

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ ТРЕТЬЕГО ЭТАПА ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ

ЗАДАЧА 1

Пациентка 25 лет, беременность первая, срок беременности 39 недель. За 5 часов до момента поступления в роддом излились околоплодные воды.

Регулярные схватки начались 3 часа тому назад.

Дата первого дня последней менструации: 01.03.12 г., первого шевеления плода 19.07.12 г. Первое УЗИ проведено 10.05.12 г.: диагностирована беременность 10 недель.

При объективном обследовании обнаружено: Рост 166 см, вес 75 кг. Размеры таза при пельвиометрии: 26-28-31-20. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 36 см. Прибавка массы за беременность 12 кг. Кожные покровы физиологической окраски, отеков нет. АД 120/80 мм рт.ст. на обеих руках, ЧСС 84 уд. в 1 мин, температура тела 36,6°C. Схватки средней силы через 5 мин по 30-40 сек. Матка между схватками полностью расслабляется, безболезненная. Плод располагается параллельно длинной оси матки, спинка плода расположена слева, головка плода прижата ко входу в малый таз. ЧСС плода 144 в 1 мин, тоны ритмичные, приглушены.

При влагалищном исследовании установлено: шейка матки сглажена, открытие 3 см, края шейки матки плотноватые, умеренно растяжимые, толщиной 0,5 см. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере плоскости входа в малый таз, малый родничок располагается слева спереди, плодный пузырь не определяется, мыс не достижим, экзостозов нет, подтекают зеленоватые воды.

Вопросы:

1. Определите предполагаемую дату родов.
2. Определите предлежание, положение, позицию и вид позиции плода.
3. Определите предполагаемую массу плода.
4. Оцените степень зрелости шейки матки.
5. Оцените данные пельвиометрии.
6. Оцените прибавку массы тела за беременность.
7. Поставьте клинический диагноз.
8. Объясните возможные причины данной патологии.
9. Оцените данные аускультации сердечной деятельности.
10. Оцените характер околоплодных вод.
11. Определите тактику ведения родов.
12. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 2

Первобеременная 18 лет со сроком беременности 34 недели поступила в акушерский стационар с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, ноющие боли в низу живота.

Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные заболевания, хронический пиелонефрит с 14 лет, находится на диспансерном учете. Гинекологические заболевания – двусторонний аднексит 1 год назад.

Данная беременность вторая, первая беременность в 17 летнем возрасте была прервана медицинским абортom в сроке 7 нед., без осложнений. По поводу настоящей беременности состоит на учёте в женской консультации с 10 недель. С 30 недель отмечаются прибавки массы тела до 600 г. в неделю. С 32 недель — повышение АД до 145/95 мм рт. ст.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, бледноватые. Лицо одутловатое. Телосложение правильное, питание повышено. Рост 160 см, масса тела 81,0 кг. Отеки голеней, передней брюшной стенки.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, 92 в мин. АД – 150/100 мм рт.ст. Моча при кипячении свернулась.

Матка в тонусе. ОЖ 102 см. ВДМ 39см. Положение плода продольное. Спинка справа, мелкие части плода слева. Головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушенное, ритм правильный, 184 уд/мин.

Общий анализ крови: Нб – 110 г/л. Эритроциты – $2,8 \times 10^{12}/л$, Тромбоциты – $98,0 \times 10^9 /л$, Лейкоциты – $9,1 \times 10^9/л$ (э – 1 %, п/я – 4 %, с – 73 %, л – 14 %, м – 9 %), СОЭ – 41 мм/час, гематокрит – 27%.

Общий анализ крови: уд. вес – 1014, лейкоциты – 4–8 в п/зрения, эпителий – 5-6 в п/зрения, белок – 0,35 г/л, цилиндры гиалиновые – 3-4 в п/зрения.

При влагалищном исследовании установлено: шейка матки отклонена кзади, плотноватая, длина влагалищной части 2 см. Наружный маточный зев пропускает кончик исследующего пальца. Через своды определяется предлежащая головка плода, над входом в малый таз, мыс не достижим, экзостозов нет, во влагалище умеренные темные кровянистые выделения.

Вопросы:

1. Определите предлежание, положение, позицию и вид плода.
2. Оцените степень зрелости шейки матки.
3. Оцените данные аускультации сердечной деятельности плода
4. Поставьте предварительный диагноз.
5. Объясните возможные причины данной патологии
6. Какие дополнительные методы исследования следует использовать для уточнения диагноза.
7. Определите тактику ведения.

8. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 3

26 апреля на прием к врачу женской консультации пришла женщина 25 лет с жалобами на тошноту, бывает рвота по утрам, 1-2 раза в день.

Перенесённые заболевания: хронический тонзиллит, хроническим пиелонефритом.

Месячные с 14 лет, регулярные, через 28 дней по 3 - 4 дня, умеренные, безболезненные. Последняя менструация была 5 марта. Замужем. Настоящая беременность четвертая: первая закончилась срочными родами, вторая и третья – медицинскими абортами.

Объективно. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Рост 155 см, масса тела 52 кг. Температура тела – 36,5°C, пульс – 76 ударов в 1 мин, АД – 120/80 мм рт. ст. Данные пельвиометрии: 24 – 26 – 29 – 19 см. Индекс Соловьева 15 см.

Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки цианотичная. Шейка матки не эрозирована, наружный зев щелевидной формы.

Бимануальное исследование: Тело матки увеличено до 5 недель беременности, ассиметричной формы, при пальпации тонус матки повышается. Определяется размягченный перешеек.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Определите срок беременности и предполагаемую дату родов.
3. Оцените данные пельвиометрии.
4. Определите дату выдачи декретного отпуска.
5. Какое обследование необходимо выполнить в женской консультации.
6. Какими специалистами должна быть осмотрена женщина при диспансерном наблюдении.
7. Составьте план ведения беременности.
8. Оцените риск для беременности и родов.
9. Какие методы используются для диагностики беременности?

ЗАДАЧА 4

На учет по беременности встала женщина с сахарным диабетом. До беременности принимала сахаропонижающие препараты. Возраст 33 года. Настоящая беременность 3-я, роды вторые. Срок беременности 12 недель. АД 100/60 мм рт. ст., пульс 78 уд/мин. В общем анализе крови гемоглобин

125 г/л, эритроциты $3,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $8,9 \times 10^9$ /л, тромбоциты 280×10^9 /л, СОЭ – 14 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес – 1016, белка - нет, сахар – 3,5 ммоль/л, ацетон - слабо положительный, эпителий плоский 2-4 в поле зрения, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, эритроциты - 1-2 в поле зрения, слизь - в небольшом количестве. Содержание глюкозы в крови натощак - 7,4 ммоль/л. Тест толерантности к глюкозе: концентрация глюкозы в крови натощак 6,8 ммоль/л, через 1 час 8,4 ммоль/л, через 2 часа - 7,4 ммоль/л.

Вопросы:

1. Оцените данные клинических анализов.
2. Оцените данные теста толерантности к глюкозе.
3. Предварительный диагноз.
4. Какие дополнительные методы исследования следует использовать для уточнения диагноза.
5. Влияние данной патологии на течение беременности и родов.
6. Составьте план ведения беременности.
7. Назначьте диету при данной патологии.
8. Послеродовая реабилитация при данной патологии.

ЗАДАЧА 5

Беременная 25 лет наблюдается в женской консультации с 11 недель беременности. Группа крови 0(I) Rh-отрицательная. Группа крови супруга А(II) резус положительный.

Данные анамнеза: менструации с 13 лет, регулярные, через 28 дней по 5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 5 месяцев назад. Половая жизнь с 20 лет. Было 3 беременности: первая закончилась срочными родами, вторая – медицинским абортom, третья – самопроизвольным выкидышем.

Объективные данные. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. Пульс 80 уд/мин., АД 120/80 мм рт. ст. Живот округлой формы, величина матки соответствует 24 неделям беременности. Матка при пальпации в нормальном тоне, безболезненная, сердцебиение выслушивается, шевеление плода беременная ощущает.

При УЗИ у плода диагностирована генерализованная отечность, увеличение размеров печени и селезенки, выявлено утолщение плаценты.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?
3. Какие дополнительные методы исследования следует использовать для

уточнения диагноза?

4. Влияние данной патологии на состояние внутриутробного плода.
5. Составьте план ведения беременности.
6. Назначьте лечение.
7. Профилактика данной патологии.

ЗАДАЧА 6

Роженица 40 лет, доставлена в родильный дом в тяжелом состоянии. Роды в срок.

Настоящая беременность восьмая: первые пять закончились нормальными родами в срок, дети живые, шестая – искусственным абортom без осложнений, седьмая – срочными родами, в родах проводили ручное отделение последа, в послеродовом периоде в течение 10 дней наблюдалось повышение температуры. Во время настоящей беременности женскую консультацию не посещала, собиралась рожать дома. Через 6 ч. от начала активной родовой деятельности излились околоплодные воды и появились сильные, болезненные потуги, которые вскоре приняли почти непрерывный характер. Затем внезапно появилась очень сильная боль внизу живота, со слов женщины, «как удар ножом в живот». После этого родовая деятельность полностью прекратилась. Появилась общая слабость, головокружение, постоянная боль в животе, усиливающаяся при изменении положения. Самочувствие быстро ухудшалось, что заставило родственников вызвать машину скорой помощи.

При поступлении состояние женщины тяжелое, отмечается вялость, апатичность. Сознание спутанное. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, черты лица заострены. Температура тела – 35,8°C. АД – 80/40 мм рт. ст., пульс – 120 в мин., слабого наполнения и напряжения.

Живот несколько вздут, окружность – 112 см, болезнен при пальпации, симптом Щеткина-Блюмберга положительный, при перкуссии определяется притупление в отлогих местах. Контуры матки чётко не определяются. Под передней брюшной стенкой пальпируется подвижный плод. Сердцебиение плода не прослушивается, шевеление отсутствует более часа. Размеры таза: 26 – 28 – 30 – 21 см. Родовая деятельность отсутствует.

При влагалищном исследовании: влагалище свободное, открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Предлежащая часть не определяется. Мыс крестца не достигается, емкость малого таза хорошая. Имеются кровянистые выделения в небольшом количестве.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Классификация данной патологии.
3. Назовите причины данного осложнения родов.

4. Патогенез данного осложнения.
5. Как вы оцениваете состояние гемодинамики у данной женщины?
6. Чем обусловлено тяжелое состояние роженицы?
7. Акушерская тактика.
8. Назовите, кто относится к группе риска по возникновению данного осложнения родов?

ЗАДАЧА 7

Первобеременная, 18 лет, поступила в акушерский стационар с жалобами на головную боль, боли в подложечной области, мелькание мушек перед глазами, понижение зрения, заложенность носа.

Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные заболевания, хронический пиелонефрит с 14 лет, находится на диспансерном учете. Аллергологический анамнез без особенностей.

Данная беременность вторая. Первая беременность в 17 летнем возрасте была прервана медицинским абортom в сроке 7 нед., без осложнений. Во время данной беременности зафиксированы прибавки массы тела до 600 г. в неделю с 30 нед. С 32 нед. отмечается повышение АД до 145/95 мм рт. ст.

Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледные. Лицо одутловатое. Рост 160 см, масса тела 81,0 кг. Отеки голеней, передней брюшной стенки.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, 92 в мин. АД – 180/120 мм рт.ст. Моча при кипячении свернулась.

Матка в нормальном тонусе. Положение плода продольное. Спинка справа, мелкие части плода слева. Головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритм правильный, 144 уд/мин.

Срок беременности по всем данным 36–37 нед. Высота дна матки 30 см, окружность живота – 84 см.

Общий анализ крови: Нв – 136 г/л. Эритроциты - $3,6 \times 10^{12}/л$, тромбоциты – $138 \times 10^9 /л$, лейкоциты – $5,1 \times 10^9/л$ (Э – 1 %, П – 1 %, С – 63 %, Л – 26 %, М – 9 %), СОЭ – 41 мм/час, гематокрит – 30 %.

Общий анализ мочи: уд. вес – 1014, лейкоциты – 4 – 8 в п/зрения, эпителий – 5 – 6 в п/зрения, белок – 3,5 г/л, цилиндры гиалиновые – 3 – 4 в п/зрения.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите предрасполагающие факторы, которые способствовали развитию данного заболевания.
3. По каким признакам диагностируется степень тяжести осложнения у данной беременной?

4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. В консультации каких специалистов нуждается данная беременная?
6. Какие факторы являются ведущими в патогенезе данной патологии?
7. Назначьте лечение.
8. Тактика ведения беременности и родов при данной патологии?

ЗАДАЧА 8

Бригадой скорой помощи в акушерский стационар доставлена беременная женщина 27 лет. Срок беременности 36 недель. Жалобы на головную боль, мелькание мушек перед глазами, тошноту. В приемном покое появились мелкие фибриллярные подергивания мышц лица, затем тонические сокращения всей скелетной мускулатуры, остановка дыхания, потеря сознания. Через 20-25 секунд возникли клонические судороги, изо рта выделилась пена. При осмотре пациентки обращают на себя внимание выраженные отеки на лице, верхних и нижних конечностях. АД 180/120 мм рт.ст. Пульс 110 уд/мин.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие дополнительные методы обследования, данные анамнеза следует использовать для уточнения диагноза?
4. Какую неотложную помощь нужно оказать пациентке?
5. Назначьте лечение после оказания неотложной помощи.
6. Тактика ведения беременности и родов.
7. Профилактика данной патологии.
8. Послеродовая реабилитация при данной патологии.

ЗАДАЧА 9

Беременная 36 лет состоит на учете в женской консультации. Срок беременности 35 недель.

Анамнез: беременность шестая, родов двое без осложнений, медабортов – 3. Последняя беременность два года назад, закончилась медабортом, осложнившимся метроэндометритом.

Течение настоящей беременности:

На сроке 7 – 8 недель беременности – стационарное лечение в гинекологическом отделении по поводу угрозы прерывания.

