

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ Задача №1

Основная часть. Больная М., 24 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на бели и контактные кровянистые выделения. Анамнез: в детстве перенесла корь, ветряную оспу, ангину, ОРЗ. Наследственность не отягощена. Менструации с 13 лет, установились сразу (по 4 дня, цикл 28 дней), умеренные, безболезненные. Половую жизнь ведет с 23 лет, в течение 8 мес беременности не было. Перенесенные гинекологические и венерические болезни отрицает; 3 мес тому назад появились бели и контактные кровянистые выделения. Объективное обследование: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые розового цвета. Со стороны органов и систем отклонений от нормы не обнаружено. Осмотр при помощи зеркал: шейка матки субконической формы. Поверхность слизистой вокруг наружного зева ярко-красного цвета, зернистая, покрытая гноевидными слизистыми выделениями, размерами 2X2 см, легко кровоточащая при дотрагивании. Пальпаторно шейка матки обычной консистенции, наружный зев закрыт. Влагалищное исследование: наружные половые органы без патологических изменений, оволосение на лобке — по женскому типу. Матка нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная, поверхность ее гладкая. Влагалищные своды свободны, придатки не пальпируются. Выделения - бели с примесью крови. Микробиологическое исследование: в мазках из влагалища, цервикального канала, уретры и прямой кишки гонококка не обнаружено. В мазке из влагалища много лейкоцитов, микрофлора смешанная.

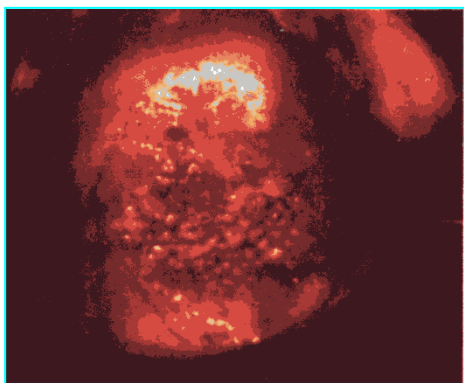


Фото 8. Кольпоскопическая картина псевдоэрозии шейки матки

Кольпоскопия: подэпителиальные кровеносные сосуды расширены, анастомозируют; атипии сосудов не наблюдаются. Имеется эктопия цилиндрического эпителия с зоной превращения по периферии эктопии.

Цитологическое исследование: определяется пролиферация цилиндрического эпителия (укрупнение ядер большинства клеток).

Гистологическое исследование (биопсия): установлена железистая псевдоэрозия шейки матки с воспалительной инфильтрацией.

Лечение: проведено противовоспалительное лечение в течение 1 мес.

Повторное микробиологическое исследование:

после проведенного противовоспалительного лечения установлена II степень чистоты влагалища. В цервикальном канале и уретре лейкоциты не обнаружены. Однако эпителизации псевдоэрозии не произошло.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие способы лечения данной патологии Вам известны?
3. Какой метод лечения Вы рекомендуете пациентке?
4. Обоснуйте правильность рекомендуемого лечения.
5. Каковы причины контактных кровянистых выделений?
 1. Поставьте диагноз:

- a) Эндоцервицит шейки матки
- b) Рак шейки матки
- c) Эндометриоз шейки матки
- d) вульвовагинит

2. Какие способы лечения данной патологии Вам известны, обоснуйте правильность рекомендуемого лечения?

мазевые тампоны до полной эпителизации псевдоэрозии

- 1. гистерэктомия
- 2. Гормональное лечение эстрогенсодержащими
- 3. деструкция измененной части шейки матки(криодеструкция, лазерная коагуляция, электрокоагуляция, радиохирургия)

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №2

Больная О., 29 лет, поступила в гинекологическую клинику с жалобами на повышение температуры тела, общую слабость, боли внизу живота.

Анамнез: в детстве перенесла корь, ангину, тонзиллэктомию в 12 лет, грипп. Наследственность неотягощена. Менструации с 12 лет, установились сразу (по 5 дней, цикл 26 дней), умеренные, безболезненные. Последняя менструация имела место за 3 мес перед поступлением в клинику. У больной было четыре беременности, две из которых завершились нормальными родами в срок без осложнений и две — искусственными абортами без осложнений. Последний аборт произведен 8 дней тому назад. Выписана из стационара на следующий день после аборта. Перенесенные гинекологические и венерические болезни отрицает. Объективное обследование: общее состояние при поступлении удовлетворительное. Пульс 92 уд./мин, ритмичны, удовлетворительного наполнения. АД — 120/70 мм рт. ст. Температура тела 38,2°. Молочные железы без особенностей, отделяемое из сосков отсутствует. Кожные покровы и видимые слизистые розового цвета. Со стороны органов дыхания, кровообращения, мочеотделения, пищеварения патологических изменений не обнаружено. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, несколько болезненный над лоном. Симптомы раздражения брюшины не выявлены. Осмотр при помощи зеркал: шейка матки и слизистая влагалища чистые. Во влагалище — гнойевидные бели. Из цервикального канала отходят обильные гнойные выделения. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, обычной консистенции, наружный зев закрыт. Тело матки несколько больше нормы, мягкой консистенции, болезненное при пальпации и смещении. Влагалищные своды свободные, глубокие. Придатки с обеих сторон не пальпируются.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Каковы причины данного заболевания?
3. Назовите основные принципы лечения данного заболевания.
4. Какие дополнительные методы исследования целесообразно провести?
5. Какую реабилитацию репродуктивной функции женщины можно рекомендовать?



Метроэндометрит



Диагноз:

1. острый эндометрит после искусственного аборта
2. обострение хронического сальпингоофорита
3. внематочная беременность
4. аденомиоз

Причины заболевания:

1. Переохлаждение
2. Внутриматочное вмешательство на фоне бессимптомного инфицирования
3. Гормональные нарушения
4. Инфекция, передающаяся половым путем

Методы исследования:

1. Ультразвуковое исследование
2. Бактериологическое исследование содержимого цервикального канала
3. Гистероскопия
4. Диагностическая лапароскопия

Дополнительные обследования

1. рентгеноскопия желудка
2. гистеросальпингография
3. Общий анализ крови
4. общий анализ крови, бактериоскопия и посев отделяемого из цервикального канала, УЗИ гениталий

Лечение :

1. Оперативное

1. Консервативное (медикоментозная терапия: а) оральные контрацептивы, б) физиотерапия,
3. Антибиотикотерапия (цефалоспорины III-IV поколения + метронидазол), спазмолитики, инфузионная терапия, физиолечение – в стадии реабилитации
3. Анальгетики + спазмолитики

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ Задача №3

Больная, 36 лет, доставлена машиной «скорой помощи» в гинекологический стационар. Жалобы при поступлении на резкие боли внизу живота, озноб, повышение температуры тела до 38—38,8°, общую слабость, головную боль. Анамнез: в детстве перенесла аппендэктомию, пневмонию, бронхит, грипп. Наследственность не отягощена. Менструации с 14 лет, установились сразу (по 3—4 дня, цикл 30 дней), умеренные, безболезненные. Последняя менструация имела место за 12 дней перед поступлением в отделение, в срок, в обычном количестве. Половую жизнь ведет с 24 лет. Беременностей было пять, одна из них завершилась нормальными срочными родами без осложнений; три — искусственными абортами (срок 8—9 нед. беременности) без осложнений, одна: — самопроизвольным выкидышем (срок 10 нед. беременности). Последний осложнился повторным выскабливанием (удлены остатки плодного яйца) и воспалением придатков. Считает себя больной последние 6 лет, с тех пор как после самопроизвольного выкидыша развилось острое воспаление придатков матки. В течение месяца лечилась в стационаре: получала антибиотики, сульфаниламиды, димедрол, электрофорез с сульфатом цинка. Воспаление придатков обострялось ежегодно. Длительно лечилась амбулаторно (антибиотики, сульфаниламиды, глюконат кальция, аутогемотерапия, физиотерапевтические процедуры). Несколько дней тому назад после переохлаждения появились постоянные боли внизу живота. Объективное обследование: общее состояние при поступлении удовлетворительное. Пульс, озноб с обильным потоотделением, повысилась температура тела до 38°. Объективное исследование: общее состояние при поступлении удовлетворительное. Пульс 88 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД — 110/70 мм рт. ст. Температура тела 37,6°. Молочные железы мягкие, безболезненные, отделяемое из сосков отсутствует. Со стороны остановов кровообращения, дыхания, пищеварения, мочевого выделения патологических изменений не обнаружено. Язык влажный слегка обложен белым налетом. Живот не вздут; участвует в акте дыхания. При пальпации в верхних отделах он мягкий, безболезненный, в нижних — отмечается нечеткое, не резко выраженное напряжение передней брюшной стенки, больше слева. Симптомы раздражения брюшины не обнаружены. При перкуссии притупления перкуторного звука не выявлено. Осмотр при помощи зеркал: шейка матки и слизистая влагалища чистые. Во влагалище — бели гнойного характера в небольшом количестве. Влагалищное исследование: наружные половые органы без патологических изменений. Влагалище — рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, обычной консистенции, наружный зев ее закрыт. Смещение шейки резко болезненно. Тело матки нормальных размеров, несколько сминуто вправо, ограничено в подвижности, чувствительно при пальпации, поверхность ее гладкая. Правые придатки не прощупываются. Слева и несколько сзади от матки пальпируется образование, ограниченное в подвижности, резко болезненное, плотной консистенции, с участками размягчения, размерами 4х9 см, влагалищный свод слева укорочен.

Анализ крови: определены лейкоцитоз, повышенная СОЭ, палочкоядерные нейтрофилы.

Ультразвуковое исследование: обнаружено образование слева от матки (маточная труба) размерами 4х9 см, неравномерной эхоплотности, наполненное жидкостью (гной?)

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.

2. Какова этиология возникновения данного заболевания?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
4. Каков план ведения данной пациентки?
5. Каковы основные принципы медикаментозной терапии?
6. Какова рекомендуемая Вами реабилитация при выписке из стационара.

Ультразвуковое исследование.
Пиосальпинкс



ТЕСТ

Диагноз: 1. Нарушенная левотрубная беременность

- Обострение хронического аднексита
- Обострение хронического аднексита ,
- левосторонний пиосальпинкс
- Параметрит
- Ретенционная киста

Клинический, диагноз левосторонний пиасальпинкс.

2.Этиология:

1. Воспалительный процесс, основными возбудителями которого являются стрептококки, гонококки, E. coli, в результате чего в трубах образуется отек слизистой оболочки, инфильтрация, десквамация эпителия, склеивание складок слизистой оболочки. 2. Специфическая инфекция: хламидии, уреаплазмы, микоплазмы, а также вирусная инфекция. 3. Нарушение механизма нейроэндокринной регуляции, длительное воздействие ФСГ, длительная гиперэстрогенизация организма. 4. Нарушение в системе гипоталамус – гипофиз – яичники, повышение частоты заболевания на фоне высокого инфекционного индекса, заболеваний бактериальной и вирусной этиологии, осложненное родами и абортами, стрессовыми ситуациями.

Дифференциальный диагноз со следующими патологиями

1. внематочная беременность
- 2.опухоли яичников
- 3.нарушение менструального цикла
4. миома матки

3. Лечение, реабилитация: 1. антибиотикотерапия, инфузионная терапия

2. чревосечение, экстирпация матки с придатками

3.лапароскопия левосторонняя, сальпингоэктомия, дренирование брюшной полости. Антибактериальная и инфузионная терапия, физиолечение

4.гормональная терапия, оральные контрацептивы в течение 3-х менструальных циклов.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №4

Больная З., 38 лет, поступила в клинику с жалобами на постоянную боль внизу живота, иррадирующую в поясницу, повышение температуры до 38°.

Анамнез: в детстве перенесла ветряную оспу, ОРЗ, корь, бронхит. Наследственность не отягощена.

Менструации с 16 лет, установились сразу (по 6 дней, цикл 28 дней), умеренные, безболезненные. Последняя нормальная менструация имела место 11 дней тому назад.

Половую жизнь ведет с 26 лет. Беременностей не было (от беременностей не предохранялась). Через несколько месяцев после начала половой жизни перенесла воспаление придатков матки, по поводу этого лечилась в стационаре. В дальнейшем воспаление придатков часто обострялось, при каждом рецидиве больная лечилась в стационаре, где ей дважды производили пункцию заднего свода влагалища (в пунктате содержался гной), вводили антибиотики. Последнее обострение началось вскоре после менструации: появились постоянные боли внизу живота, отдающие в поясницу, озноб с обильным потоотделением, повышение температуры тела до 38°, головная боль. Объективное обследование: общее состояние при поступлении средней тяжести. Пульс 104 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД— 120/75 мм рт. ст. Температура тела 39,4°. Со стороны органов и систем патологических изменений не обнаружено. Язык суховат, обложен белым налетом. При осмотре живот вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации в нижних отделах несколько напряжен, болезнен. Здесь имеются симптомы раздражения брюшины. При перкуссии свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Анализ крови: обнаружен лейкоцитоз $13 \cdot 10^9$ в 1 л. Осмотр при помощи зеркал: шейка матки и слизистая влагалища чистые. Из канала шейки матки выделяется гной. Влагалищное исследование: наружные половые органы без патологических изменений. Влагалище — нерожавшей женщины. Шейка матки конической формы, наружный зев открыт. Тело матки четко не контурируется из-за резкой болезненности живота. Левые придатки не пальпируются. Справа и сзади от матки определяется образование размерами 12х7 см, плотное, бугристое, резко ограниченное в подвижности, болезненное.

Произведена пункция заднего свода влагалища, получено 20 мл гноя.



1. Поставьте диагноз. Тубовариальный абсцесс. Лапароскопия
2. Каковы причины данного заболевания?
3. Каков план ведения пациентки?
4. Основные принципы лечения.
5. Возможные показания и объем хирургического вмешательства.
6. Рекомендации при выписке.

Тест

Диагноз:

1. Киста правого яичника с перекрутом
1. Фибромиома матки с нарушением питания узла
2. Обострение хронического аднексита
3. Нарушенная правосторонняя трубная беременность
5. Правосторонняя тубоовариальная воспалительная опухоль, пельвиоперитонит.

Причины заболевания:

1. Длительное воздействие ФСТ, монотонное воздействие эстрогенов, нарушение функции может быть связано с воспалением, инфекционными заболеваниями, нарушением питания.
2. Нарушение в системе гипоталамус – гипофиз – кора надпочечников – яичники. Рост и развитие опухоли обусловлено нарушениями эстроген – рецепторной системы миометрия, изменяется уровень прогестерона, наблюдается гипоксия и снижение обменных процессов в ткани миометрия.
3. Условно – патогенная микрофлора, специфические возбудители.
4. Воспалительные процессы в придатках матки, половой инфантилизм, нарушение сократительной деятельности маточных труб, эндокринные расстройства, опухоли, повышение активности трофобласта.

3. План ведения:

1. Бактериологическое исследование посевов из цервикального канала, исследование ПЦР на обнаружение хламидий, микоплазм, уреаплазм.

2. УЗИ исследование органов малого таза.

3. Гистероскопия.

4. Диагностическая лапароскопия.

4. Принципы лечения, объем хирургического вмешательства:

1. Чревосечение: правосторонняя цистэктомия.

2. Чревосечение: надвлагалищная ампутация матки с правыми придатками. В послеоперационном периоде инфузионная терапия, плазма-, гемотрансфузия по показаниям, антибактериальные препараты широкого спектра действия, метронидазол, десенсибилизирующая терапия.

3. Назначают постельный режим; лед на низ живота; пенициллин—по 1 млн ЕД 6 раз в сутки внутримышечно; сульфадиметоксин — по 0,5 г 2 раза в день внутрь; 50% раствор анальгина — по 2 мл 2 раза в день, внутримышечно; детоксикационные и десенсибилизирующие средства; гемодез— 400 мл внутривенно капельно, 5% раствор, глюкозы.— 500 мл внутривенно капельно; димедрол — по 0,05 г в таблетках 2 раза в день внутрь

4. Чревосечение: правосторонняя сальпингэктомия, восполнения ОЦК растворами кристаллоидов, плазма -, гемотрансфузия в зависимости от величины кровопотери.

5. *План дальнейшего лечения;* в данном случае, учитывая давность болезни, и ее частые обострения, образование tuboovarianальной воспалительной опухоли, больную необходимо оперировать.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №5

Больная П., 32 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сильные боли внизу живота, озноб, тошноту, слабость.

Анамнез: из перенесенных заболеваний отмечает корь, грипп, ангину, в 20-летнем возрасте - аппендэктомию. Наследственность неотягощена.

Менструации с 14 лет, установились сразу (по 3-4 дня, цикл 28 дней), регулярные, умеренные, безболезненные. Последняя менструация была 10 дней тому назад.

Половую жизнь ведет с 23 лет. Было четыре беременности, из которых первая закончилась нормальными срочными родами, три последующие - искусственными абортами. Роды и аборт протекали без осложнений. Перенесенные гинекологические болезни отрицает. В настоящее время в браке не состоит. Две недели назад имело место случайное половое сношение.

Заболела остро, появились боли внизу живота, озноб, сильное потоотделение, температура повысилась до 39,5°.

Объективное обследование: общее состояние при поступлении средней тяжести. Пульс 120 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 120/80 мм рт. ст. Температура тела 39,3°.

Кожные покровы несколько бледные, слизистые розовые. Язык влажный, обложен белым налетом, больная отмечает сухость во рту. Тоны сердца ясные, ритмичные. В легких прослушивается везикулярное дыхание. Живот правильной конфигурации, участвует в акте дыхания, при пальпации резко болезненный в нижних отделах, где определяется напряжение прямых мышц живота и положительные симптомы раздражения брюшины. Свободная жидкость в брюшной полости не выявляется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул нормальный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Анализ крови: гемоглобин—120 г/л, лейкоцитов— 16,8·10⁹ в 1 л, отмечается сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ — 38 мм/ч.

Осмотр при помощи зеркал: шейка матки цилиндрической формы, чистая, зев щелевидный, слизистая влагалища бледно-розового цвета, из цервикального канала отходят гнойные выделения.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки эластической консистенции, наружный зев закрыт, смещение шейки матки болезненно, своды влагалища глубокие. Матку и придатки пропальпировать не удается из-за напряжения и болезненности передней брюшной стенки.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. План ведения больной.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. В каком случае заполняется экстренное извещение?
5. Тактика врача.
6. В каком случае пациентка подлежит диспансерному наблюдению?



ТЕСТ

Пельвиоперитонит

1. Диагноз:

1. Острый сальпингооофорит, пельвиоперитонит
2. Двухсторонний пиосальпинкс
3. Трихомонадный кольпит
4. Эндоцервицит
5. Острый Двусторонний сальпингит , пельвиоперитонит(возможно гонорейной этиологии)
- 6.Дополнительное обследование:

1. бактериоскопия мазков и посев отделяемого из цервикального канала

2.Определение онкомаркера СА-125

3. Определение уровня половых гормонов

2. План ведения больной, тактика врача:

1.Местное противовоспалительное лечение, мазовые тампоны.

2. Антибактериальная терапия(цефалоспорины, макролиды), инфузионная десенсибилизирующая терапия. При отсутствии эффекта в течение 24 часов лапароскопическая санация очага.

3. Чревосечение, 2-х сторонняя сальпингоэктомия.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ Задача №6

Больная С., 31 года, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на резкие боли внизу живота, чувство жара, озноб, слабость. Анамнез: наследственность неотягощена.

Менструации 14 лет, установились сразу (по 3—4 дня, цикл 28 дней), регулярные, безболезненные. Последняя менструация имела место за 1 нед перед поступлением в отделение.

Половую жизнь ведет с 20 лет. Было четыре беременности, одна из которых закончилась срочными родами, а три — искусственными абортами. Последний аборт, произведенный 4 года назад, осложнился острым воспалением придатков матки, по поводу чего больная лечилась в стационаре. После этого неоднократно возникали обострения воспалительного процесса. Периодически беспокоили бели гнойного характера, в связи с чем применяли влагалищные шарики и спринцевания дезинфицирующими растворами.

Объективное обследование: состояние больной при поступлении средней тяжести. Пульс 112 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения АД — 120/80 мм рт.ст. Температура тела 38,8°.

Кожные покровы несколько бледные, слизистые розового цвета. Язык сухой, обложен белым налетом. Тоны сердца ясные, ритмичные. В легких прослушивается везикулярное дыхание. Живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации болезнен во всех отделах. Отмечается напряжение прямых мышц живота и признаки раздражения брюшины. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул в норме, мочеиспускание свободное.

Анализ крови: гемоглобин—126 г/л, лейкоцитов— $18 \cdot 10^9$ в 1 л, отмечается сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ — 32 мм/ч.

Влагалищное исследование, наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки цилиндрической формы, чистая, зев закрыт, при смещении шейки отмечается болезненность. Во влагалище видно небольшое количество гнойных выделений. Матка не контурируется. Справа и слева в области ее придатков определяются, опухолевидные образования без четких границ тугоэластической консистенции, интимно спаянные с маткой, неподвижные, резко болезненные при пальпации.

При вскрытии брюшной полости обнаружены: мутный, выпот, гиперемия париетальной и висцеральной брюшины. Нормальной величины матка, яичники обычного вида. Маточные трубы представляли собой пиосальпинксы с перфорацией, ампулярными концами они были спаяны с задней поверхностью матки.

Вопросы:

1. Какой диагноз Вы бы поставили до операции?
2. Какой диагноз Вы поставите после операции?
3. Каков объем оперативного вмешательства?

4. План ведения больной в после операционном периоде?
5. Рекомендации при выписке.



Разлитой гнойный перитонит

Диагноз до операции

1. Перекрут ножки опухоли яичника
2. Нарушенная внематочная беременность
3. Острый эндометрит
4. Разлитой гнойный перитонит

Диагноз после операции:

1. Острый аднексит, пельвиоперитонит
2. 2-х сторонние пиосальпинксы с перфорацией. Разлитой перитонит.

2. Тактика ведения, лечение, объем оперативного вмешательства:

1. Экстирпация матки с придатками.
2. Санация и дренирование брюшной полости
3. 2-х сторонняя сальпингоэктомия. Санация , дренирование брюшной полости.
3. Послеоперационное ведение:
 1. Физиотерапия
 2. Многокомпонентная антибактериальная терапия, инфузионная терапия, дезинтоксикация, оксигенобаротерапия, борьба с парезом кишечника.
 3. Местная противовоспалительная терапия, мазевые аппликации.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №7

Больная А., 30 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на ноющие боли внизу живота с иррадиацией в поясницу, повышение температуры тела до $37,8^{\circ}$, бели желто-зеленого цвета. Считает себя больной в течение недели. Анамнез: в детстве перенесла корь, грипп, ангину. Наследственность не отягощена. Менструации с 13 лет, установились сразу (по 3—4 дня, цикл 28 дней), регулярные, умеренные, безболезненные. Последняя менструация имела место за 2 нед до поступления в отделение. Половую жизнь ведет с 23 лет. Было три беременности, из которых первые две закончились нормальными срочными родами, третья (2 года тому назад) — искусственным абортом, который осложнился воспалением придатков, по поводу чего больная находилась на стационарном лечении в течение 2 нед. Объективное обследование: общее состояние больной при поступлении удовлетворительное. Пульс 86 уд./мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 125/80 мм рт. ст. Температура тела $37,5^{\circ}$. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Язык влажный, обложен белым налетом. Тоны сердца чистые, ясные, ритмичные. В легких прослушивается везикулярное дыхание. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в нижних отделах. Признаков раздражения брюшины не обнаружено, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное. Стул нормальный. Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища бледно-розового цвета, шейка матки цилиндрической формы, зев щелевидный, имеется отечность и гиперемия вокруг наружного зева шейки матки, из цервикального канала отходят гнойные бели. Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище — рожавшей женщины, при смещении шейки матки отмечается болезненность, наружный зев шейки матки закрыт. Тело матки находится в правильном положении, нормальной величины, плотной консистенции, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон увеличены, в спайках, болезненны при пальпации. Своды влагалища глубокие, безболезненные.

Анализ крови: гемоглобин — 13,4 г/л, лейкоцитов — 7,2-10 в 1 л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево не определяется, СОЭ — 20 мм/ч.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие методы выявления этиологии данного заболевания Вы можете провести?
3. Как будет зависеть лечение пациентки от того, удастся или нет выявить причину заболевания?
4. Какое местное лечение можно рекомендовать пациентке?
5. Рекомендации при выписке.

