по форме бугорок.

Диагноз? Тактика лечения?

Задача 33

При ультразвуковом сканировании у пациентки 22 лет выявлено: тело матки не увеличено, толщина и эхогенность М-эхо соответствуют дню менструального цикла. Правый яичника 28 x 21 x 16 мм, левый яичник 22 x 18 x 13 мм. Медиальнее, между телом матки и левым яичником определяется однокамерное образование округлой формы с ровными контурами анэхогенной структуры 20 x 24 мм.

Диагноз? Тактика лечения?

Задача 34

У больной 65 лет при профилактическом ультразвуковом исследовании выявлено: тело матки 41 x 25 x 18 мм, с четкими ровными контурами, миометрий однородной эхоструктуры. М-эхо 9 мм, неоднородного строения. Граница между М-эхо и миометрием ровная, тонкая на всем протяжении. Пациентка жалоб не предъявляет. Постменопауза 15 лет.

Диагноз? Тактика ведения?

Задача 35

Больная 36 лет обратилась с жалобами на отсутствие менструации в течение 6 месяцев, усиление роста волос над верхней губой, огрубение голоса. При гинекологическом исследовании патологии не выявлено. Произведено УЗИ, при котором обнаружено: тело матки размерами 42x25x21 мм, миометрий однородного строения, с четкими контурами. Левый яичник 24x21x16 мм с единичными фолликулами диаметром не более 5 мм. Правый яичник 46x42x30 мм, в структуре - округлое образование солидного строения, повышенной эхогенности 25 x 27 мм.

Предполагаемый диагноз? Тактика лечения?

Задача 36

Пациентка 30 лет обратилась к гинекологу с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, повышение температуры тела до 39,5°C, озноб, гнойные выделения из половых путей. В анамнезе у больной хронический аднексит. Последняя менструация – 2 недели назад, после чего появились незначительные ноющие боли в низу живота, самостоятельно лечилась антибиотиками – с временным положительным эффектом. В течение последних суток самочувствие ухудшилось. При гинекологическом осмотре тело матки не увеличено, безболезненное, плотное, подвижное. Справа и слева от матки определяются объемные образования размерами 6x8 см, неподвижные, округлой формы, болезненные при пальпации.

Диагноз? Тактика ведения?

Задача 37

Больная 38 лет в течение года отмечает длительные, обильные менструации, нередко – со сгустками. В течение 3 лет наблюдается у гинеколога по поводу миомы матки. При ультразвуковом исследовании на 7 день цикла выявлено: тело матки увеличено до 8 недель беременности, с четкими неровными контурами, в структуре миометрия визуализируются множественные миоматозные узлы, один из которых расположен по задней стенке, размерами 15x18 мм, деформирует полость матки. М-эхо 14 мм, неоднородного строения. Правый и левый яичники без патологии.

Диагноз? Тактика ведения?

Задача 38

Пациентка 32 лет жалуется на отсутствие беременности в течение 5 лет. Менструальный цикл не нарушен. По данным гинекологического обследования, исследования гормонального статуса и ультразвукового сканирования патологии не выявлено. Обследование по тестам функциональной диагностики выявило двухфазный менструальный цикл. Показатели спермограммы мужа – в пределах нормативных значений. При диагностической лапароскопии на брюшине Дугласова пространства и маточных труб выявлены единичные очаги округлой формы синюшного цвета размерами не более 4-7 мм.

Диагноз? Тактика лечения?

Задача 39

Больная 27 лет обратилась к гинекологу с жалобами на кровяные выделения из половых путей, продолжающиеся в течение 5 дней. Последняя менструация 3 недели назад. При двуручном исследовании тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное, придатки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненна. Своды свободные, глубокие. При ультразвуковом сканировании тело матки с четкими ровными контурами, 46x24x19мм. М-эхо 4 мм, однородное. Яичники – без патологии. Содержание β -субъединицы ХГ (хорионического гонадотропина) в крови = 0 ЕД.

Диагноз? План ведения?

Задача 40

Беременность 20 недель. За последние 2 месяца матка не только не увеличилась, но даже уменьшилась, по величине соответствует 10 недельному сроку. Шейка матки закрыта, выделений нет. Самочувствие и общее состояние удовлетворительные.

Диагноз. План ведения.

Задача 41

Больная, 24 лет, обратилась с жалобами на бели и контактные кровяные выделения. Менструальная функция не нарушена. Половая жизнь с 23 лет, в браке, без предохранения от беременности. Беременностей в течение 8 месяцев не было. Гинекологические заболевания отрицает. Заболела 3 месяца назад, когда появились бели и контактные кровяные выделения. При осмотре шейки матки при помощи зеркал - поверхность вокруг наружного зева ярко-красного цвета, покрытая гноевидными выделениями, размером 2x2 см. При влагиалищном исследовании - пальпаторно шейка матки обычной консистенции, наружный зев закрыт. Матка и придатки - без особенностей. Выделения - бели с примесью крови.