На сроке 16 недель перенесла правостороннюю пневмонию. Проведено лечение в терапевтическом стационаре.

В 24 недели беременности в ОПБ проходила лечение по поводу угрозы преждевременных родов.

Объективно: Вес 52 кг. Рост 160 см. АД 110/70 мм рт.ст. на обеих руках. Пульс 78 уд/мин. Окружность живота 80 см, ВДМ 26 см.

За время беременности прибавила 3,2 кг.

Проведено УЗИ: срок беременности по БПР соответствует 31 неделе беременности, по ОЖ – 28 неделям, по ДБ – 29 неделям беременности. Допплерометрия сосудов матки и плаценты: СДО – в сосудах матки и пуповины повышено. Амниотический индекс – снижен. Степень зрелости плаценты III.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз?
2. Этиология и патогенез данной патологии?
3. Какие существуют клинические и инструментальные методы диагностики этих осложнений.
4. Особенности течения беременности при данной патологии.
5. Тактика ведения беременности
6. Тактика родоразрешения.
7. Возможные осложнения.
8. Реабилитация.

ЗАДАЧА 10

В родильное отделение поступила первородящая повторнобеременная женщина с доношенной беременностью. Предыдущая беременность закончилась искусственным медицинским абортom на сроке 8 недель, без осложнений. Из гинекологических заболеваний отмечает хронический аднексит.

Первая половина беременности осложнилась ранним токсикозом.

Вторая половина беременности протекала без осложнений.

У женщины 2 часа тому назад отошли светлые воды и начались схватки.

Акушерский статус: Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 136 уд. в 1 мин. Схватки слабые по 10-15 секунд через 4-5 минут.

При влагалищном исследовании выявлено: шейка матки сглажена, края мягкие растяжимые, открытие 4 см. Плодный пузырь отсутствует. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Подтекают светлые околоплодные воды.

При наблюдении в течение 2 часов по партограмме отмечается отсутствие положительной динамики родовой деятельности.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез данного осложнения.
3. Классификация данного осложнения.
4. Диагностика различных видов выявленной патологии.
5. Тактика врача
6. Назначьте лечение.
7. Чем опасна данная патология для плода и новорожденного?
8. Группы риска в отношении возникновения данного осложнения?

ЗАДАЧА 11

Беременная, 24 года, поступила в отделение патологии беременности на сроке 30 недель с жалобами на слабость, сердцебиение и отеки нижних конечностей. В возрасте 12 лет был диагностирован врожденный порок сердца, наличие межпредсердной перегородки.

Беременность первая. В сроке 12 недель врачи настаивали на прерывании беременности. От прерывания беременности отказалась.

Объективные данные: общее состояние средней тяжести, температура тела 36,7°C. АД 110/70 мм рт.ст. Пульс 90 ударов в минуту, экстрасистолия. Кожные покровы и видимые слизистые цианотичны. При аускультации сердца на верхушке определяется систолический шум, выраженный акцент II-го тона на легочной артерии. Печень на 1,5 см ниже реберной дуги. Акушерское исследование: размеры таза в норме, окружность живота 80 см, высота дна матки 29 см. Положение плода продольное. Предлежит головка, подвижна над входом в малый таз, сердцебиение плода ритмичное, 142 удара в минуту, приглушено.

Влагалищное исследование: Влагалище не рожавшей женщины, шейка матки сохранена, наружный зев закрыт. Мыс не достижим. Экзостозов нет. Емкость таза удовлетворительная.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Особенности гемодинамики у беременных женщин.
3. Какие осложнения возможны при данной патологии во время родов?
4. Ведение беременных с данной патологией.
5. Ведение родов при данной патологии.
6. Какие ошибки были допущены в ведении беременной женщины в ЖК?
7. В чем заключается профилактика осложнений беременности при данном заболевании?
8. Подготовка к беременности женщин с данной патологией.

ЗАДАЧА 12

У роженицы 30 лет на 10-е сутки после родов по поводу субинволюции матки произведено выскабливание полости матки. Через 2 часа появились жалобы ноющие боли внизу живота, озноб, слабость, повышение температуры до 39°C.

Роды первые самопроизвольные на сроке 38 нед., осложнились преждевременным излитием околоплодных вод, безводный период составил 14 часов.

В анамнезе хронический аднексит, эндометрит.

Объективные данные. Больная заторможена. Кожные покровы бледные, отмечается акроцианоз. АД – 80/50 мм рт. ст., ЧСС – 140 ударов в мин, частота дыхания – 36 в мин. Живот болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет.

Бимануальное исследование: тело матки увеличено до 12 недель беременности, резко болезненное при пальпации, тестоватой консистенции. Выделения кровянистые, мутные, с неприятным запахом.

В общем анализе крови – гемоглобин 110 г/л, лейкоциты – $20,0 \times 10^9$ /л (Э – 3%, юные – 2%, П – 26%, С – 42%, Л – 18%, М – 9%), СОЭ – 54 мм /час.

Диурез снижен.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз.
2. Этиология заболевания.
3. Патогенез.
4. План обследования.
5. Дифференциальная диагностика.
6. Принципы терапии.
7. Неотложная помощь при данной патологии.
8. Реабилитация.
9. Группы риска по данной патологии.
- 10.Профилактика.

ЗАДАЧА 13

В родильное отделение поступила роженица 32 лет. Беременность вторая, срок беременности 39-40 недель. Первая беременность закончилась срочными самопроизвольными родами. Начало родовой деятельности 6 часов тому назад. 2 часа тому назад отошли светлые околоплодные воды. При осмотре положение плода продольное, головка во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в мин. Схватки по 40 секунд, средней силы, через 1,5-2 минуты, переходящие в потуги. При влагалищном исследовании открытие шейки матки полное, плодный пузырь

отсутствует, предлежит головка, во входе в малый таз. Определяются корень носа, надбровные дуги, лоб с лобным швом, передний угол большого родничка.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз.
2. План ведения родов.
3. Какие осложнения могут возникнуть в родах?
4. Этиология данной патологии.
5. Классификация данной патологии.
6. Дифференциальная диагностика.
7. Особенности клинического течения родов в зависимости от вида данной патологии.
8. Влияние данной патологии на состояние внутриутробного плода
9. Тактика акушера.

ЗАДАЧА 14

Первобеременная направлена на стационарное лечение с жалобами на боли в пояснице, учащенное, болезненное мочеиспускание, повышение температуры до 37,9°C.

Беременность первая, срок 16 недель. Состоит на диспансерном учете в женской консультации по беременности. На сроке 7 – 8 недель проводилось лечение по поводу раннего токсикоза. Перенесённые заболевания: ОРВИ, хронический гайморит.

В общем анализе крови выявлено: гемоглобин 90 г/л, лейкоциты - $12 \times 10^9/\text{л}$ (Э – 1%, П – 10%, С – 62%, Л – 18%, М – 9%), СОЭ – 34 мм /час.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1,010, белок – следы, лейкоциты - сплошь, бактерии в большом количестве.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие физиологические изменения при беременности провоцируют данную патологию?
3. Этиология и патогенез заболевания.
4. Какие акушерские осложнения возможны при данном заболевании?
5. Ведение беременности и родов при данной патологии.
6. Особенности диагностики при беременности.
7. Тактика лечения при данной патологии.
8. Родоразрешение и возможные осложнения в послеродовом периоде.
9. Профилактика осложнений беременности и родов.

ЗАДАЧА 15

Повторнобеременная женщина поступила в акушерский стационар по направлению женской консультации. При поступлении жалоб не предъявляет.

Беременность 2-я. Первая беременность закончилась преждевременными родами на сроке 34 недели. В настоящее время срок беременности 30 недель. Состоит на диспансерном учёте по беременности со срока 10 недель. Первая половина беременности протекала без особенностей.

Из перенесённых заболеваний отмечает хронический тонзиллит с частыми обострениями.

Объективные данные. АД - 120/70 мм рт.ст. на обеих руках, пульс 78 уд. в мин. Отёков нет. Акушерский статус: матка в нормальном тонусе, ОЖ – 89 см, ВДМ – 30 см. Положение плода продольное. Головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд. в мин.

В общем анализе крови: гемоглобин – 110 г/л, лейкоциты – 9×10^9 /л, СОЭ – 29 мм/час.

В общем анализе мочи: относительная плотность – 1,015, белок – 0,165 г/л, лейкоциты 0 – 2 в п/зр., эритроциты 4 – 5 в п/зр.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз.
2. План обследования.
3. Какие формы данного заболевания не являются противопоказанием для пролонгирования беременности?
4. Этиология и патогенез заболевания.
5. Дифференциальная диагностика.
6. Осложнения при беременности.
7. Особенности терапии во время беременности.
8. Ведение беременности, родов и послеродового периода.
9. Послеродовая реабилитация.
10. Планирование беременности.

ЗАДАЧА 16

Повторнобеременная женщина поступила с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и подтекание вод при сроке 28 – 29 недель. Воды отошли 3 часа тому назад.

Беременность 3-я. Первая и вторая беременности закончились самопроизвольным выкидышем при сроках 7 недель и 12 недель.

В анамнезе из перенесенных заболеваний отмечает частые ОРВИ, хронический бронхит.

Акушерский статус. Схватки по 25 – 30 сек., через 4 – 5 мин., средней силы. ВДМ – 29 см, ОЖ – 81 см. Положение плода продольное, головка малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 в минуту.

Влагалищное исследование. Шейка матки сглажена, края тонкие открытые 4 см. Предлежит головка малым сегментом во входе в малый таз. Плодный пузырь отсутствует. Воды подтекают, светлые.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология данной патологии.
3. Патогенез данной патологии.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Осложнения в родах при данной патологии.
6. Влияние на плод.
7. Тактика ведения родов при данной патологии.
8. Послеродовая реабилитация.
9. Профилактика.

ЗАДАЧА 17

Роженица, 38 лет, поступила в акушерский стационар с жалобами на кровотечение из половых путей, начавшееся 2 часа назад одновременно с появлением схваток. К моменту поступления кровопотеря составила 50 мл. Беременность доношенная.

Менструации с 14 лет, регулярные, через 28 дней по 3 дня, умеренные, безболезненные. Замужем с 22 лет, брак второй.

Настоящая беременность шестая. Две первые закончились нормальными срочными родами, три последующие – искусственными медицинскими абортами, без осложнений.

С настоящей беременностью состоит на учёте со срока 8 недель.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 80 кг, телосложение правильное. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски.

АД - 120/60 - 120/70 мм рт. ст., пульс - 76 в 1 мин., удовлетворительных свойств.

Живот правильной округлой формы, мягкий, безболезненный, ОЖ – 104 см, ВДМ – 32 см. Пальпация матки безболезненна. Положение плода продольное, предлежащая головка высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева на уровне пупка, частота – 136 в минуту. Размеры таза: 25 - 28 - 30 - 21 см. Схватки через 5 мин продолжительностью 30-35 с, хорошей силы.

При осмотре с помощью зеркал со стороны влагалища и шейки матки

патологических изменений не обнаружено.

Данные влагалищного исследования. Влагалище рожавшей женщины, шейка сглажена, раскрытие маточного зева на 4 см. В шейке матки за зевом прощупывается мясистая, губчатая ткань с неровной поверхностью. Мыс крестца не достигается. Деформации таза нет. После влагалищного исследования кровотечение усилилось, выделилось одновременно 100 мл яркой алой крови.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.
3. Причины возникновения данной патологии
4. Классификация данной патологии.
5. Какую опасность для плода представляет данная патология?
6. Акушерская тактика при данной патологии
7. Консервативная тактика при данной патологии
8. План ведения родов.

ЗАДАЧА 18

Повторнородящая, 26 лет, поступила в акушерский стационар с доношенной беременностью через 12 ч от начала регулярной родовой деятельности. Предыдущие роды два года назад прошли без осложнений.

Общее состояние удовлетворительное, АД — 110/80—110/75 мм рт. ст.

Акушерское исследование.

Размеры таза: 25—28—30—20 см. ОЖ — 99 см, ВДМ — 35 см. Положение плода продольное. Над входом в малый таз определяется подвижная крупная, объемистая, неправильной формы часть, не способная к баллотированию. В области дна матки пальпируется крупная, плотная, округлой формы, баллотирующая часть плода. Сердцебиение плода определяется справа выше пупка, ясное, ритмичное, частота — 136 уд./мин. Схватки хорошей силы, через 3 мин, продолжительностью 40 секунд.

Данные влагалищного исследования: влагалище свободное, шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное. Во время исследования излились околоплодные воды, интенсивно окрашенные меконием. Предлежит объемная мягковатая часть плода, на которой не определяются ни швы, ни роднички. При осторожной пальпации на предлежащей части удалось определить седалищные бугры, крестец, копчик. Межягодичная борозда находится в левом косом, межвертельная линия — в правом косом размере, крестец обращен кзади и вправо. Мелкие части плода и пуповина не прощупываются.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Биомеханизм родов при данной патологии
3. Данные влагалищного исследования, подтверждающие диагноз.
4. Возможные осложнения?
5. План ведения родов.
6. Какое пособие оказывается при чистом ягодичном предлежании.
7. Как и в каких случаях прибегают ручному пособию для освобождения головки плода?

ЗАДАЧА 19

Беременная, 24 лет, поступила в акушерский стационар с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и в поясничной области, которые начались 3 часа тому назад. Воды не отходили.

Месячные с 14 лет, регулярные, через 28 дней по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 22 лет, замужем.

Настоящая беременность первая. Женскую консультацию посещала регулярно. Беременность протекала без патологических отклонений.

Объективно. Женщина правильного телосложения, среднего роста. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела — 36,6°C, пульс – 76 в 1 мин., АД — 120/70 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологических изменений не выявлено.

Живот увеличен за счет беременности, окружность живота – 95 см, высота стояния дна матки над лобком – 36 см, дно матки на 2 поперечных пальца ниже мечевидного отростка. Размеры таза: 26-28-30-20 см. Схватки через 2-3 минуты продолжительностью 20 - 30 секунд, удовлетворительной силы. Положение плода продольное, первая позиция, предлежащая часть – головка, подвижна, над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота – 136 уд./мин.