ТЕСТ

1. Диагноз:



1. Внематочная беременность.
2. Ретроцервикальный эндометриоз
3. эрозия шейки матки
4. Обострение хронического сальпингоофорита., эндоцервицит.
2. Методы выявления этиологии заболевания:
 1. Диагностическая кольпоскопия, прицельная биопсия с последующим гистологическим исследованием биоптата.
 2. Специфическая и неспецифическая этиология заболевания: туберкулез, гонорея, хламидии, стрептококки, стафилококки, бактероиды). Для исключения специфической этиологии показано исследование мазков из влагалища, цервикального канала, уретры.
 3. Основу составляют процессы пролиферации и структурной перестройки базальных и парабазальных клеток плоского многослойного эпителия, может возникнуть на фоне псевдоэрозии, эктропиона, лейкоплакий, кондилом. В плане диагностики используют кольпоскопию, прицельную биопсию, гистологическое исследование биоптата.
 4. Влагалищная трихомонада, распознаванию трихомоноза способствует анамнез, данные объективного исследования, диагноз устанавливают в результате микроскопии нативных и окрашенных препаратов.
 5. Дополнительные обследования:
 - 1.УЗИ органов малого таза
 - 2.Кольпоскопическая прицельная биопсия шейки матки.
 - 3.Взятие мазков из уретры, цервикального канала, влагалища(до назначения антибиотиков), посев определяемого из цервикального канала. УЗИ органов малого таза.
 - 4.Гистеросальпингография.
3. Лечение:
 1. Гормональное лечение оральными контрацептивами.
 2. диатермокоагуляция шейки матки
 3. Антибиотикотерапия(цефаллоспорины II-III поколения) метронидозол, фторхинолоны, десенсибилизирующая терапия-местно-тержестан. Аутогемотерапия, физиолечение. Курс 7-10 дней.

Как зависит тактика ведения пациентки, если выявляется специфическая этиология заболевания.:

1. Курс лечения антибиотиками сокращают до 2-3 дней.
2. дополнительно назначают гестогены.
3. 3. после курса антибиотиков(не менее 7 дней) проводится однократная комбинированная провокация со взятием мазков через 24-48-72 часа.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №8

Больная С., 25 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные пенистые бели с неприятным запахом, жжение, зуд в области наружных половых органов и чувство тяжести во влагалище. Больна в течение недели; Анамнез: в детстве болела корью, скарлатиной. Наследственность не отягощена. Менструации с 14 лет, установились сразу (по 3—4 дня, цикл 28 дней), регулярные, умеренные, безболезненные. Последняя менструация наступила в срок—за 10 дней до обращения к врачу. Половую жизнь ведет с 18 лет. Была замужем. В настоящее время брак расторгнут. Две недели тому назад имела случайное половое сношение.

Была одна беременность, которая закончилась медицинским абортom. Перенесенные гинекологические болезни отрицает.

Объективное обследование: общее состояние больной удовлетворительное. Пульс 86 уд./мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД—115/70 мм рт. ст. Температура тела 36,2°.

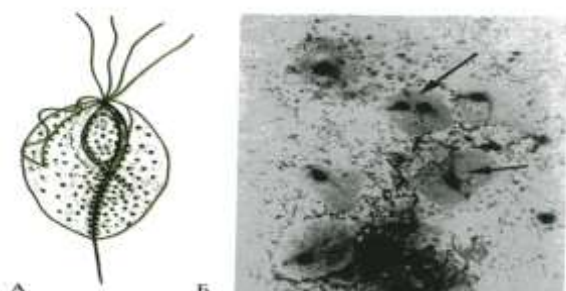
Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Осмотр при помощи зеркал: имеется резкая гиперемия слизистой оболочки влагалища, ярко-красная пятнистость в верхней его части, а также выраженная мацерация эпителия. При протирании стенок влагалища марлевым шариком, последний окрашивается сукровичным отделяемым. В заднем влагалищном своде имеется скопление желтого гноя зеленоватого оттенка, жидкой консистенции, пенистого вида. Такое же отделяемое определяется в наружном зеве шейки матки и наружной части мочеиспускательного канала.

Влагалищное исследование: влагалище — нерожавшей женщины. Шейка матки эластической консистенции, зев ее закрыт, смещение шейки матки безболезненно. Матка плотная, подвижная и безболезненная, находится в правильном положении, имеет нормальную величину. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Своды влагалища глубокие.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Какие исследования необходимо провести для постановки окончательного диагноза?
3. Основные принципы лечения.
4. Каковы возможные пути заражения?
6. Назовите наиболее вероятного возбудителя данного заболевания.



Влагалищная трихомонада

1. Диагноз:

1. Бактериальный вагиноз.
2. Кандидамикоз.
3. Папилломавирусная инфекция.
4. Эндоцервицит.
5. трихомонадный кольпит

2. Методы исследования:

1. Диагностика складывается из ряда клинических и лабораторных тестов: жалобы на обильные выделения, наличие ключевых клеток, повышение pH, (+) амниотест.
2. Обследование с помощью зеркал: наличие выделений – жидкие бели с примесью творожисто – крошковидных выделений, мазок на флору из влагалища, бактериологическое исследование посева из цервикального канала.
3. Для диагностики применяют кольпоскопию, при плоских формах – биопсия пораженного участка с гистологическим исследованием.
4. данные микробиологического исследования, гистологическое исследование препаратов.

3. Лечение:

1. Вагинальные свечи с метронидазолом по 1 свече 2 раза в день в течение 7-10 дней, десинсимилизирующая терапия (супрастин, димедрол, кларитин), местно нормализация влагалищного pH (лактобактерин, апилак, бифидум бактерин).
2. Вагинальные таблетки «Пимафуцин» по 1 т x 2 раза в день, дифлюкан по 1 т внутрь, витаминотерапия, антигистаминные препараты.
3. Криодеструкция, хирургическое удаление, препарат, тормозящий рост и разрушающий эти образования – «Ваготил».
4. необходимо провести местное противовоспалительное лечение. Назначают: ванночки с раствором фурацилина в течение 5 мин, мазевые тампоны (5% синтомициновая эмульсия) ежедневно в течение 20 дней.

5 *Принципы лечения:* 1. Следует применять общую и местную терапию: в течение 7 дней больная должна принимать трихопол по 0,5 3 .раза в день, местно назначают ванночки с дезинфицирующими растворами, шарики с осаросолом, 2) необходимо проводить и. лечение полового партнера; длительность лечения —в течение трех менструальных циклов (после менструации- в течение 7 дней)

Пути заражения:

1. Половой путь передачи
2. Воздушно – капельный
3. Орально – фекальный
4. Парентеральный

5. Возбудитель заболевания:

1. Влагалищная трихомонада
2. Candida albicans
3. Папилломавирус человека
4. E. coli

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №9

БОЛЬНАЯ П., 27 ЛЕТ, ОБРАТИЛАСЬ К ВРАЧУ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ С ЖАЛОБАМИ НА НЕПРИЯТНЫЕ ОЩУЩЕНИЯ ВО ВЛАГАЛИЩЕ, ЧУВСТВО ЖЖЕНИЯ, ЗУД, БЕЛИ. СЧИТАЕТ СЕБЯ БОЛЬНОЙ В ТЕЧЕНИЕ 5 ДНЕЙ.

Анамнез: в детстве перенесла ветряную оспу, скарлатину, будучи уже взрослой, болела гриппом. Менструации с 13 лет, установились сразу (по 3—4 дня, цикл 30 дней), умеренные, регулярные, безболезненные. Последняя менструация имела место 2 нед назад. Половую жизнь ведет с 21 года, брак первый. Было две беременности, одна из которых закончилась родами, а вторая — абортом (срок 8 нед беременности). Осложнения после родов и аборта не наблюдались. Перенесенные гинекологические болезни отрицает. Объективное обследование: общее состояние удовлетворительное. Пульс 86 уд./мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД—115/70 мм рт. ст. Температура тела 36,8°. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Физиологические отправления в норме. Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища и шейки матки резко гиперемирована, отечна. На этом фоне имеются белесоватые налеты, которые легко снимаются марлевым шариком, и выделения творожистого вида. Шейка матки цилиндрической формы. Влагалищное исследование: влагалище — рожавшей женщины. Шейка матки эластической консистенции, зев закрыт, смещение шейки матки безболезненно. Матка нормальной величины, плотная, подвижная, находится в правильном положении. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Своды влагалища глубокие.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите наиболее вероятного возбудителя данного заболевания.
3. Какие методы дополнительной диагностики необходимо использовать для постановки окончательного диагноза?
4. Основные принципы лечения.
5. Показания для лечения полового партнера.



Псевдомицелий. Кандидоз

ТЕСТ

1. Диагноз:

- 1 Бактериальный вагиноз.
- 2 Кандидамикоз.
- 3 Папилломавирусная инфекция.
- 4 Эндоцервицит.

2. Методы исследования:

1. Диагностика складывается из ряда клинических и лабораторных тестов: жалобы на обильные выделения, наличие ключевых клеток, повышение рН, (+) амниотест.

2.Обследование с помощью зеркал: наличие выделений – жидкие бели с примесью творожисто – крошковидных выделений, мазок на флору из влагалища, бактериологическое исследование посева из цервикального канала.

3.Для диагностики применяют кольпоскопию, при плоских формах – биопсия пораженного участка с гистологическим исследованием.

4.Данные микробиологического исследования, гистологическое исследование препаратов.

3. Лечение:

1.Вагинальные свечи с метронидазолом по 1 свече 2 раза в день в течение 7-10 дней, десинсимилизирующая терапия (супрастин, димедрол, кларитин), местно нормализация влагалищного pH (лактобактерин, апилак, бифидум бактерин).

2.Вагинальные таблетки «Пимафуцин» по 1 т х 2 раза в день, дифлюкан по 1 т внутрь, витаминотерапия, антигистаминные препараты.

3.Криодеструкция, хирургическое удаление, препарат, тормозящий рост и разрушающий эти образования – «Ваготил».

4. необходимо провести местное противовоспалительное лечение. Назначают: ванночки с раствором фурацилина в течение 5 мин, мазовые тампоны (5% синтомициновая эмульсия) ежедневно в течение 20 дне

5. *Лечение:* назначают ванночки с дезинфицирующим раствором и тампоны с 20% раствором буры в глицерине

4. Пути заражения:

1. Половой путь передачи

2. Воздушно – капельный

3. Орально – фекальный

4. Парентеральный

5. Возбудитель заболевания:

1. Влагалищная трихомонада

2. Candida albicans

3. Папилломавирус человека

4. E. coli

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №10

Больная К., 29 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на бесплодие в течение 4 лет, общую слабость, потливость, временами повышение температуры тела до 37,2—37,5°, периодически отмечает боли внизу живота ноющего характера.

Анамнез: в детстве перенесла корь, воспаление легких, страдала частыми ангинами, в 14 лет была произведена аппендектомия, в 18 лет—тонзиллэктомия. В семье (со слов К.) больных туберкулезом не было. Имела контакты с больным туберкулезом на работе.

Менструации с 13 лет, установились сразу (по 5—6 дней, цикл 28 дней), обильные, малоболезненные. В последние 3 года менструации стали иногда задерживаться на 5—10 дней.

Половую жизнь ведет с 25 лет, не беременела, средств контрацепции не применяла. Через 2 года после начала половой жизни произведена метросальпингография по поводу бесплодия. Трубы оказались непроходимыми, вид их на рентгенограмме четкообразный. Перенесенные гинекологические заболевания отрицает.

Объективное обследование: общее состояние удовлетворительное. Пульс 78 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД — 105/70 мм .рт. ст.

Отмечается некоторая бледность кожных покровов. Больная правильного телосложения, пониженного питания. Тоны сердца чистые, ясные, ритмичные. В легких прослушивается везикулярное дыхание. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон стул и мочеиспускание — в норме.

Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища розового цвета, шейка матки конической формы, чистая, зев точечный. Выделения светлые.

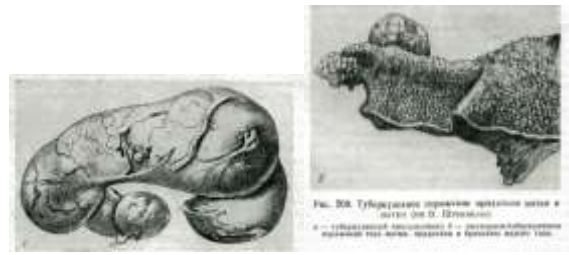
Влагалищное и исследование: наружные половые органы развиты правильно, без патологических изменений, оволосение на лобке — по женскому типу. Влагалище — нерожавшей женщины. Шейка матки эластической консистенции, зев ее закрыт, смещение шейки матки безболезненно. Матка, размерами меньше нормы, плотная, подвижная и безболезненная, находится в правильном положении. В области придатков с обеих сторон определяются уплотненные (узловатые) участки.

Рентгенологическое исследование: органы грудной клетки без патологических изменений.

Анализ крови и мочи: без особенностей. Реакция П и р к е — положительная, Манту — отрицательная.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие методы оценки состояния репродуктивной функции необходимо применить?
3. Какие методы диагностики необходимо использовать?
4. Предложение лечения.
5. Прогноз в отношении бесплодия.



Туберкулезный сальпингит

ТЕСТ

1. Диагноз:

1. Острый метроэндометрит.
2. Бактериальный вагиноз
3. Хронический сальпингит неспецифической этиологии
4. Туберкулезный сальпингит. Бесплодие I, спаечная болезнь малого таза

2. Методы оценки состояния репродуктивной системы:

1. Проведение лапароскопии
2. Гистеросальпингография
3. Измерение базальной температуры

4. УЗИ органов малого таза

3. План обследования:

1. Для исключения специфического возбудителя необходимо исследовать мазки из влагалища, цервикального канала, уретры и прямой кишки.
2. Провести клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, изостазиограмма
3. Измерение pH влагалищного отделяемого, амниотест, микроскопия мазка, определение «ключевых» клеток

4. Бактериологическое исследование посевов из цервикального канала, мочи

5. Лечение: 1. специфическая противотуберкулезная терапия с последующим санаторно-курортным лечением

Прогноз в отношении лечения бесплодия: неблагоприятный; восстановить функцию маточных труб при их туберкулезном поражении невозможно.

2. Антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры. А/гистаминные препараты супрастин по 1тх2 раза/день, диазолин по 1тх3 раза/день, аскорбиновая кислота по 3,0 мл в/в струйно № 5, парентеральное ведение 5% раствора глюкозы, коррекция КОС.

3. Метронидазол вагинальные таблетки 500мг по 1 т на ночь в течение 7 дней, затем 2-4 недели эубиотики (лактобактерин, ацилакт), биогенные стимуляторы, витаминотерапия.

4. Хирургические методы лечения – лапароскопическая фимбриопластика, разделение спаек
5. Прогноз в отношении бесплодия :
 1. Благоприятный
 2. Неблагоприятный

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №11

Больная И., 46 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровотечение из половых путей.

Анамнез: в детстве перенесла корь, скарлатину, эпидемический паротит, частые ангины;

Менструации с 14 лет, установились сразу (по 4 - 5 дней, цикл 28 дней), умеренные, безболезненные. Последняя нормальная менструация имела место 2 года назад.

Половую жизнь ведет с 20 лет, брак первый. Было четыре беременности: две из них закончились нормальными родами, две другие искусственными абортами по желанию (срок 8—10 нед беременности). Роды и аборт осложнений не дали. Перенесенные гинекологические болезни отрицает. Последние 2 года менструальный цикл нарушен: интервал между менструациями составляет 2—3 мес. Пятнадцать дней назад у больной после 2 мес отсутствия менструации началось кровотечение, которое продолжается до настоящего времени.

Объективное обследование: общее состояние удовлетворительное. Пульс 78 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД — 110/70 мм рт.ст.

Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания, ножные покровы бледные: При обследовании патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища и шейки матки чистая, наружный зев - щелевидный, из зева отходят кровяные выделения.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, оволосение на лобке — по женскому типу. Влагалище - рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев шейки матки закрыт. Тело матки находится в правильном положении, не увеличено, безболезненно при пальпации. Придатки матки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Своды влагалища глубокие, параметрии свободны. Выделения кровяные, обильные.

Анализ крови: у больной имеется анемия.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести дополнительно.
3. Как Вы будете проводить дифференциальную диагностику.
4. Тактика ведения.
5. В каком случае и в каком объеме будет проводиться консервативная терапия?
6. Показания для хирургического лечения.



Диагноз:

Гиперплазия эндометрия

1. Доброкачественные опухоли матки
2. Злокачественные опухоли матки
3. Нарушенной маточной беременностью
4. Фолликуломой яичника.
5. Нарушение менструального цикла перименопаузального периода.
6. Дифференциальное маточное кровотечение перименопаузального периода
5. Дисфункциональное маточное кровотечение климактерического периода.

Дифференциальный диагноз следующей патологии(выбрать нужное):

1. миома матки
2. аденомиоз
3. маточная беременность-самопроизвольный выкидыш
4. острый метроэндометрит

Обследование:

1. Изучить анамнез больной, провести общее обследование
2. Зондирование полости матки
3. Ультразвуковое исследование
4. Гистерография
5. Анализ мочи с количественным определением содержания хорионического гонадотропина

Рекомендации для дальнейшего лечения:

1. Гистероскопия, фракционное выскабливание полости матки.
2. Гистеэктомия.
3. Лапароскопия, сальпингэктомия.

Дальнейшее лечение в зависимости от морфологии соскоба эндометрия. Выбрать нужное:

1. Комбинированные оральные контрацептивы.
2. Прогестагены в непрерывном режиме.
3. Противовоспалительная терапия
4. Гормоносодержащие ВМК.
5. Абляция эндометрия.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №12

Больная Н., 15 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильные кровяные выделения из половых путей, слабость, головокружение.

Анамнез: в детстве перенесла корь, инфекционный паротит, коревую краснуху, скарлатину. Наследственность не отягощена.

Менструации с 15 лет, первые 4 мес регулярные (по 3—4 дня, цикл 28 дней), умеренные, безболезненные. Половую жизнь не ведет (со слов больной).

Заболела 8 дней назад, когда после 2-месячного отсутствия менструации появились умеренные кровяные выделения из половых путей. В последующие дни интенсивность кровотечения нарастала, появились слабость, головокружение.

Объективное обследование: общее состояние при поступлении средней тяжести. Пульс 90 уд./мин. АД — 95/50 мм рт. ст.

Кожные покровы и слизистые бледные, чистые. Больная пониженного питания, молочные железы развиты слабо. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Анализ крови: гемоглобин — 55 г/л, эритроцитов — $2,7 \times 10^{12}$ в 1 л.

Ректальное исследование: при осмотре наружных половых органов отмечается гипоплазия больших и малых половых губ, оволосение на лобке — по женскому типу. Девственная плева не нарушена. Тело матки плотное, меньше нормальной величины, безболезненное, подвижно, находится в правильном положении. Соотношение между шейкой и телом матки 1:1. Придатки с обеих сторон не определяются.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Как Вы будете проводить дифференциальную диагностику?
3. Назовите задачи, которые необходимо решить в процессе обследования.
4. Основные принципы лечения.
5. Каковы рекомендации по дальнейшему ведению больной.



Гиперплазия эндометрия

Диагноз: 1. Ювенильное кровотечение, вторичная анемия. Генитальный инфантилизм.

2. Геморрагический диатез.

3. Гормонопродуцирующая опухоль яичника

4. Туберкулез гениталий

5. Рак шейки матки.

Обследование: (выбрать нужное)

1. Необходимо изучить анамнез, исследовать кровь на содержание тромбоцитов и факторов свертывания крови, получить результаты коагулограммы и тромбоэластограммы.
- 2.Вагиноскопия
- 3.Лапароскопия
- 4.Кольпоскопия
- 5.Гистероскопия с диагностическим выскабливанием
6. УЗИ.

Этапы лечения(выбрать нужное)

1. Гемостаз
2. Регуляция менструального цикла
3. Противовоспалительная терапия
- 4.Специфическая противотуберкулезная терапия.
6. Удаление опухоли яичника.

Методы гемостаза.

- 1.Симптоматическая терапия.
- 2.Гормональная терапия(эстрогены, гестагены, комбинированные оральные контрацептивы)
- 3.Гистероскопия.Выскабливание полости матки.

Показания к хирургическим методам гемостаза(выбрать нужное)

1. Профузное кровотечение.
- 2.Патология эндометрия.
3. Неэффективность гормонального гемостаза.
4. Наличие опухоли яичника.
5. Признаки инфекции.

Дальнейшие рекомендации: (выбрать нужное)

1. Следующим этапом лечения ювенильного кровотечения является регуляция менструального цикла. С этой целью определяется гормональный фон у данной больной. При низком уровне эстрогенов назначаются в I фазе менструального цикла эстрогены, а во II фазе — гестагены . При достаточном уровне эстрогенов показаны только гестагены во II фазе менструального цикла за 10 дней до предполагаемой менструации в течение 8 дней.
2. Комбинированные оральные контрацептивы.
3. Санаторно – курортное лечение
4. Физиолечение
5. Контроль ОАК, тромбоцитов, изостазиограммы
6. Антианемическая терапия

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №13

Больная Г., 29 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на раздражительность, плаксивость, головную боль, головокружение, тошноту, иногда рвоту, боли в области сердца, приступы тахикардии, нагрубание молочных желез, снижение памяти, метеоризм. Все эти симптомы появляются за 6—14 дней до менструации и исчезают накануне или в первые дни ее.

Анамнез: в детстве росла слабым ребенком, перенесла инфекционный паротит, корь, краснуху, скарлатину, дважды пневмонию, в возрасте 18 лет - болезнь Боткина. В 26-летнем возрасте была травма черепа и сотрясение мозга. Наследственность не отягощена.

Менструации с 14 лет, установились сразу (по 3 - 4 дня, цикл 28 дней), умеренные, безболезненные.

Половую жизнь ведет с 20 лет. Было три беременности: одна из них закончилась искусственным абортом (срок 8 нед.) с повторным выскабливанием полости матки по поводу остатков плодного яйца, две другие - самопроизвольными абортами (срок 8 - 10 нед) с последующим выскабливанием полости матки.

Из гинекологических болезней перенесла воспаление придатков, по поводу чего лечилась в стационаре.

Считает, что больна в течение 3 лет, когда после травмы черепа появились вышеуказанные симптомы. Выраженность их в последние 6 мес резко возросла. Больная в эти дни нетрудоспособна.

Объективное обследование: общее состояние удовлетворительное. Пульс 76 уд./мин, хорошего наполнения. АД — 130/80 мм рт. ст.

Больная правильного телосложения, повышенного питания. Кожные покровы и слизистые розовые. Патологии со стороны внутренних органов не обнаружено.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, оволосение на лобке - по женскому типу. Шейка матки конической формы. Тело матки нормальной величины, подвижное, безболезненное, находится в правильном положении. Придатки с обеих сторон не определяются, своды влагалища глубокие.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Как Вы будете проводить дифференциальную диагностику?
3. Каков патогенез данного заболевания?
4. Какие методы диагностики можно использовать?
5. Какой план лечения Вы предложите при условии, что обнаружен ановуляторный цикл с гиперэстрогенией?

Диагноз: 1. Предменструальный синдром (тяжелая форма), субкомпенсированная стадия.

2. Альгоменорея

3. Симптоматическая артериальная гипертония

4. Хронический гастрит

5. Цефалгическая форма.

2. Дифференциальная диагностика проводится с:

1. Аденомиозом

2. Альгодисменореей.

3. Опухолью головного мозга

4. Гипертонической болезнью.

5. Хроническим гастритом.

3. Патогенез заболевания(выбрать нужное

1. Нарушение цикличности выработки прогестерона, пролангина, простагландинов, опиоидных пептидов.

2. Увеличение размеров матки

3. Нарушение функции мочевыводительной системы.

4. Органические изменения ЖКТ

4. Обследование(выбрать нужное):

1. Узи органов малого таза

2. Определение уровня прогестерона, эстрадиола, пролактина во 2-ую фазу цикла.

3. ЭЭГ, КТ или МРТ.

4. Маммография.

5. Фиброгастроскопия, ректороманоскопия.

5. Лечение(выбрать нужное)

1. Гестагены во 2-ую фазу цикла.

2. Седативные и психотропные средства

3. Пирацетам, тофизопам

4. Бромкриптин.

5. КОК

6. Спиноланктон во 2-ую фазу менструального цикла.

7. НПВС

8. Антибиотики, спазмолитики.

9. Уретоники.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №14

Больная А., 30 лет, обратилась к врачу женской консультации за справкой о состоянии здоровья для поездки в Африку. Жалоб не предъявляет.

Анамнез: в детстве перенесла грипп, ангину, ОРЗ.

Менструации с 11 лет, установились сразу (по 7 дней, цикл 30 дней), умеренные, безболезненные.

Половую жизнь ведет с 20 лет. Беременностей не было (от беременности предохранялась). Из гинекологических заболеваний перенесла острое воспаление придатков, лечилась в стационаре: проводили противовоспалительную терапию (получала антибиотики).