Диагноз? План ведения?

Задача 42

Больная 37 лет, поступила с жалобами на боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, высокую температуру. Менструальная функция не нарушена. Последняя менструация - 2 дня назад. Заболела остро, после случайной половой связи. Появились боли внизу живота, озноб, температура 39,0°C. При пальпации живот резко болезненный в нижних отделах, положительные симптомы раздражения брюшины. При влагиалищном исследовании матка и придатки четко не контурируются из-за резкой болезненности и напряжения мышц живота. Выделения обильные, гноевидные.

Диагноз? План ведения?

Задача 43

Больная 56 лет поступила в стационар с жалобами на кровяные выделения из половых путей.

Постменопаузальный период 6 лет. В анамнезе - миома матки малых размеров. Последнее посещение гинеколога 5 лет назад.

Предположительный диагноз? План обследования?

Задача 44

Больная 45 лет предъявляет жалобы на ациклические кровяные выделения, которые беспокоят в течение 6 месяцев. По данным УЗИ - гиперплазия эндометрия.

Предположительный диагноз? План обследования?

Задача 45

Больная 15 лет, доставлена в стационар машиной скорой помощи с диагнозом: Подострый двухсторонний сальпингоофорит. Жалобы на боли в левой подвздошной области, с иррадиацией в прямую кишку. Боли возникли резко, в левой подвздошной области, затем над лоном. Тошноты, рвоты не было. Последняя нормальная менструация - 2 недели назад. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа и слизистые нормальной окраски, АД 110/70 мм. рт. ст. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области. Перитонеальных симптомов нет. При двуручном ректо-абдоминальном исследовании матка не увеличена, плотная, безболезненная. Придатки справа - не увеличены, безболезненные. Слева - придатки без четких контуров, область их при пальпации болезненная. Диагноз? Дифференциальный диагноз? План ведения?

Задача 46 Больная 26 лет. Задержка менструации на 3 недели. Без проведения дополнительных методов обследования был произведен аборт по желанию пациентки. После выскабливания кровяные выделения из половых путей продолжались. При гистологическом исследовании в соскобе обнаружена децидуальная реакция без ворсин хориона.

Предполагаемый диагноз? План дальнейшего обследования?

Задача 47

Больная 29 лет. Первичное бесплодие (в браке 4 года). Задержка менструации на 4 недели.

Жалоб нет. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании смещение шейки матки безболезненное, тело матки несколько увеличено, мягковатое, справа- утолщенные, мягковатые придатки, своды свободные, безболезненные, выделения светлые.

Диагноз предположительный? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? План обследования?

Задача 48

Больная 38 лет, в анамнезе 2 родов и 3 аборта. Контрацепция ВМС 5 лет. Менструальная функция не нарушена. Через 10 дней после окончания очередной менструации появились боли внизу живота и обильные выделения гнойного характера из половых путей, в связи, с чем обратилась к врачу. Общее состояние удовлетворительное, кожа и слизистые обычной окраски. Температура 37,7°C, L - 9,4x10⁹. При осмотре: живот мягкий, безболезненный, перитониальных симптомов нет. В зеркалах - шейка матки цилиндрическая, из цервикального канала визуализируются контрольные нити ВМС и умеренные слизисто-гнойные выделения. При двуручном исследовании - шейка матки без особенностей, матка несколько больше нормальных размеров, мягко-эластической консистенции, подвижная, умеренно болезненная. Придатки не увеличены, безболезненные при пальпации. Своды глубокие.

Диагноз? Тактика ведения?

Задача 49

Больной 48 лет, предстоит оперативное лечение по поводу множественной миомы матки, размерами соответствующей 18 недель беременности. Жалуется на слабость. Последние 6 месяцев отмечает обильные и длительные менструации. Кожные покровы, видимые слизистые бледные, пульс 84 уд/мин. АД 110/60 мм. рт. ст. НЬ - 76 г/л.

Диагноз? Какие исследования следует произвести?

Тактика? Какая должна быть предоперационная подготовка у данной больной? Объем операции?

Задача 50

Больная 32 лет, обратилась с жалобами на тянущие боли внизу живота, больше справа. Боли беспокоят в течение 3-х месяцев.

Из анамнеза: менструации с 15 лет, по 4-5 дней, болезненные. Последние 6 месяцев отмечает нерегулярные менструации. Половая жизнь с 18 лет, одни роды, 2 искусственных медицинских аборта. Неоднократно лечилась стационарно по поводу воспалительного процесса придатков матки. При двуручном исследовании: тело матки и левые придатки без особенностей. В

области правых придатков определяется образование округлой формы до 6 см в диаметре, малоболезненное при пальпации, подвижное. Данные УЗИ исследования: в проекции правого яичника - образование однокамерное, с тонкой капсулой, с гомогенным содержимым.

Диагноз? План ведения? Объем операции?