Данные влагалищного исследования. Влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сглажена, края тонкие растяжимые, наружный зев раскрыт на 2-3 см, плодный пузырь цел, во время схватки хорошо наливается. Пальпируется предлежащая часть – головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок пальпируется слева у лона. Мыс крестца не достигается. Выделения слизистые. Емкость малого таза достаточная.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Клиника 1 периода родов.
4. Клиника 2 периода родов.

5. Клиника 3 периода родов.
6. Современные принципы ведения родов.
7. Ведение 1 периода родов.
8. Ведение 2 периода родов.
9. Ведение 3 периода родов.
10. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного вставления.

ЗАДАЧА 20

Роженица 35 лет поступила в акушерский стационар с активной родовой деятельностью при доношенной беременности. Через два часа после поступления родился живой доношенный мальчик массой 4100 г. Через 10 минут после рождения ребенка появились кровянистые выделения, кровопотеря составила 250 мл.

Данные анамнеза. Менструация с 13 лет, без отклонений от нормы. Половая жизнь с 20 лет. Имела 4 беременности, из которых первая закончилась нормальными родами, а 3 последующие — искусственными абортами без осложнений. Настоящая беременность пятая, протекала без осложнений, регулярно наблюдалась в женской консультации.

Объективно. Телосложение правильное.

Кожные покровы и видимые слизистые — бледные, АД - 110/60 мм рт. ст., пульс - 88 уд. в мин., удовлетворительных свойств.

Матка шаровидной формы, дно ее находится на уровне пупка. Моча выведена катетером. При потуживании послед не выделился, кровопотеря достигла 300 мл. Выделение последа способом Абуладзе оказалось безуспешным.

При осмотре родовых путей — промежность и клитор целые. С помощью влагалищных зеркал разрывов шейки матки и влагалища не обнаружено. Из маточного зева — отрезок пуповины, кровянистые выделения.

Матка плотная, шаровидная, дно ее на один поперечный палец ниже пупка. Кровотечение продолжается, кровопотеря достигла 550 мл. Кровь свернулась в сплошной плотный сгусток.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.
3. Этиология данной патологии
4. Причины, вызывающие кровотечение после рождения ребенка.
5. Дифференциальная диагностика.
6. Лечебная тактика при кровотечении в последовом периоде.
7. Показания, условия и техника выделения последа по способу Абуладзе.
8. Какие были допущены ошибки в ведении последового периода?

ЗАДАЧА 21

Первобеременная 25 лет доставлена в акушерский стационар с жалобами на боли в нижних отделах живота, слабость.

Из анамнеза известно:

Последние месячные 8 месяцев назад. Настоящая беременность первая. На учёте в женской консультации с 10 недель.

Перенесённые заболевания: простудные, хр. цистит, хр. пиелонефрит (последнее обострение за два месяца до наступления беременности).

Течение настоящей беременности. С 26 недель беременности периодически фиксировалась патологическая прибавка массы тела. С 28 недель отмечает одутловатость лица по утрам. По совету врача-терапевта, у которого наблюдается по поводу хр. пиелонефрита, принимала нитроксолин и отвар полевого хвоща, отёки уменьшились. На очередном приёме в женской консультации на сроке 32 недели жалоб не предъявляла, АД - 150/95 мм рт.ст. на обеих руках, отёки голеней. В общем анализе мочи: плотность - 1,010; белок — 0,1 г/л, лейкоцитов - 4-5 в поле зрения, эритроцитов - 1-2 в поле зрения.

Объективно: в сознании, но несколько заторможена, хочет спать. Кожа и слизистые чистые, бледноватые. АД - 90/60 мм рт.ст., пульс - 110 уд. в мин. Живот увеличен беременной маткой, ВДМ - 37 см; ОЖ - 88 см (при поступлении - ВДМ - 32 см; ОЖ - 78 см). Матка в повышенном тонусе, болезненная при пальпации. Части плода чётко не определяются. Стетоскопом с/б плода чётко не выслушивается, частоту подсчитать не удаётся.

Влагалищное исследование: Влагалище свободное. Шейка матки укорочена до 2 см, размягчена; наружный зев закрыт. Воды целы. Мыс не достижим. Выделения слизистые.

Вопросы:

1. Какой диагноз можно поставить на основании этих данных?
2. Этиология возникшей патологии
3. Клиника данной патологии?
4. Диф. диагностику каких заболеваний необходимо проводить в данном случае?
5. Какое дополнительное исследование необходимо провести для уточнения диагноза?
6. Какова акушерская тактика данной патологии?
7. Возможные осложнения данной патологии?
8. Возможные осложнения со стороны плода

ЗАДАЧА 22

Роженица, 29 лет, повторнородящая, поступила в родильное отделение с начавшейся родовой деятельностью. Роды в срок. Схватки начались 6 ч назад.

Данные анамнеза. Детство прошло в тяжелых материально-бытовых условиях. Было две беременности: первая – закончилась рождением живого ребенка массой 2700 г, вторая — родами мёртвым плодом массой 2900 г. Настоящая беременность протекала без осложнений.

Объективно. При поступлении общее состояние удовлетворительное, температура тела — 36,5°C. Рост — 149 см, масса тела — 56 кг. Телосложение правильное. АД – 120/80 мм рт. ст., пульс ритмичный, частота — 74 в 1 мин. Внутренние органы без патологии. Живот правильной формы. Окружность живота — 98 см, высота стояния дна матки над лоном — 35 см. Размеры таза: 25—28—30—17 см. Положение плода продольное, предлежащая головка плода прижата ко входу в таз. Признак Генкель — Вастена — головка плода выше уровня симфиза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 140 уд./мин. Схватки средней силы, продолжительностью 25— 30 с через 8—10 мин. отошли в умеренном количестве светлые воды.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно, влагалище емкое. Шейка матки сглажена, открытие маточного зева на 8-9 см, плодного пузыря нет. Головка плода — малым сегментом во входе в таз, стреловидный шов — в поперечном размере входа в малый таз. Родовой опухоли на головке нет. Мыс крестца достигается. Диагональная конъюгата — 9,5 см.

Дополнительные измерения: индекс Соловьева — 14,5 см; ромб Михаэлиса измененной формы— верхний треугольник очень низкий.

Показатели крови и мочи без патологии.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Какие причины способствуют развитию данной патологии.
3. Клинические признаки, устанавливающие диагноз.
4. Оцените данные пельвиометрии.
5. Классификация данной патологии.
6. Возможные осложнения в родах
7. План ведения этих родов.
8. Особенности ведения послеродового периода

ЗАДАЧА 23

Родильница 28 лет, повторнородящая, переведена из физиологического акушерского отделения в наблюдательное на 6-е сутки после родов в связи с повышением температуры тела до 39°C и появлением озноба.

Настоящие роды осложнились преждевременным отхождением вод (безводный промежуток составил 18 часов) и слабостью родовых сил. При появлении признаков внутриутробной гипоксии плода в периоде изгнания, при нахождении головки в полости таза при полном открытии маточного зева, роды были закончены наложением вакуум-экстрактора с извлечением живого ребенка массой 3800 г. Последовый период осложнился кровотечением, ручным отделением последа. Шейка матки и промежность целые. В течение первых трех суток состояние родильницы было удовлетворительное, температура тела оставалась нормальной. С 4-го дня общее состояние стало прогрессивно ухудшаться.

Объективно. Родильница жалуется на общую слабость, озноб, боль внизу живота и в левой паховой области. Кожа умеренно гиперемирована. Температура тела — 39°C, пульс — 100 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД — 110/75 мм рт. ст. Молочные железы мягкие, безболезненные, отток молока не нарушен. Со стороны внутренних органов (сердца и легких) патологических изменений не обнаружено. Живот участвует в акте дыхания, болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины не определяются. Дно матки определяется на 1 поперечный палец ниже пупка. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не учащено, свободное, безболезненное. Стул оформленный.

Наружные половые органы и влагалище без патологических изменений. Бимануальное исследование. Шейка матки сформирована, канал проходим для одного пальца, свод влагалища свободен, глубокий. Матка пастозная, округлой формы, болезненная при пальпации. Придатки справа не увеличены, безболезненны. Выделения бурого цвета с неприятным, гнилостным запахом.

При бактериологическом исследовании выделений обнаружен стафилококк, не чувствительный к пенициллину и гентамицину.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Классификация.
4. Факторы способствующие данной патологии
5. Дифференциальная диагностика
6. Лечение.
7. Возможные осложнения со стороны женщины
8. Послеродовая реабилитация при данной патологии

ЗАДАЧА 24

Роженица, 29 лет, доставлена в акушерскую клинику в связи с начавшейся

родовой деятельностью. Срок беременности 38 – 40 недель.

Данные анамнеза. Беременность 3-я. Первые две беременности закончились срочными родами без осложнений. В течение настоящей беременности женскую консультацию посещала регулярно. Диагностировано поперечное положение плода. Корректирующая гимнастика на сроке 30 недель оказалась безуспешной.

Объективно. Состояние удовлетворительное, температура тела — 36,4°C. Телосложение правильное, рост — 162 см, масса тела — 69,5 кг. Отеков нет.

Пульс — 76 в 1 мин, хорошего наполнения, АД — 120/80 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов (сердца и легких) отклонений от нормы нет.

Живот поперечно-овальной формы, брюшная стенка дряблая, с расхождением прямых мышц живота. Окружность живота — 99 см, высота стояния дна матки над лоном — 30 см. В боковых отделах матки определяются: слева — головка, справа — плохо очерченные контуры ягодиц плода. Сердцебиение плода — 148 уд/мин, ясное, ритмичное, на уровне пупка слева. Размеры таза: 26—29—31—21 см. Индекс Соловьева — 14,5 см. Схватки через 3—4 мин продолжительностью 40—45 с, сильные, умеренно болезненные. Перед влагалищным исследованием излились светлые околоплодные воды в умеренном количестве.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище емкое, шейка матки сглажена, открытие маточного зева почти полное, плодного пузыря нет. Во влагалище определяется шнуровидное пульсирующее образование, свисающее в виде большой петли. Предлежащую часть плода обнаружить не удается. Мыс не достигается, экзостозов нет.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Как определяется позиция и вид плода при данной патологии?
4. Причины, способствующие развитию данной патологии.
5. Возможные осложнения?
6. Тактика ведения этих родов.
7. Ошибки в ведении беременности.

ЗАДАЧА 25

Доставлена повторнородящая роженица 30 лет с доношенной беременностью. Родовая деятельность продолжается в течение 20 часов, безводный промежуток достиг 18 часов. Потуги начались 2 часа тому назад. Продвижение головки плода не отмечается.

Беременность шестая, в анамнезе 2 родов и 3 медицинских аборта – без осложнений. Вторые роды осложнились слабостью родовой деятельности.

Ребенок родился в состоянии асфиксии тяжелой степени. Последняя беременность закончилась медицинским абортом 2 года назад.

Наблюдается в женской консультации с 14 недель беременности. Беременность протекала на фоне гестационной анемии легкой степени, получала амбулаторное лечение. При сроке беременности 25 недель в течение 10 дней находилась на стационарном лечении по поводу угрозы преждевременных родов. Общая прибавка массы тела за время беременности – 12 кг.

Объективно: рост 157 см, масса тела 64 кг. Температура тела 36,6 °С. Пульс 78 уд/мин., ритмичный, АД 120/75 мм рт. ст.

Размеры таза 26-28-30-19 см, ОЖ – 105 см, ВДМ – 35 см. С/б плода приглушено, в первом периоде во время схватки урежалось до 80 ударов в минуту, вне схватки восстанавливалось до 110 ударов в минуту.

Данные влагалищного исследования: влагалище свободное, открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Подтекают воды с примесью мекония. Головка в узкой части полости малого таза. Стреловидный шов прямом размере выхода малого таза, малый родничок сзади.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие осложнения развились в родах?
3. Какова продолжительность периода раскрытия и изгнания при нормальных родах?
4. Каков биомеханизм родов у данной роженицы?
5. План ведения данных родов?
6. Какие методы родоразрешения через естественные родовые пути возможны при данной ситуации?
7. Условия показания, противопоказания для выполнения этих методов родоразрешения.
8. Какие осложнения могут развиваться при выполнении этих методов родоразрешения?
9. Отношение к этим методам родоразрешения в современных условиях

ЗАДАЧА 26

Роженица И., 27 лет, поступила в родильный дом с хорошей родовой деятельностью, начавшейся 4 часа назад. По дороге в роддом излились околоплодные воды в умеренном количестве. Беременность доношенная.

Настоящая беременность третья. Первая закончилась самопроизвольными родами в срок без патологии, вторая – медицинским абортом год тому назад. Для предохранения от беременности принимала комбинированные оральные контрацептивы. Настоящая беременность наступила сразу после прекращения приема контрацептивов.

Течение беременности. Наблюдается в женской консультации со срока 12 недель. Беременность осложнилась гестационной анемией, угрозой прерывания беременности.

Объективный статус. Женщина правильного телосложения. Кожа и видимые слизистые чистые, розовые. Отеков нет. Рост 159 см, масса тела – 70 кг. Температура тела 36,5°C.

Пульс – 76 уд. в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД 120/80 – 120/75 мм. рт. ст.

Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Акушерское исследование.

Размеры таза 25-28-30-20. Индекс Соловьева 15 см. ОЖ – 108 см, ВДМ – 42 см. Положение плода продольное, предлежащая головка малым сегментом стоит во входе в малый таз. В дне матки определяются два округлых образования, одно – мягкое, другое – плотное, баллотирующее. Сердцебиение плода выслушивается выше пупка справа 138 в мин. и ниже пупка слева 144 уд. в мин., ясное, ритмичное. Схватки интенсивные, через 3-4 минуты продолжительностью до 45-50 секунд, умеренно болезненные.