Объективное обследование: состояние удовлетворительное, Пульс 76 уд./мин, ритмичный, хорошего наполнения. АД — 120/80 мм рт. ст.

Сердечные тоны ясные, ритмичные, шумов нет. В легких прослушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание и стул в норме, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище - нерожавшей женщины. Шейка матки субконической формы, чистая. Матка увеличена до 6 нед беременности, плотная, подвижная безболезненная. С обеих сторон пальпируются плотные придатки. Выделения слизистые, умеренные.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Тактика врача.
3. Какие методы диагностики можно использовать?
4. Какими могут быть показания для оперативного лечения?



Рис. 18
Аденомиоз.
1-эндометриальные коды

Аденомиоз

1. Диагноз: 1. Маточная беременность малого срока
2. Киста яичника
3. Саркома матки
4. Внематочная беременность

5. Хронический аднексит, миома матки? Аденомиоз?

2. Тактика врача:

1. Срочная госпитализация в стационар
2. Рекомендация плановой госпитализации после клинического обследования
3. Постановка на учет в женскую консультацию, рекомендация посещения врача 1 раз в год
4. УЗИ органов малого таза в динамике

3. Методы диагностики:

1. Гистероскопия
2. Лапароскопия
3. Кольпоскопия
4. Гистеросальпингография
5. УЗ – исследование органов малого таза

4. Показания для оперативного лечения:

1. Миома матки больших размеров – больше 12 недель беременности, миома матки в сочетании с эндометриозом
2. Быстрый рост миомы матки, выраженный болевой синдром, нарушение трудоспособности больной
3. Нарушение питания миоматозного узла, некроз миоматозного узла, злокачественное перерождение узла
4. Миома матки с субмукозным расположением узла, рождающийся субмукозный узел, сочетание миомы с истинной опухолью яичника
5. Все вышеперечисленное

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №15

Больная Б., 36 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные менструации.

Впервые миома матки была обнаружена 6 лет назад, матка была увеличена до 6 нед беременности. Все это время больная состояла на учете у врача-гинеколога. В последний год она стала отмечать обильные менструации, жалуется на плохое самочувствие, слабость. Последний раз у гинеколога была полгода назад (величина миомы соответствовала 9-недельной беременности). Десять дней назад началась менструация, которая продолжается до настоящего времени.

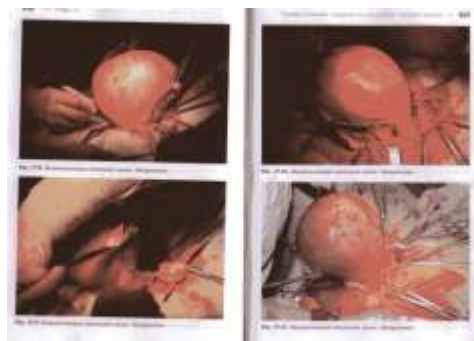
АНАМНЕЗ: В ДЕТСТВЕ ПЕРЕНЕСЛА ГРИПП, АППЕНДЕКТОМИЮ, БОЛЕЗНЬ БОТКИНА. МЕНСТРУАЦИИ С 10 ЛЕТ, УСТАНОВИЛИСЬ СРАЗУ (ПО 7 ДНЕЙ, ЦИКЛ 21 ДЕНЬ), УМЕРЕННЫЕ, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЕ. ПОСЛЕДНИЙ ГОД МЕНСТРУАЦИИ ДЛЯТСЯ ПО 7—10 ДНЕЙ, ОБИЛЬНЫЕ.

Половую жизнь ведет с 30 лет. Было две беременности; обе закончились искусственными абортами без осложнений.

Объективное обследование: состояние вольной удовлетворительное. Пульс 96 уд./мин, ритмичный, хорошего наполнения. АД - 120/80 мм рт. ст.

Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Отмечается систолический шум на верхушке сердца. В легких прослушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание свободное, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул в норме. Выделения из половых путей кровяные, обильные.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище - нерожавшей женщины. Шейка матки субконической формы, чистая. Матка увеличена до 10 нед беременности, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Выделения кровяные, обильные.



Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Тактика врача женской консультации.
3. Основные принципы ведения.
4. Какие исследования необходимо провести?
5. Рекомендуемое лечение.

1. Диагноз:

1. Полип эндометрия

2. Беременность 10 недель, аборт в ходу
3. НМЦ
4. Хронический аднексит
5. Миома матки с субмукозным ростом. Геморрагический синдром. Анемия.

2. Тактика врача женской консультации:

1. Срочная госпитализация
2. Постановка на учет, посещение врача 1 раз в 3 месяца
3. Плановая госпитализация после клинического обследования
4. Посещение консультации 1 раз в год

3. Принципы ведения:

1. Подготовка к срочному оперативному лечению.

2. Симптоматическая гемостатическая терапия, операция в плановом порядке после антианемической терапии.

4. Лечение:

1. Гистерэктомия

2. Надвлагалищная ампутация матки.

3. Консервативная миомэктомия

4. Эмболизация маточных артерий.

5. Гормональный гемостаз.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №16

Больная В., 46 лет, обратилась к урологу с жалобами на частое мочеиспускание. Была обследована, патологии со стороны мочевыделительной системы обнаружено не было. Рекомендована консультация гинеколога.

Анамнез: в детстве перенесла грипп, ангину, скарлатину, болезнь Боткина, аппендэктомию.

Менструации с 10 лет, установились сразу (по 3 дня, цикл 30 дней), умеренные, безболезненные. Последние годы менструации по 7 дней, обильные.

Половую жизнь ведет с 18 лет. Всего было две беременности: первая закончилась срочными родами (масса ребенка 4000 г), вторая - искусственным абортом (срок 12 нед) без осложнений

Перенесла гинекологические болезни: эндометрит после родов, миому матки (на учете у гинеколога не состояла).

Объективное обследование: состояние удовлетворительное. Пульс 88 уд./мин, ритмичный, хорошего наполнения. АД - 120/60 мм рт. ст. Кожа и видимые слизистые розовые. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не определяются. В легких прослушивается везикулярное дыхание без хрипов. Живот мягкий, безболезненный, в нижних отделах его определяется плотное, подвижное образование на 2 см выше лона. Мочеиспускание частое, без рези, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Больная отмечает запоры по 2—3 дня. Выделения из половых путей отсутствуют.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище — рожавшей женщины. Шейка матки деформирована старыми разрывами в родах, имеется выворот слизистой цервикального канала. Матка увеличена до 14 нед беременности, со множеством миоматозных узлов, из передней стенки матки исходит узел до 8 см в диаметре. Придатки не определяются, область их безболезненная. Выделения слизистые, умеренные

. Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какой должна быть тактика врача женской консультации?
3. Какие исследования необходимо провести?
4. Рекомендуйте лечение и обоснуйте его.
5. От чего будет зависеть объем рекомендованного лечения?



Миома матки. Операция: экстирпация мат-

ки

ТЕСТ

Диагноз:

1. Острый цистит
2. Опухоль яичника.
3. Беременность 14 недель.
4. Миома матки с субмукозным ростом. Нарушение функции тазовых органов(дизурия)

Тактика врача женской консультации:

1. Срочная госпитализация.
2. Обследование и плановая госпитализация для оперативного лечения.
3. Наблюдение , посещение консультации через 3 месяца.
4. Госпитализация для обследования и проведения консервативной терапии

Методы исследования:

1. УЗИ органов малого таза, кольпоскопия.
2. Цистоскопия.
3. Гистероскопия.

4. Лечение:

- 1.Чревосечение, гистерэктомия.
- 2.Консервативная миомэктомия.
3. Эмболизация маточных артерий.
- 4.Спазмолитики, токолитики, седативные препараты.
- 5.Противовоспалительная терапия.

От чего будет зависеть объем оперативного лечения:

1. Локализации и величины миоматозных узлов
2. Возраста пациентки
3. Состояния шейки матки
4. Состояния придатков
5. Все вышеперечисленное

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №17

Больная Г., 47 лет, поступила в стационар с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и кровяные выделения из половых путей. 20

Последний год менструации стали более обильными, со слов больной, по 2 раза в месяц, болезненными. Отмечает слабость, недомогание после менструации.

Анамнез: в детстве перенесла грипп, ангину, болезнь Боткина, пневмонию, аппендэктомию.

Менструации с 10 лет, установились сразу (по 7 дней, цикл 21 день), умеренные, безболезненные. В последний год менструации - по 7 - 10 дней.

Половую жизнь ведет с 35 лет, замужем. Всего было три беременности: первые две закончились искусственными абортами без осложнений, третья - правосторонняя трубная. Была произведена операция: чревосечение по Пфannenштилю, правосторонняя тубэктомия.

Перенесла гинекологические болезни: острый левосторонний аднексит (лечилась в стационаре, проводилась противовоспалительная терапия).

Объективное обследование: состояние удовлетворительное. Пульс 100 уд./мин, ритмичный. АД— 120/80 мм рт. ст.

Кожные покровы и видимые слизистые бледные. В легких прослушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, слегка болезненный над лоном, симптомы раздражения брюшины не выявляются. Мочеиспускание свободное, без рези, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул в норме. Выделения из половых путей кровянистые.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище - нерожавшей женщины. Шейка матки конической формы, на передней губе (на 12 ч по циферблату) имеется псевдоэрозия до 3 см в диаметре, не кровоточащая при дотрагивании. Матка увеличена до 6—7 нед беременности, неоднородной консистенции. Придатки справа не определяются, область их безболезненная. Слева пальпируются плотные, чувствительные придатки. Выделения кровянистые, умеренные.



Субмиозная миома, рождающийся субмукозный узел

Вопросы:

1. Какой диагноз поставил врач женской консультации?
2. Какой должна быть тактика врача женской консультации?
3. Какие дополнительные методы исследования надо применить?
4. Поставьте клинический диагноз.
5. Каковы показания к операции и ее объем?

Диагноз врача женской консультации:

1. Эндометриоз тела матки
2. Левосторонний хронический аднексит
3. Киста левого яичника
4. Множественная фибромиома с субсерозным ростом узлов
5. Субмукозная миома, рождающийся субмукозный узел

Тактика врача женской консультации:

1. Срочная госпитализация
2. Амбулаторное назначение антианемической терапии, наблюдение, контроль ОАК
3. Обследование, затем плановая госпитализация
4. Рекомендации посещения женской консультации 1 раз в месяц

Методы исследования:

1. Сальпингография
2. УЗИ органов малого таза
3. Кольпоскопия
4. Гистероскопия

Клинический диагноз:

1. Множественная миома матки с субмукозной локализацией узла, эрозия шейки матки
2. НМЦ климактерического периода, эктропион шейки матки, анемия
3. Левосторонний хронический сальпингоофорит, полип цервикального канала
4. Дермоидные кисты яичников, прсевдоэрозия шейки матки, анемия

Объем операции:

1. Надвлагалищная ампутация матки с придатками
2. Двухсторонняя цистэктомия
3. Конусовидная эксцизия (конизация) шейки матки с обязательным кольпоскопическим контролем
4. Экстирпация матки без придатков
5. Показания к операции и ее объем:
 1. Субмукозная локализация узла. Менометраррагия.

2.Изменение шейки матки.

3.Опухоли яичников

4.Размеры матки..

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №18

Больная Д., 50 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на ноющие боли внизу живота, больше слева.

На профилактическом осмотре 14 лет назад обнаружена миома матки (до 6 нед беременности). Больная находилась под наблюдением врача-гинеколога, но последние 2 года к врачу не обращалась;

2 года назад миома матки увеличилась до 10 нед беременности.

В течение этих же 2 лет стала отмечать тянущие боли внизу живота.

Анамнез: в детстве перенесла грипп, ангину, хронический тонзиллит, скарлатину, брюшной тиф.

Менструации с 11 лет, установились сразу (по 7 дней, цикл 28 дней, умеренные, безболезненные. В последние годы менструации стали более обильными и болезненными, последняя менструация наступила в срок.

Половую жизнь ведет с 30 лет, замужем. Всего было две беременности: первая закончилась искусственным абортом (срок 12 нед) без осложнений, вторая - искусственным абортом (срок 7 нед) с осложнением: произведено повторное выскабливание стенок полости матки с целью удаления остатков плодного яйца, после чего развилось острое двустороннее воспаление придатков, проводилась противовоспалительная терапия.

Перенесла гинекологические болезни: двустороннее воспаление придатков, вторичное бесплодие.

Объективное обследование: состояние удовлетворительное. Пульс 76 уд./мин, ритмичный, хорошего наполнения. АД — 100/80 мм рт. ст.

Кожные покровы и видимые слизистые розовые. В легких прослушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Над лоном пальпируется плотная, слегка болезненная матка. Мочеиспускание в норме, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Выделения из половых путей слизистые, умеренные.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки конической формы, чистая. Матка увеличена до 14 нед беременности, со множественными миоматозными узлами, плотная, подвижная, слегка болезненная по левому ребру. Придатки с обеих сторон плотные, чувствительные при пальпации. Выделения слизистые, умеренные.



Интралигаментарный миоматозный узел. Лапароскопия

Вопросы:

1. Какой диагноз поставил врач женской консультации?
2. Какой должна быть тактика врача женской консультации?
3. Поставьте клинический диагноз.
4. Каковы показания к операции и ее объем?

ТЕСТ

Диагноз врача женской консультации:

1. Хронический двусторонний аднексит
2. НМЦ климактерического периода
3. Двусторонние кисты яичников
4. Миома матки с нарушением кровообращения в узле.

Тактика врача женской консультации:

1. Назначение противовоспалительной терапии
2. Посещение женской консультации 1 раз в месяц
3. Обследование с последующей плановой госпитализацией
4. Срочная госпитализация

Клинический диагноз:

1. Двусторонние дермоидные кисты яичников
2. Миома матки с субмукозным ростом узла
3. Субсерозная миома матки
4. Миома матки с шеечно – перешеечной локализацией узла

Объем операции:

1. Надвлагалищная ампутация матки с придатками
2. Двусторонняя овариэктомия
3. Консервативная миомэктомия
4. Экстирпация матки с придатками

Показания к операции:

1. Размеры матки с опухолью.
2. Рост опухоли.
3. Болевой синдром.
4. Нарушение функции малого таза.
5. Менометроррагия.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №19

Больная Ж., 52 лет, доставлена машиной «скорой помощи» в гинекологический стационар с обильным кровотечением.

Миома матки была обнаружена 6 лет назад, увеличение матки соответствовало 10 нед беременности. Больная была поставлена на профилактический учет. Через 2 года при очередной явке в женскую консультацию миома матки соответствовала 14 нед беременности. Врач женской консультации предложил больной оперативное лечение, от которого она категорически отказалась. Более врачу женской консультации не показывалась и на вызов врача не являлась, а через год сменила место жительства. Последние годы стала отмечать частое мочеиспускание и запоры, ноющие боли внизу живота.

Анамнез: в детстве перенесла скарлатину, грипп, ангину, инфекционный паротит, ревмокардит (с учета снята), аппендэктомию.

Менструации с 11 лет, установились сразу (по 7 дней, цикл 30 дней), умеренные, безболезненные. В течение последних 6 лет менструации стали более длительными и обильными, появились тянущие боли внизу живота.

Половую жизнь ведет с 25 лет, замужем. Всего было две беременности: первая закончилась срочными родами (масса ребенка 3600 г), вторая - искусственным абортом (срок 12 нед) без осложнений.

Объективное обследование: состояние больной удовлетворительное. Пульс 96 уд./мин, ритмичный, хорошего наполнения. АД - 130/80 мм рт. ст.

Кожные покровы и видимые слизистые розовые. В легких прослушивается везикулярное дыхание без хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Через переднюю брюшную стенку пальпируется матка со множественными миоматозными узлами, плотная, безболезненная. Увеличение матки соответствует 32 нед беременности. Мочеиспускание частое, без рези; симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Больная отмечает отсутствие стула в течение 3—4 дней. Выделения из половых путей кровяные, обильные.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище - рожавшей женщины. Шейка матки резко деформирована, отклонена за счет шеечных и низкорасположенных узлов вправо. Матка со множественными миоматозными узлами соответствует 32 нед беременности, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Выделения из половых путей кровяные, обильные.



Рис. 8.18. Миома матки с множественными узлами. МРТ.

Вопросы:

1. Какой диагноз поставил врач женской консультации?
2. Какой должна быть тактика врача женской консультации?
3. Поставьте клинический диагноз.
4. Каковы показания к операции и ее объем?
ТЕСТ.

Диагноз врача женской консультации:

1. НМЦ
2. Опухоль яичника
3. Эндометриоз тела матки
4. Субмукозная миома матки
5. Миома матки больших размеров

Тактика врача женской консультации:

1. Назначение гормонального гемостаза
2. Фракционное выскабливание полости матки
3. Наблюдение, посещение женской консультации 1 раз в 3 месяца
4. Срочная госпитализация

Клинический диагноз:

1. Железисто – кистозная гиперплазия эндометрия
2. Саркома матки
3. Муцинозная цистаденома яичника
4. Миома матки с нарушением питания узла, некроз миоматозного узла
5. Миома матки больших размеров. Менометроррагия.

Объем операции:

1. Надвлагалищная ампутация матки без придатков
2. Эмболизация маточных артерий, учитывая большие размеры фибромиомы матки
3. Консервативная миомэктомия (вылущивание субсерозных узлов)
4. Удаление придатков матки с обеих сторон
5. Экстирпация матки с придатками. Хирургический доступ — нижнесрединная лапаротомия.

Показания к операции :

1. Размеры опухоли.
2. Быстрый рост опухоли
3. Подозрение на малигнизацию.
4. Менометроррагия.
5. Возраст больной
6. Низкий рост миоматозных узлов.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №20

Больная 3., 40 лет, поступила женскую консультацию с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и обильные выделения из половых путей.

Считает себя больной в течение 4 лет, когда стала отмечать обильные менструации со сгустками крови, схваткообразные боли внизу живота.

Анамнез: в детстве перенесла ангину, грипп. Страдает анемией, последние 3 года дважды лечилась в стационаре, получала антианемическую терапию.

Менструации с 12 лет, установились сразу (по 7 дней, цикл 30 дней), умеренные, безболезненные. Последние 2 года через 15-16 дней, обильные, со сгустками крови, болезненные. После менструаций отмечает слабость, недомогание, мелькание «мушек» перед глазами.

Половую жизнь ведет с 35 лет, не замужем. Всего было две беременности: обе (сроки 12 и 9 нед) закончились искусственными абортами без осложнений. Перенесенные гинекологические болезни отрицает.

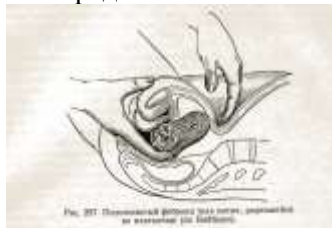
Объективное обследование: состояние удовлетворительное. Пульс 100 уд./мин, ритмичный. АД - 120/80 мм рт. ст.

Кожные покровы и видимые слизистые бледные, тоны сердца ритмичные, отмечается систолический шум на его верхушке. В легких прослушивается везикулярное дыхание без хрипов. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание в норме, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище - нерожавшей женщины. Из канала шейки матки исходит овоидное образование диаметром 3 см на тонкой ножке. Матка имеет размеры слегка больше нормы, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна». Выделения кровянистые, обильные.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями надо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какой должна быть тактика врача женской консультации?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимо использовать?
5. Предложите лечение.



ТЕСТ

Диагноз:

1. Беременность малого срока, аборт в ходу
2. Саркома матки
3. НМЦ
4. Полип цервикального канала
5. Родившийся субмукозный узел

Тактика врача женской консультации:

1. Срочная госпитализация
2. Амбулаторное обследование с последующей госпитализацией
3. Амбулаторное назначение гемостатической терапии, антианемические препараты
4. Динамическое наблюдение

Методы обследования:

1. УЗИ органов малого таза
2. Ангиография, лимфография
3. Гистероскопия
4. Прицельная биопсия эндометрия

Лечение:

1. Выскабливание полости матки с последующей противовоспалительной терапией, назначение утеротоников
2. Полипэктомия
3. Гестагены во вторую фазу цикла
4. Экстирпация матки с придатками в сочетании с подвздошной лимфаденэктомией, в послеоперационном периоде дистанционная гамма – терапия
5. Зондирование полости матки и влагалищная миомэктомия, при неудаче-гистероскопия.

Дальнейшее ведение:

- 1.Противовоспалительная терапия.
- 2.УЗИ
- 3.Через месяц-гистеросальпингография.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №21

Больная Ш., 32 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на темно-кровянистые выделения из половых путей, накануне менструации. Анамнез: в детстве перенесла скарлатину, ветряную оспу. Наследственность не отягощена. Менструации с 12 лет, установились сразу (по 3-4 дня, цикл 27-29 дней), умеренные, безболезненные. Половую жизнь ведет с 26 лет. Всего было три беременности: первая закончилась срочными родами, две последующие - искусственными абортами. Объективное обследование: состояние удовлетворительное. Пульс 76 уд./мин. АД - 120/75 мм рт. ст. Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы нормальной окраски. Язык влажный, чистый. В легких прослушивается везикулярное дыхание без хрипов. Живот мягкий, болезненный при пальпации. Из половых путей кровянистые, темные, скудные выделения. Влагалищное обследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище - рожавшей женщины. Шейка матки имеет цилиндрическую форму, не деформирована. Наружный зев закрыт. На шейке матки видны узелковые, мелко-кистозные образования багрово-синего цвета. Из отдельных образований отходят темные, кровянистые, скудные выделения. Матка шаровидной формы, крупнее нормы, безболезненная при пальпации. Придатки не определяются. Зона их безболезненна.



Эндометриоз шейки матки. Кольпоскопия.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз?
 - а. Эндометриоз тела матки. Эктоцервикальный эндометриоз.
 - б. Аденомиоз.
 - в. Миома матки небольших размеров. Внешний эндометриоз.
 - г. Эндометриоз шейки матки.
 - д. Эндометриоз тела матки. Псевдоэрозия шейки матки.
2. Необходим ли повторный осмотр больной?
 - а. Нет.
 - б. Да. Через 3 месяца после лечения.
 - в. Да. После очередной менструации.
 - г. Да. После обследования.
 - д. Да. Каждые 3 месяца.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо применить при данном случае для уточнения диагноза?
 - а. Кольпоскопия, УЗИ гениталий, метросальпингография.
 - б. УЗИ гениталий.
 - в. Общий анализ крови, мазок из влагалища на флору, кольпоскопия.
 - г. Метросальпингография.
 - д. Кольпоскопия.
4. Предложить лечение больной.
 - а. Лечение не требуется.
 - б. Гестагены, седативные.
 - в. Оперативное лечение в объеме экстирпации матки с придатками.
 - г. Агонисты гонадолиберина.
 - д. Низкодозированные оральные контрацептивы, криодеструкция эндометриоидных очагов на шейке матки.
5. Назначение гестагенов для терапии эндометриоза приводит:
 - а. к остановке роста гетеротопий,
 - б. появлению секреторных изменений и децидуальной реакции,
 - в. развитию некробиоза,
 - г. развитию пролиферативных изменений

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №22

Больная Н, 37 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на боли в области послеоперационного рубца и кровянистые выделения из него, особенно до и после менструации. Кроме того, ее беспокоили боли внизу живота, больше справа.

Анамнез: в детстве перенесла корь, ветряную оспу, ангину, 3 года тому назад аппендэктомию. Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление раны произошло первичным натяжением. Наследственность не отягощена.

Менструации с 13 лет, установились сразу (по 3—4 дня, цикл 28-30 дней), умеренные, безболезненные. Женщина отмечает, что последние 4 года менструации стали более обильными, резко болезненными и продолжительными (по 6-7 дней, цикл тот же).

Половую жизнь ведет с 22 лет. Было пять беременностей: две закончились срочными родами, три искусственными абортами. Перенесенные гинекологические заболевания отрицает.

С жалобами на боли в области послеоперационного рубца и кровянистые выделения из него до и во время менструации неоднократно обращалась к врачу. Проводилось лечение, назначалось тепло на послеоперационный рубец, инъекции гидрокортизона. Улучшения не наступило. Со слов больной, боли после физиотерапевтического лечения усиливались.

Объективное обследование- состояние больной удовлетворительное. Пульс 80 уд /мин. АД — 120/80 мм рт ст

Женщина правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы нормальной окраски Язык влажный, чистый. В легких прослушивается везикулярное дыхание без хрипов.