Задача 51

Больная 34 лет, обратилась с жалобами на боли внизу живота ноющего характера. Из анамнеза: менструации с 14 лет, по 4-5 дней, в последние 2 года - болезненные, умеренные, регулярные. В течение года беспокоят ноющие боли внизу живота, усиливающиеся накануне и во время менструации. При двуручном исследовании: тело матки и правые придатки без особенностей. Слева и кзади от матки определяется образование до 5 см в диаметре, тугоэластической консистенции, неподвижное, спаянное с окружающими тканями, болезненное при пальпации. При осмотре в динамике отмечается некоторое увеличение размеров образования накануне менструации. Данные УЗИ исследования: в области левого яичника образование с нечеткими контурами, утолщенной оболочкой, однокамерное, до 5-6 см в диаметре.

Диагноз? План ведения?

Задача 52

Больная 28 лет обратилась с жалобами на боли внизу живота больше слева, ноющего характера. Из анамнеза: 2 месяца назад - медицинский аборт в сроке 9-10 недель, осложнился эндометритом. В течение месяца беспокоят боли внизу живота ноющего характера. При двуручном исследовании: тело матки и правые придатки не изменены. В области левых придатков определяется образование округлой формы, мягкоэластичной консистенции до 5-6 см в диаметре, болезненное при пальпации. Данные УЗИ исследования: в области левого яичника - однокамерное образование, с плотной капсулой со взвесью, до 5 см в диаметре.

Диагноз? План ведения?

Задача 53

Больная 35 лет. Жалобы на боли внизу живота, больше справа, тянущего характера. Из анамнеза: менструации с 15 лет, установились через 1,5 года, обильные и болезненные. Из перенесенных заболеваний отмечает хроническое воспаление придатков матки. Боли беспокоят в течение 3-х лет, последние 6 мес. - усилились. При двуручном исследовании: матка и левые придатки без особенностей. В области правых придатков определяется округлое образование, мягкоэластической консистенции, до 8-9 см в диаметре, безболезненное при пальпации. Данные УЗИ: матка и левый яичник без особенностей, правый яичник определяется в виде отдельного анатомического образования, рядом с ним - определяется тонкостенное образование с жидким гомогенным содержимым, округлое, до 8 см в диаметре.

Диагноз? План ведения?

Задача 54

Больная 32 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на темные кровяные выделения из половых путей за 3-5 дней до менструации и боли в нижних отделах живота во время менструации. Эти симптомы

появились у нее в течение последнего года. Половая жизнь с 22 лет. Беременностей - 3.

Первая - закончилась нормальными родами, другие беременности - абортми по желанию. Из гинекологических заболеваний отмечает «эрозию» шейки матки после родов, лечение - диатермокоагуляция. Гинекологический статус - при осмотре при помощи зеркал на шейке матки следы коагуляции и несколько «глазков» сине-багрового цвета. При двуручном исследовании - шейка матки обычной плотности, матка шаровидной формы, безболезненная, чуть больше нормы. Придатки не пальпируются.

Диагноз? План ведения? С какого метода следует начать обследование шейки матки? Чем объяснить изменение формы и величины тела матки?

Задача 55

Больная 32 лет доставлена в клинику с жалобами на резкие боли внизу живота схваткообразного характера. Боли сопровождались полуобморочным состоянием, головокружением, рвотой. Последняя менструация пришла в ожидаемый срок, не прекращается в течение 2-х недель. Из объективных данных обращает на себя внимание бледность кожных покровов, учащение пульса до 100 уд/мин., снижение АД до 90/60 мм. рт. ст. Живот вздут, напряжен, резко болезненный в нижних отделах, при перкуссии - притупление звука в нижних отделах. При осмотре с помощью зеркал: стенки влагалища и шейки матки цианотичные, из цервикального канала - скудные кровяные выделения. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании: движения за шейку матки резко болезненны, матка увеличена до 5 недель беременности, мягковатая. Правые придатки увеличены, болезненны при пальпации. Левые придатки без особенностей. Задний свод выбухает.

Диагноз? Методы дополнительной диагностики? Тактика ведения.

Задача 56

Больная 32 лет, доставлена в больницу в тяжелом состоянии, с жалобами на боли в животе, рвоту, задержку газов. Боли режущего характера, начались ночью, была кратковременная потеря сознания. Из анамнеза - менструации регулярные, безболезненные. Последняя нормальная менструация - 2 недели назад. Из объективных данных обращает на себя внимание учащение пульса до 110 уд/мин., повышение t° до $37,5^{\circ}\text{C}$, сухой язык, вздутие живота, резкая болезненность при пальпации. Через переднюю брюшную стенку пальпируется опухоль с нечеткими контурами в левой половине живота. Осмотр при помощи зеркал - патологии шейки матки и стенок влагалища не выявлено. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании обнаружено: шейка матки плотная, цилиндрической формы, зев закрыт, матка несколько увеличена, ограниченно подвижная, резко болезненная при пальпации. Через левый боковой свод определяется нижний

полюс опухоли тугоэластической консистенции, резко болезненной при движении. Своды свободны.