Данные влагалищного исследования: Влагалище рожавшей женщины, шейка матки сглажена, края ее средней толщины, мягкие, растяжимые. Открытие маточного зева 5 см. Плодный пузырь отсутствует. Подтекают светлые околоплодные воды. Предлежащая головка плода стоит малым сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов располагается в правом косом размере входа в малый таз. Малый родничок пальпируется спереди. Емкость таза хорошая.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Какие факторы способствуют формированию данной патологии?
3. Какие осложнения могут развиваться во время беременности при данной патологии?
4. Какие осложнения могут развиваться в родах при данной патологии?
5. Тактика ведения беременности при данной патологии.
6. Ведение родов при данной патологии.
7. Особенности выдачи предродового и послеродового декретного отпуска при данной патологии?
8. Какую ошибку допустил врач женской консультации?

ЗАДАЧА 27

В гинекологическое отделение из женской консультации направлена 23-летняя первобеременная с жалобами на тошноту, рвоту, слабость.

Анамнез заболевания. Больной себя считает в течение 3 недель, с момента появления жалоб на тошноту, слабость. За последнюю неделю тошнота

усилилась, появилась рвота, ухудшился аппетит, беременная похудела на 2 кг. За последние сутки рвота была 16 раз.

Последняя менструация 9 недель назад. Данная беременность первая. В браке не состоит.

Из перенесенных заболеваний отмечает простудные заболевания, хронический гастрит.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледные. Кожа сухая, тургор снижен. При поведении пальцем по коже определяется «пыльный след». Язык сухой с легким беловатым налетом, отмечается запах ацетона изо рта. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Печень не увеличена. АД – 90/55 мм рт.ст. Пульс – 100 уд. в мин. Температура тела 37,4 °С.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Какие факторы способствуют развитию данной патологии беременных?
3. Чем обусловлена тяжесть состояния?
4. Объем обследования при данной патологии
5. Проведите дифференциальную диагностику?
6. Какие осложнения могут развиваться на фоне данной патологии?
7. Принципы терапии данного состояния.
8. Показания для прерывания беременности при данной патологии
9. Немедикаментозные методы терапии данного состояния.

ЗАДАЧА 28

Первородящая 24 лет поступила по направлению врача женской консультации. При поступлении жалоб не предъявляет.

Течение беременности. Данная беременность первая. Наблюдается в женской консультации с 7 недель беременности. Беременность осложнилась ранним токсикозом, по поводу которого находилась на стационарном лечении с 8 до 11 недель. При сроке беременности 14 недель лечилась стационарно по поводу угрожающего выкидыша. С 28 недель беременности стала замечать, что кольцо с большим трудом снимается с пальца. С 27 недель беременности отмечается неравномерная прибавка массы тела. Общая прибавка массы тела за беременность 14 кг. С 32 недель беременности в анализах мочи определяется белок в количестве 0,033г/л, лечение не получала. При последней явке к врачу при сроке 34 недели отмечены отеки на нижних конечностях и передней стенке живота, повышение артериального давления до 155/95 - 145/90 мм рт. ст. на правой и левой руках соответственно, в анализе мочи – белок 0,1 г/л.

Из перенесенных заболеваний отмечает в детстве хронический

пиелонефрит, частые ангины, ОРВИ.

Объективный статус. Выраженные отеки нижних конечностей и пастозность передней стенки живота. АД 150/100 -160/100 мм рт. ст. Пульс 96 уд. в мин, ритмичный, напряженный.

Акушерский статус. Размеры таза нормальные. Живот увеличен за счет беременной матки, овоидной формы. ОЖ – 93см, ВДМ – 30см. Матка в нормальном тоне, положение плода продольное, предлежит головка над входом в малый таз. С/б плода выслушивается слева выше пупка, ясное, ритмичное 144 уд. в мин. Срочно произведен анализ мочи – белок 0,3 г/л.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Какие факторы способствовали развитию данной патологии?
3. Какие ошибки допущены при ведении данной беременной?
4. Классификация данной патологии?
5. Объем обследования при данной патологии.
6. С какими патологическими состояниями необходимо дифференцировать данную патологию?
7. Принципы лечения данной патологии?
8. Способы родоразрешения.

ЗАДАЧА 29

Беременная поступила в акушерский стационар с жалобами на отсутствие шевеления плода в течение 5 недель.

Течение беременности. Данная беременность третья, с 11 недель состоит на диспансерном учёте. На сроках 14 и 20 недель проводилось стационарное лечение по поводу угрожающего выкидыша. При сроке 28 и 32 недели – по поводу хронической плацентарной недостаточности. С 33 недель перестала ощущать шевеление плода.

В анамнезе 3 самопроизвольных выкидыша на сроках от 8 до 12 недель.

Объективный статус. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. АД 110/70 - 100/70 мм рт. ст., пульс 82 уд. в мин. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Живот округлой формы, увеличен за счет беременной матки. ОЖ – 85см, ВДМ – 29см. Матка при пальпации приходит в тонус, положение плода продольное, предлежит головка над входом в малый таз, с/б плода не выслушивается. Околоплодные воды целы. Вечером началась родовая деятельность. Родился мертвый мацерированный плод мужского пола Самостоятельно отделился и выделился послед. Детское место целое, оболочки все. После рождения последа началось кровотечение. Матка плотная. Вытекающая из половых путей кровь не сворачивается. Взятая из вены в пробирку кровь не сворачивается в течение 15 минут.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Какие факторы могут привести развитию данной патологии.
3. Патогенез развития данной патологии.
4. Классификация данной патологии
5. Какими клиническими синдромами может проявиться данная патология
6. Современные принципы терапии данной патологии
7. Какие осложнения могут возникнуть на фоне данной патологии
8. Какова ошибка врача женской консультации?

ЗАДАЧА 30

Повторнородящая 32 лет находится в родильном блоке в раннем послеродовом периоде. Через 20 часов от начала схваток родилась доношенная девочка массой 4 кг, длиной 56 см. Послед выделился самостоятельно через 15 минут, без видимых дефектов. Через 10 минут матка стала дряблой, началось кровотечение. После принятых мер кровотечение прекратилось, матка плотная. Общая кровопотеря достигла 1000,0 мл.

Течение беременности. Настоящая беременность восьмая. Наблюдается в женской консультации со срока 7 недель. Беременность протекала на фоне гестационной анемии, по поводу которой получала амбулаторное лечение в течение 2 месяцев. На сроках 12 и 22 недели проводилось стационарное лечение по поводу угрожающего выкидыша.

В анамнезе 2 родов без осложнений и 5 искусственных абортов.

Объективный статус. Состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, холодные на ощупь, акроцианоз. АД – 90/60 мм рт.ст., пульс – 110 уд. в мин., слабого напряжения и наполнения. Частота дыхания 36 в мин. Диурез снижен.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Какие факторы способствовали развитию данной патологии?
3. Классификация данной патологии?
4. Патогенез данной патологии.
5. Осложнения при данной патологии
6. Оказание неотложной терапии при данной патологии
7. Основные принципы инфузионной терапии при данной патологии.
8. Объем лечебных мероприятий в зависимости от объема кровопотери.

ЗАДАЧА 31

Пациентка 29 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота, гнойные выделения из половых путей, повышение температуры тела, общую слабость.

Анамнез заболевания. Больной себя считает в течение 5 дней. Неделю назад был произведен искусственный медицинский аборт на сроке 8 недель. Выписана из стационара на следующий день после аборта. Через 2 дня после выписки повысилась температура, появились слабость, вялость, боли внизу живота.

Объективное обследование.

Температура тела 39 °С. Пульс 96 уд. в мин., ритмичный, удовлетворительных свойств. АД – 120/70 мм рт. ст. Живот не вздут, участвует в акте дыхания; при пальпации мягкий, несколько болезненный над лоном. Симптомы раздражения брюшины не выявлены.

Специальное гинекологическое исследование.

Осмотр в зеркалах: из цервикального канала – обильные гнойные выделения.

При бимануальном исследовании: наружный зев пропускает кончик пальца. Тело матки несколько больше нормы, мягковатой консистенции, без чётких контуров, болезненное при пальпации. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Влагалищные своды свободные, безболезненные.

В общем анализе крови: Нб – 120 г/л, эритроциты - 4,4 x 10¹² /л. Лейкоцитов – 16,0 x 10⁹ /л (Э – 1%, П – 10%, С – 74%, Л – 10%, М – 5%), токсическая зернистость нейтрофилов.

По данным УЗИ: Полость матки расширена до 15 мм, заполнена содержимым неоднородной эхогенности. Граница между эндометрием и миометрием нечёткая. Эхогенность миометрия снижена.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какие факторы могут привести к развитию данной патологии?
3. Современная классификация данной патологии.
4. Какие клинические варианты течения данной патологии вы знаете.
5. Современные методы диагностики данной патологии
6. Современные принципы лечения данной патологии
7. Какие профилактические мероприятия необходимо было провести после аборта
8. Реабилитационные мероприятия по восстановлению репродуктивной функции женщины.

ЗАДАЧА 32

Пациентка 26 лет доставлена машиной скорой медицинской помощи в гинекологическое отделение с жалобами на резкую боль в нижней части живота с иррадиацией в область заднего прохода, слабость, головокружение.

Заболела 3 часа назад, когда после полового контакта появились резкие боли в нижней части живота, больше справа. Была кратковременная потеря сознания.

Гинекологические заболевания: хроническое воспаление придатков с обострениями до 2-х раз в год.

Специальный гинекологический анамнез.

Менструации с 14 лет, регулярные, через 30 дней, по 3 – 4 дня, умеренные, безболезненные. Последняя менструация началась 14 дней назад, прошла без особенностей. Половая жизнь с 18 лет, в браке. Беременность – 1. Закончилась срочными самопроизвольными родами 3 года назад.

Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Артериальное давление 95/55 мм рт. ст. Пульс 110 уд. в минуту. Живот несколько увеличен, при пальпации болезненный, напряженный в нижних отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. При перкуссии живота определяется притупление в отлогих местах.

Специальное гинекологическое исследование.

Осмотр в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы. Слизистая влагалища и шейки матки бледно-розового цвета без патологических образований. Наружный зев закрыт. Выраженный «симптом зрачка». Определяется нависание заднего свода влагалища.

Бимануальное исследование: тело матки и придатки четко пальпировать не удается из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки. Своды влагалища укорочены, резко болезненные. Движения за шейку матки – болезненные.

Данные УЗИ: в правом яичнике гипоэхогенное образование диаметром 4 см, в позадиматочном пространстве и в брюшной полости – скопление жидкости.

Произведена пункция брюшной полости через задний свод влагалища – получена серозно-геморрагическая жидкость частыми каплями с преобладанием геморрагического компонента.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести, чтобы подтвердить диагноз?
3. Какие этиологические факторы способствуют развитию данной патологии?
4. Классификация данной патологии
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
6. Тактика ведения пациенток с данной патологией.

7. Какое лечение необходимо провести пациентке по условию задачи?
8. Реабилитация больной.

ЗАДАЧА 33

Пациентка 48 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на увеличение длительности месячных и объёма менструальной кровопотери. Отмечает слабость, быструю утомляемость, снижение работоспособности.

Анамнез жизни. Работает бухгалтером. Из профессиональных вредностей отмечает длительную сидячую работу. Страдает гипертонической болезнью в течение пяти лет. Гинекологические заболевания: хронический сальпингоофорит с периодическими обострениями. В последние три года гинеколога не посещала. В остальном анамнез жизни без особенностей.

Специальный гинекологический анамнез. Месячные начались в 14 лет, установились сразу, регулярные, через 28 дней, до прошлого года продолжались по 5 – 6 дней, были умеренными, а с начала текущего года стали обильными, по 7 – 8 дней. Болей во время менструации не отмечает. Последние месячные начались 3 недели назад.

Половая жизнь с 21 года, замужем. Болей и кровянистых выделений во время половых контактов не отмечает. В течение последних трёх лет от беременности не предохраняется.

Беременностей – 5. Две закончились родами. Три последние – мед. абортами. Последний аборт – на сроке 10 нед., 8 лет назад, осложнился эндометритом.

Анамнез заболевания. Считает себя больной с начала текущего года, когда впервые изменился характер месячных – увеличились их длительность и объём. После последних месячных появилась слабость, периодически возникает лёгкое головокружение, снизилась работоспособность.

Объективный статус. Кожа и слизистые бледные.

Рост – 162 см, вес – 92 кг.

АД – 150/90 мм рт.ст. Пульс – 80 уд. в мин., удовлетворительных свойств.

Язык чистый, влажный. Живот правильной округлой формы, не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации – мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины не определяются.

Специальное гинекологическое исследование

Осмотр в зеркалах. Патологические образования на слизистой влагалища и шейки отсутствуют.

Бимануальное исследование. Тело матки расположено по средней линии, в положении *anteflexio*, *anteversio*, увеличено до размера 9 недельной беременности, плотное, неправильной округлой формы, с чёткими контурами, с гладкой крупнобугристой поверхностью, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненные. Своды – свободные, безболезненные. Движения за шейку матки – безболезненные. Выделения – слизистые.

Вопросы:

1. О каком диагнозе можно думать на основании этих данных?
2. Какие лабораторно-инструментальные исследования позволят уточнить диагноз?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Этиология и патогенез данного заболевания.
5. Классификация
6. Тактика амбулаторного ведения пациенток с этой патологией.
7. Критерии выбора метода лечения этого заболевания
8. Какое лечение необходимо провести пациентке по условию задачи.
9. Факторы риска и профилактика данного заболевания.

ЗАДАЧА 34

Женщина 42 лет обратилась в женскую консультацию для прохождения очередного профилактического осмотра. Жалоб не предъявляет. Больной себя не считает.

Анамнез жизни. Работает продавцом. Профессиональных вредностей не отмечает. Гинекологические заболевания: хронический сальпингоофорит с периодическими обострениями. Полгода назад во время профилактического осмотра гинеколог обнаружил небольшое опухолевидное образование в малом тазу, в области правого придатка. На рекомендованный повторный осмотр через месяц не явилась, рекомендованное обследование не проходила. В остальном анамнез жизни без особенностей.