В толще послеоперационного рубца прощупываются плотные, болезненные узелки Рубец и кожа над ними синюшного цвета. Живот мягкий, умеренно болезненный в нижних отделах, больше справа. Выделения из половых путей слизистые

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно Влагалище - рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы Наружный зев закрыт. Матка нормальной величины, плотная, безболезненная. Слева придатки не определяются, справа и сзади от матки пальпируется болезненное образование размерами 7х8х6 см, ограниченно подвижное Своды влагалища глубокие. Выделения из половых путей слизистые.



Рис. 7.8. Эндометриома. Лапароскопия.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
 - a. Эндометриоидная киста правого яичника.
 - b. Эндометриоидная киста правого яичника. Эндометриоз послеоперационного рубца.
 - c. Кистама правого яичника. Серома послеоперационного шва.
 - d. Киста правого яичника. эндометриоз послеоперационного рубца.
 - e. Внешний и внутренний эндометриоз.
2. Тактика врача женской консультации.
 - a. Дообследование (УЗИ органов малого таза). При подтверждении диагноза направление в стационар для комплексного лечения.
 - b. Направление больной в стационар для дообследования и лечения.
 - c. Направление больной в гинекологическое отделение для проведения консервативного лечения.
 - d. Направление больной в гинекологическое отделение для оперативного лечения.
 - e. Дообследование.
3. Какое лечение Вы можете предложить? Его объем.
 - a. Удаление кисты правого яичника.
 - b. Удаление правого яичника.
 - c. Удаление кисты правого яичника. Иссечение послеоперационного рубца в пределах здоровых тканей.
 - d. Удаление правых придатков. Биопсия левого яичника.
 - e. Удаление правого яичника. Иссечение послеоперационного рубца в пределах здоровых тканей.
4. Какую реабилитацию Вы предложите пациентке?
 - a. анГРГ на 6 месяцев+ десенсибилизирующая, иммуномодулирующая, седативная, рассасывающая терапия.
 - b. Десенсибилизирующая, иммуномодулирующая, седативная, рассасывающая терапия.
 - c. анГРГ на 6 месяцев+ десенсибилизирующая, иммуномодулирующая, седативная, рассасывающая терапия. Через 6 месяцев контроль УЗИ гениталий и назначение низкодозированных КОК.
 - d. Рассасывающая терапия.
 - e. Рассасывающая и физиотерапия.
5. Важнейшими УЗ-диагностическими признаками эндометриоза матки являются
 - a. увеличение поперечного размера матки перед менструацией
 - b. увеличение переднезаднего размера матки перед менструацией
 - c. наличие в миометрии округлых узелков с четкими ровными контурами (капсула)
 - d. асимметрия (различная толщина) передней и задней стенок матки

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №23

Больная М., 38 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на слабость, головокружение, тянущие боли внизу живота, снижение трудоспособности, незначительные кровяные выделения из половых путей.

Считает себя больной в течение последних 1,5 лет, когда появились болезненные, обильные и длительные по времени менструации. К врачу не обращалась.

Анамнез: в детстве перенесла корь, ОРЗ. Взрослой болела гриппом. Наследственность не отягощена.

Менструации с 13 лет, установились сразу (по 3-4 дня, цикл 28-30 дней), умеренные, безболезненные.

Половую жизнь ведет с 23 лет. Всего было шесть беременностей: две из них закончились срочными родами, четыре - искусственными абортами.

В течение последних 1,5 лет у больной изменился менструальный цикл. Продолжительность менструации увеличилась до 7-8 дней, через 28—30 дней, они стали резко болезненными в первые 5 дней, обильными. После менструации у больной появляется чувство слабости, головокружение.

Объективное обследование: состояние удовлетворительное. Пульс 90 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 115/75 мм рт ст.

Женщина правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Язык влажный, чистый. В легких прослушивается везикулярное дыхание без хрипов. Живот мягкий, умеренно болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины не определяются. Выделения из половых путей кровянистые, мажущие.

Влагалищное исследование; наружные половые органы развиты правильно. Влагалище - рожавшей женщины. Шейка матки чистая, цилиндрической формы. Наружный зев ее закрыт. Тело матки увеличено до 10—11 нед беременности за счет множественных миоматозных узлов. Матка при пальпации безболезненна. Придатки не определяются, зона их безболезненна. Выделения кро-



вянистые, мажущие.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
 - а. Множественная миома матки больших размеров.

- b. Множественная миома матки небольших размеров.
 - c. Множественная миома матки больших размеров. Хроническая постгеморрагическая анемия.
 - d. Внутренний эндометриоз. Анемия.
 - e. Миома матки в сочетании с аденомиозом. Анемия.
2. Какие методы диагностики необходимо использовать?
- a. Общий анализ крови, УЗИ гениталий.
 - b. Кольпоскопия.
 - c. Гистеросальпингография.
 - d. Лапароскопия.
 - e. Общий анализ крови.
3. Какое лечение Вы назначите данной больной?
- a. Консервативное.
 - b. Оперативное.
 - c. Оперативное+антианемическая терапия.
4. В каком объеме Вы будете проводить оперативное лечение?
- a. Лапаротомия. Экстирпация матки с придатками.
 - b. Лапаротомия. Надвлагалищная ампутация матки без придатков.
 - c. Лапароскопия. Консервативная миомэктомия.
 - d. Лапароскопия. Надвлагалищная ампутация матки без придатков.
 - e. Лапаротомия. Консервативная миомэктомия.

5. Осложнения миомы матки

- a. гиперполименорея
- b. рождение подслизистого узла
- c. нарушение питания узла
- d. озлокачествление
- e. все перечисленное

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №24

Больная В., 25 лет, поступила в гинекологическое отделение для искусственного прерывания беременности. Жалоб не предъявляла.

Анамнез: наследственность неотягощена.

Менструации с 14 лет, установились сразу (по 4—5 дней, цикл 28 дней), безболезненные, умеренные. Последняя нормальная менструация была 2 месяца назад.

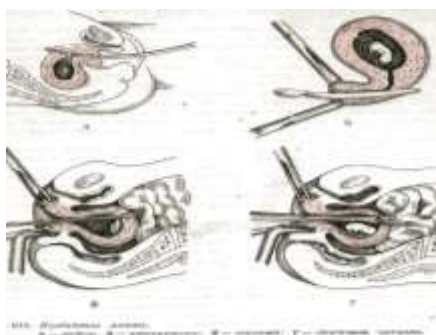
Половую жизнь ведет с 20 лет. Состоит в браке. Было две беременности: первая закончилась нормальными срочными родами (масса ребенка 3500 г), вторая - искусственным абортом (срок 10 нед). После аборта в течение 3 дней держалась температура 37,5°, болел низ живота. По поводу эндометрита больная получила курс пенициллинотерапии, внутримышечные инъекции глюконата кальция и окситоцина. Была выписана на 10-й день после операции. Другие перенесенные гинекологические болезни отрицает.

Объективное обследование: состояние больной при поступлении удовлетворительное. Пульс 72 уд./мин, ритмичный. АД - 100/70 мм рт. ст.

Больная правильного телосложения, умеренного питания. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Со стороны органов и систем патологии не выявлено.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, оволосение на лобке - по женскому типу. Влагалище - рожавшей женщины. Шейка матки - чистая, цианотичная, цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка расположена правильно, мягкой консистенции, подвижная, безболезненная, увеличена до 10-11 нед беременности. Придатки матки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Выделения слизистые, светлые.

Был поставлен диагноз беременность 10-11 недель. В соответствии с желанием больной она была подготовлена к операции искусственного прерывания беременности методом выскабливания полости матки. На следующий день под внутривенным наркозом (20 мл сомбревина) была начата операция после предварительного исследования влагалища непосредственно перед операцией. При зондировании полости матки зонд как бы «провалился» в брюшную полость, его верхний конец определяется на уровне пупка беременной.



Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
 - a. Беременность 10-11 недель. Перфорация матки?
 - b. Беременность 10-11 недель. Состояние после медаборта.
 - c. Беременность 10-11 недель.

2. Какой может быть тактика ведения больной?
 - a. Динамическое наблюдение при отсутствии ухудшения общего состояния больной.
 - b. Выскабливание полости матки под контролем лапароскопа, осмотр перфорационного отверстия (при кровотечении – его ушивание или коагуляция).
 - c. Лапаротомия, ушивание перфорационного отверстия.
 - d. Следует осторожно попытаться кюреткой удалить плодное яйцо (при условии готовой одnogруппной крови и развернутой большой операционной). Если нет кровотечения и состояние больной не внушает опасений, то можно воздержаться от чревосечения. После операции рекомендуется тщательное наблюдение за больной (АД, пульс, динамика анализов крови), назначение противовоспалительной терапии и средств, сокращающих матку. При ухудшении состояния больной (кровотечение, признаки воспаления) показана лапаротомия в экстренном порядке.
 - e. Продолжить выскабливание полости матки.

3. Послеоперационное ведение?
 - a. Противовоспалительная, рассасывающая, гемостатическая терапия.
 - b. Гемостатическая, физиотерапия.
 - c. Наблюдение.
 - d. Противовоспалительная, гемостатическая, утеротоническая терапия.
 - e. Физиотерапия.

4. Требуется ли назначение контрацепции данной пациентке?
 - a. Нет.
 - b. Да. На 3 месяца.
 - c. Да. На 6 месяцев.
 - d. Да. На 1 год.
 - e. Да. На 2 года.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №25

Больная И., 25 лет, доставлена ночью машиной «скорой помощи» в гинекологическое отделение с жалобами на сильные схваткообразные боли внизу живота.

Анамнез: наследственность не отягощена.

Менструации с 13 лет, установились сразу (по 4-5 дней, цикл 21 день), безболезненные, умеренные. Цикл регулярный. Последняя нормальная менструация была 3 мес назад.

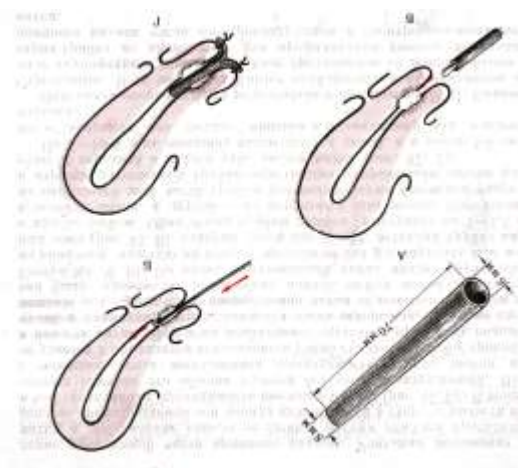
Половую жизнь ведет с 20 лет. Состоит в браке. Всего было пять беременностей: две из них закончились нормальными срочными родами, а три - искусственными абортами в ранние сроки, без осложнений. Перенесенные гинекологические болезни отрицает.

Последний аборт был произведен 1 мес тому назад (срок беременности 8 нед). Выписана на 2-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Чувствовала себя хорошо, температура тела была нормальной. В срок предполагаемой менструации кровяные выделения отсутствовали, но появились ноющие боли внизу живота, которые усилились ночью, стали схваткообразными. Больная вызвала «скорую помощь» и была госпитализирована.

Объективное обследование: состояние удовлетворительное. Пульс 80 уд./мин, ритмичный. АД— 120/80 мм рт. ст.

Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы патологии не обнаружено. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, болезненный при пальпации в нижних отделах. Над лоном пальпируется плотное, резко болезненное образование (матка?). Симптомы раздражения брюшины не выявляются. Мочеиспускание свободное, болезненное, учащенное.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, оволосение на лобке - по женскому типу. Влагалище - рожавшей женщины. Шейка матки чистая, цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка, расположенная в центре малого таза, округлой формы, тугоэластической консистенции, резко болезненная при пальпации, увеличена до 12-13 нед беременности, подвижная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Выделения из влагалища слизистые, светлые.



Окклюзия цервикального канала. Гематометра

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
 - a. Состояние после медаборта. Гематометра.
 - b. Состояние после медаборта. Окклюзия цервикального канала. Гематометра.
 - c. Состояние после медаборта. Плацентарный полип.
 - d. Состояние после медабота. Остатки плодного яйца.
 - e. Состояние после медаборта.
2. Тактика ведения больной.
 - a. Противовоспалительная и сокращающая терапия.
 - b. Противовоспалительная, сокращающая терапия, физиолечение.
 - c. Гистероскопия. Диагностическое выскабливание полости матки, противовоспалительная и сокращающая терапия.
 - d. Бужирование цервикального канала, сокращающая терапия.
 - e. Бужирование цервикального канала, постановка в полость матки аллопластической трубки.
3. Какие методы дополнительной диагностики необходимо использовать?
 - a. УЗИ органов малого таза.
 - b. УЗИ матки + общий анализ крови.
 - c. КТ органов малого таза.
 - d. МРТ органов малого таза + общий анализ крови.
 - e. Гистероскопия.
4. Какую медикаментозную терапию необходимо проводить?
 - a. Противовоспалительная терапия.
 - b. Утеротоническая терапия
 - c. Физиотерапия.
 - d. Иммуностимулирующая терапия.
 - e. Все перечисленное
5. Когда больная может быть выписана из стационара?
 - a. При прекращении кровяных выделений, нормальных анализах крови, удовлетворительном состоянии.
 - b. После окончания лечения.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №26

Больная И., 32 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на скудные кровяные выделения после искусственного аборта в течение 1 мес

Анамнез: наследственность не отягощена.

Менструации с 14 лет, установились сразу (по 4—5 дней, цикл 21 день), умеренные, безболезненные. Последняя нормальная менструация была 3 мес тому назад.

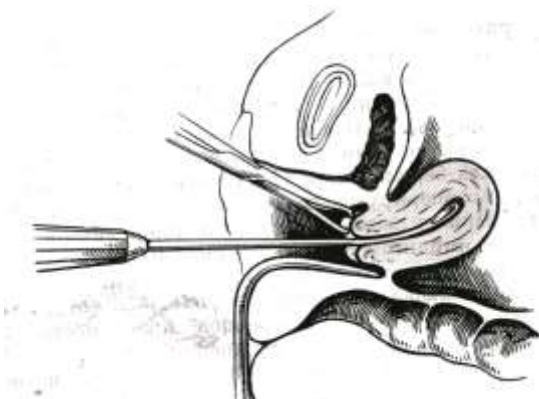
Половую жизнь ведет с 20 лет. Всего было пять беременностей:

две из них закончились нормальными родами; три - искусственными абортами без осложнений. После последнего аборта (срок беременности 8 нед), который не дал осложнений, выписана из роддома через 1 сут в удовлетворительном состоянии, с нормальной температурой тела и сукровичными выделениями из влагалища. После выписки скудные сукровичные выделения продолжают до настоящего времени, с перерывами.

Объективное обследование: общее состояние удовлетворительное. Пульс 72 уд./мин. АД — 100/70 мм рт. ст.

Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание регулярные.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище чистое, емкое. Шейка матки чистая, цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Тело матки расположено правильно, подвижное, безболезненное, размерами несколько больше нормы. Придатки матки не определяются, область их безболезненна. Своды влагалища свободные. Выделения кровянистые, скудные, темного цвета, во время исследования усилились.



Выскабливание полости матки при плацентарном полипе

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
 - a. Плацентарный полип.
 - b. Хронический эндометрит.
 - c. Полип тела матки.
 - d. Внутренний эндометриоз.
 - e. Миома матки.

2. Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза?
 - a. Кольпоскопия.
 - b. УЗИ гениталий.
 - c. Гистеросальпингография.
 - d. КТ органов малого таза.
 - e. Лапароскопия.

3. Тактика ведения данной пациентки.
 - a. Наблюдение.
 - b. Антибактериальная, гемостатическая терапия.
 - c. Гистероскопия, диагностическое выскабливание полости матки, антибактериальная, сокращающая, гемостатическая терапия.
 - d. Диагностическое выскабливание полости матки, антибактериальная и физиотерапия.
 - e. Диагностическая гистероскопия, антибактериальная терапия.

4. Когда больная может быть выписана домой?
 - a. На 2-е сутки.
 - b. На 7-е сутки.
 - c. После прекращения кровянистых выделений из матки.
 - d. После прекращения кровянистых выделений из матки, получения результата гистологического исследования, окончания противовоспалительной терапии.
 - e. После прекращения кровянистых выделений из матки, получения результата гистологического исследования.

5. Рекомендации при выписке.
 - a. Физический и половой покой 1 месяц.
 - b. Физический и половой покой 1 месяц, контрацепция 3 месяца, курс реабилитации.
 - c. Курс рассасывающей терапии.
 - d. Курс реабилитации и рассасывающей терапии.
 - e. Осмотр через неделю.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №27

Больная Б., 25 лет, доставлена в больницу с жалобами на боли внизу живота, больше справа, тошноту.

Анамнез: менструальная функция не нарушена. Последняя нормальная менструация началась 3 дня назад. Единственная беременность у больной закончилась искусственным абортом 5 лет назад, послеоперационный период осложнился эндометритом, по поводу которого лечилась в стационаре в течение 2 нед (получала антибиотики, сокращающие матку средства). Кроме перенесенного эндометрита после искусственного аборта отмечает хронический аднексит с частыми обострениями.

Лечилась амбулаторно (получала антибиотики, аутогемотерапию, внутривенные инъекции хлористого кальция). Последний раз по поводу аднексита лечилась 6 мес назад. Страдает вторичным бесплодием.

Заболела остро 8 ч назад - появились боли внизу живота, рвота (1 раз), озноб, жидкий стул, температура тела повысилась до 37,6°. Боли внизу живота постепенно нарастали, стали более выраженными в правой пахово-подвздошной области. Была вызвана машина «скорой помощи», и с подозрением на обострение хронического аднексита или острый аппендицит больная доставлена в стационар.

Объективное обследование: при поступлении состояние средней тяжести. Пульс 112 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД—115/70 мм рт. ст. Температура тела при поступлении в стационар 38,4°.

Язык сухой, обложен беловатым налетом. Живот правильной формы, умеренно вздут, болезнен и напряжен в нижних отделах, больше справа, где определяются положительные симптомы раздражения брюшины. Нижний отдел живота в дыхании не участвует. Перистальтика кишечника вялая, газы отходят плохо. Мочеиспускание не изменено. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки конической формы, чистая, наружный зев точечный. Из наружного зева отходят гнойно-кровянистые выделения. Смещение шейки матки в любом направлении умеренно болезненно. Матка болезненна при пальпации, мягковата, не увеличена, придатки с обеих сторон четко не пальпируются из-за напряжения мышц передней брюшной стенки (больше справа), ограниченные при смещении, также болезненны. Своды влагалища свободны.

Ректовагинальное исследование: дополнительных данных не получено.

Срочно взяты кровь на анализ, и мазки из цервикального канала.

Анализ крови: лейкоцитов — $12,3 \cdot 10^9/\text{л}$ (палочкоядерных - 10%), СОЭ — 19 мм/ч.

Микроскопическое исследование: в мазке из влагалища лейкоцитов – до 100 в поле зрения, эпителиальных клеток мало, реакция слабощелочная, микрофлора - обильная, кокковая.

Через 30 мин после поступления в отделение больная осмотрена хирургом, который констатировал у нее наличие пельвиоперитонита и не мог исключить острый аппендицит.

Вопросы:

1. Проанализируйте анамнез и историю болезни, поставьте предварительный диагноз.
 - a. Обострение двустороннего хронического аднексита, хронический эндометрит, пельвиоперитонит (специфической этиологии?). Острый аппендицит? Вторичное бесплодие.
 - b. Острый сальпингоофорит. Пельвиоперитонит. Эрозия шейки матки. Бесплодие.
 - c. Острый аппендицит?
 - d. Острый сальпингоофорит? Острый аппендицит?
 - e. Обострение хронического аднексита? Острый аппендицит? Псевдоэрозия шейки матки. Вторичное бесплодие.
2. Возможно ли назначение антибиотиков после постановки предварительного диагноза?
 - a. Да.
 - b. Назначение антибиотиков в стадии установления диагноза не показано, так как их введение ведет к извращению клинической картины развития болезни, что затрудняет диагностику.
3. Проанализируйте мазок из влагалища. В соответствии с характером микробной флоры определите, какой степени чистоты влагалища он соответствует?
 - a.)I , b)II c) III, d)IV e)V
4. Какой метод диагностики наиболее часто используется для выявления возбудителя пельвиоперитонита специфической этиологии (гонорейной)?
 - a. Метод ПЦР-диагностики.
 - b. Мазок на онкоцитологию
 - c. Метод ИФА крови.
 - d. Метод провокации.
 - e. Культуральный метод.
5. Какой из дополнительных методов исследования может помочь для исключения или подтверждения острого аппендицита?
 - a. Кольпоскопия.
 - b. Лапароскопия.
 - c. Компьютерная томография.
 - d. УЗИ органов малого таза.
 - e. Гистеросальпингография.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №28

Больная В., 54 лет, поступила в больницу с жалобами на ноющую боль в левой подвздошной области, которая иррадирует в левое бедро, учащенное, безболезненное мочеиспускание.

Анамнез: менструальная и детородная функции без особенностей. Из гинекологических болезней перенесла аднексит (лечилась амбулаторно), при очередном профилактическом осмотре 2 нед назад была обнаружена опухоль левого яичника размерами 9х8х6 см, неравномерной консистенции, подвижная, безболезненная, с гладкой поверхностью, после чего больной было предложено оперативное лечение.

Шесть часов назад после физической нагрузки возникли боли внизу живота слева, тошнота, рвота (1 раз). С целью обезболивания принимала анальгин. Однако боли постепенно усиливались, стали иррадиировать в левое бедро, появилось учащенное мочеиспускание. Машиной «скорой помощи» больная была доставлена в больницу.

Ультразвуковое сканирование: матка без особенностей, правый яичник не определяется, левый яичник представляет собой жидкостное двухкамерное образование размерами 9х8х6 см с эхонегативными включениями.

Объективное обследование: при поступлении состояние удовлетворительное. Пульс 92 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 140/90 мм рт. ст. Температура тела 37,4°.

Органы дыхания без особенностей.

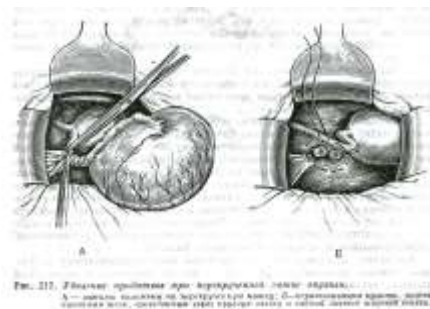
Язык суховат, обложен белесоватым налетом. Живот правильной формы, умеренно вздут, при пальпации болезнен, больше в левой подвздошной области, где выявляется напряжение мышц передней брюшной стенки и положительный симптом Щеткина - Блюмберга. Перистальтика живая. Перкуторно свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Стул был накануне. Мочеиспускание учащенное, безболезненное.

Анализ крови: гемоглобин - 126 г/л, лейкоцитов - $10,7 \times 10^9$ /л, СОЭ - 22 мм/ч.

Анализ мочи: без патологических изменений.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки цилиндрической формы, чистая, обычной консистенции, смещение шейки безболезненно. Тело матки находится в положении антеверсии, меньше нормы, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки справа не определяются. Слева и сзади от матки в области придатков пальпируется опухоль яйцевидной формы, размерами 12х10х10 см, мягковатой консистенции, ограниченно подвижная, с гладкой поверхностью, резко болезненная при пальпации. Верхний полюс новообразования четко не прощупывается из-за напряжения и болезненности передней брюшной стенки. Между маткой и опухолью выявляется резко болезненная, мягковатая ножка, новообразования. Инфильтраты в малом тазу не обнаружены. Своды влагалища свободны. Выделения из него скудные, слизистые.

Ректовагинальное исследование: дополнительных данных не получено.