Диагноз? Тактика ведения?

Задача 57

В гинекологическое отделение доставлена больная 60 лет с жалобами на боли в левой паховой области и левом бедре, особенно по ночам. В моче и кале присутствует кровь. Состояние средней тяжести пульс - 90 /мин, слабого наполнения, АД - 90/60 мм. рт. ст., t - 37,2° С. Больная истощена. Кожа и видимые слизистые бледные. Через переднюю брюшную стенку в гипогастральной области пальпируется плотное образование без четких контуров, неподвижное. Гинекологическое исследование: при осмотре при помощи зеркал влагалище укорочено, в куполе его на месте шейки матки виден кратер с некротическим налетом. Выделения из влагалища имеют цвет «мясных помоев». При двуручном абдоминальном влагалищно-ректальном исследовании: влагалище сужено, стенки инфильтрированы, на месте шейки - кратер с плотными краями. В малом тазу определяется конгломерат опухоли плотной консистенции, доходящей до стенок таза с двух сторон, неподвижный, чувствительный.

Диагноз? Методы исследования. Чем объяснить наличие болей в левом бедре? Какие профилактические меры применяются в женской консультации для выявления заболевания на ранних стадиях? Какое лечение необходимо провести данной больной?

Задача 58

Больная 36 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные менструации. Менструации с 10 лет, по 5 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Последний год - менструации по 7-10 дней, обильные. Половая жизнь с 30 лет. Было 2 беременности: обе закончились искусственными абортами, без осложнений. 6 лет назад была обнаружена миома матки величиной до 6-7 недель беременности. В последний год стала отмечать ухудшение самочувствия, слабость после окончания менструации. Полгода назад миома соответствовала 9-недельному сроку беременности. Данные объективного обследования: кожные покровы и видимые слизистые бледные. Живот мягкий, безболезненный. Осмотр при помощи зеркал: стенки влагалища и шейка матки чистые, при двуручном исследовании: матка - до 12-недельного срока беременности, бугристая, безболезненная. Придатки не увеличены. Выделения кровяные, умеренные.

Диагноз? Дифференциальный диагноз. Тактика ведения.

Задача 59

Больная 37 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на слабость, головокружение, тянущие боли внизу живота, снижение трудоспособности, незначительные кровяные выделения из половых путей.

В течение последних 2-х лет у больной менструации стали по 7-8 дней, болезненные. После менструации появляются слабость, головокружение.

Объективное обследование: состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные. PS - 90 уд/мин, АД - 115/75 мм. рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул и мочеиспускание не нарушены. Осмотр при помощи зеркал: стенки влагалища и шейки матки чистые, выделения кровянистые, незначительные. При двуручном исследовании: шейка матки цилиндрической формы, движения за шейку чувствительные. Матка - до 10-11 недель беременности, плотная, бугристая, безболезненная. Придатки без особенностей. Своды глубокие. В анализе крови: гемоглобин 82 г/л лейкоциты $7,8 \times 10^9$ л, СОЭ - 5 мм/час.

Диагноз? Тактика ведения.

Задача 60

Больная 38 лет, в анамнезе - роды, аборт (без осложнений). Поступила в больницу с жалобами на задержку менструации на 6 недель, ноющие боли внизу живота, кровяные выделения из половых путей в течение 2-х дней.

Состояние удовлетворительное, пульс 96 уд/мин., ритмичный, АД 110/60 мм. рт. ст., живот мягкий, несколько болезненный в нижних отделах. При гинекологическом осмотре стенки влагалища и шейка матки синюшная, из шеечного канала - незначительные кровяные выделения, тело матки соответствует 5 неделям беременности, мягковатое, наружный зев пропускает кончик пальца. Придатки без особенностей. Своды свободные. Температура $36,7^{\circ}\text{C}$, лейкоциты $7,0 \times 10^9$ /л, гемоглобин 100 г/л.

Предполагаемый диагноз? План обследования для уточнения диагноза. Дифференциальная диагностика. Лечение данной больной.

Задача 61

Пациентка 16 лет жалуется на возникновение ежемесячных тянущих болей в низу живота в течение 6 месяцев, сопровождающихся нагрубанием молочных желез, иррадиацией на прямую кишку, затрудненным мочеиспусканием. Наличие менструаций и половую жизнь отрицает. Состояние удовлетворительное. При двуручном ректо-абдоминальном исследовании в малом тазу определяется опухолевидное образование мягкой консистенции, чувствительное при исследовании. При обследовании мочевой системы была выявлена аплазия почки.

Диагноз? План ведения?

Задача 62

Больная 36 лет обратилась в клинику с жалобами на невынашивание беременности. Из анамнеза: менструальная функция без особенностей, половая жизнь с 20 лет, в браке. Беременностей - 3, закончились самопроизвольными выкидышами до 12 недель беременности. При

выскабливаниях выявлялась деформация полости матки в области дна, по-видимому, за счет перегородки. Инфекционный и гормональный генез невынашивания отвергнут.