Специальный гинекологический анамнез. Месячные начались в 14 лет, установились сразу, регулярные, через 28 дней, по 5 – 6 дней, умеренные, безболезненные. Последние месячные начались 7 дней назад, к моменту обращения закончились.

Половая жизнь с 21 года, замужем. Болей и кровянистых выделений во время половых контактов не отмечает. От беременности предохраняется презервативом.

Беременностей – 3. Первая закончилась родами. Две последние – мед. абортами. Последний аборт – на сроке 8 нед., 2 года назад, без осложнений.

Объективный статус. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые физиологической окраски. Рост – 168 см, вес – 65 кг.

АД – 120/80 мм рт.ст. Пульс – 80 уд. в мин., удовлетворительных свойств.

Язык чистый, влажный. Живот правильной округлой формы, не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации – мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины не определяются.

Специальное гинекологическое исследование

НПО развиты правильно. Оволосение по женскому типу.

Осмотр в зеркалах. Слизистая оболочка влагалища бледно-розовая,

складчатость не выражена. Шейка матки цилиндрической формы, длиной 3 см, наружный зев цервикального канала щелевидной формы, патологические образования на слизистой влагалища и шейки отсутствуют.

Бимануальное исследование. Тело матки отклонено влево от средней линии, в положении anteflexio, anteversio, не увеличено, плотное, поверхность – гладкая, контуры – чёткие, подвижное, безболезненное при пальпации. Справа и кзади от матки определяется округлое опухолевидное образование, размером 10 см в диаметре, туго-эластической консистенции, с чёткими контурами, подвижное, безболезненное при пальпации. Левый придаток не увеличен, безболезненный. Правый боковой и задний своды влагалища укорочены за счёт нижнего полюса опухоли, при пальпации безболезненные. Движения за шейку матки – безболезненные. Выделения – слизистые бели.

Вопросы:

1. О каком диагнозе можно думать на основании этих данных?
2. Какие лабораторно-инструментальные исследования позволят уточнить диагноз?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Классификация
5. Тактика амбулаторного ведения пациенток с этой патологией.
6. Критерии выбора метода лечения этого заболевания
7. Какое лечение требуется пациентке по условию задачи.
8. Профилактика данного заболевания.

ЗАДАЧА 35

Женщина 57 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, незначительные боли в нижних отделах живота.

В течение 20 лет гинеколога не посещала. Считает себя больной в течение месяца. Месяц назад после спринцевания появились кровянистые выделения из половых путей. Спринцевание проводила самостоятельно по поводу водянистых выделений, которые периодически беспокоили в течение полутора месяцев. В течение последней недели периодически возникают боли внизу живота. Накануне обращения кровотечение усилилось.

Специальный гинекологический анамнез. Менопауза в 51 год.

Половая жизнь с 21 года, замужем. В течение последних 5 лет во время половых контактов отмечала кровянистые выделения.

Беременностей две. Обе закончились родами в 28 и 35 лет.

Объективный статус. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледные.

Рост – 165 см, вес – 64 кг.

АД – 120/80 мм рт.ст. Пульс – 80 уд. в мин., удовлетворительных свойств. Язык чистый, влажный. Живот правильной округлой формы, не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации – мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины не определяются.

Специальное гинекологическое исследование

Осмотр в зеркалах. Слизистая оболочка влагалища бледно-розовая, складчатость не выражена. Шейка матки гипертрофирована. На поверхности шейки с переходом на своды влагалища разрастания красного цвета, в виде цветной капусты, кровоточат при прикосновении.

Бимануальное исследование. Тело матки расположено по средней линии, в положении anteflexio, anteversio, не увеличено, округлой формы, плотное, с чёткими контурами, с гладкой поверхностью, подвижность ограничена, безболезненное. Правый параметрий инфильтрирован. Инфильтрат до стенки малого таза не доходит. Своды – пастозные, безболезненные. Выделения – кровянистые, умеренные.

Вопросы:

1. О каком диагнозе можно думать на основании этих данных?
2. Какие лабораторно-инструментальные исследования позволят уточнить диагноз?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Классификация
5. Тактика ведения пациенток с этой патологией.
6. Критерии выбора метода лечения этого заболевания
7. Какое лечение требуется пациентке по условию задачи.
8. Факторы риска по данному заболеванию.
9. Профилактика данного заболевания.

ЗАДАЧА 36

Женщина 57 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на умеренные, периодически усиливающиеся боли в нижних отделах живота, увеличение живота в размерах. Изредка возникает сухой кашель и боли в правой половине грудной клетки при глубоком вдохе. Отмечает также выраженную слабость, снижение аппетита, отвращение к пище, похудание, повышение температуры тела до 37,5°C.

Десять лет назад во время профилактического осмотра гинеколог обнаружил небольшое опухолевидное образование в малом тазу, в области правого придатка. Из-за отсутствия жалоб на рекомендованный повторный осмотр не явилась, рекомендованное обследование не проходила. Последние десять лет гинеколога не посещала. В течение трёх последних месяцев изменился аппетит, похудела на 10 кг. Месяц назад стал увеличиваться живот, появился кашель и боли в грудной клетке. Решила обратиться к врачу

из-за появления болей в животе.

Менопауза в 50 лет.

Половая жизнь с 21 года, замужем. Болей и кровянистых выделений во время половых контактов не отмечает.

Беременностей – 3. Первая закончилась родами. Две последние – мед. абортами. Последний аборт – на сроке 8 нед., в возрасте 40 лет, без осложнений.

Объективные данные. Кожа и слизистые серовато-цианотичного цвета. Кахексична. Рост – 162 см, вес – 45 кг.

АД – 110/70 мм рт.ст. Пульс – 88 уд. в мин., удовлетворительных свойств.

Дыхание усиленное, шум трения плевры справа. ЧД – 22 в минуту.

Язык чистый, влажный. Живот округлой формы, значительно увеличен. Имеются признаки асцита. Подкожные сосуды передней брюшной стенки не расширены. При пальпации в надлонной области определяется болезненный конгломеративный инфильтрат неправильной формы без чётких контуров, связанный с передней брюшной стенкой. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный.

Специальное гинекологическое исследование

Осмотр в зеркалах. Патологические образования на слизистой влагалища и шейки отсутствуют.

Бимануальное исследование. Тело матки не увеличено, плотное, связано в единый конгломерат с опухолевидным образованием, расположенным в области правого придатка, размером около 20 см, без чётких контуров, выходящим за пределы малого таза. Своды влагалища пастозные. В заднем своде влагалища определяется шиповидный выступ. Движения за шейку матки – безболезненные. Выделения – слизистые бели.

Вопросы:

1. О каком диагнозе можно думать на основании этих данных?
2. Какие лабораторно-инструментальные исследования позволят уточнить диагноз?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Классификация
5. Тактика ведения пациенток с этой патологией.
6. Критерии выбора метода лечения этого заболевания
7. Какое лечение требуется пациентке по условию задачи.
8. Профилактика данного заболевания.

ЗАДАЧА 37

Женщина 26 лет обратилась в кабинет планирования семьи для подбора метода контрацепции. Жалоб не предъявляет

Анамнез жизни. Работает финансистом. Перенесённые заболевания:

простудные. Гинекологические заболевания: отрицает. В остальном анамнез жизни без особенностей.

Специальный гинекологический анамнез. Менструальные начались в 14 лет, установились сразу. В настоящее время регулярные – через 28 дней, по 3 – 4 дня, умеренные, безболезненные. Последние менструальные – 2 недели назад.

Половая жизнь с 20 лет, замужем. Болей и кровянистых выделений из половых путей во время половых контактов не отмечает. От беременности предохраняется календарным методом.

Беременностей – 2. Первая закончилась самопроизвольными родами в срок. Последняя беременность 3 месяца назад – медицинский аборт на сроке 8 недель, без осложнений. В последующем планирует рождение ещё одного ребёнка, но не ранее чем через пять лет.

Объективный статус. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые физиологической окраски. На коже лица — умеренно выраженная угревая сыпь.

Рост – 170 см, вес – 65 кг.

АД – 120/80 мм рт.ст. Пульс – 76 уд. в мин., удовлетворительных свойств.

Язык чистый, влажный. Живот правильной округлой формы, не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации – мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины не определяются.

Специальное гинекологическое исследование

НПО развиты правильно. Оволосение на лобке с переходом на низ живота по средней линии.

Осмотр в зеркалах. Слизистая оболочка влагалища бледно-розовая, складчатость не выражена. Шейка матки цилиндрической формы, длиной 3 см, наружный зев цервикального канала щелевидной формы, патологические образования на слизистой влагалища и шейки отсутствуют.

Бимануальное исследование. Тело матки расположено по средней линии, в положении anteflexio, anteversio, не увеличено, плотное, округлой формы, с чёткими контурами, с гладкой поверхностью, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненные. Выделения – слизистые скудные.

Вопросы:

1. Какой метод контрацепции является предпочтительным в данном случае?
2. Перечислите современные методы контрацепции.
3. Назовите преимущества отдельных методов контрацепции.
4. Как определяется эффективность различных методов контрацепции.
5. Оцените эффективность метода контрацепции, который использует женщина?
6. Назовите основные критерии приемлемости контрацепции.
7. Какое обследование требуется провести перед применением того или иного метода контрацепции
8. Ведение женщины, использующей определённые методы

предохранения от нежеланной беременности

ЗАДАЧА 38

Женщина 25 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на отсутствие месячных в течение полугода.

Перенесённые заболевания: Простудные. Начала обследование у эндокринолога по поводу ожирения. По данным из амбулаторной карты было выявлено снижение толерантности к глюкозе. Лечение на момент обращения не получала. К гинекологу не обращалась.

Специальный гинекологический анамнез. Месячные начались в 12 лет, установились сразу, в 14 лет стали нерегулярными – наблюдались задержки до 4 месяцев, продолжительность месячных 2 – 3 дня, скудные. Последние месячные – полгода назад.

Половая жизнь с 23 лет, замужем. Болей и кровянистых выделений во время половых контактов не отмечает. От беременности не предохраняется.

Беременностей не было.

Объективные данные. Кожа и слизистые физиологической окраски. На лице и верхней части спины угревая сыпь. На подбородке, верхней губе, щёках повышенный рост волос. На локтях и коленях – гиперпигментация и гиперкератоз. На боковых поверхностях живота и на бёдрах – стрии красноватого цвета.

Рост – 165 см, вес – 82 кг.

АД – 130/90 мм рт.ст. Пульс – 80 уд. в мин., удовлетворительных свойств.

Язык чистый, влажный. Живот правильной округлой формы, не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации – мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины не определяются.

Специальное гинекологическое исследование

НПО развиты правильно. Оволосение по мужскому типу – с переходом на низ живота и внутреннюю поверхность бёдер.

Осмотр в зеркалах. Слизистая оболочка влагалища бледно-розовая, складчатость выражена. Патологические образования на слизистой влагалища и шейки отсутствуют.

Бимануальное исследование. Тело матки расположено по средней линии, в положении *anteflexio*, *anteversio*, не увеличено, плотное, округлой формы, с чёткими контурами, с гладкой поверхностью, подвижное, безболезненное. С обеих сторон от матки пальпируются яичники, размером около 8 см в диаметре, плотной консистенции, округлой формы, с чёткими контурами, с бугристой поверхностью, подвижные, безболезненные. Своды – свободные, безболезненные. Выделения – слизистые.

Вопросы:

1. О каком диагнозе можно думать на основании этих данных?

2. Какие лабораторно-инструментальные исследования позволят уточнить диагноз?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Этиология и патогенез данного заболевания.
5. Тактика ведения пациенток с этой патологией.
6. Критерии выбора метода лечения этого заболевания
7. Какое лечение необходимо провести пациентке по условию задачи.
8. Факторы риска и профилактика данного заболевания.

ЗАДАЧА 39

Женщина 49 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на чувство «приливов жара» до нескольких раз в течение часа на протяжении всего дня и ночью. Отмечает плохой сон. Кроме этого беспокоит чувство сухости во влагалище, периодически жжение и зуд в области промежности.

Анамнез жизни. Работает преподавателем в школе. Перенесённые заболевания: ОРВИ. Гинекологические заболевания: отрицает. В остальном анамнез жизни без особенностей.

Специальный гинекологический анамнез. Менструальные начались в 14 лет, установились сразу. До начала прошлого года были регулярными – через 28 дней. В течение последнего года наблюдаются задержки до двух месяцев. Длительность менструальных 3 – 4 дня, безболезненные. Последние менструальные – 3 недели назад.

Половая жизнь с 23 лет, замужем. Половые контакты в последние несколько месяцев затруднены, болезненные. От беременности предохраняется презервативами.

Беременностей – 2. Обе закончились самопроизвольными родами в срок. Последняя беременность 15 лет назад.

Анамнез заболевания. Считает себя больной в течение года. Год назад впервые появились «приливы» жара. В последние месяцы стали чаще, в том числе в ночное время. Сухость влагалища и болезненность при половых контактах в течение полугода.

Объективный статус. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые физиологической окраски.

Рост – 168 см, вес – 65 кг.

АД – 120/80 мм рт.ст. Пульс – 76 уд. в мин., удовлетворительных свойств.

Язык чистый, влажный. Живот правильной округлой формы, не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации – мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины не определяются.

Специальное гинекологическое исследование

НПО развиты правильно. Оволосение по женскому типу.

Осмотр в зеркалах. Слизистая оболочка влагалища бледно-розовая, истончена, складчатость не выражена. Шейка матки цилиндрической формы, длиной 3 см, наружный зев цервикального канала щелевидной формы,

патологические образования на слизистой влагалища и шейки отсутствуют.

Бимануальное исследование. Тело матки расположено по средней линии, в положении anteflexio, anteversio, не увеличено, плотное, округлой формы, с четкими контурами, с гладкой поверхностью, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненные. Своды – свободные, безболезненные. Движения за шейку матки – безболезненные. Выделения – слизистые скудные.