Перекрут ножки опухоли левого яичника

Вопросы:

1. На основании изложенных данных поставьте диагноз.
 - a. Перекрут ножки опухоли левого яичника.
 - b. Опухоль левого яичника.
 - c. Ретенционная киста левого яичника.
 - d. Опухоль яичника с нарушенным кровообращением.
2. Какое обследование необходимо провести дополнительно?
 - a. Рентгенологическое обследование желудочно-кишечного тракта, чтобы исключить опухоли кишечника, которые часто пальпируются как опухоли яичников, прорастание опухоли яичника в кишечник, первичные опухоли желудка и кишечника, которые часто метастазируют в яичники.
 - b. Диагностическую лапароскопию.
 - c. Кольпоскопию, для уточнения состояния шейки матки и определения объема хирургического лечения.
 - d. Лапароскопию, биопсию левого яичника для определения объема дальнейшего оперативного лечения.
 - e. Дополнительное обследование не требуется.
 - f. УЗИ. Определение онкомаркера СА -125.
3. Определите объем оперативного лечения и доступ?
 - a. Лапароскопия, удаление левых придатков, биопсия правого яичника.
 - b. Нижнесрединная лапаротомия, экстирпация матки с придатками, эктирпация большого сальника, ревизия органов брюшной полости и лимфоузлов забрюшинного пространства.
 - c. Нижнесрединная лапаротомия, экстирпация матки с левыми придатками, ревизия органов брюшной полости и лимфоузлов забрюшинного пространства.
 - d. Нижнесрединная лапаротомия, ампутация матки с левыми придатками.
 - e. Нижнесрединная лапаротомия гистероэктомия с придатками при подозрении на малигнизацию-оменэктомию.
4. К чему может привести перекрут ножки опухоли яичника?
 - a. К нарушению кровообращения и некрозу опухоли, нарушению ее целостности.
 - b. К нагноению опухоли, перитониту.
 - c. К распространению опухолевого процесса на брюшину и соседние органы.
 - d. Все перечисленное.
 - e. Ничего из перечисленного.
5. Наиболее частое осложнение доброкачественной опухоли яичника:
 - a. кровоизлияние в полость опухоли
 - b. нагноение содержимого
 - c. перекрут ножки опухоли
 - d. сдавление соседних органов

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №29

Больная Д., 31 года, поступила в больницу с жалобами на внезапно возникшие боли внизу живота схваткообразного характера с иррадиацией в крестец и скудные кровяные выделения из половых путей. Сразу же после болей появилась тошнота.

Анамнез: наследственность не отягощена.

Менструации (по 4-5 дней, цикл 30 дней) умеренные, безболезненные. Последняя нормальная менструация была 6 нед назад (задержка менструации 2 недели). Больная замужем. Беременностей было три: одна из них закончилась нормальными родами, две - искусственными абортами. После последнего аборта развился двусторонний аднексит (лечилась в стационаре и амбулаторно, получала антибиотики, аутогемотерапию, физиотерапевтические процедуры, после чего в течение 2 лет, с 27- до 29-летнего возраста от беременности предохранялась, принимая двухкомпонентные эстроген-гестагенные препараты. В последние 1,5 года таких мер не предпринимала – планировала очередную беременность и роды.

Объективное обследование: при поступлении состояние удовлетворительное. Пульс 90 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД — 110/70 мм рт. ст. Температура тела 36,8°, боли значительно уменьшились. Язык влажный, обложен белесоватым налетом. Живот правильной формы, равномерно, всеми отделами участвует в акте дыхания, слегка вздут, болезнен при глубокой пальпации над лоном и в левой подвздошной области. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Перистальтика кишечника активная. Стул был накануне. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Анализ крови: гемоглобина — 100 г/л, гематокрит — 32%, лейкоцитов— $8,6 \times 10^9$ /л, СОЭ— 19 мм/ч.

Влагалищное исследование: наружные половые органы и влагалище развиты правильно. Шейка матки слегка цианотична, деформирована за счет старых послеродовых рубцов не эрозирована, из цервикального канала отходят мажущие кровяные выделения. При пальпации шейка матки обычной консистенции, смещение ее болезненно. Наружный зев проходим для кончика пальца, длина шейки составляет 3 см. Тело матки находится в обычном положении, несколько увеличено, мягковатое, слегка болезненное при исследовании. Придатки справа не увеличены, безболезненны при пальпации, слева в области придатков определяется опухолевое образование, ограниченно подвижное, болезненное, тестоватой консистенции, с неясными контурами, размерами 4х4х5 см. Свод влагалища несколько уплощен, слегка болезненный при исследовании. Выделения из него кровяные, скудные, мажущие.

Во взятом мазке у больной определена II степень чистоты влагалища. Тест на беременность положительный.

При УЗИ гениталий матка 50*46*40мм, М-ЭХО 9мм, эндометрий однородный. Правый яичник 25*20мм, с мелкими фолликулами. Левый яичник 35*30мм с желтым телом диаметром 15мм. Рядом с левым яичником лоцируется эхопозитивная структура 40*30*50мм с эхонегативным венчиком диаметром 15мм. В заднем своде определяется умеренное количество свободной жидкости.



Рис. 16.3. Локализация плодного яйца в интрамуральном отделе маточной трубы. Лапароскопия

Трубная беременность.

1. Поставьте предварительный диагноз.
 - a. Обострение хронического сальпингоофорита.
 - b. Левотрубная беременность?
 - c. Маточная беременность малого срока, угроза выкидыша?
 - d. Хронический сальпингоофорит. Левотрубная беременность?
 - e. Хронический сальпингоофорит.

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз.
 - a. С обострением хронического сальпингоофорита.
 - b. Маточным выкидышем.
 - c. С перекрутом ножки опухоли яичника.
 - d. С острым аппендицитом.
 - e. Со всем перечисленным.

3. Какими могут быть варианты лечения?
 - a. Консервативное.
 - b. Оперативное.

4. Каков объем оперативного вмешательства более предпочтителен?
 - a. Лапароскопия, сальпинготомия, удаление плодного яйца.
 - b. Лапаротомия, сальпинготомия, удаление плодного яйца, ушивание маточной трубы.
 - c. Лапароскопия, сальпингоэктомия слева.
 - d. Лапаротомия, сальпингоэктомия слева.
 - e. Лапаротомия двусторонняя сальпингоэктомия.

5. Какова вероятная причины болезни у данной пациентки?
 - a. Воспалительные изменения в стенке трубы.
 - b. Повышенная активность плодного яйца к нидации.
 - c. Генитальный инфантилизм.
 - d. Опухоли придатков и матки.
 - e. Спастическое сокращение маточных труб на почве стресса.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №30

Больная З., 36 лет поступила в гинекологический стационар с *жалобами* на резкие боли внизу живота, озноб, повышение температуры тела до 38-38,8°, общую слабость, головную боль.

Анамнез: в детстве перенесла аппендэктомию, бронхит, пневмонию.

Менструации с 14 лет, установились сразу (по 3-4 дня, цикл 30 дней), умеренные, безболезненные. Последняя менструация имела место за 12 дней перед поступлением в отделение, в срок, в обычном количестве.

Половая жизнь с 24 лет. Беременностей - 5, роды - 1, аборт - 3, выкидыш - 1, осложнившийся повторным выскабливанием и последующим острым сальпингитом.

Больной считает себя последние 6 лет, с тех пор как после самопроизвольного выкидыша развилось острое воспаление придатков матки. Неоднократно проходила стационарное и амбулаторное лечение.

Несколько дней тому назад после переохлаждения появились постоянные боли внизу живота, озноб, температура повысилась до 38°C.

Объективное обследование: исследование: общее состояние при поступлении удовлетворительное. Пульс - 68 уд/мин, АД - 120/70 мм рт.ст. Молочные железы мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют. Язык влажный, слегка обложен. Живот спокойный, умеренно болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Вагинальное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки цилиндрическая, обычной консистенции. Смещение шейки матки резко болезненное. Тело матки нормальных размеров, несколько сминуто вправо, ограничено в подвижности, чувствительно при пальпации, поверхность ее гладкая. Правые придатки не пальпируются. Слева и несколько кзади от матки пальпируется образование, ограниченное в подвижности, резко болезненное, плотной консистенции, размерами 4х9см, влагалищный свод слева укорочен.

Анализ крови: определены лейкоцитоз, повышенная СОЭ, палочкоядерные нейтрофилы.

Ультразвуковое исследование: обнаружено образование слева от матки (маточная труба?) размерами 4х9см, неравномерной эхоплотности (гной?).

Вопросы:

1. Поставьте диагноз?



- a. Левосторонний пиосальпинкс
- b. Пиосальпинкс
- c. Обострение хронического сальпингита.
- d. Хронический левосторонний сальпингит.

- e. Хронический аднексит.
- f. Левотрубная беременность
- g. Обострение хронического аднексита. Пиосальпинкс слева

2. Лечение

а) консервативное

б) оперативное

1. Лапаротомия, гистероэктомия с придатками

2. Лапаротомия. Сальпингооовариоэктомия слева

3. Лапароскопия, сальпингооовариоэктомия слева

4. Лапароскопия 2-х сторонняя сальпингоэктомия

3). Какие возбудители могут вызвать неспецифические воспалительные заболевания гениталий:

- a. Стафилококки и стрептококки.
- b. Хламидии и микоплазмы.
- c. Кишечная палочка.
- d. Анаэробы.
- e. Все перечисленное.

3. Лекарственная терапия острого воспаления придатков матки предполагает назначение:

- a. нестероидных противовоспалительных препаратов и антибиотиков широкого спектра действия
- b. десенсибилизирующей терапии
- c. дезинтоксикационной терапии
- d. физиотерапии (УВЧ на область гипогастрия)
- e. всего перечисленного

4. Объем клинико-лабораторного обследования больной с воспалительными заболеваниями половых органов включает:

- a. гинекологический осмотр в зеркалах и бимануально, бакпосевы содержимого влагалища и цервикального канала, мазки на гонококки Нейсера из цервикального канала, уретры и rectum , кровь на СПИД, сифилис, клинический анализ крови и мочи
- b. гинекологический осмотр в зеркалах и бимануально, бакпосевы содержимого влагалища и цервикального канала, кровь на СПИД, сифилис, кал на дезгруппу
- c. гинекологический осмотр в зеркалах и бимануально, рентгенография органов грудной клетки, кровь на СПИД, сифилис, клинический анализ крови и мочи
- d. гинекологический осмотр в зеркалах и бимануально, бакпосевы содержимого влагалища и цервикального канала.
- e. гинекологический осмотр, бакпосев содержимого цервикального канала, мазки на гонококки Нейсера из цервикального канала, уретры и rectum , кровь на СПИД, сифилис, клинический анализ крови.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №32

Больная З., 38 лет поступила в клинику с *жалобами* на постоянную боль внизу живота, иррадиирующую в поясницу, повышение температуры до 38°C.

Анамнез: в детстве перенесла ветряную оспу, ОРЗ, бронхит. Наследственность не отягощена.

Менструации с 16 лет, установились сразу (по 6 дней, цикл 28 дней), умеренные, безболезненные. Последняя нормальная менструация имела место 11 дней назад.

Половая жизнь с 26 лет, не беременела, средств контрацепции не применяла. Через несколько месяцев от начала половой жизни перенесла воспаление придатков матки, по поводу которого лечилась в стационаре. В дальнейшем воспаление придатков часто обострялось, при каждом рецидиве больная лечилась в стационаре, где ей дважды производилась пункция заднего свода (в пунктате обнаружен гной), вводили антибиотики. Последнее обострение началось после менструации: появились постоянные боли внизу живота, отдающие в поясницу, озноб с обильным потоотделением, повышение температуры тела.

Объективное обследование: общее состояние при поступлении средней тяжести. Пульс 104 уд/мин, АД - 120/75. Температура - 39,4°C.

Живот при пальпации умеренно болезненный в нижних отделах, несколько вздут, выявлены симптомы раздражения брюшины.

Анализ крови: лейкоцитоз 13х10⁹/л.

Влагалищное исследование: шейка матки без особенностей, тело матки четко не контурируется из-за резкой болезненности живота. Левые придатки не пальпируются. Справа и сзади от матки определяется образование размерами 12х7см, плотное, бугристое, резко ограниченное в подвижности, болезненное.

При *пункции заднего свода* получено 20 мл гноя.

Назначена комплексная дезинтоксикационная, антибактериальная и противовоспалительная терапия. При наблюдении в течение 6 часов общее состояние больной улучшилось.



.Перфорация пиосальпинкса .Пельвиоперитонит

Вопросы:

1. Диагноз?
 - a. Обострение хронического аднексита, пельвиоперитонит.
 - b. Правосторонняя tuboовариальная опухоль, пельвиоперитонит.
 - c. Правосторонняя tuboовариальная воспалительная опухоль.
 - d. Правосторонняя tuboовариальная воспалительная опухоль, пельвиоперитонит.
 - e. Пельвиоперитонит. Опухоль малого таза.

2. Дальнейшее лечение?
 - a. Физиотерапия.
 - b. Рассасывающая терапия.
 - c. Гормональная терапия.
 - d. Оперативное (экстирпация матки с придатками).
 - e. Оперативное (удаление правых придатков).
3. Укажите возможные осложнения острого воспаления придатков матки:
 - a. переход в хроническую форму
 - b. генерализация инфекции с развитием перитонита
 - c. абсцедирование
 - d. формирование синдрома хронических тазовых болей
 - e. все перечисленное
4. Перечислите показания к хирургическому лечению воспалительных заболеваний придатков матки:
 - a. острый аднексит с формированием воспалительных tuboовариальных образований
 - b. острый сальпингит, пельвиоперитонит
 - c. перитонит, перфорация гнойных воспалительных образований придатков матки
 - d. все перечисленное
 - e. ничего из перечисленного

5. Для хронического воспаления придатков матки характерно
 - a. нарушение дифференцировки регенерирующего эпителия на реснитчатые и безреснитчатые клетки
 - b. дезинтеграция мышечной ткани
 - c. формирование обширных перифокальных спаек
 - d. локальное отсутствие эпителиальной выстилки внутренней поверхности эндосальпинкса
 - e. все вышеперечисленное

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №33

Больная А., 30 лет, поступила в гинекологическое отделение с *жалобами* на ноющие боли внизу живота с иррадиацией в поясницу, повышение температуры до 37,8°C, бели желто-зеленого цвета. Считает себя больной в течение недели.

Анамнез и наследственность не отягощены.

Менструации с 13 лет, установились сразу (по 3-4 дня, цикл 28 дней), регулярные, умеренные, безболезненные. Последняя менструация имела место за 2 недели до поступления в стационар.

Половая жизнь с 23 лет. Было 3 беременности, из которых 2 закончились нормальными родами, третья (2 года тому назад) - искусственным абортom, который осложнился сальпингитом, по поводу чего женщина госпитализировалась в стационар.

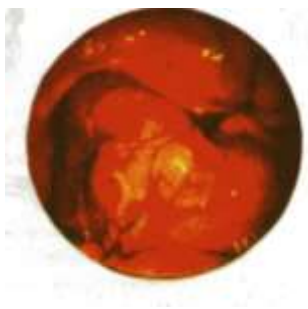
Объективное обследование: общее состояние удовлетворительное. Пульс - 86 уд/мин, АД - 125/70. Температура - 37,5°C.

Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в нижних отделах. Признаков раздражения брюшины не обнаружено. Физиологические отправления без особенностей.

Влагалищное исследование: Шейка матки гиперемирована в области наружного зева. Тело матки в правильном положении, нормальной величины, плотной консистенции, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон увеличены, в спайках, болезненны при пальпации. Своды влагалища глубокие, безболезненные.

Анализ крови: гемоглобин - 134 г/л, лейкоциты - $7,2 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 20 мм/час.

У больной после проведенной провокации гоновакциной (500 млн микробных тел) осуществлен забор влагалищных мазков. Обнаружены диплококки, расположенные внутриклеточно, лейкоцитов мало, микрофлора отсутствует.



Вопросы:

1. Поставьте диагноз?
 - a. Обострение хронического сальпингоофорита.
 - b. Обострение хронического гонорейного сальпингоофорита. Эндоцервикоз.
 - c. Хронический сальпингит. эндоцервицит.
 - d. Гонорейный сальпингит в сочетании с эндоцервикозом.
 - e. Гонорея.Лапароскопия. Острый гнойный сальпингит
2. Какое лечение вы назначите?
 - a. Антибактериальная, десенсибилизирующая, симптоматическая и общеукрепляющая терапия. После стихания обострения воспалительного процесса перейти на физиотерапевтические процедуры, рассасывающие средства.

- b. Антибактериальная, десенсибилизирующая, симптоматическая и общеукрепляющая, физиотерапия.
 - c. Антибактериальная, десенсибилизирующая, симптоматическая и общеукрепляющая терапия, рассасывающие средства.
 - d. Антибактериальная терапия и физиопроцедуры.
 - e. Оперативное лечение в сочетании с антибактериальной терапией.
3. К какой степени чистоты влагалища относится мазок у данной больной?
- a. I
 - b. II
 - c. III
 - d. IV
 - e. V
4. Какие методы провокации существуют?
- a. Механические и термические
 - b. Биологические и физиологические
 - c. Алиментарные
 - d. Гормональные
 - e. Все ответы верны
5. Критерии излеченности гонореи?
- a. отсутствие жалоб
 - b. отсутствие гонококков в мазках после окончания курса специфической терапии
 - c. отсутствие воспалительных изменений в придатках матки
 - d. все ответы верны
 - e. все ответы неверны

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №34

Больная А., 30 лет, обратилась к врачу женской консультации за справкой о состоянии здоровья. Жалоб не предъявляет.

Анамнез: в детстве перенесла грипп, ангину.

Менструации с 11 лет, установились сразу (по 7 дней, цикл 30 дней), умеренные, безболезненные.

Половая жизнь с 20 лет. Из гинекологических заболеваний перенесла острое воспаление придатков, лечилась в стационаре.

Объективное обследование: состояние удовлетворительное, пульс 76 уд/мин, АД - 120/80.

Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, влагалище емкое, свободное. Шейка матки субконической формы, чистая. Матка увеличена до 6 нед беременности, плотная, подвижная, безболезненная. С обеих сторон пальпируются плотные придатки, вы-

деления слизистые,



Хронический аднексит . Спаечный процесс

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
 - a. Миома матки небольших размеров? Хронический двусторонний сальпингоофорит.
 - b. Миома матки. Двусторонний сальпингоофорит.
 - c. Миома матки в сочетании с внутренним эндометриозом. Спаечный процесс малого таза.
 - d. Хронический сальпингоофорит.
 - e. Внутренний эндометриоз. Хронический сальпингоофорит.
2. Какие диагностические мероприятия следует осуществить с целью верификации диагноза?
 - a. Мазок на флору.
 - b. Гистеросальпингография.
 - c. УЗИ органов малого таза.
 - d. Гистероскопия.
 - e. Лапароскопия.
3. Какая величина является показанием к оперативному лечению миомы матки:
 - a. Миома матки 8 недель
 - b. Миома матки 12 недель
 - c. Миома матки 5 недель
 - d. Миома матки 10 недель
 - e. Миома матки более 14 недель
4. Какие осложнения могут возникнуть у больных с субсерозным расположением миоматозного узла:

- a. Маточное кровотечение
- b. Перекрут ножки узла, некроз узла
- c. Эндометрит
- d. Острый сальпингит

5. Динамическое наблюдение показано больным с:

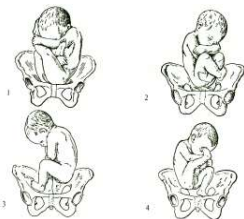
- a. Миомой матки 7-10 недель
- b. Ростом миомы в постменопаузе
- c. Миомой матки 5 недель, вторичной анемией
- d. Шеечной миомой

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №35

В отделение патологии поступает повторнобеременная 30 лет, с отягощенным акушерским анамнезом, тазовым предлежанием плода. Срок беременности 40 недель. В анамнезе – первая беременность, самостоятельные роды на фоне слабости родовой деятельности. Вес ребенка – 3400, длительные роды, умер от родовой травмы на 3-и сутки. Данная беременность протекала без осложнений. Рост – 170 см, вес – 74 кг. Предполагаемый вес плода – 3700,0.

Вопросы:

1. Диагноз?
 - a. Беременность 40 недель, тазовое предлежание, отягощенный акушерский анамнез, крупный плод.
 - b. Беременность 40 недель, тазовое предлежание, крупный плод.
 - c. Беременность 40 недель, тазовое предлежание, отягощенный акушерский анамнез.
 - d. Беременность 40 недель, отягощенный акушерский анамнез, крупный плод.
 - e. Беременность 40 недель, тазовое предлежание.
2. К показаниям к кесареву сечению при тазовом предлежании плода не относится:
 - a. масса плода более 3500-3600
 - b. ножное предлежание
 - c. узкий таз
 - d. чисто-ягодичное предлежание
2. Ваш план ведения родов
 - a. Консервативный
 - b. Консервативно-выжидательный
 - c. Плановое кесарево сечение ближе к сроку родов
 - d. Экстренное кесарево сечение
 - e. Экстракция плода за тазовый конец
3. Причиной возникновения тазового предлежания является:
 - a. повышенная подвижность плода в матке
 - b. пониженная подвижность плода в матке
 - c. препятствия к установлению головки в малый таз
 - d. все вышеперечисленное
4. Тазовое предлежание плода является:
 - a. нормой
 - b. патологией
 - c. пограничным состоянием
 - d. ничто из перечисленного
5. В чем преимущество правильного членорасположения плода при чисто-ягодичном предлежании:
 - a. головка в согнутом состоянии
 - b. ножки плода препятствуют запрокидыванию ручек
 - c. объем грудной клетки больше объема головки



- d. все вышеперечисленное

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №36

На учете в женской консультации первобеременная 20 лет с анатомически суженным тазом II степени. По УЗИ срок беременности – 37 недель, ПВП – 4200,0.

Вопросы:

1. Какое обследование необходимо беременной для постановки диагноза анатомически узкого таза?
 - a. УЗИ таза
 - b. МРТ таза
 - c. Рентгенопельвиометрия.
 - d. КТ таза.
 - e. УЗДГ таза.
 2. Ваша тактика как врача женской консультации.
 - a. Дородовая госпитализация в 38 недель для планового родоразрешения путем кесарева сечения.
 - b. Направление в стационар для дообследования.
 - c. Диспансерное наблюдение.
 - d. Дородовая госпитализация.
 - e. Диспансерное наблюдение, дообследование.
 3. Основным показателем сужения таза принято считать размер
 - a. анатомической конъюгаты
 - b. истинной конъюгаты
 - c. вертикальной диагонали пояснично-крестцового ромба
 - d. высоты таза
 - e. плоскости выхода
 4. Тактика врача женской консультации по профилактике акушерского травматизма у беременной с анатомически узким тазом включает
 - a. специальный учет в женской консультации беременных с анатомически узким тазом
 - b. своевременное выявление крупного плода
 - c. предупреждение перенашивания беременности
 - d. своевременное выявление аномалий положения плода
 5. Клинически узкий таз – это
 - a. остановка родов из-за утомления роженицы
 - b. упорная слабость родовой деятельности
 - c. дискоординация, переходящая в слабость схваток и потуг
 - d. все перечисленное
 - e. ничего из перечисленного
3. План ведения родов.
- а) консервативный
- б) плановое кесарево сечение
- с) кесарево сечение в родах при формировании клинически узкого таза



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №37

На приеме в женскую консультацию обратилась повторнوبرеменная. В анамнезе – ночью, дома, в момент мочеиспускания появились кровянистые выделения из половых путей. Болей не было. Выделилось около 200-250,0 яркой жидкой крови. Объективно: АД 110/70, Р S –76, Т –36,8. Матка в нормальном тонусе, срок беременности –32 недели. Положение плода поперечное, головка слева. Сердцебиение – 134 уд. в мин. Отеков нет. Физиологические отправления в норме. Выделений из половых путей на момент осмотра нет.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
 - a. Беременность 32 недели. Поперечное положение плода. Угроза преждевременных родов.
 - b. Беременность 32 недели. Предлежание плаценты? Поперечное положение плода.
 - c. Беременность 32 недели. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
 - d. Беременность 32 недели. Кровотечение. Поперечное положение плода.
 - e. Беременность 32 недели. Предлежание плаценты.
2. Что должен предпринять врач женской консультации?
 - a. Дообследование.
 - b. Дообследование и антианемическая терапия.
 - c. Направление в стационар, срочное родоразрешение.
 - d. Направление в стационар для дообследования и сохраняющей терапии.
 - e. Срочное направление в стационар для дообследования и сохраняющей терапии.
3. Какое обследование поможет уточнить диагноз?
 - a. УЗИ плода.
 - b. УЗИ плода с наполненным мочевым пузырем для уточнения локализации плаценты.
 - c. УЗИ ФПК.
 - d. МРТ.
 - e. КТГ плода.
3. План ведения родов.
 - a. При подтверждении диагноза - кесарево сечение ближе к сроку родов или при повторном кровотечении.
 - b. Консервативный.
 - c. Консервативно-выжидательный.
 - d. При подтверждении диагноза – экстренное кесарева сечение.
4. Длительность наблюдения и лечения в стационаре?
 - a. 2 недели.
 - b. 10 дней.
 - c. 2 дня.
 - d. До родоразрешения.
 - e. 1 день.
5. Клиническая картина при предлежании плаценты, как правило, характеризуется
 - a. возникновением кровотечения из половых путей
 - b. повторяемостью кровотечения из половых путей
 - c. высоким процентом косых и поперечных положений плода
 - d. высоким процентом преждевременных родов
 - e. всем перечисленным

Варианты предлежания плаценты



**Центральное предлежание
плаценты** (placenta praevia
centralis) – внутренний зев
перекрыт плацентой.



Боковое предлежание плаценты
(placenta praevia lateralis) –
предлежат части плаценты в
пределах внутреннего зева.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №38

На прием в женскую консультацию обратилась первобеременная 22 лет с яркими кровяными выделениями из половых путей.