Диагноз? План ведения?

Задача 63

Больная 19 лет, госпитализирована в гинекологическое отделение после искусственного прерывания беременности с подозрением на хорионкарциному. При осмотре в малом тазу обнаружено опухолевидное образование мягкой консистенции, смещаемое вместе с маткой. Стенки влагалища и шейки матки цианотичны. В деформированной шейке определяются два наружных зева. При зондировании через один из них - длина матки 8 см, через другой - 12 см. Субъективные признаки беременности после произведенного аборта не исчезли.

Диагноз? План ведения?

Задача 64

Больная 32 лет, жалобы на обильные выделения с неприятным запахом, особенно после полового акта или во время менструации. При осмотре влагалища - гомогенные выделения, с неприятным «рыбным» запахом. В мазках, окрашенных по Грамму: лейкоциты 10-15 в поле зрения, обильная кокковая флора, наличие «ключевых клеток»

Диагноз? Лечение?

Задача 65

Больная 25 лет обратилась с жалобами на недомогание, головную боль, субфебрильную температуру. Отмечает зуд, жжение, появление высыпаний в области влагалища и промежности. Осмотр наружных половых органов и влагалища: гиперемия и отечность больших половых губ и влагалища, наличие высыпаний в виде отдельных везикулярных элементов величиной 2-3 мм на эритематозном основании.

Диагноз? План ведения.

Задача 66

Пациентка, 28 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на отсутствие беременности в течение 5 лет регулярной половой жизни. Из анамнеза: менструации с 15 лет, не регулярные скудные. В детстве - вираж туберкулиновых проб. Семейный анамнез отягощен по туберкулезу, мать болела туберкулезом легких. В браке 5 лет, по поводу бесплодия не обследовалась. На гистеросальпингографии непроходимость маточных труб в ампулярном отделе. При проведении пробы Коха - положительная реакция.

Диагноз? План ведения?

Ответы на задачи по гинекологии:

Задача 1

Диагноз: Внематочная беременность, прерывающаяся по типу трубного аборта.

Необходимо - определение ХГЧ, УЗИ.

Должно быть: ХГЧ+, при УЗИ плодное яйцо в матке отсутствует.

Лечение: Лапароскопия, пункция заднего свода влагалища.

Задача 2

Диагноз: Цистаденома яичника (многокамерная => муцинозная). Тактика определяется интраоперационно: cito гистология. Если гладкое образование, без разрастаний, следовательно, доброкачественное, показана аднексэктомия.

Если пограничное или злокачественное, рекомендована надвлагалищная ампутация матки с придатками.

NOTA BENE: может быть метастаз Крюкенберга в яичник из ЖКТ => СЧЕСК ЖКТ! Определить онкомаркеры!

Задача 3

Диагноз: Апоплексия яичника (нарушения гемодинамики, притупление перкуторного звука, вследствие крови в брюшной полости).

Показано оперативное лечение: лапароскопия, инфузионная терапия.

Задача 4

Диагноз: Рак яичника или метастаз Крюкенберга.

Обследовать ЖКТ.

Показано - оперативное лечение (если метастазы, то операция не поможет, только химиотерапия и периодически лапароцентез).

Если доброкачественная опухоль – оперативное лечение.

Задача 5

Диагноз: Рак шейки матки, II стадия.

Показана кольпоскопия, онкоцитологическое исследование (РАР тест), биопсия измененного участка шейки матки: добро- или злокачественная, если злокачественная, то низко- или высокодифференцирована.

Операция Вертгейма (расширенная радикальная гистерэктомия).

Задача 6

Дифференциальный диагноз между трубной беременностью и абортом в ходу.

УЗИ, выскабливание слизистой матки с гистологическим исследованием, кульдоцентез. Аппендицит исключен.

Задача 7

Диагноз: нарушение менструального цикла – вторичный гипоменструальный синдром центрального генеза (вторичный поликистоз).

Необходимо рентгенологическое исследование турецкого седла, УЗИ органов малого таза.

Определение гормонального профиля - анализ крови на ЛГ, ФСГ, ПРЛ, тестостерон, ДЭАС.

Выявление инсулинорезистентности – глюкозотолерантный тест.

Задача 8

Диагноз: Вторичное бесплодие. Трубно-перитониальный фактор.

Показана лечебно-диагностическая лапароскопия.

Не делать гистеросальпингографию (возможно обострение).

Задача 9

Диагноз: аборт в ходу.

Показано - РДВ (раздельное диагностическое выскабливание).

Задача 10

Диагноз: Множественная субмукозная миома матки, метроррагия.

Лечение – гистероскопия, РДВ (раздельное диагностическое выскабливание). Для сохранения репродуктивной функции – эмболизация маточных артерий (для нарушения питания миомы).