Вопросы:

1. О каком диагнозе можно думать на основании этих данных?
2. Какие исследования позволят уточнить диагноз?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Классификация
5. Этиология и патогенез данного заболевания.
6. Тактика амбулаторного ведения пациенток с этой патологией.
7. Критерии выбора метода лечения этого заболевания
8. Какое лечение необходимо провести пациентке

ЗАДАЧА 40

Женщина 65 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на кровянистые выделения из половых путей.

Анамнез жизни. Пенсионер. Страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом. Гинекологические заболевания: миома матки в течение 30 лет. Десять лет назад по поводу маточного кровотечения выполнено выскабливание полости матки, результат гистологического анализа – железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. Лечение, назначенное врачом женской консультации, начала, но закончила раньше рекомендованного срока, поскольку посчитала, что выздоровела. В течение 10 лет гинеколога не посещала. В остальном анамнез жизни без особенностей.

Специальный гинекологический анамнез. Менопауза в 52 года. Месячные в течение жизни были нерегулярными.

Половая жизнь с 21 года, замужем. Болей и кровянистых выделений во время половых контактов не отмечает.

Беременность одна. Наступила в 40 лет после нескольких курсов лечения по поводу бесплодия (проводилась стимуляция овуляции), закончилась родами.

Анамнез заболевания. Заболела две недели назад, когда появились мажущие кровянистые выделения из половых путей. К врачу не обращалась. Накануне посещения кровотечение усилилось.

Объективный статус. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледные. Рост – 162 см, вес – 92 кг.

АД – 150/90 мм рт.ст. Пульс – 80 уд. в мин., удовлетворительных свойств.

Язык чистый, влажный. Живот правильной округлой формы, не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации – мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины не определяются.

Специальное гинекологическое исследование

Осмотр в зеркалах. Патологические образования и повреждения на слизистой влагалища и на шейке матки отсутствуют. Из цервикального канала кровянистые выделения.

Бимануальное исследование. Тело матки увеличено до размера 8 недельной беременности, плотное, неправильной округлой формы, с четкими контурами, с гладкой крупнобугристой поверхностью, подвижность ограничена, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненные. Выделения – кровянистые с небольшими сгустками.

Вопросы:

1. О каком диагнозе можно думать на основании этих данных?
2. Какие лабораторно-инструментальные исследования позволят уточнить диагноз?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Классификация
5. Тактика ведения пациенток с этой патологией.
6. Критерии выбора метода лечения этого заболевания
7. Какое лечение требуется пациентке по условию задачи.
8. Факторы риска по данному заболеванию.
9. Профилактика данного заболевания.

ЗАДАЧА 41

Пациентка 26 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на темные кровянистые выделения из влагалища в течение одной недели, на общую слабость, одышку, сердцебиение, постоянный кашель.

Полгода назад перенесла пузырный занос, по поводу которого произведено выскабливание полости матки. После выписки из стационара гинеколога не посещала. Около месяца назад с жалобами на кашель и одышку обратилась к терапевту. На основании рентгенографического исследования органов грудной клетки выставлен диагноз: туберкулез легких, назначено соответствующее лечение. Однако состояние больной прогрессивно ухудшалось: кашель не прекращался, появились ноющие боли внизу живота и скудные, темные, кровянистые выделения из половых путей. Больную направили к гинекологу.

Специальный гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, регулярные, через 28 дней по 3 – 4 дня, умеренные, безболезненные. Последняя нормальная менструация была 2 месяца назад.

Половая жизнь с 20 лет, замужем. От беременности не предохраняется.

Было три беременности, первая из которых закончилась срочными самопроизвольными родами, вторая закончилась искусственным абортom на сроке 10 недель беременности, без видимых осложнений.

Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые бледные.

Пульс 96 уд. в мин., ритмичный. АД — 110/70 мм рт.ст.

Тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание в легких жесткое, приглушено в нижних отделах.

Язык влажный, чистый. Живот мягкий, болезненный в надлонной области. Симптомы раздражения брюшины, симптом поколачивания отрицательные. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Специальное гинекологическое исследование:

Осмотр в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, слизистая гладкая, бледно-розового цвета. Из цервикального канала кровянистые выделения.

Бимануальное исследование: Тело матки увеличено до 12-13 недель беременности, мягкой консистенции, с бугристой поверхностью. Придатки не пальпируются, их область безболезненная.

Общий анализ крови: Нb – 68 г/л, формула крови не изменена, СОЭ – 42 мм/ч. βХГЧ в сыворотке крови 250 тысяч МЕ/л

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Объясните этиологию и патогенез заболевания.
5. Какова лечебная тактика врача?
6. Какое лечение необходимо провести пациентке по условию задачи?
7. Каков прогноз для данной больной?

ЗАДАЧА 42

В женскую консультацию обратилась женщина 25 лет с жалобами на отсутствие беременности в течение 3 лет.

Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, регулярные, через 28 дней, по 3 – 4 дня, умеренные, безболезненные. Последняя менструация была две недели назад.

Регулярная половая жизнь с 20 лет, замужем, регулярная. Редко отмечает болезненность при половых контактах. От беременности не предохраняется.

Беременность одна, 3 года назад закончилась искусственным медицинским абортom на сроке 7 недель, который осложнился воспалением придатков – больная находилась в течение 2-х недель на стационарном

лечении.

Из перенесенных соматических заболеваний отмечает детские инфекции и простудные заболевания.

Специальное гинекологическое исследование.

Осмотр в зеркалах: шейка матки коническая, слизистая гладкая, бледно-розовая. Выделения слизистые, прозрачные, в небольшом количестве.

Бимануальное исследование: Тело матки в правильном положении, не увеличено, плотно-эластической консистенции, с чёткими контурами, поверхность гладкая, подвижность ограничена, при пальпации болезненное.

Придатки с обеих сторон склерозированы, несколько увеличены, ограничены в подвижности, болезненные при пальпации.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Объясните этиологию и патогенез заболевания.
5. Какова лечебная тактика врача?
6. Какое лечение необходимо провести пациентке по условию задачи?
7. Каков прогноз для данной больной?
8. Какую профилактику заболевания необходимо проводить?

ЗАДАЧА 43

На прием к гинекологу обратилась женщина 40 лет с жалобами на болезненные менструации по 7-8 дней, а также выделения коричневого цвета до начала и после окончания месячных.

Анамнез.

Перенесенные заболевания: простудные, хронический аднексит с частыми обострениями – проводилось противовоспалительное лечение, которое приносило временное облегчение.

Специальный анамнез: менструации с 13 лет, регулярные, через 28 дней по 7 - 8 дней, умеренные, болезненные. В последний год отмечает появление выделений коричневого цвета в течение нескольких дней до и после менструации. Последняя менструация началась 3 недели назад.

Замужем. От беременности не предохраняется.

В прошлом было двое самопроизвольных родов и три медицинских аборта. Последняя беременность 5 лет назад закончилась искусственным медицинским абортом на сроке 8 недель.

Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые бледные. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 76 ударов в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Специальное гинекологическое исследование.

При осмотре в зеркалах: слизистая стенок влагалища бледно-розовая, складчатость не выражена, патологические образования отсутствуют. Из цервикального канала выделения коричневого цвета в небольшом количестве.

При бимануальном исследовании – тело матки увеличено до размера 6 недельной беременности, тестоватой консистенции, поверхность мелкобугристая, при пальпации чувствительное. Придатки с обеих сторон тяжистые, чувствительные. Своды влагалища свободные, безболезненные.

Результаты УЗИ: передне-задний размер тела матки увеличен, миометрий имеет «пёструю» эхоструктуру (включения повышенной и пониженной эхогенности), косвенные признаки спаечного процесса в области придатков.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
2. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Этиология и патогенез данного заболевания.
5. Критерии выбора метода лечения данной патологии.
6. Какое лечение необходимо провести больной по условию задачи.
7. Прогноз для больной.
8. Профилактика данного заболевания.

ЗАДАЧА 44

Женщина 29 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на ноющие боли внизу живота, выделения из половых путей слизисто-гнойного характера, на периодическое повышение температуры до 37,5°C, на слабость, снижение аппетита. Считает себя больной в течение недели.

Перенесенные заболевания: простудные. Острый аднексит год назад.

Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, регулярные, по 3-4 дня через 28 дней, умеренно болезненные. Последняя менструация началась 7 дней назад.

Половую жизнь ведёт с 23 лет, замужем. Редко отмечает болезненность при половых сношениях.

Было три беременности: две первые закончились срочными самопроизвольными родами, третья год назад закончилась искусственным абортom, который осложнился воспалением придатков – больная находилась в течение 2-х недель на стационарном лечении.

Объективные данные: кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, температура тела 37,2°C.

АД — 120/80 мм рт.ст. Пульс 82 в мин., удовлетворительных свойств. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет.

Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины, симптом поколачивания отрицательные. Стул не нарушен. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Специальное гинекологическое исследование:

Осмотр в зеркалах: имеется отечность и гиперемия вокруг наружного зева цервикального канала. Выделения из цервикального канала - слизисто-гнойные бели в небольшом количестве.

При бимануальном исследовании: Шейка матки плотная, наружный зев цервикального канала закрыт. Тело матки не увеличено, плотное, несколько ограничено в подвижности, безболезненное. Придатки с обеих сторон утолщены, без чётких контуров, тестоватой консистенции, болезненные. Своды безболезненные. Движения за шейку матки безболезненные.

Общий анализ крови: Hb – 120 г/л, Le – $7,2 \times 10^9$ в 1 л, сдвиг лейкоцитарной формулы не отмечается, СОЭ – 14 мм/ч.

При бактериоскопии мазка отделяемого из цервикального канала лейкоциты - сплошь, специфическая флора не обнаружена.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие клинико-лабораторные данные подтверждают диагноз?
3. Какие методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Объясните этиологию и патогенез заболевания.
6. Какова лечебная тактика врача.
7. Возможные причины нарушения репродуктивной функции у больной.
8. Профилактика осложнений и остаточных проявлений патологии.

ЗАДАЧА 45

Больная 25 лет доставлена в гинекологическое отделение машиной скорой помощи. Жалобы на сильные боли внизу живота с иррадиацией в область заднего прохода, озноб, тошноту, слабость.

Месячные с 14 лет, регулярные, через 28 дней по 3-4 дня. Последняя менструация 10 дней назад, прошла без особенностей. Половая жизнь с 17 лет, в браке не состоит. От беременности не предохраняется.

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

недели отмечает обильные гнойные выделения из половых путей.

Объективное обследование. Температура тела 39,3°. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Пульс 100 уд./мин, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД – 120/80 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом, больная отмечает сухость во рту. Живот не вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации резко болезненный в нижних отделах, где определяется напряжение прямых мышц живота и положительные симптомы раздражения брюшины. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный. Мочеиспускание болезненное.

Осмотр при помощи зеркал: из цервикального канала - обильные гнойовидные выделения.

PV: Матку и придатки пропальпировать не удается из-за напряжения и болезненности передней брюшной стенки. Смещение шейки матки болезненно, своды влагалища - пастозные, резко болезненные.

В мазках из уретры и цервикального канала обнаружены в большом количестве внутри- и внеклеточно расположенные грамотрицательные диплококки - гонококки.

Общий анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, лейкоцитов - $16,8 \times 10^9$ в 1 л, отмечается сдвиг лейкоцитарной формулы, влево, СОЭ - 30 мм/ч.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.
2. Дополнительные методы диагностики.
3. Дифференциальная диагностика
4. Тактика врача.
5. Методы лечения.
6. Этиология и патогенез данной патологии.
8. Профилактические мероприятия.

ЗАДАЧА 46

Пациентка 28 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, появившиеся после задержки менструации на 4 недели.

Было произведено лечебно-диагностическое выскабливание полости матки с целью гемостаза.

После выскабливания кровянистые выделения из половых путей продолжались. При гистологическом исследовании соскоба обнаружена децидуальная реакция эндометрия без элементов плодного яйца.

Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, установились в течение года, по 3-4 дня через 28 дней, умеренно болезненные. Последняя менструация началась 2 месяца назад.

Половую жизнь ведёт с 18 лет, замужем. Отмечает болезненность при

половых сношениях.

Было три беременности, первая из которых закончилась срочными самопроизвольными родами, две другие закончились искусственными абортми, которые осложнялись воспалением придатков – больная находилась на стационарном лечении.

При осмотре с помощью зеркал: слизистая стенок влагалища и шейки матки цианотичная, из цервикального канала тёмные мажущие кровянистые выделения.

При бимануальном исследовании: тело матки увеличено до 5 недель беременности, тестоватой консистенции, безболезненное.

Придатки матки тяжистые, чувствительные при пальпации.

Содержание β XГ в сыворотке крови в динамике увеличилось с 2000 до 2500 МЕ/л за 48 часов.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. План дальнейшего обследования.
3. Тактика врача.
4. Этиология и патогенез заболевания.
5. Лечение.
6. Реабилитационные мероприятия.
7. Профилактика.
7. Прогноз для репродуктивной функции.

ЗАДАЧА 47

Больная, 38 лет обратилась к гинекологу по поводу отсутствия менструации в течение года, приливы жара, потливость.

Анамнез: В детстве болела корью, скарлатиной.

Менструации с 13 лет, установились сразу, по 5 - 6 дней, через 26 - 28 дней, безболезненные. Половая жизнь с 22 лет. Незамужем. Беременностей не было.

Объективно:

Больная среднего роста, пониженного питания. Кожные покровы физиологической окраски. Пульс - 80 ударов в мин., ритм правильный, удовлетворительных свойств. АД - 100/60 мм рт.ст.

Специальное гинекологическое исследование:

Наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу.

Осмотр в зеркалах: Слизистая влагалища истончена, сухая. Шейка матки конической формы, не эрозирована, наружный зев точечный, "симптом зрачка" отрицательный, натяжение шеечной слизи менее 1 см.

Бимануальное исследование: Тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки не пальпируются. Выделения слизистые, скудные.