В анамнезе – нарушение менструального цикла с момента установления менархе, задержки до 20-30 дней, генитальный инфантилизм.

Проводилось гормональное кровотечение.

Объективно: АД 80/50. Пульс 120 ударов в минуту слабого наполнения. Срок беременности 34 недели. Матка в нормальном тоне. Родовой деятельности нет. Локальной болезненности матки нет. Положение плода продольное, головка плода высоко над входом в м/ таз. Сердцебиение приглушено, 110 уд. мин.

На подкладной обильные яркие кровяные выделения.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
 - a. Беременность 34 недели. Предлежание плаценты? Кровотечение. Геморрагический шок.
 - b. Беременность 34 недели. Предлежание плаценты?
 - c. Геморрагический шок.
 - d. Предлежание плаценты.
 - e. Беременность 34 недели. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
2. Тактика врача женской консультации.
 - a. Направление больной на стационарное лечение.
 - b. Срочная госпитализация в стационар бригадой скорой помощи.
 - c. Амбулаторное лечение (гемостатическая терапия).
 - d. Дообследование (УЗИ плода).
 - e. Диспансерное наблюдение.
3. Дальнейшие действия врача акушерского стационара.
 - a. Срочное родоразрешение путем операции кесарева сечения, борьба с геморрагическим шоком.
 - b. Борьба с геморрагическим шоком. При стабилизации гемодинамики родоразрешение путем кесарева сечения.
 - c. Динамическое наблюдение, гемостатическая терапия.
 - d. Борьба с геморрагическим шоком. Плановое родоразрешение путем кесарева сечения ближе к сроку родов.
 - e. Экстренное родоразрешение путем кесарева сечения.
4. Клиническая картина при предлежании плаценты, как правило, характеризуется
 - a. возникновением кровотечения из половых путей
 - b. высоким процентом косых и поперечных положений плода
 - c. высоким процентом преждевременных родов
 - d. всем перечисленным
5. Предлежание плаценты в первом периоде родов следует дифференцировать
 - a. с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты
 - b. с разрывом матки
 - c. с разрывом варикозно расширенного узла влагалища
 - d. правильно а) и б)
 - e. со всем перечисленным

Варианты предлежания плаценты



**Центральное предлежание
плаценты** (placenta praevia
centralis) – внутренний зев
перекрыт плацентой.



Боковое предлежание плаценты
(placenta praevia lateralis) –
предлежат части плаценты в
пределах внутреннего зева.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №39

На учет по беременности в женскую консультацию обратилась женщина 32 лет.

В анамнезе: месячные с 13 лет, установились сразу. Замужем с 18 лет. Брак второй. В первом браке родов двое, нормальные, А-5. Во втором браке бесплодие 5 лет, не лечилась.

Объективно: АД 110/70 PS-84. Срок беременности –34 недели, матка в нормальном тонусе. Положение плода поперечное, головка слева. Сердцебиение 140 уд. мин. Отеков нет. Кровянистых выделений нет.

Вопросы:

1. Угрожаема по каким заболеваниям данная беременность?
 - a. Предлежание плаценты
 - b. Гестоз II половины беременности
 - c. Фетоплацентарная недостаточность
 - d. Дискоординация родовой деятельности
 - e. Анемия
2. Какое обследование необходимо провести для уточнения диагноза?
 - a. Общий анализ крови
 - b. УЗИ матки и плода
 - c. КТГ плода
 - d. УЗИ ДГ ФПК
 - e. Вагинальное исследование
3. Нуждается ли она в госпитализации? В каком сроке беременности и с какой целью?
 - a. Нет
 - b. Да. В 36 недель.
 - c. Да. Немедленно при постановке диагноза предлежания плаценты.
 - d. Да. На родовую госпитализацию в 38 недель.
 - e. Да. При появлении кровянистых выделений.
4. План ведения родов.
 - a. Консервативно-выжидательный. Индукция в роды путем амниотомии.
 - b. Консервативно-выжидательный, с профилактикой кровотечения.
 - c. Кесарево сечение в плановом порядке ближе к сроку родов.
 - d. Экстренное родоразрешение путем кесарева сечения.
 - e. Кесарево сечение по абсолютным показаниям в любом сроке беременности при появлении кровянистых выделений (при отсутствии кровянистых выделений – кесарево сечение ближе к сроку родов).
5. Клиническая картина при предлежании плаценты, как правило, характеризуется
 - a. возникновением кровотечения из половых путей
 - b. повторяемостью кровотечения из половых путей
 - c. высоким процентом косых и поперечных положений плода
 - d. высоким процентом преждевременных родов
 - e. всем перечисленным

Варианты предлежания плаценты



**Центральное предлежание
плаценты** (*placenta praevia
centralis*) – внутренний зев
перекрыт плацентой.



Боковое предлежание плаценты
(*placenta praevia lateralis*) –
предлежат части плаценты в
пределах внутреннего зева.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №40

По скорой помощи в родильное отделение поступает повторнородящая с доношенной беременностью, с яркими кровавыми выделениями, с каждой схваткой выделения усиливаются.

В анамнезе –Р.- 2, нормальные, последняя беременность – мед. аборт с повторным выскабливанием, эндометритом.

Объективно: АД 80/60, исходное АД 110/70 , PS-120 слабого наполнения и напряжения. Схватки через 5 мин. по 30 сек. Над входом в м/ таз высоко пальпируются ягодицы, сердцебиение плода приглушено, 130 уд. мин. Воды не отходили. Отеков нет. Выделения обильные, кровяные.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
 - a. Начало срочных родов. Предлежание плаценты, кровотечение. Геморрагический шок. Тазовое предлежание плода.
 - b. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
 - c. Разрыв шейки матки
 - d. Разрыв матки
 - e. Роды
2. Ваша тактика ведения данных родов?
 - a. Консервативное ведение
 - b. Экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения по абсолютным показаниям
 - c. Консервативно-выжидательная тактика, амниотомия
 - d. Динамическое наблюдение, назначение гемостатиков
 - e. Амниотомия, экстракция плода за ножку
3. Причины данного осложнения
 - a. Начало родов (раскрытие шейки матки)
 - b. Наличие тазового предлежания плода
 - c. Разрыв шейки матки
 - d. Разрыв матки
 - e. Бурная родовая деятельность
4. Какое обследование необходимо провести для уточнения диагноза?
 - a. УЗИ матки и плода
 - b. КТГ плода
 - c. УЗИ ФПК
 - d. УЗИ матки и плода + КТГ плода
 - e. КТГ плода + УЗИ ФПК
5. Предлежание плаценты в первом периоде родов _____ следует дифференцировать
 - a. с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты
 - b. с разрывом матки
 - c. с разрывом варикозно расширенного узла влагалища
 - d. правильно a,b
 - e. со всем перечисленным



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №41

В родовом отделении беременная с диагнозом: беременность 38 недель. Восстановленный разрыв промежности III ст.

Вопросы:

1. План обследования беременной?
2. План ведения родов, его обоснование?
3. Возможные осложнения
4. Причины материнского травматизма
5. Частота данных осложнений.

Тесты

1. При разрыве промежности III степени происходит нарушение целостности:

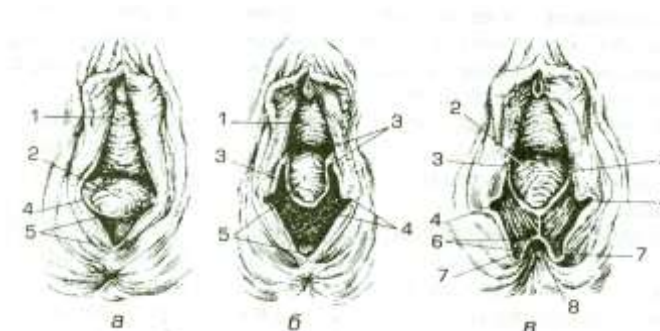
- a) слизистой задней стенки влагалища
 - b) мышц тазового дна (леваторов)
 - c) сфинктера прямой кишки
 - d) задней спайки
 - e) кожи промежности
2. Методом родоразрешения пациенток, имевших в анамнезе разрыв промежности III степени являются:

- a) плановое кесарево сечение
- b) экстренное кесарево сечение при наличии отклонений от нормального течения родов
- c) самопроизвольные роды
- d) самопроизвольные роды с рассечением промежности

3. Последствиями разрыва промежности III степени могут быть:

- a) несостоятельность мышц тазового дна
 - b) опущение и выпадение стенок влагалища и матки
 - c) воспалительные заболевания матки и придатков
 - d) образование ректо-вагинальных свищей
 - e) нарушения мочеиспускания
4. Факторами, способствующими разрыву промежности, являются:

- a) неправильные действия акушерки
- b) высокая ригидная промежность
- c) промежность с рубцовыми изменениями вследствие травмы в предшествующих родах
- d) тазовые предлежания
- e) кольпит



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №42

Роженице 21 год, поступила со схватками. В родах 8 часов. Схватки потужного характера, самостоятельно не мочится, моча выпущена катетором, застойная.

Объективно: АД 110/70 PS-80. ПВП –3700,0. Схватки через 2-3 мин. по 30 сек, болезненные. Головка малым сегментом во входе в м/таз. Сердцебиение 140 уд. мин. , ритмичное. Подтекают воды. Вагинально: наружные половые органы развиты правильно, влагалище емкое, открытие маточного зева - 8 см, плодного пузыря нет, головка прижата ко входу в м/таз, стреловидный шов в прямом размере, большой родничок кпереди, мыс не достижим.

Вопросы:

1. Ваш клинический диагноз, его обоснование
2. План ведения родов, его обоснование
3. Возможно ли было поставить диагноз раньше.
4. Какое исследование необходимо было произвести во время беременности и в родах.
5. Какие возможны осложнения со стороны матери и плода.

Диагноз:

- 1.Преэклампсия
- 2.Клинически узкий таз
3. Отслойка нормально расположенной плаценты
- 4.Острая гипоксия плода.

Тесты

1. Причины клинически узкого таза:
 - а. перенесенная беременность и нормальный таз
 - б. крупный плод и нормальный таз
 - в. крупный плод и узкий таз с 1 степенью сужения
 - г. лобное предлежание доношенного плода и нормальный таз
2. Развитие клинически узкого таза может привести к следующей патологии:
 - а. разрыв матки
 - б. урогенитальные свищи
 - в. гибель плода
 - г. эклампсия
3. Признаки клинически узкого таза:
 - а. потуги при прижатой головки плода
 - б. положительный симптом Вастена
 - г. отсутствие продвижения головки плода при полном раскрытии зева, хорошей родовой деятельности и при отсутствии плодного пузыря
 - д.нарушение сердцебиения плода.

4. К признакам угрожающего разрыва матки по механическому типу относятся:

- а) болезненные схватки потужного характера
- б) косое стояние контракционного кольца
- в) появление кровяных выделений из половых путей
- г) отек шейки матки
- д) невозможность самопроизвольного мочеиспускания

ж) тошнота

з) головная боль, мелькание «мушек» перед глазами.



Угрожающий разрыв матки. Матка в форме «песочных часов»

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №43

В родовом отделении первобеременная 38 лет. В анамнезе – месячные с 18 лет, нерегулярные. Половая жизнь с 20 лет, в браке. Оперирована по поводу склерокистозных яичников пять лет назад, после чего месячные регулярные, но беременность не наступила. Два года назад была произведена лапароскопия (произвели рассечение спаек).

Объективно: положение плода продольное, предлежит тазовый конец. ПВП –4100,0. Сердцебиение ясное, ритмичное 140 уд. мин. Нет отеков. Срок беременности 40 недель.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. План ведения родов, его обоснование?
3. Биомеханизм родов.
4. Возможные причины бесплодия.
5. Какие методы обследования использованы для уточнения диагноза.
6. Особенности родоразрешения.

Диагноз:

1. Беременность 38 недель, крупный плод, тазовое предлежание, отягощенный гинекологический анамнез. Возрастная первородящая.
2. Беременность 38 недель, крупный плод, тазовое предлежание фетоплацентарная недостаточность.
3. Беременность 38 недель, крупный плод, неустойчивое положение плода.

Тесты

1. Наиболее благоприятным для родов через естественные родовые пути является:

- a) Чисто-ягодичное предлежание
- b) Ножное предлежание
- c) Смешанное ягодичное предлежание
- d) Коленное предлежание

2. Причиной возникновения тазового предлежания является:

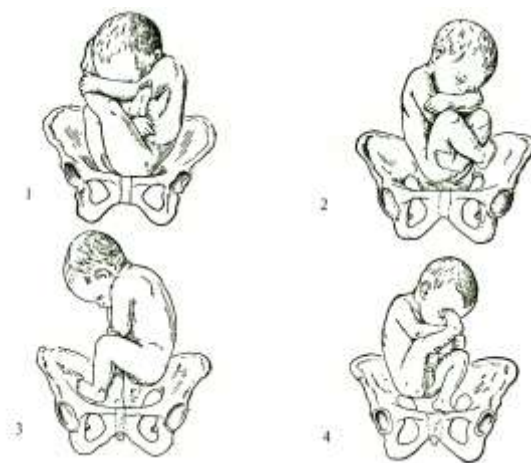
- a) повышенная подвижность плода в матке
- b) пониженная подвижность плода в матке
- c) препятствия к установлению головки в малый таз
- d) все вышеперечисленное

3. К показаниям к кесареву сечению при тазовом предлежании плода не относится:

- a) масса плода более 3500-3600
- b) ножное предлежание
- c) узкий таз
- d) чисто-ягодичное предлежание

4. Какое осложнение считается не характерным для первого периода родов при тазовом предлежании плода:

- a) несвоевременное или раннее излитие вод
- b) слабость родовой деятельности
- c) выпадение мелких частей и пуповины
- d) травматические повреждения плода



РАЗНОВИДНОСТИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЙ

План ведения родов.

1. Через естественные родовые пути.
2. Плановое кесарево сечение.
3. Кесарево сечение

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №44

На 3-е сутки после операции кесарева сечения у родильницы поднялась Т тела до 38,8⁰, PS-110 уд./мин, язык суховат, живот вздут, перистальтика не выслушивается, газы не отходят самостоятельно.

Вопросы:

1. Какое осложнение начинается у родильницы?
2. План обследования родильницы.
3. Тактика врача
4. Принципы лечения родильницы.
5. Возможные причины заболевания.
6. Основные принципы ведения родильницы после операции кесарева сечения.

Диагноз.:

1. Острая респираторная вирусная инфекция.
2. Острый аппендицит.
3. Послеродовый эндометрит.
4. Перитонит после кесарева сечения

Тесты

1. Наиболее частые возбудители послеродовых заболеваний:

- а. стрептококк и стафилококк
- б. кишечная палочка
- в. протей
- г. вирус
- д. гонококк

2. Входные ворота послеродовой инфекции:

- а. плацентарная площадка
- б. трещины сосков
- в. рана промежности
- г. околоплодные воды
- д. пуповина

3. Факторы риска развития послеродовой инфекции:

- а. вирулентность микроорганизма
- б. кровопотеря
- в. течение родового акта

г. лейкоцитоз у беременной

4. пути распространения послеродовой инфекции:

а. гематогенный

б. лимфогенный

в. интраканаликулярный

г. периневральный

Принципы ведения.

1. Антибиотикотерапия, инфузионная терапия, спазмолитики, утеротоники.
2. Гистероскопия, опорожнение полости матки, утеротоники, антибактериальная терапия.
3. Антибиотико-инфузионная терапия, при неэффективности через 3-6 часов - релапаротомия, гистероэктомия с трубами, санирование, дренирование брюшной полости.



Метроэндометрит

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №45

В., 26 лет, четвертые сутки послеродового периода.

Из анамнеза: роды II срочные нормальные. Разрыв промежности II степени, ушит кетгутовыми и шелковыми швами. В первые двое суток - послеродовый период протекал без осложнений. К концу 3-го дня поднялась температура тела до 37,3, появилась головная боль, жжение и боли в области швов на промежности и во влагалище.

Объективно: t-37,3, АД 120/80 мм рт.ст., пульс 78 уд/мин. Со стороны внутренних органов патологии нет. Молочные железы мягкие, гиперемии нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Дно матки на 12 см выше лонного сочленения, матка плотная, безболезненная. Лохии умеренные, кровянистые. Швы на раневой поверхности промежности покрыты гнойным налетом, окружающие ткани гиперемированы, отечны, болезненны при пальпации.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Причины послеродовых инфекционных заболеваний.
4. Лечение при данном заболевании
5. Принципы профилактики.

Диагноз:

1. Послеродовый период. Эндометрит.
2. Парапроктит
3. Послеродовый период. Восстановленный разрыв промежности II степени, нагноение швов.
4. Послеродовый период. Восстановленный разрыв промежности. Гематома мягких тканей родовых путей.

ТЕСТЫ

1. Наиболее частые возбудители послеродовых заболеваний:

- а. стрептококк и стафилококк
- б. кишечная палочка
- в. протей
- г. вирус
- д. гонококк

2. Входные ворота послеродовой инфекции:

- а. плацентарная площадка
- б. трещины сосков
- в. рана промежности
- г. околоплодные воды
- д. пуповина

3. Факторы риска развития послеродовой инфекции:

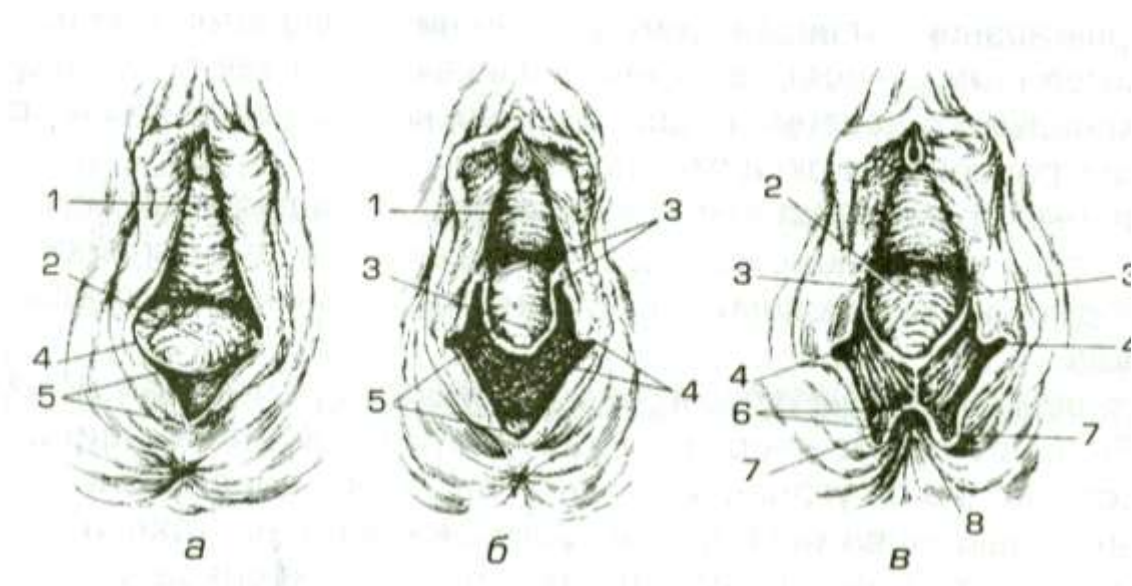
- а. вирулентность микроорганизма
- б. кровопотеря
- в. течение родового акта
- г. лейкоцитоз у беременной

4. пути распространения послеродовой инфекции:

- а. гематогенный
- б. лимфогенный
- в. интраканаликулярный
- г. периневральный

ЛЕЧЕНИЕ.

1. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ, ХОЛОД НА ИНФЕКЦИРОВАННЫЕ ШВЫ.
2. СНЯТИЕ ШВОВ ПРОМЕЖНОСТИ, РАЗВЕДЕНИЕ, САНАЦИЯ И ДРЕНИРОВАНИЕ РАНЫ. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ МЕСТНАЯ И ОБЩАЯ ТЕРАПИЯ.
3. ОПОРОЖНЕНИЕ ГЕМАТОМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ, ГЕМОСТАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ, АНТИБИОТИКИ.



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №46

Родильница Н., 27 лет, на 7-е сутки после родов почувствовала озноб, появилась температура до 39, ухудшилось общее состояние. Из анамнеза: роды II срочные, патологические, осложненные преждевременным отхождением вод (безводный период 24 часа), развившейся вторичной слабостью родовых сил. При появлении признаков внутриутробной гипоксии плода, данных вагинального исследования - почти полное открытие маточного зева, высокое прямое стояние головки плода, задний вид, роженица родоразрешена оперативным путем. В течение первых трех суток состояние удовлетворительное. С 4-х суток состояние стало прогрессивно ухудшаться.

Объективно: родильница жалуется на общую слабость, озноб, боли внизу живота. Температура 39,0, пульс 96 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Со стороны внутренних органов патологии нет. Живот мягкий. Дно матки на 13 см выше лона, мягковатой консистенции, болезненно при пальпации.

При вагинальном исследовании - шейка матки сформирована, маточный зев проходим для одного пальца. Матка увеличена, округлой формы, болезненна при пальпации. От левого угла матки отходит округлой формы образование, ограниченно подвижное, в диаметре около 3 см. Придатки справа увеличены, безболезненны. Выделения бурого цвета с неприятным запахом.

При бактериологическом исследовании обнаружен стафилококк.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. План лечения.
4. Какое дообследование необходимо провести
5. Наиболее вероятные причины заболевания
6. Прогноз для последующих беременностей и родов.

Диагноз:

1. 7-е сутки после операции кесарева сечения. Перитонит
2. Острый панкреатит.
3. 7-е сутки после операции кесарева сечения. Метроэндометрит. Гематома? оофорит справа?

ТЕСТЫ

1. Факторы риска развития послеродовой инфекции:

- а. вирулентность микроорганизма
- б. кровопотеря
- в. течение родового акта
- г. лейкоцитоз у беременной

2. Пути распространения послеродовой инфекции:

- а. гематогенный
- б. лимфогенный
- в. интраканаликулярный

г. перинеуральный

3. Развитие перитонита в послеродовом периоде обусловлено:

а. метроэндометритом

б. несостоятельностью швов на матке после кесарева сечения

в. пуэрперальной язвой

г. гематомой влагалища

4. Показания к экстирпации матки в послеродовом периоде:

а. перитонит

б. сепсис

в. инфекционно-токсический шок

г. двусторонний аднексит

Дополнительное обследование

1. УЗИ органов малого таза.
2. Гистероскопия обзорная.
3. Рентгенография органов брюшной полости.

План лечения:

1. Релапаротомия, гистеэктомия с трубами, антибактериальная дезинтоксикационная терапия.
2. Антибактериальная, дезинтоксикационная терапия, утеротоники, спазмолитики.
3. Хирургическая санация полости матки (вакуум –аспирация, кюретаж) на фоне антибактериальной дезинтоксикационной терапии.



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №47

Родильница К., 28 лет, первобеременная, доставлена в клинику два дня назад, роды осложнились длительным безводным периодом (20 часов), лобным предлежанием плода, симптомами угрожающего разрыва матки. Экстренно произведено корпоральное кесарево сечение.

Послеродовый период в течение 2-х суток протекал, нормально. К концу вторых суток состояние стало прогрессивно ухудшаться, появилась рвота, сильная боль по всему животу, задержка газов, стула не было.

Объективно: кожа бледная, с сероватым оттенком, язык сухой, с сероватым налетом. Температура тела 38,5, пульс 120 уд/мин, АД 110/70 мм рт.ст. Живот вздут, болезнен при пальпации, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. При перкуссии - экссудат в нижнебоковых отделах живота.

Данные дополнительных методов исследования: лейкоцитоз 17,5, СОЭ 55 мм/час, сдвиг формулы влево.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Причины, вызвавшие осложнение.
3. Классификация заболевания по клиническому течению, распространению и характеру экссудата.
4. Какое дообследование необходимо.
5. Тактика врача.