Задача 11

Диагноз: Миома матки, рост в менопаузе, может быть озлокачествление (саркома).

Лечение: оперативное, объем операции определить интраоперационно: cito гистология. NOTA BENE онкомаркеры.

Задача 12

Диагноз: Папиллярная серозная аденома яичника.

Посмотреть кровоснабжение образования (доплерометрия).

Определение онкомаркеров. Обследовать ЖКТ.

Лапаротомия - объем операции определить интраоперационно.

Задача 13

Диагноз: Аденомиоз.

Рекомендована гистероскопия.

Лечение зависит от репродуктивной функции. Если хочет сохранить репродуктивную функцию, назначаем оральные контрацептивы, диеногест; если необязательно, то экстирпация матки.

Задача 14

Диагноз: Эндометриоидная киста яичника, рецидив.

Лечение: оперативное (резекция с сохранением ткани яичника).

Задача 15

Диагноз: Фолликулярная киста (т.к. анэхогенная структура), или параовариальная киста.

Лечение: динамическое наблюдение, УЗИ. Если параовариальная киста, то оперативное лечение.

Задача 16

Диагноз: Рак эндометрия.

Лечение – гистероскопия, РДВ (раздельное диагностическое выскабливание) с гистологическим исследованием. Показана экстирпация матки с придатками с резекцией сальника.

Задача 17

Диагноз: Полип эндометрия.

Лечение - гистероскопия, РДВ (раздельное диагностическое выскабливание) с гистологическим исследованием.

Задача 18

Диагноз: Острый двусторонний аднексит.

Лечение – мазок на флору и чувствительность к антибиотикам. Антибактериальная терапия, противовоспалительная.

Задача 19

Диагноз: Первичное бесплодие эндокринного генеза.

Определить спермограмму мужа, гормональный профиль (исключить гиперпролактинемию, гиперандрогению), УЗИ надпочечников и гонад.

Лечение: если гиперпролактинемия, то парлодел (бромокриптин), если надпочечниковая гиперандрогения – дексаметазон, + стимуляция овуляции.

Задача 20

Диагноз: Перекрут цистаденомы.

Лечение оперативное – аднексэктомия.

Задача 21

Диагноз: Трубная беременность (через неделю может стать маточной, плодное яйцо переместится в полость матки).

Динамическое наблюдение, УЗИ. ХГЧ.

Задача 22

Диагноз: Эндомиометрит на фоне ВМК, острый 2-хсторонний аднексит, пельвиоперитонит.

Лечение – удаление ВМК, инфузионная терапия, антибактериальная.

Задача 23

Диагноз: Беременность 6 недель. Угроза прерывания беременности.

Лечение: спазмолитики, прогестерон, препараты магния, постельный режим,

Задача 24

Диагноз: Миома матки. Менометроррагия. Постгеморрагическая анемия I степени.

План ведения: Эндоскопия, выскабливание с гемостатической терапией, антианемическая терапия.

Если большая матка - гистероскопию не делать!

Задача 25

Диагноз: Эктопия шейки матки.

План ведения: кольпоскопия, онкоцитология (РАР тест), ВПЧ.

Задача 26

Диагноз: Лейкоплакия шейки матки, предрак.

План ведения: кольпоскопия, онкоцитология, биопсия патологического участка. Радиоволновая эксцизия шейки матки.

Задача 27

Диагноз: Разрыв кисты желтого тела.

Лечение - лапароскопия.

Задача 28

Диагноз: Цистаденома (серозная) или киста желтого тела.

План ведения: УЗИ (контроль). Если киста не уменьшается, то лапароскопическое удаление.

Задача 29

Диагноз: Рождающийся субмукозный узел.

Лечение – гистероскопия, РДВ (раздельное диагностическое выскабливание).

Задача 30

Диагноз: Эндометрит.

Может быть перфорация матки (параметрит), т.к. тело матки малоподвижное. УЗИ.

Лечение – гистероскопия, антибактериальная терапия.

Задача 31

Диагноз: Миома матки, субсерозный узел. Подозрение на перекрут, нарушение питания узла.

Лечение – отсроченная экстренная надвлагалищная ампутация матки.

Задача 32

Диагноз: Цистаденома яичника. Тератома?

Лечение – резекция яичника (гистологическое исследование).

Задача 33

Диагноз: Фолликулярная киста или параовариальная цистаденома.

Лечение: оперативное – резекция яичника.

Задача 34

Диагноз: Гиперплазия эндометрия.

Лечение – гистероскопия, РДВ (раздельное диагностическое выскабливание) с гистологическим исследованием. После получения результатов гистологии гормональная терапия.

Задача 35

Диагноз: Андроген-продуцирующая опухоль яичника (может быть злокачественная андробластома).

Лечение – оперативное.

Задача 36

Диагноз: 2-хсторонний аднексит, tuboовариальные воспалительные образования.

Лечение – лапароскопия, объем определить интраоперационно.