Проведено УЗИ: размеры тела матки 4,3 x 3,0 x 2,5 см, толщина эндометрия 3 мм.

Левый яичник размерами 1,8 x 0,9 x 0,8 см. Фолликулярный аппарат не дифференцируется.

Правый яичник размерами 2,0 x 1,0 x 0,9 см. Фолликулярный аппарат не дифференцируется.

В анализах крови на содержание половых гормонов содержание эстрогенов резко снижено, содержание гонадотропных гормонов повышено.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
2. Перечислите дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.
3. Определите алгоритм действий врача.
4. Разработайте план лечения данной патологии.
5. Укажите причины патологии.
6. Какова клиническая классификация патологии.
7. Патогенез заболевания?
8. Профилактические мероприятия?
9. Прогноз для больной?

ЗАДАЧА 48

Больная 27 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, периодические тянущие боли внизу живота и в области крестца, усиливающиеся после физической нагрузки, эмоциональных переживаний. Боли отмечает в течение недели. В последние два дня появились кровянистые выделения.

Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, регулярные, через 28 дней по 3-4 дня, умеренные, безболезненные. Последняя менструация три месяца назад.

Половая жизнь с 18 лет, замужем.

Первая беременность закончилась искусственным абортom, который осложнился эндометритом – больная находилась в течение 2-х недель на стационарном лечении. Вторая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем на сроке 8 недель. Настоящая беременность третья, желанная, состоит на учете в женской консультации.

Из перенесенных заболеваний отмечает корь, краснуху, грипп, ангину, гастрит, цистит. Наследственность не отягощена.

Объективно: сознание ясное. Пульс 80 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Периферические отеки

отсутствуют. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Специальное гинекологическое исследование.

Осмотр в зеркалах: шейка матки коническая, наружный зев точечной формы. Из цервикального канала сукровичные выделения в небольшом количестве.

Бимануальное исследование: Шейка матки размягчена, длиной 2 см, наружный зев закрыт. Тело матки увеличено до 12 недель беременности, тонизируется при пальпации, безболезненное.

Придатки матки не пальпируются. Своды влагалища свободные, безболезненные.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Перечислите дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.
3. Проведите дифференциальную диагностику патологии.
4. Тактика ведения пациенток с данной патологией.
5. Разработайте план лечения.
6. Укажите причины патологии.
7. Какова клиническая классификация патологии.
8. Профилактические мероприятия?

ЗАДАЧА 49

Больная 28 лет доставлена в гинекологическое отделение машиной скорой помощи с жалобами на сильные боли внизу живота, иррадиирующие в область промежности. Боли возникли внезапно несколько часов назад. Был эпизод кратковременной потери сознания. После начала инфузионной терапии бригадой скорой помощи сознание восстановилось.

Гинекологический анамнез: менструации с 15 лет, установились в течение года, по 3-4 дня через 28 дней, умеренно болезненные. Последняя менструация началась 2 месяца назад.

Половая жизнь с 18 лет, замужем. Отмечает болезненность при половых сношениях.

Беременностей – 2. Обе окончились искусственными абортами на небольших сроках. Последний 10 лет назад осложнился воспалением придатков – больная находилась на стационарном лечении.

Гинекологические заболевания: хронический аднексит с обострениями до 2-х раз в год. В течение последнего года обследовалась по поводу длительного отсутствия беременности. 4 месяца назад проведена кимографическая пертубация маточных труб.

Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Пульс 120 в мин., АД-70/40 мм рт. ст. Живот несколько увеличен, в акте дыхания не

участвует. При пальпации резкая болезненность в нижних отделах, где определяются симптомы раздражения брюшины. При перкуссии отмечается притупление в отлогих местах.

Осмотр в зеркалах: влагалищная часть шейки матки конической формы, слизистая цианотичная. Задний свод влагалища нависает.

Бимануальное исследование: Тело матки и придатки пропальпировать не удается из-за сильной болезненности и напряжения передней брюшной стенки. Своды влагалища укорочены. Смещение шейки матки и пальпация сводов резко болезненные.

1. Предположительный диагноз.
2. Дополнительные методы диагностики.
3. Тактика врача.
4. Неотложная терапия.
5. Этиология и патогенез заболевания.
6. Методы лечения данной патологии.
7. Какое лечение требуется провести по условию задачи?
8. Профилактика данной патологии.

ЗАДАЧА 50

Больная, 14 лет, обратилась к детскому гинекологу с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, слабость, головокружение.

Анамнез.

Перенесённые заболевания: Хронический тонзиллит с частыми обострениями, за неделю до появления кровянистых выделений перенесла ОРВИ.

Менструации с 12 лет, нерегулярные - отмечает задержки до трёх месяцев, умеренные, безболезненные. Половой жизнью не живёт.

Кровянистые выделения из половых путей мажущего характера появились три месяца назад после очередной задержки менструации. Периодически, примерно раз в месяц происходит усиление кровянистых выделений. В течение последней недели отмечает слабость, головокружение, нарушились сон и аппетит.

Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Пульс 90 уд./мин., ритмичный, слабого наполнения. АД – 100/60 мм рт. ст.

ИМТ=17,5. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Гинекологическое исследование.

Наружные половые органы сформированы правильно, оволосение на лобке – по женскому типу. Целостность девственной плевы не нарушена.

Ректо-абдоминальное исследование: Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Область придатков с обеих сторон свободная, безболезненная.

Общий анализ крови: гемоглобин – 70 г/л, E_r – $2,1 \times 10^{12}$ в 1 л.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие клинико-лабораторные данные подтверждают диагноз?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Объясните этиологию и патогенез заболевания.
5. Какова лечебная тактика врача.
6. Какое лечение необходимо для данной больной?
7. Возможные последствия патологии.
8. Ваши рекомендации по дальнейшему ведению больной.

ЗАДАЧА 51

Больная, 35 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на нагрубание и болезненность молочных желез, вздутие живота перед менструациями. Одновременно с этим отмечает приступы головной боли, с тошнотой и рвотой, раздражительность.

Менструации с 13 лет, регулярные, по 5-6 дней, через 26-28 дней, безболезненные. Последняя менструация была 22 дня назад. Половая жизнь с 22 лет. Репродуктивный анамнез: 2 нормальных родов, 2 искусственных аборта.

Объективные данные: Кожные покровы - физиологической окраски, розовые. ИМТ - 20. Молочные железы при пальпации болезненные, очаговых уплотнений не определяется. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД до 120/80 мм рт.ст. При аускультации лёгких — дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Специальное гинекологическое исследование: при осмотре с помощью зеркал — шейка цилиндрическая, слизистая бледно-розовая; при бимануальном влагалищно-брюшностеночном исследовании — тело матки в отклонено кпереди, не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены. Выделения слизистые.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие клинико-лабораторные данные могут подтвердить диагноз?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Объясните этиологию и патогенез заболевания.
5. Классификация
6. Какова лечебная тактика врача.
7. Какое лечение необходимо для данной больной?

ЗАДАЧА 52

Больная 30 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на

сильные боли в нижней части живота. Боли появились 2 дня назад после поднятия тяжестей во время работы на дачном участке. За последние сутки боли значительно усилились, приобрели пульсирующий характер. Повысилась температура до 38°C.

Менструации с 12 лет, регулярные, по 7 дней через 30 дней, умеренные безболезненные. Последняя менструация 10 дней назад. Половая жизнь с 18 лет, замужем. Беременностей 6: родов – 2, аборт – 2. Для предохранения используется барьерный метод.

Перенесённые заболевания: простудные. Гинекологические заболевания: двусторонний аднексит. В течение 5 лет гинеколога не посещала.

Объективные данные: Кожные покровы и видимые слизистые оболочки физиологической окраски. Артериальное давление 120/80 мм рт.ст. Пульс 88 в минуту, ритмичный. Живот при пальпации напряжён, болезненный в надлонной и правой паховой области. В этих же областях определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Специальное гинекологическое исследование. Осмотр с помощью зеркал: шейка матки цилиндрической формы. Слизистая влагалища и шейки матки визуально не изменены. Наружный зев закрыт. Бимануальное исследование: тело матки отклонено кпереди и влево от средней линии, нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Справа и кзади от матки в области придатков определяется округлое объемное образование размерами 8 см в диаметре, плотноэластической консистенции, подвижное, болезненное при пальпации. Слева придаток не увеличен. Движения за шейку матки болезненные. Задний свод болезненный при пальпации.

Вопросы

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования следует провести?
3. С какими заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?
4. Определите тактику ведения больной.
5. Методы лечения данной патологии.
6. Реабилитация больной.
7. Профилактика данной патологии.

ЗАДАЧА 53

Родильница 26 лет. Через 1 час после рождения последа при очередном массаже выделился сгусток крови до 250 мл. Общая кровопотеря достигла 400 мл, кровотечение продолжается.

В анамнезе 3 беременности, 1 из них закончилась срочными родами без

осложнений, 2 – самопроизвольными выкидышами. Последняя беременность осложнилась анемией.

Объективно: Рост 172 см. Вес 79 кг. Кожа и видимые слизистые бледные. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 82 удара в минуту. АД 115/70 мм рт. ст. на обеих руках.

Живот мягкий безболезненный при пальпации. Изменений со стороны внутренних органов нет. Матка мягкая, выше пупка, на массаж реагирует плохо. Выделения из половых путей – алая кровь.

Родовые пути осмотрены в зеркалах. Разрывов не обнаружено.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Произведите расчет допустимой кровопотери для данной пациентки
3. Тактика ведения пациенток с данной патологией
4. Лечение
5. Причины возникновения этого осложнения послеродового периода
6. Факторы риска
7. Профилактика
8. Показания к гемотрансфузии в послеродовом периоде

ЗАДАЧА 54.

В гинекологическое отделение поступила пациентка 28 лет с жалобами на появление болезненного опухолевидного образования в области наружных половых органов. Отмечает повышение температуры тела до 39°C, озноб, выраженную слабость.

Считает себя больной в течение двух дней с того момента, когда в области правой половой губы появилась припухлость. В течение последних суток появилась болезненность, отёчность и покраснение правой половой губы.

Из анамнеза: Месячные с 14 лет, регулярные, через 28 дней по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 3 недели назад. Половая жизнь с 20 лет, в настоящее время в браке не состоит, постоянного полового партнёра нет. От беременности не предохраняется. Беременность – 1. Закончилась искусственным абортom 5 лет назад.

Перенесённые заболевания: простудные, хр. цистит, 5 лет назад перенесла хламидиоз.

Объективные данные. Кожа и видимые слизистые чистые. Положение вынужденное, сидеть не может. Пульс – 90 уд. в минуту, ритмичный. АД – 120/80 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный. При аускультации лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом поколачивания отрицательный. Физиологические отправления не нарушены.

Специальное гинекологическое исследование. В нижней трети правой большой половой губы округлое опухолевидное образование размером около

4 см в диаметре, резко болезненное при пальпации, с участком флюктуации. Окружающие ткани отёчны, гиперемированы. Паховые лимфатические узлы справа увеличены, с чёткими контурами, подвижные, болезненные.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. К какой группе заболеваний относится данная патология.
3. Классификация заболеваний этой группы.
4. Какое обследование необходимо провести при данной патологии?
5. Этиология и патогенез данного заболевания
6. Тактика ведения и лечение
7. Реабилитация
8. Профилактика.

ЗАДАЧА 55.

Родильница 20 лет вместе с новорожденным доставлена в родильное отделение после домашних родов. При поступлении предъявляет жалобы на обильные кровянистые выделения из половых путей.

Пациентка сообщила, что роды произошли дома около 1 часа назад. От начала регулярных схваток до рождения прошло 5 часов. Через 15 минут после рождения ребёнка самостоятельно родился послед. Он также доставлен бригадой скорой помощи.

Новорожденный мужского пола, оценка по Апгар – 10 баллов. Пуповина перевязана ниткой на 10 см от пупочного кольца. Масса – 3900, длина – 55 см. Проведён первичный туалет новорожденного, обработка пуповины. Доставленный послед осмотрен – дольки и оболочки все.

Из анамнеза. Месячные с 14 лет, регулярные, через 28 дней по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Последние были 9 месяцев назад. Половая жизнь с 18 лет, в браке не состоит. Беременность – первая, незапланированная. На учёте по беременности не состояла.

Перенесённые заболевания: простудные. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективные данные. Кожа и видимые слизистые бледные. Пульс – 96 ударов в минуту, АД – 90/60 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный. При аускультации лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпируется матка – плотная, безболезненная. Дно матки определяется на уровне пупка. Симптом поколачивания отрицательный.

Родовые пути осмотрены в зеркалах. На шейке матки на 3 часах условного циферблата имеется разрыв длиной 3 см, из которого интенсивно подтекает ярко-алая кровь. Верхний край разрыва до свода влагалища не

доходит. Имеется также кровоточащий линейный разрыв слизистой правой боковой стенки влагалища.

1. Диагноз и его обоснование.
2. Способы оценки объёма кровопотери в данном случае
3. Тактика ведения пациенток с данной патологией
4. Лечение
5. Причины возникновения этого осложнения
6. Особенности оказания медицинской помощи родильницам после внебольничных родов
7. Профилактика данного осложнения родов
8. Показания к гемотранфузии в послеродовом периоде

ЗАДАЧА 56.

Родильница 37 лет находится в родовом зале после первых срочных самопроизвольных родов живым доношенным плодом. Ребёнок родился в заднем виде затылочного предлежания. Масса – 3900, длина – 55 см. Послед родился самостоятельно через 10 минут после рождения плода. Осмотрен – дольки и оболочки все. Длительность первого периода родов составила 8 часов, второго периода – 1 час. Во втором периоде по поводу слабости потуг проводилось родоусиление окситоцином.

Объективные данные. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. Пульс – 84 удара в минуту, АД – 120/70 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный. При аускультации лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпируется матка – расположена по средней линии, плотная, безболезненная. Дно матки определяется на уровне пупка.