Диагноз.:

1. Острая респираторная вирусная инфекция.
2. Острый аппендицит.
3. Послеродовый эндометрит.
4. Перитонит на 3-4 сутки после кесарева сечения

ТЕСТЫ

1. Входные ворота послеродовой инфекции:
 - а. плацентарная площадка
 - б. трещины сосков
 - в. рана промежности
 - г. околоплодные воды
 - д. пуповина
2. Пути распространения послеродовой инфекции:
 - а. гематогенный
 - б. лимфогенный
 - в. интраканаликулярный

г. перинеуральный

3. Развитие перитонита в послеродовом периоде обусловлено:

а. метроэндометритом

б. несостоятельностью швов на матке после кесарева сечения

в. пуэрперальной язвой

г. гематомой влагалища

4. Показания к экстирпации матки в послеродовом периоде:

а. перитонит

б. сепсис

в. инфекционно-токсический шок

г. двусторонний аднексит

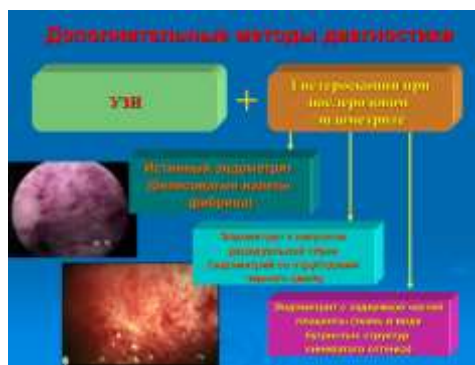
Принципы ведения.

1. Антибиотикотерапия, инфузионная терапия, спазмолитики, утеротоники.

2. Гистероскопия, опорожнение полости матки, утеротоники, антибактериальная терапия.

3. Антибиотико-инфузионная терапия, при неэффективности через 3-6 часов - релапаротомия, гистерэктомия с трубами, санация, дренирование брюшной полости.

4. Срочная релапаротомия, гистерэктомия с трубами, за 30 минут до операции начать антибактериальную, дезинтоксикационную терапию.



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №48

Родильница А., 30 лет, повторнородящая, поступила в клинику спустя 20 часов после отхождения околоплодных вод и 26 часов после начала регулярной родовой деятельности с повышенной температурой тела до 37,5, с ознобом. Роды в срок. Со стороны внутренних органов патологии нет. Через 40 минут после поступления родилась живая доношенная девочка, весом 3500,0. Послед выделился самостоятельно через 15 минут, плацента и оболочки целые. Разрывов мягких родовых путей нет. Послеродовый период протекал с ознобом, лихорадкой, субфебрильной температурой. К концу 7 суток температура повысилась до 39,8, сопровождалась ознобом, одышкой, жалобами на сердцебиение. Кожа с серовато-желтушным оттенком, на груди и животе - петехии. АД 95/65 мм рт ст, пульс 110 уд/мин, ритмичный. Живот мягкий, слегка болезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Со стороны половых органов отмечается замедленное сокращение матки. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон. На 10 сутки при вагинальном исследовании - матка увеличена до 15-16 недель беременности, пастозна, чувствительна при пальпации, маточный зев пропускает палец, выделения серозные с нерезким запахом.

Общий анализ крови - Нв 110г/л, лейкоциты - $28,5 \times 10^9$, ю-1, п-10, э-0,м-3, л-10. Бактериологическое исследование крови - гемолитический стафилококк.

Вопросы:

1. Диагноз
2. Причина развития инфекции в послеродовом периоде
3. Какое дообследование необходимо провести?
4. Лечебная тактика в данном случае.
5. Прогноз.

Диагноз: 1.7 –е сутки после патологических родов. Метроэндометрит.

2.Послеродовый перитонит. 3.острая респираторная вирусная инфекция.

4. 7-у сутки после патологических родов. Послеродовый сепсис

5.Системный васкулит.

Дополнительное обследование(выбрать нужное)

- 1.Биохимический анализ крови.
- 2.Гемостазиограмма.
- 3.Общий анализ мочи и обследование функции мочевыводящей системы.
- 4.УЗИ органов малого таза органов брюшной полости, почек, молочных желез.
- 5.ЭЭГ, томография.

ТЕСТЫ

1. Входные ворота послеродовой инфекции: а. плацентарная площадка
б. трещины сосков в. рана промежности
г. околоплодные воды д. пуповина
2. Факторы риска развития послеродовой инфекции:
а. вирулентность микроорганизма

- б. кровопотеря
- в. течение родового акта
- г. лейкоцитоз у беременной

3. пути распространения послеродовой инфекции:

- а. гематогенный
- б. лимфогенный
- в. интраканикулярный
- г. периневральный

4. Показания к экстирпации матки в послеродовой периоде:

- а. перитонит
- б. сепсис
- в. инфекционно-токсический шок
- г. двусторонний аднексит

Лечебная тактика.

1. Интенсивная антибактериальная, дезинтоксикационная терапия.

2. Опорожнение полости матки.

3. Интенсивная антибактериальная, дезинтоксикационная терапия, коррекция гемостаза.

4. Лапаротомия, гистерэктомия с трубами на фоне интенсивной многокомпонентной антибактериальной терапии, дезинтоксикации, коррекции гемостаза, коррекция функции внутренних органов.

➤ **Сальпингит** всегда является вторичным процессом. В его возникновении существенную роль играет первичный очаг инфекции - как правило - послеродовая или послеабортная матка, а первичное заболевание - эндометрит.



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №49

Родильница К., 22 года, поступила с жалобами на резкую боль в правой молочной железе, ухудшение общего состояния. 12 дней назад произошли нормальные роды. На 3-й день после родов появились поверхностные трещины сосков. На 8-й день после родов родильница выписана домой с заживлением трещин. Утром следующего дня внезапно поднялась температура до 39,0, появились озноб, боль в правой молочной железе. За медицинской помощью не обращалась. Однако, состояние ухудшалось, озноб повторялся, температура тела по вечерам поднималась до 39,4, усилилась боль в правой молочной железе, исчез сон и аппетит.

Объективно: при поступлении 1-39,2, пульс 90 уд/мин, ритмичный, АД 120/80 мм рт.ст. Со стороны внутренних органов патологических изменений нет. В правой подмышечной ямке определяются увеличенные лимфатические узлы. Матка соответствует дню послеродового периода, выделения скудные, слизистые.

Правая молочная железа несколько увеличена в объеме по сравнению с левой, горячая на ощупь, напряжена, болезненна, кожа в верхненаружном квадранте отечна, гиперемизирована, при пальпации - плотный болезненный инфильтрат 8х8 см в центре которого определяется флюктуация.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Классификация послеродового мастита.
3. Принципы лечения.
4. Профилактика лактационного мастита
5. Причины лактационного мастита.

Диагноз:

- 1.Послеродовый серозный мастит.
2. Обострение хронического аднексита
- 3.Вирусная инфекция.
- 4.Послеродовый мастит, абсцесс правой молочной железы.

Тесты

1. У родильницы на 12 сутки повысилась температура до 38. Жалобы на озноб, боль в молочной железе в течение двух суток. В молочной железе пальпируется болезненное уплотнение 2 на 3 см с гиперемией кожи. Диагноз:

- а. гнойный мастит
- б. лактостаз
- в. серозный мастит
- г. инфильтративный мастит
- д. флегмонозный мастит

2. 3 сутки послеродового периода. Подъем температуры до 38.2, познабливание. Обе молочные железы увеличены в объеме, отечны, сцеживание затруднено. Диагноз:

- а. гнойный мастит
- б. лактостаз
- в. серозный мастит
- г. инфильтративный мастит
- д. флегмонозный мастит

3. 17 сутки послеродового периода. Родильница высоко лихорадит пять суток. Ознобы, слабость. Молочная железа гиперемизована, отечна, с плотным инфильтратом 6 на 5 см с флюктуацией. Диагноз:

- а. гнойный мастит
- б. лактостаз
- в. серозный мастит
- г. инфильтративный мастит
- д. флегмонозный мастит

4. 15 сутки послеродового периода. Жалобы на боли в молочной железе, озноб, температуру 38-39 в течение недели. В железе - плотный малоподвижный инфильтрат с гиперемией кожи. Диагноз:

- а. гнойный мастит б. лактостаз
- в. серозный мастит г. инфильтративный мастит д. флегмонозный мастит

Принципы лечения: .(нужное выбрать)

- 1. пероральная антибиотикотерапия.
- 2. Согревающий компресс на молочную железу
- 3. Вскрытие и дренирование гнойного очага
- 4. Интенсивное сцеживание.
- 5. Парентеральная антибиотикотерапия, дезинтоксикация.
- 6. Подавление лактации.



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №50

Роженица К., 25 лет, поступила в ОКРД с доношенной беременностью. Схватки продолжаются 8 часов. 2 часа назад отошли светлые околоплодные воды, умеренное количество. Наследственность неотягощена. Менструации с 14 лет, по 3 дня через 28 дней. Замужем с 20 лет. Брак зарегистрирован. Беременностей 3;

1-ая беременность закончилась медабортом в сроке 10 недель;

2-ая беременность - самопроизвольный выкидыш, выскабливание, эндометрит, 3-я беременность - настоящая.

Первая явка в консультацию - в сроке 7 недель. Беременная дважды (в 9 и 28 недель) находилась в отделении патологии с угрозой прерывания беременности.

Общее состояние удовлетворительное, пульс - 78 уд/мин, АД - 120/80 мм рт.ст. на обеих руках. Температура 36 С. Рост - 162 см, масса - 74 кг. Окружность живота - 100 см. высота дна матки над лоном - 37 см, размеры таза - 26-28-31-20 см.

Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода слева, ниже пупка 138 уд/мин, ясное, ритмичное.

Схватки - 3 за 10 мин по 40 сек.

Наружные гениталии без особенностей, влагалище узкое, шейка матки оглажена. Раскрытие наружного зева 2-3с. Края шейки тонкие, плодного пузыря нет. Головка плода малые сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди. Мыс не достигается. Кости таза без особенностей.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз.
3. План ведения родов.
4. Какая ошибка допущена при влагалищном исследовании?
5. К какой группе риска относится пациентка?
6. Профилактика возможных осложнений во время беременности и в родах.

Диагноз:

1. Центральное предлежание плаценты.
2. Раннее излитие околоплодных вод.
3. Вторичная слабость родовых сил.
4. Клинически узкий таз.

Тесты

1. Раскрытие шейки матки происходит в результате:

- a) Контракции
- b) Ретракции
- c) Дистракции
- d) Всего вышеперечисленного

е) Ничего из вышеперечисленного

2. Преждевременным излитием околоплодных вод называют:

- а) Излитие околоплодных вод до начала родовой деятельности
- б) На фоне регулярной родовой деятельности, но до полного раскрытия шейки матки
- в) Излитие околоплодных вод при открытии шейки матки 2 см
- г) Ничего из вышеперечисленного

3. Основными характеристиками схваток являются:

- а) Частота
- б) Продолжительность
- в) Регулярность
- г) Болезненность
- е) Эффективность

4. Основными моментами механизма родов при переднем виде затылочного предлежания являются:

- а) Сгибание головки, внутренний поворот, разгибание головки, внутренний поворот плечиков
- б) Сгибание головки, внутренний поворот, максимальное сгибание головки, разгибание головки, внутренний в поворот плечиков
- в) Разгибание головки, внутренний поворот, сгибание головки, разгибание головки, внутренний поворот плечиков
- г) Разгибание головки, внутренний поворот головки, сгибание головки, внутренний поворот плечиков

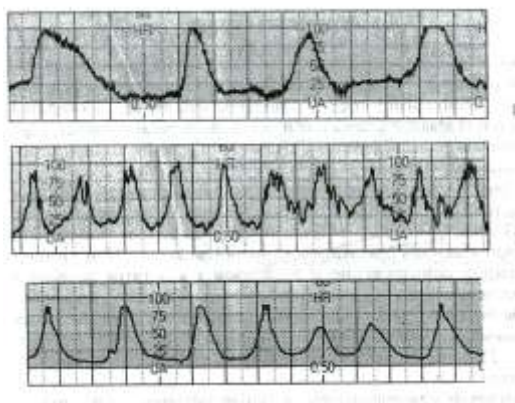
Группа риска для пациентки

1. Аномалия родовой деятельности.

2. Аномалии III периода родов.

3. Аномалии прикрепления плаценты.

4. Разрыв матки.



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №51

Беременная Т., 21 год, явилась в ж/к 21.07.09 г очередной прием, не предъявляя особых жалоб. Настоящая беременность - 1; последняя менструация - 07.01.09 г предыдущая явка - 07.07.90. АД на обеих руках - 120/75 мм.рт.ст. Исходное АД - 110/70 мм.рт.ст. Прибавка в весе составила 900,0 белок в моче не обнаружено; отеки нижних конечностей..Дноматки на 20-22 см над лоном. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода несколько приглушенное ритмичное 128-130 в мин.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. План ведения беременной?
3. К какой группе риска относится?
4. Какое дообследование необходимо произвести?
5. Тактика врача женской консультации.
6. Лечение.

Диагноз:

1. Гестозы.Отечная форма. Раннее начало.
2. Острая почечная недостаточность.
3. Прегестоз.

Тесты

1. Для прегестоза характерны следующие патологические изменения:

- a) Тромбоцитопения
- b) Лимфопения
- c) Гипокоагуляция в клеточном звене гемостаза
- d) Активация перекисного окисления липидов
- e) Снижение уровня антикоагулянтной активности крови

2. Наиболее часто гестоз развивается на фоне следующей экстрагенитальной патологии:

- a) Сахарный диабет
- b) Гипертоническая болезнь
- c) Ожирение
- d) Почечная патология
- e) Легочная патология

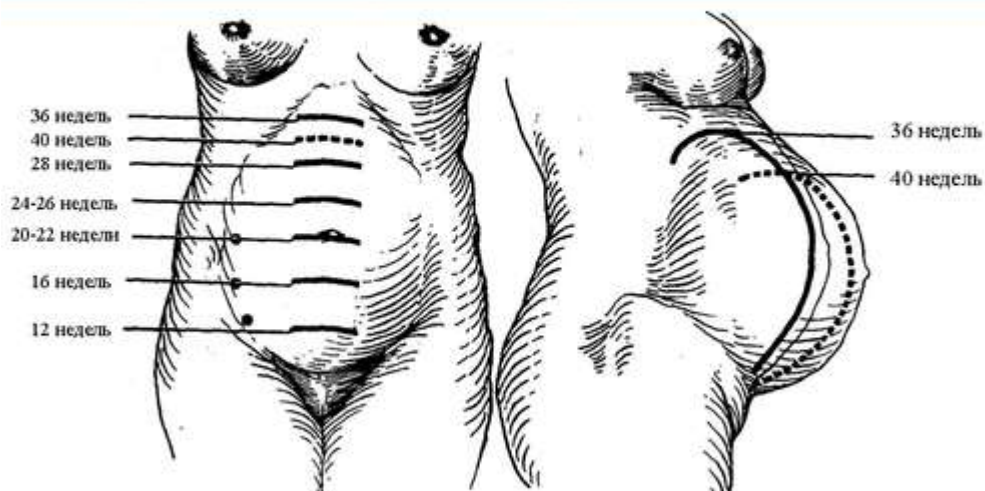
3. Для нормализации микрогемодинамики у беременных с гестозами используют:

- a) Спазмолитики
- b) Адреноблокаторы
- c) Периферические вазодилататоры
- d) Ингибиторы вазоактивных аминов
- e) Бета - миметики

4. Инфузионная терапия при гестозах применяется для:

- a) Увеличения объема циркулирующей крови
- b) Дезинтоксикации
- c) Устранения гемоконцентрации
- d) Коррекции электролитных и метаболических нарушений
- e) Устранения гипопроteinемии

Высота стояния дна матки в разные сроки беременности



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №52

Роженица 24 лет, первородящая, роды в срок. Поступила в акушерскую клинику с частыми схватками, которые начались 12 часов назад. Размеры таза нормальные. Положение плода продольное, головка в полости таза. Через 5 мин отошли светлые, околоплодные воды, начались потуги, и родился живой мальчик, доношенный, вес 3950,0, рост 58 см, сразу после рождения ребенка началось небольшое кровотечение. Моча выделена катетером. В./в введен 1 мл. метилэргометрина, в 20 мл 40% р-ра глюкозы. Через 10 мин. самостоятельно родилась плацента – целая, оболочки все. Матка плотная, шаровидная, дно ее стоит на палец ниже пупка. Кровотечение не прекратилось, кровь свернулась в плотный сгусток. Кровопотеря 450 мл. Промежность цела.

Вопросы.

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Акушерская тактика.
4. Как подсчитать предельно допустимую кровопотерю?
5. Какие причины кровотечения Вам известны?
6. Как будете проводить дифференциальную диагностику?

Диагноз:

1. Раннее послеродовое кровотечение на фоне травмы родовых путей-разрыв шейки матки.
2. Атония матки.
3. разрыв матки
4. Частичное плотное прикрепление плаценты.

Тесты

1. Неушитые разрывы шейки матки в отдаленные периоды после родов могут привести к :

- а) развитию эрозированного эктропиона
- б) истмико-цервикальной недостаточности
- в) привычному невынашиванию беременности
- г) ациклическим кровяным выделениям из половых путей
- д) деформация шейки матки

2. Роженица в послеродовом периоде расценивается как пациентка:

- а) Нетранспортабельная
- б) Транспортабельная
- в) Амбулаторная

3. разрыв шейки матки в послеродовом периоде можно диагностировать:

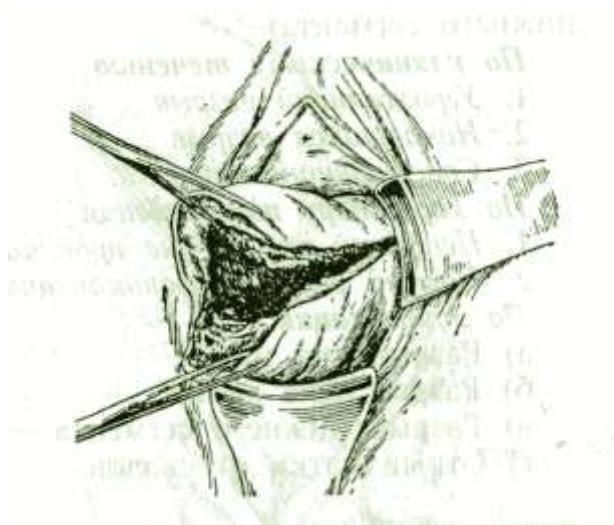
- а. по клинической симптоматике
- б. при осмотре шейки матки при помощи зеркал
- в. при влагалищном исследовании рожениц

4. Профилактика разрывов шейки матки включает:

- а. подготовку шейки матки к родам при беременности 38-39 нед
- б. консервативное лечение эрозий шейки матки
- в. введение спазмолитиков в 1 периоде родов
- г. введение спазмолитиков во 2 периоде родов

Тактика.

1. Осмотр родовых путей осмотр шейки матки в зеркалах.
2. Ручной контроль полости матки.
3. Лапароскопия
4. Срочное чревосечение.



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №53

Роженица В, 34 лет, поступила в роддом с хорошей родовой деятельностью. Настоящая беременность 3-я, протекала без осложнений. Первые две беременности искусственно прерваны. Вес 64, рост 162см.

Через 3 часа после поступления родился живой мальчик, доношенный, вес 3000,0, рост 50 см.

Матка на 1 поперечный палец ниже пупка. Кровотечения нет. Через 10 мин. После рождения ребенка появились схватки, одномоментно выделилось 400 мл крови. Кровотечение продолжается.

Пульс 20 уд/ мин, АД 120/70. Форма матки изменилась – уменьшилась в поперечнике, стала узкой. Над лоном появилось выпячивание. Свисающая из влагалища пуповина с зажимом очистилась на 8-10 см. При надавливании ребром кости на подчревые пуповины не вытягивается во влагалище. Кровотечение не прекращается. Кровопотеря составляет 450-500 мл.

Вопросы

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Признаки отделения плаценты у роженицы.
4. Лечение при задержавшейся в матке плаценты.
5. Какие способы выделения отделившейся плаценты Вам известны.
6. В каком случае и в каком объеме необходимо восполнить кровопотерю.

Тесты

1. Признаки отделения плаценты в 3 периоде родов выявляются при:
 - а) Ущемлении отделившегося последа
 - б) Задержке в матке уже отделившегося последа
 - в) Частичном плотном прикреплении или истинном приращении плаценты
2. Для выделения последа, задержавшегося в матке после отделения наиболее целесообразно использовать прием:
 - а) Кюстнера-Чукалова
 - б) Креде-Лазаревича
 - в) Абуладзе
3. Допустимая продолжительность последового периода при отсутствии кровотечения и признаков отделения плаценты:
 - а) 10 мин.
 - б) 30 мин.
 - в) 1 час
4. Тактика в данном случае:
 - а) Выбрать выжидательную тактику
 - б) Произвести ручное отделение плаценты и выделения последа
 - в) Использовать прием Креде-Лазаревича для выделения последа

Предельно допустимая кровопотеря в родах.

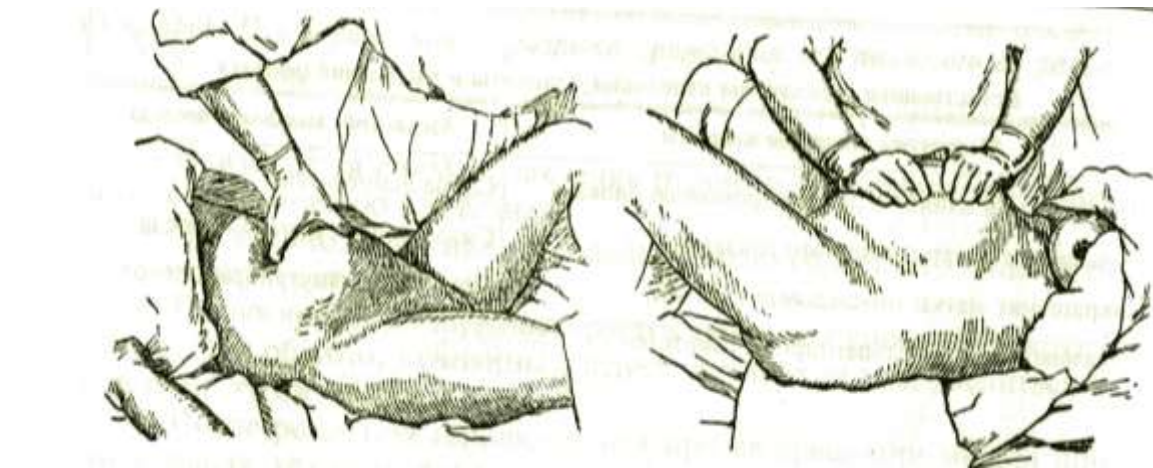
1.0,5% от массы тела роженицы

2.1% от массы тела роженицы

3.0,3% от массы тела роженицы.

Восполнение кровопотери:

1. Инфузия кристаллоидов, кровозамещающих средств.
2. Инфузия кристаллоидов+эритроцитарная масса.
3. Инфузия кристаллоидов+плазма крови.



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №54

Роженица 26 лет, роды 1, срочные. Предыдущие беременности (две) закончились медабортами. Здорова. Вес 70 кг, рост 168 см. пульс 76 ударов в мин., сердцебиение плода 140 уд./мин. Через 15 мин. После поступления родилась девочка, живая, доношенная, вес 3900,0, рост 54 см.

Через 10 мин из влагалища роженицы появились кровянистые выделения. Матка на 16 см над лонном, мягковатой консистенции без контуров. Свисающая пуповина с зажимом при глубоком вдохе и выдохе втягивается во влагалище и вновь опускается до прежнего уровня. При надавливании ребром ладони над верхним краем лона пуповина втягивается во влагалище. Кровянистые выделения во влагалище усилились, кровопотеря 400 мл, продолжается.

Вопросы

1. Диагноз
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Произошло ли отделение плаценты от стенки матки?
4. Акушерская тактика при кровотечении в послеродовом периоде.
5. В каком случае и в каком объеме необходимо восполнить кровопотерю?

Тесты

1. Признаки отделения плаценты в 3 периоде родов выявляются при:

- d) Ущемлении отделившегося последа
- e) Задержке в матке уже отделившегося последа
- f) Частичном плотном прикреплении или истинном приращении плаценты

2. Прием Кюстнера-Чукалова заключается в:

- a) Надавливании кулаком на углы матки
- b) Надавливании ребром ладони над лоном
- c) Выделении последа потягиванием за пуповину

3. Нарушение отделения детского места при плотном прикреплении плаценты происходит вследствие:

- a) Прорастания ворсин хориона в мышечный слой матки
- b) Гипотонии матки
- c) Прорастания ворсин хориона в компактный слой отпадающей оболочки

4. При отсутствии кровотечения и признаков отделения последа в 3 период родов необходимо:

- d) Выбрать выжидательную тактику
- e) Произвести ручное отделение плаценты и выделения последа
- f) Использовать прием Креде-Лазаревича для выделения последа

Акушерская тактика

1. Выделение последа, используя прием Креде-Лазаревича

2. Ручное отделение плаценты.

3. Чревосечение, экстирпация матки.

Предельно допустимая кровопотеря в родах.