Задача 37

Диагноз: Множественная миома матки 8 нед. с центрипетальным узлом (узел,

который деформирует полость матки) в сторону полости. Меноррагия. Не исключена гиперплазия эндометрия.

Лечение – гистероскопия, объем операции интраоперационно (надвлагалищная ампутация, экстирпация).

Задача 38

Диагноз: Первичное бесплодие, эндометриоз брюшины.

Эндометриоз брюшины => асептическое воспаление => увеличиваются простагландины, изменяется состав перитонеальной жидкости => агглютинация сперматозоидов => бесплодие.

Лечение: Удаление очагов эндометриоза, с последующим назначением гестагенов (визанна).

Задача 39

Диагноз: Аномальное маточное кровотечение.

Лечение: Показан гормональный гемостаз монофазными комбинированными оральными контрацептивами. Циклическая гормональная терапия рекомендована в течение трех месяцев.

Задача 40

Диагноз: Неразвивающаяся беременность. Угроза возникновения острой фазы ДВС-синдрома.

Лечение: Опорожнение матки в условиях развернутой операционной при тщательном контроле и коррекции гемостаза.

Задача 41

Диагноз: Острый кольпит, истинная эрозия шейки матки.

План ведения: Микроскопическое, микробиологическое исследование ПЦР-диагностика инфекций, кольпоскопия, цитологическое исследование, антибактериальная терапия. Гистологическое исследование (биопсия), при отсутствии эффекта от проводимого лечения в течение 2 недель.

Задача 42

Диагноз: Острый 2-х сторонний сальпингоофорит. Пельвиоперитонит.

План ведения - клиническое обследование (клинический анализ крови, УЗ-исследование, бактериоскопическое, бактериологическое исследование, ПЦР - диагностика) с последующим противовоспалительным лечением.

Задача 43

Диагноз: Миома матки. Подозрение на рак эндометрия.

Тактика ведения:

- 1) Общеклиническое обследование.
- 2) УЗИ органов малого таза.
- 3) Гистероскопия. Раздельное диагностическое выскабливание с последующим гистологическим исследованием.
- 4) Лечение в зависимости от данных гистологии.

Задача 44

Диагноз: Дисфункция яичников пременопаузального периода.

Тактика:

- 1) Общеклиническое обследование
- 2) Гистероскопия. Раздельное диагностическое выскабливание с гистологическим исследованием.

Лечение зависит от данных гистологического анализа. При доброкачественном процессе - гормонотерапия.

Задача 45

Диагноз: Апоплексия левого яичника.

План ведения: УЗИ - при обнаружении жидкости в дугласовом пространстве меньше 100 мл и отсутствии образования, исходящего из левого яичника, ведение консервативное (лед на живот, спазмолитики), контрольное УЗИ. При обнаружении при УЗИ больше 100 мл жидкости, картине острого живота - лапароскопия.

Задача 46

Диагноз: Внематочная беременность.

Тактика:

- 1) УЗИ малого таза.
- 2) Тест на ХГ.
- 3) Оперативная лапароскопия.

Задача 47

Диагноз: Беременность малого срока. Киста желтого тела справа
Дифференциальный диагноз: Внематочная беременность (прогрессирующая)? Дисфункция яичников репродуктивного периода? Хронический сальпингоофорит.

План: Тест на ХГ. УЗИ малого таза.

Задача 48

Диагноз: Острый метроэндометрит на фоне ВМС.

Тактика ведения:

- 1) Интенсивная противовоспалительная терапия после взятия мазков на микрофлору и бак. посева (антибиотики, инфузионная терапия, антигистаминные средства, витамины).
- 2) Удаление ВМС.

Задача 49

Диагноз: Множественная миома матки больших размеров. Анемия

Обследование:

- 1) УЗИ.
- 2) Обследование шейки матки (кольпоскопия, мазки на онкоцитологию).
- 3) Аспират из полости матки на цитологию.

Тактика ведения: Противоанемическая терапия. Оперативное лечение за 3-4 дня до следующей менструации. Объем операции: надвлагалищная ампутация матки (при отсутствии патологии шейки матки) или экстирпация матки без придатков.

Задача 50

Диагноз: Опухоль правого яичника.

План ведения:

- Общеклиническое обследование;
- обследование ЖКТ (гастроскопия, колоноскопия),
- СА-125,
- УЗИ органов брюшной полости,
- рентгенограмма грудной клетки,
- обследование шейки матки, включая мазки на онкоцитологию,
- раздельное диагностическое выскабливание
- оперативное лечение - аднексэктомия справа (при отсутствии данных за злокачественный процесс).

Задача 51

Диагноз: Наружный эндометриоз. Эндометриоидная киста левого яичника.

План ведения:

- 1) Обследование перед операцией.
- 2) Операция резекция яичника.
- 3) Гормональная терапия 9-12 месяцев после операции.

Задача 52

Диагноз: Подострый двухсторонний аднексит. Тубоовариальное образование воспалительной этиологии слева. Пиовар?

План ведения: подготовка к оперативному лечению, антибактериальная терапия. При отсутствии эффекта - оперативное лечение. Аднексэктомия. Вопрос об объеме операции решить во время операции.

Задача 53

Диагноз: Параовариальная киста справа. Опухоль правого яичника?

План - полное клиническое обследование для уточнения диагноза. Оперативное лечение - вылушивание параовариальной кисты. Вопрос об объеме операции окончательно решить во время операции.

Задача 54

Диагноз: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки.

План ведения:

- 1) Мазки на флору, онкоцитологию, расширенная кольпоскопия.
- 2) УЗИ до и после менструации.
- 3) Гистероскопия, РДВ, биопсия шейки матки.
- 4) Гистологическое исследование.
- 5) Иссечение очагов наружного эндометриоза на шейке матки.
- 6) Гормональная терапия - 9-12 месяцев (диеногест – визанна).

Задача 55

Диагноз: Внематочная беременность, нарушенная по типу трубного аборта? Внутрибрюшное кровотечение. Геморрагический шок.

Методы обследования - тест на ХГЧ, определение гемоглобина, гематокрита, числа эритроцитов, времени свертывания крови.

Тактика:

а) экстренное оперативное лечение - лапаротомия, тубэктомия, санация, дренирование брюшной полости.

б) Инфузионная терапия, восполнение кровопотери.

Задача 56

Диагноз: Опухоль левого яичника. Перекрут ножки опухоли. Перитонит.

Методы - кл. анализ крови, анализ мочи, ЭКГ, группа крови, Rh фактор.

Тактика: Экстренное оперативное лечение - лапаротомия, удаление придатков матки слева. Санация, дренирование брюшной полости. Инфузионная, антибактериальная терапия. Дальнейшая тактика зависит от гистологического заключения удаленной опухоли (доброкачественная, пограничная или злокачественная).

Задача 57

Диагноз: Рак шейки матки IV ст. Раковая кахексия, интоксикация.

Методы исследования: Биопсия опухоли. Рентгенограмма грудной клетки. Экскреторная урография. Цистоскопия. Ректороманоскопия. Клинико-лабораторное обследование. Причина боли - поражение нервного сплетения (сдавление извне).

В женской консультации проводятся онкопрофосмотры, онкоцитология мазков из шейки матки. Лечение данной больной - симптоматическая терапия.

Задача 58

Диагноз: Множественная миома матки. Дифференцировать с аденомиозом, опухолью яичника.

Тактика: Кольпоскопия, УЗИ органов малого таза. Гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание.

Лечение оперативное - миомэктомия. Эмболизация маточных артерий?

Задача 59

Диагноз: Миома матки. Аденомиоз. Анемия.

Тактика: Антианемическая терапия, УЗИ органов малого таза. Гистероскопия. Раздельное диагностическое выскабливание. Возможно консервативное лечение, при отсутствии эффекта - оперативное лечение (надвлагалищная ампутация матки без придатков, миомэктомия или эмболизация маточных артерий).

Задача 60

Диагноз: Неразвивающаяся беременность. Начавшийся выкидыш. Анемия.

План обследования и лечения: - УЗИ малого таза, анализ крови на Р-ХГЧ, антианемическая терапия, антибактериальная терапия, инструментальное удаление измененного плодного яйца.

Задача 61

Диагноз: Аплазия влагалища. Тактика ведения: клинико-лабораторное и инструментальное обследование. Лечение хирургическое - формирование искусственного влагалища.

Задача 62

Диагноз: Порок развития - неполная перегородка матки. Привычное невынашивание.

План ведения: клинико-лабораторное и инструментальное обследование, включая УЗИ, гистеросальпингографию, отдельное диагностическое выскабливание под контролем гистероскопии.

Лечение: оперативная гистероскопия (резектоскопия) - иссечение перегородки в полости матки.

Задача 63

Диагноз: Удвоение матки. Прогрессирующая беременность в одном из ее рогов.

План ведения: удаление плодного яйца из второго рога матки. В послеоперационном периоде - противовоспалительная и утеротоническая терапия, в дальнейшем - гормональная контрацепция.

Задача 64

Диагноз: Бактериальный вагиноз.

Лечение - назначение препаратов с антианаэробным действием с последующим назначением эубиотиков с целью восстановления микробиоценоза влагалища.

Задача 65

Диагноз: Генитальный герпес.

План ведения: проведение ПЦР-диагностики; иммунофлуоресцентный анализ (ИФА) для выявления специфических иммуноглобулинов (Ig G, M, A). Оценка иммунного статуса. Лечение - назначение противовирусных препаратов, индукторов интерферона.

Задача 66

Диагноз: Туберкулез маточных труб. Бесплодие I.

План ведения: Бактериологический посев менструальной крови с целью исключения туберкулезного эндометрита, курс противотуберкулезной терапии в условиях специализированного учреждения, исследование гормонального статуса с последующей коррекцией менструального цикла.