1. 0,5% от массы тела роженицы

2. 1% от массы тела роженицы

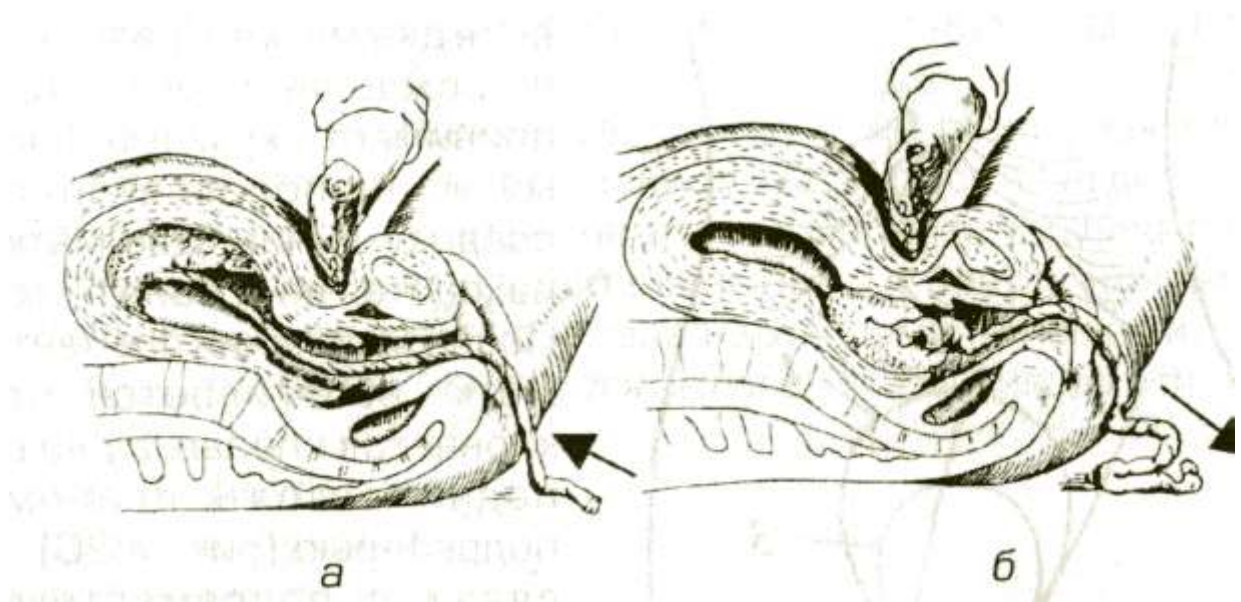
3. 0,3% от массы тела роженицы.

Восполнение кровопотери:

1. Инфузия кристаллоидов, кровозамещающих средств.

2. Инфузия кристаллоидов+эритроцитарная масса.

3. Инфузия кристаллоидов+плазма крови



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №55

Роженица 27 лет, роды первые, срочные. Две предыдущие беременности закончились медикабортами.

Через 2 часа после поступления родился живой доношенный мальчик весом 4100,0, рост 58 см. Роды продолжались 12 часов. Через 10 мин после рождения ребенка появились кровянистые выделения, кровопотеря составила 200 мл. Матка шаровидной формы, на уровне пупка. Моча выпущена катетером. Признаки отделения плаценты Альфельда, Кюстнера-Чукалова положительные. При потуживании плацента не выделялась. Выделение плаценты способом Абуладзе оказалось безуспешным. Плацента выделена по способу Креде-Лазаревича. Кровопотеря достигла 300 мл. При осмотре плаценты на материнской поверхности обнаружены участки размером 4х5 см, лишенные плацентарной ткани. Оболочки все.

Родильница бледная, пульс 90 уд/мин. АД 100/60. Кровопотеря достигла 550 мл. Кровь свернулась в сплошной сгусток.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.
3. Лечебная тактика при кровотечении в раннем послеродовом периоде.
4. Какая профилактика кровотечения должна проводиться во время беременности и в родах?
5. Какие показания для гемотрансфузии в подобной ситуации Вам известны?
6. Кто относится к группе повышенного риска по развитию кровотечения?

Диагноз:

1. Плотное прикрепление плаценты(частично , полное)
2. Гипотония матки.
3. Травма родовых путей
4. Разрыв матки

Тактика:

1. Чревосечение , экстирпация матки
2. Куретаж полости матки
3. Ручное обследование полости матки., удаление кусочков плаценты, массаж матки на кулаке.
4. Холод на низ живота, утеротоники, наблюдение.

Тесты

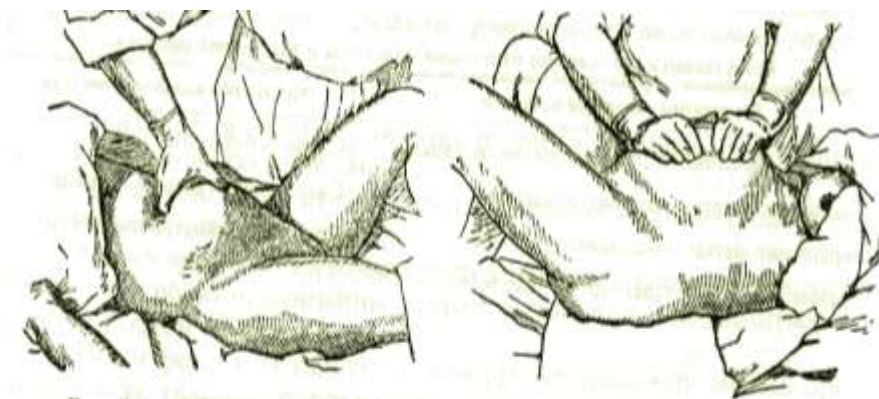
1. Роженица в последовом периоде расценивается как пациентка:
 - c) Нетранспортабельная
 - d) Транспортабельная
 - e) Амбулаторная
2. Нарушение отделения детского места при плотном прикреплении плаценты происходит вследствие:
 - d) Прорастания ворсин хориона в мышечный слой матки
 - e) Гипотонии матки
 - f) Прорастания ворсин хориона в компактный слой отпадающей оболочки

3. Допустимая продолжительность последового периода при отсутствии кровотечения и признаков отделения плаценты:

- d) 10 мин.
- e) 30 мин.
- f) 1 час

4. Объем физиологической кровопотери в 3 периоде родов в среднем составляет:

- a) 150-200 мл
- b) 400-500 мл
- c) 700-800 мл



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №56

Роженица К., 25 лет, поступила в роддом с доношенной беременностью. Схватки продолжаются в течение 12 часов. 2 часа назад отошли светлые околоплодные воды, умеренное количество. Наследственность неотягощена. Менструации с 14 лет по 3 дня, через 28 дней. За мужем с 20 лет, брак зарегистрирован. Б – 3, Р – 1.

Первая беременность закончилась медабортом при сроке 8 недель. Вторая беременность – самопроизвольный выкидыш с выскабливанием и эндометритом. Третья беременность настоящая.

Первая явка в ж/к в 7 недель. Беременная дважды (в 9 и 28 недель) находилась в отделении патологии беременности с угрозой прерывания беременности. Общее состояние удовлетворительное. Пульс 78 уд. В мин., АД 120/80 мм рт.ст. на обеих руках. Т – 36,6°. Рост 162 см, масса 74 кг, со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Окружность живота 100 см, высота дна матки над лоном 37 см, размеры таза: 26-28-31-20 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода 138 уд. В мин., слева ниже пупка, ясное, ритмичное. Предполагаемый вес плода по Лебедеву 3700,0.

Схватки: 1 за 10 мин.

Вагинальное исследование: наружные гениталии без осложнений, влагалище нерожавшей, узкое, шейка матки сглажена, открытие наружного зева 4 см, края ее тонкие, плодного пузыря нет. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз. Стрелевидный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди. На головке умеренная родовая опухоль. Мыс не достигается, костное кольцо таза без особенностей.

Дополнительное исследование: окситоциновый тест положительный.

Вопросы:

1. Диагноз.
 2. Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз.
 3. Что явилось причиной слабости родовой деятельности у данной роженицы?
 4. Методика проведения окситоциновой пробы.
 5. План ведения родов
- Диагноз:

1. Клинически узкий таз
2. Патологический прелиминарный период.
3. Дискоординация родовой деятельности.
4. Первичная слабость родовой деятельности.

ТЕСТЫ

1. К аномалиям родовой деятельности относятся:
 - a) Чрезмерно сильная родовая деятельность
 - b) Преждевременное излитие вод
 - c) Слабость родовой деятельности
 - d) Дискоординация родовой деятельности
 - e) Преждевременные роды

2. При лечении слабости родовой деятельности используется:

- a) Спазмолитические препараты (но-шпа, атропин, спазган и др.)
- b) Утеротонические препараты (окситонин, энзапрост)
- c) Эпидуральная анестезия
- d) Токолитические препараты (гинепрал, бриканил, партусистен)
- e) Глюкозо - гормонально - витаминно - кальциевый фон (ГГВК - фон)

3. Первичная слабость родовой деятельности наблюдается при:

- a) Эндокринных нарушениях
- b) У первородящих старше 30 лет
- c) Клинически узком тазе
- d) Наличии в анамнезе нарушений менструального цикла
- e) Утомлении роженицы (длительные роды)

4. Возможные осложнения для роженицы при слабости родовой деятельности

- a) Несвоевременное излитие околоплодных вод
- b) Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- c) Образование мочеполовых и кишечнополовых свищей
- d) Гипотоническое маточное кровотечение в 3 периоде родов и/или в раннем послеродовом периоде
- e) Неправильное положение плода



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №57

Роженица Т., 20 лет. Б – I доношенная, менструации с 17 лет по 6 дней, через 24 дня, болезненные, брак не зарегистрирован. Схватки в течение 6 часов, 4 за 10 мин, по 50-60 сек, резко болезненные, боль отмечается и вне схватки, самостоятельно мочиться не может. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода слева ниже пупка 150 уд. В мин., ритмичное, приглушено. *Вагинальное исследование:* наружные гениталии без особенностей, шейка матки сглажена, открытие наружного зева 3 см, ткани шейки матки плотные, во время схватки становятся плотней, натянуты в виде струны, плодный пузырь цел. Головка прижата ко входу в таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Мыс не достигается.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз.
3. План ведения родов
4. Лечение.
5. Как будете проводить профилактику гипоксии?
6. В каком случае может возникнуть необходимость в оперативном родоразрешении?

ТЕСТЫ

1. К аномалиям родовой деятельности относятся:

a) Чрезмерно сильная родовая деятельность

b) Преждевременное излитие вод

c) Слабость родовой деятельности

d) Дискоординация родовой деятельности

e) Преждевременные роды

2. Дискоординация родовой деятельности клинически проявляется:

a) Слабыми и редкими схватками

b) Частыми и болезненными схватками

c) Болезненностью и напряжением нижнего сегмента матки

d) Постоянным тонусом матки

e) Отечными краями наружного зева шейки матки

3. Для лечения дискоординации родовой деятельности используются:

a) Спазмолитические препараты (но-шпа, атропин, спазган и др.)

b) Утеротонические препараты (окситоцин, энзапрост)

c) Эпидуральная анестезия

d) Медикаментозный сон-отдых

e) Ганглиоблокаторы (пентамин, гигроний, арфонад)



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №58

Роженица Л., 30 лет, поступила в родильное отделение с доношенной беременностью. Схватки начались 20 часов назад. Анамнез: ничем не болела, менструальная функция не нарушена, замужем 1 год, настоящая беременность первая, протекала без осложнений.

Объективно: роженица утомлена, апатична, в промежутках между схватками дремлет, пульс 80 уд. в мин. Т – 36,4°, АД 120/75 мм рт.ст. Размеры таза 25-27-31-21 см. Окружность живота 100 см, высота дна матки над лоном 38 см, положение плода продольное, 2-я позиция, передний вид, головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода справа, ясное, ритмичное, 138 уд. в мин.

Схватки: 2 за 10 мин по 35 сек. *Вагинальное исследование*: влагалище узкое, шейка матки сглажена, открытие наружного зева 4 см. Плодный пузырь цел, головка плода прижата ко входу в таз, стреловидный шов в левом косом размере, ближе к поперечному, малый родничок справа спереди, мыс не достигается, костное кольцо таза без особенностей.

Дополнительное исследование: окситоциновый тест отрицательный.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз.
3. На что указывает отрицательный окситоциновый тест?
4. Осложнения при затянувшихся родах.
5. План ведения родов.

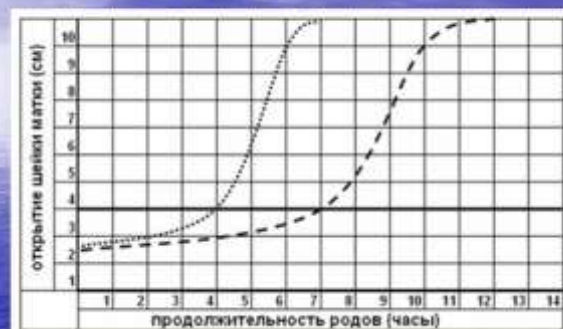
ТЕСТЫ

1. К аномалиям родовой деятельности относятся:
 - a) Чрезмерно сильная родовая деятельность Преждевременное излитие вод
 - b) Слабость родовой деятельности
 - c) Дискоординация родовой деятельности
 - d) Преждевременные роды
2. При лечении слабости родовой деятельности используется:
 - a) Спазмолитические препараты (но-шпа, атропин, спазган и др.)
 - b) Утеротонические препараты (окситонин, энзапрост)

в) Эпидуральная анестезия

 - c) Токолитические препараты (гинепрал, бриканил, партусистен)
 - d) Глюкозо - гормонально - витаминно - кальциевый фон (ГГВК - фон)
3. Первичная слабость родовой деятельности наблюдается при:
 - a) Эндокринных нарушениях
 - b) У первородящих старше 30 лет
 - c) Клинически узком тазе
 - d) Наличии в анамнезе нарушений менструального цикла
 - e) Утомлении роженицы (длительные роды)
4. Возможные осложнения для роженицы при слабости родовой деятельности
 - a) Несвоевременное излитие околоплодных вод
 - b) Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
 - c) Образование мочеполовых и кишечнополовых свищей
 - d) Гипотоническое маточное кровотечение в 3 периоде родов и/или в раннем послеродовом периоде
 - e) Неправильное положение плода

Партограмма



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №59

Роженица М., 36 лет, находится в акушерском отделении 10 часов, с отошедшими водами в течение 5 часов. Родовая деятельность ослабла, потуги короткие, нерегулярные, слабые, через 6-7 мин, головка плода не продвигается.

Анамнез: ничем не болела, замужем с 20 лет, беременность 7-я, роды 7-е, предыдущие беременности и роды протекали без особенностей. Настоящая беременность доношенная, роды в срок.

Объективно: пульс 80 уд. в 1 мин., АД 12/7- мм рт.ст.; размеры таза: 27-29-31-21 см, рост 168 см, окружность живота 104 см, высота дна матки 37 см, положение плода продольное, головка в полости таза, сердцебиение плода 120 уд. в мин., приглушено.

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

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Что является причиной слабости родовой деятельности?
3. Лечение.
4. Какие осложнения угрожают роженице и плоду в родах?
5. Профилактика осложнений.
6. План ведения родов.

Тесты

1. К аномалиям родовой деятельности относятся:

- a) Чрезмерно сильная родовая деятельность
- b) Преждевременное излитие вод
- c) Слабость родовой деятельности
- d) Дискоординация родовой деятельности
- e) Преждевременные роды

2. При лечении слабости родовой деятельности используется:

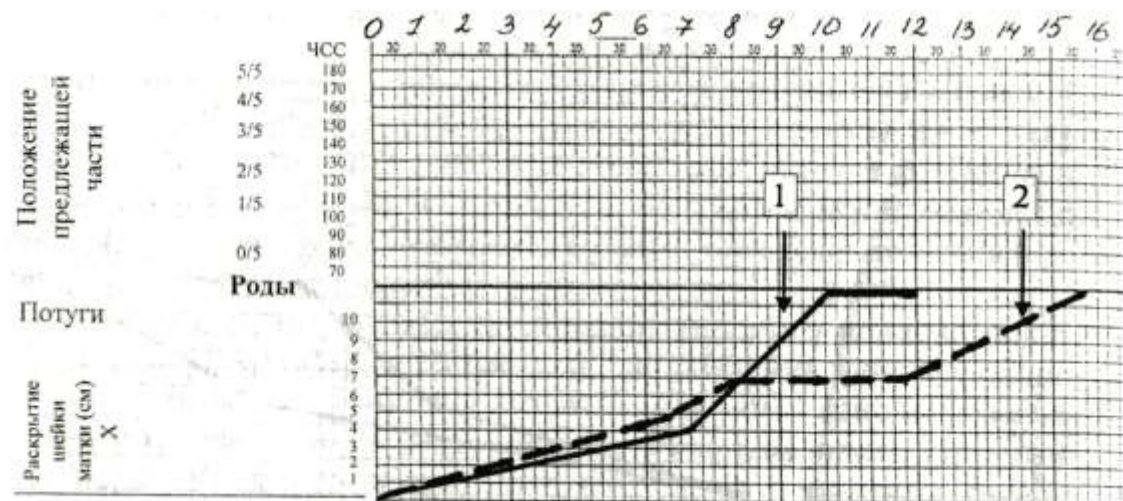
- a) Спазмолитические препараты (но-шпа, атропин, спазган и др.)
- b) Утеротонические препараты (окситонин, энзапрост)
- c) Эпидуральная анестезия
- d) Токолитические препараты (гинепрал, бриканил, партусистен)
- e) Глюкозо - гормонально - витаминно - кальциевый фон (ГГВК - фон)

3. При упорной слабости родовой деятельности во 2 периоде родов (головка плода находится в полости малого таза) используют родоразрешающие операции:

- a) Кесарево сечение
 - b) Наложение акушерских щипцов
 - c) Вакуум-экстракция плода за головку
 - d) Наружный акушерский поворот и извлечение плода за тазовый конец
 - e) Извлечение плода за тазовый конец
4. Возможные осложнения для роженицы при слабости родовой деятельности

- a) Несвоевременное излитие околоплодных вод
- b) Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- c) Образование мочеполовых и кишечнополовых свищей
- d) Гипотоническое маточное кровотечение в 3 периоде родов и/или в раннем послеродовом периоде

е) Неправильное положение плода



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №60

В предродовую поступила первородящая П. 20 лет с доношенной беременностью, схватки продолжаются в течение 6 часов, воды целы. Настоящая беременность с угрозой прерывания беременности в 17 недель находилась на лечении в гинекологическом отделении. Считает себя здоровой. Пульс 70 уд. в мин., АД 120/75. Положение плода продольное, 2-я позиция, передний вид, головка плода над входом в таз. Сердцебиение плода справа ниже пупка 140 уд. в мин., ясное, ритмичное.

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

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, характерные для установленного диагноза.
3. Лечение.
4. Какие осложнения возможны у данной пациентки?
5. План ведения родов.

Диагноз:

1. Роды I, срочные 1 период родов
2. Беременность доношенная прелиминарный период. Созревающая шейка матки.
3. Роды I срочные 2-ой период родов.
4. Роды I срочные 1-ый период родов. Дискоординация родовой деятельности.

Тесты

1. К аномалиям родовой деятельности относятся:

- а) Чрезмерно сильная родовая деятельность
- б) Преждевременное излитие вод
- в) Слабость родовой деятельности
- г) Дискоординация родовой деятельности
- д) Преждевременные роды

2. Предвестники родов включают:

- а. опущение дна матки
- б. выделение из влагалища слизистой пробки
- в. схваткообразные боли внизу живота
- г. отхождение околоплодных вод

3. Прелиминарный период родов включает:

- а. наличие нерегулярных безболезненных сокращений матки
- б. наличие нерегулярных болезненных сокращений матки

в. сглаживание шейки матки и медленно раскрытие маточного зева

г. отсутствие структурных изменений шейки матки

4. Влагалищное акушерское исследование позволяет определить:

а. состояние родовых путей и целостность плодного пузыря

б. динамику раскрытия шейки матки во время родов

в. динамику продвижения предлежащей части по родовому каналу

г. деформации костей таза

Тактика лечения:

1. Стимуляция родовой деятельности(окситоцин, энзапрост)

2. Спазмолитики, токолитики.

3. Сон –отдых

4. Перидуральная анестезия.



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА №31

Больная К., 29 лет, поступила в гинекологическое отделение с *жалобами* на бесплодие в течение 4 лет, общую слабость, потливость, временами повышение температуры тела до 37,2-37,5°C, периодически отмечает боли внизу живота ноющего характера.

Анамнез: в детстве перенесла корь, страдала частыми ангинами, в 14 лет перенесла аппендэктомию. Имела контакт с больным туберкулезом на работе.

Менструации с 13 лет, установились сразу (по 5-6 дней, цикл 28 дней), обильные, малоболезненные. В последние 3 года менструации иногда задерживаются на 5-10 дней.

Половая жизнь с 25 лет, не беременела, средств контрацепции не применяла. Через 2 года после начала половой жизни произведена метросальпингография по поводу бесплодия. Трубы оказались непроходимыми, вид их на рентгенограмме четкообразный. Перенесенные гинекологические заболевания отрицает.

Объективное обследование: общее состояние удовлетворительное, пульс 78 уд/мин, АД - 105/70 мм рт.ст.

Отмечается некоторая бледность кожных покровов, больная пониженного питания. Тоны сердца ясные, ритмичные. В легких - везикулярное дыхание. Живот спокойный.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки цилиндрическая, обычной консистенции. Смещение шейки матки безболезненное. Тело матки размерами меньше нормы, плотная, подвижная, безболезненная, в правильном положении. В области придатков с обеих сторон определяются уплотнения (узловатые) участки.

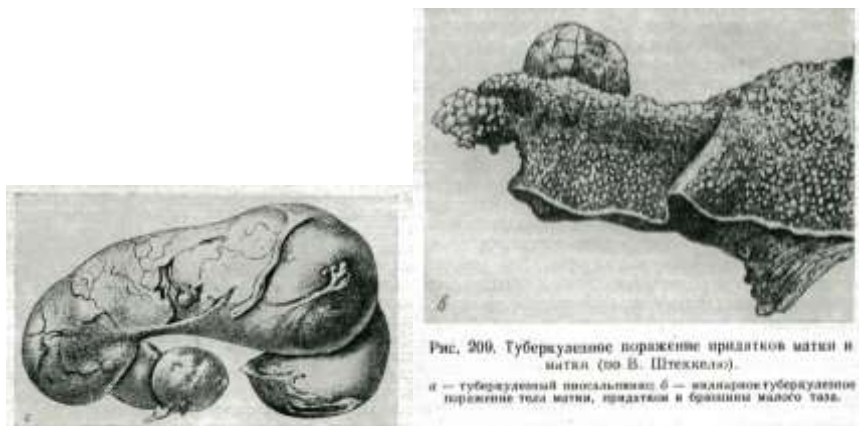
Рентгенологическое исследование: органы грудной клетки без патологических изменений.

Анализ крови и мочи без особенностей.

Реакция Пирке положительная, *Манту* - отрицательная.

Гистологическое исследование: при изучении соскоба эндометрия обнаружена гиперплазия слизистой оболочки, туберкулезное поражение не выявлено.

Микробиологическое исследование: при посеве соскоба эндометрия наблюдается рост микобактерий туберкулеза.



Туберкулезный сальпингит

Вопросы:

1. Диагноз?
 - a. Хронический двусторонний туберкулезный сальпингит, очаговый туберкулезный эндометрит, первичное бесплодие.
 - b. Хронический двусторонний туберкулезный сальпингит, первичное бесплодие.
 - c. Хронический двусторонний туберкулезный сальпингит, очаговый туберкулезный эндометрит.
 - d. Туберкулезный аднексит, очаговый туберкулезный эндометрит, первичное бесплодие.
 - e. Туберкулезный сальпингит, очаговый туберкулезный эндометрит, бесплодие.

2. При туберкулезе половых органов первичный очаг наиболее часто локализуется:
 - a. в легких
 - b. в костях
 - c. в мочевыделительной системе
 - d. в лимфатических узлах
 - e. на брюшине

3. Какие отделы половой системы женщины наиболее часто поражаются при туберкулезе:
 - a. маточные трубы
 - b. яичники
 - c. матка
 - d. влагалище
 - e. шейка матки

4. В каком возрастном периоде наиболее часто выявляют туберкулез:
 - a. внутренних половых органов
 - b. в периоде детства
 - c. в пубертатном периоде
 - d. в репродуктивном периоде
 - e. в менопаузальном периоде

5. На базе какого лечебного учреждения следует проводить терапию?
 - a. гинекологического стационара
 - b. специфическая противотуберкулезная терапия в условиях тубдиспансера
 - c. многопрофильной больницы
 - d. амбулаторно
 - e. в дневном стационаре женской консультации