Родовые пути осмотрены в зеркалах. Шейка матки и стенки влагалища целы. Имеется разрыв промежности с повреждением слизистой задней стенки влагалища и кожи. В глубине разрыва определяются разошедшиеся мышечные волокна. Сфинктер и стенка прямой кишки не повреждены.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Причины возникновения этого осложнения родов
3. Тактика ведения пациенток с данной патологией
4. Какое лечение необходимо провести данной пациентке?
5. Какая ошибка была допущена при ведении родов?
6. Реабилитация
7. Профилактика

ЗАДАЧА 57.

Роженица 30 лет доставлена в родильное отделение в тяжёлом состоянии. Предъявляет жалобы на боли внизу живота, гнойные выделения из половых путей, выраженную слабость, озноб, повышение температуры до 39°C. Схватки начались 24 часа назад. Решила рожать дома. Через 4 часа после начала схваток излились околоплодные воды, выпала ручка. Схватки были частыми и очень болезненными. 4 часа назад почувствовала озноб, повысилась температура тела. Вызвала скорую помощь.

Из анамнеза. Менструальные с 14 лет, регулярные, через 28 дней по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Последние были 9 месяцев назад. Половая жизнь с 18 лет, в браке не состоит. Беременность – третья, незапланированная, нежеланная. Первая закончилась срочными, самопроизвольными родами. Вторая – искусственным абортom. На учёте по беременности не состояла.

Перенесённые заболевания: простудные. Гинекологические: миома матки.

Объективные данные. Кожа и видимые слизистые бледные. Пульс – 96 ударов в минуту, АД – 110/60 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный. При аускультации лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Матка периодически приходит в тонус. Схватки слабые, редкие, непродолжительные. Сердцебиение плода не выслушивается.

При влагалищном исследовании обнаружено: во влагалище ручка плода, отёчная, синюшная. В малый таз вклинился плечевой пояс плода. Из половых путей – гнойно-сукровичные выделения.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Причины возникновения этого осложнения родов
3. Способы диагностики положения, предлежания, позиции плода
4. Классификация неправильных положений плода.
5. Тактика ведения пациенток с данной патологией
6. Какое лечение требуется провести после родоразрешения
7. Профилактика данного осложнения родов

ЗАДАЧА 58.

Пациентка 40 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей.

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

Анамнез:

Менструации с 12 лет, регулярные, по 7 дней через 30 дней, прежде умеренные и безболезненные, а в последние 2 года – через 15-16 дней, обильные, со сгустками крови, болезненные. После менструации отмечает слабость, недомогание, мелькание «мушек» перед глазами.

Половая жизнь с 35 лет, не замужем. Всего было 2 беременности, обе закончились искусственными абортами без осложнений.

Страдает анемией, последние 3 года по этому поводу дважды лечилась в стационаре. Гинекологические заболевания отрицает. У гинеколога не наблюдалась в течение 10 лет.

Объективное обследование: Кожные покровы и видимые слизистые бледные, пульс 96 в мин., ритмичный. АД – 120/80 мм. рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, отмечается лёгкий систолический шум на верхушке. В легких прослушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул и мочеиспускание не нарушены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Специальное гинекологическое исследование.

При осмотре с помощью зеркал обнаружено: из цервикального канала исходит узел, диаметром 3 см на длинной тонкой ножке.

При бимануальном исследовании: матка увеличена до размера 8 недельной беременности, плотная, поверхность гладкая, крупнобугристая, при пальпации безболезненная. Придатки с обеих сторон не увеличены. Выделения кровянистые, мажущие.

Лабораторные показатели: в общем анализе крови: гемоглобин - 90 г/л, лейкоциты- $4,5 \times 10^9$ /л, СОЭ – 18 мм/ч.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. План дальнейшего обследования?
3. К какой группе заболеваний относится данная патология?
4. Этиология и патогенез
5. Классификация
6. Тактика ведения больных с данной патологией?
7. Какое лечение необходимо провести данной пациентке?
8. Факторы риска и профилактика.

ЗАДАЧА 59

В гинекологическое отделение поступила пациентка 14 лет с жалобами на боли внизу живота и повышение температуры тела до $37,7^{\circ}\text{C}$. Боли впервые появились около года назад. Проходили самостоятельно, возобновлялись через месяц. Во время очередного приступа боли стали интенсивнее, повысилась температура.

Из анамнеза: В развитии не отстаёт от сверстниц. Месячных не было.

Перенесённые заболевания: детские инфекции, простудные.

Объективные данные: кожа и слизистые физиологической окраски, чистые. Телосложение правильное. Рост – 165 см, вес – 50 кг. Формула полового развития по Таннеру: Ма3, Ах2, Р2, Ме0

Пульс – 76 ударов в минуту, АД – 110/60 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный. При аускультации лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, болезненный в надлонной области. В надлонной области определяется верхний полюс округлого тестоватого образования, исходящего из малого таза. Симптомов раздражения брюшины нет. Физиологические отправления не нарушены.

Специальное гинекологическое исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение на лобке по женскому типу. Преддверие влагалища закрыто девственной плевой без отверстия. Через девственную плеву просвечивает тёмное содержимое влагалища.

При ректально-абдоминальном исследовании кпереди от прямой кишки определяется опухолевидное образование тестоватой консистенции без чётких контуров, неподвижное, чувствительное при пальпации. Матка и придатки не определяются.

Вопросы

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. К какой группе заболеваний относится данная патология?
3. Классификация
4. Причины возникновения этой патологии.
5. Дополнительные методы уточнения диагноза
6. Дифференциальная диагностика
7. Тактика ведения пациенток с данной патологией
8. Какое лечение показано при описанном случае?

ЗАДАЧА 60.

Пациентка 40 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами кровянистые выделения из половых путей, нерегулярные месячные.

Считает себя больной в течение года, когда стала отмечать появление задержек месячных до 1,5-2 месяцев. Два дня назад после очередной задержки возникло маточное кровотечение. Самостоятельно провела тест на ХГЧ – результат отрицательный. Принимала отвар крапивы. Эффект непродолжительный. Решила обратиться к врачу.

Анамнез:

Менструации с 12 лет, в последний год нерегулярные, по 5-6 дней через 30 – 60 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация – 2 месяца назад.

Половая жизнь с 20 лет, замужем. Было 4 беременности, две закончились срочными самопроизвольными родами, две последние –

искусственными абортами.

Перенесённые заболевания: гипертоническая болезнь, мастопатия.
Гинекологические заболевания: хронический аднексит.

Объективное обследование: Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Телосложение правильное, по женскому типу. Выраженное развитие подкожной жировой клетчатки. Рост – 165 см, вес 80 кг. Пульс 76 в мин., ритмичный. АД – 160/90 мм. рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент второго тона на аорте. При аускультации лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул и мочеиспускание не нарушены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Специальное гинекологическое исследование.

При осмотре с помощью зеркал обнаружено: шейка матки цилиндрическая без патологических образований. Из цервикального канала умеренные кровянистые выделения.

При бимануальном исследовании: тело матки несколько больше нормы, плотное, поверхность гладкая, крупнобугристая, при пальпации безболезненное. Придатки с обеих сторон не увеличены. Выделения кровянистые, умеренные, со сгустками.

Вопросы

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. К какой группе заболеваний относится данная патология?
3. Классификация
4. Причины возникновения этой патологии.
5. Дополнительные методы уточнения диагноза
6. Дифференциальная диагностика
7. Тактика ведения пациенток с данной патологией
8. Какое лечение показано при описанном случае?

ЗАДАЧА 61.

Пациентка 42 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на обильные, длительные месячные.

Считает себя больной в течение года, когда стала отмечать увеличение длительности месячных и увеличение объёма менструальной кровопотери.

Анамнез:

Менструации с 12 лет, регулярные, по 7 дней через 30 дней, обильные со сгустками, безболезненные. Последняя менструация – три недели назад.

Половая жизнь с 20 лет, замужем. Было 2 беременности, обе закончились срочными самопроизвольными родами.

Страдает анемией, проходила курс амбулаторного лечения. Гинекологические заболевания: отрицает. Ежегодно проходит профилактические осмотры у гинеколога.

Объективное обследование: Кожные покровы и видимые слизистые бледные, пульс 76 в мин., ритмичный. АД – 120/80 мм. рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. В легких прослушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул и мочеиспускание не нарушены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Специальное гинекологическое исследование.

При осмотре с помощью зеркал обнаружено: шейка матки цилиндрическая без патологических образований.

При бимануальном исследовании: тело матки несколько больше нормы, плотное, поверхность гладкая, крупнобугристая, при пальпации безболезненное. Придатки с обеих сторон не увеличены. Выделения кровянистые, мажущие.

По данным УЗИ: полость матки шириной 15 мм. В полости визуализируется образование средней эхогенности длиной 3 см, шириной – 0,5 см.

Вопросы

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. К какой группе заболеваний относится данная патология?
3. Классификация
4. Причины возникновения этой патологии.
5. Дополнительные методы уточнения диагноза
6. Дифференциальная диагностика
7. Тактика ведения пациенток с данной патологией
8. Какое лечение показано при описанном случае?

ЗАДАЧА 62

Женщина 40 лет обратилась в женскую консультацию для прохождения профилактического осмотра.

Анамнез жизни.

Месячные начались в 14 лет, установились сразу, регулярные, через 28 дней, по 5 – 6 дней, умеренные, безболезненные. Последние месячные начались 7 дней назад, к моменту обращения закончились.

Половая жизнь с 20 лет, замужем. Болей и кровянистых выделений периодически после половых контактов отмечает сукровичные выделения из половых путей. От беременности предохраняется презервативом.

Беременностей – 2. Первая закончилась родами. Последняя 2 года назад – искусственным абортom на сроке 8 недель, без осложнений.

Перенесённые заболевания: простудные.

Гинекологические заболевания: хронический сальпингоофорит с периодическими обострениями.

Объективные данные. Кожа и слизистые физиологической окраски. Рост –

169 см, вес – 66 кг.

АД – 120/80 мм рт.ст. Пульс – 76 уд. в мин., удовлетворительных свойств.

Язык чистый, влажный. Живот правильной округлой формы, не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации – мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины не определяются.

Специальное гинекологическое исследование

НПО развиты правильно. Оволосение по женскому типу.

Осмотр в зеркалах. Слизистая оболочка влагалища бледно-розовая, складчатость не выражена. Шейка матки цилиндрической формы, длиной 3 см, наружный зев цервикального канала щелевидной формы. Из цервикального канала исходит полип красного цвета длиной около 1 см с гладкой поверхностью.

Бимануальное исследование. Тело матки отклонено влево от средней линии, в положении *anteflexio*, *anteversio*, не увеличено, плотное, поверхность – гладкая, контуры – чёткие, подвижное, безболезненное при пальпации. Придатки не увеличены, безболезненные. Своды влагалища свободные. Выделения – слизистые бели.

Вопросы:

1. О каком диагнозе можно думать на основании этих данных?
2. Какие лабораторно-инструментальные исследования позволят уточнить диагноз?
3. К какой группе заболеваний относится данная патология?
4. Классификация
5. Тактика ведения пациенток с этой патологией.
6. Критерии выбора метода лечения заболеваний этой группы
7. Какое лечение требуется пациентке по условию задачи.
8. Профилактика.

ЗАДАЧА 63.

Больная 26 лет доставлена в гинекологическое отделение с жалобами на обильное кровотечение из половых путей, сильные схваткообразные боли внизу живота и в области крестца.

Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, регулярные, через 28 дней по 3-4 дня, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 2 месяца назад.

Половая жизнь с 22 лет, замужем.

Беременность первая. На учёте в женской консультации не состоит.

Перенесённые заболевания: неделю назад перенесла ОРВИ с высокой температурой, были герпетические высыпания на губах. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: сознание ясное. Пульс 88 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптомы раздражения

брюшины не определяются.

Специальное гинекологическое исследование.

Осмотр в зеркалах: во влагалище – сгустки крови, шейка матки укорочена, наружный зев открыт. В цервикальном канале определяются ткани плодного яйца. Из канала – обильные кровянистые выделения.

Бимануальное исследование: Шейка матки размягчена, наружный зев свободно проходим для исследующего пальца. Тело матки увеличено до 5-6 недель беременности, в повышенном тоне, безболезненное.

Придатки матки не пальпируются. Своды влагалища свободные, безболезненные. Выделения кровянистые, обильные.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику патологии.
3. Тактика ведения пациенток с данной патологией.
4. Разработайте план лечения.
5. Укажите причины патологии.
6. Какова клиническая классификация патологии.
7. Профилактические мероприятия?

ЗАДАЧА 64.

Пациентка 49 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами кровянистые выделения из половых путей, нерегулярные месячные.

Считает себя больной в течение года, когда стала отмечать появление задержек месячных до 3-4 месяцев. Одновременно с этим возникают ощущения «приливов» жара до нескольких раз в течение дня. Накануне обращения после очередной задержки возникло маточное кровотечение. Принимала отвар крапивы. Эффект непродолжительный. Решила обратиться к врачу.

Анамнез:

Менструации с 12 лет, в последний год нерегулярные с задержками до 3-4 месяцев, по 5-6 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация – 3 месяца назад.

Половая жизнь с 20 лет, замужем. Было 4 беременности, две закончились срочными самопроизвольными родами, две последние – искусственными абортами.

Перенесённые заболевания: гипертоническая болезнь, мастопатия. Гинекологические заболевания: хронический аднексит.

Объективное обследование: Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Телосложение правильное, по женскому типу. Рост – 165 см, вес 70 кг. Пульс 76 в мин., ритмичный. АД – 160/90 мм. рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент второго тона на аорте. При аускультации лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный.

Симптомов раздражения брюшины нет. Стул и мочеиспускание не нарушены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Специальное гинекологическое исследование.

При осмотре с помощью зеркал обнаружено: шейка матки цилиндрическая без патологических образований. Из цервикального канала умеренные кровянистые выделения.

При бимануальном исследовании: тело матки несколько больше нормы, плотное, поверхность гладкая, крупнобугристая, при пальпации безболезненное. Придатки с обеих сторон не увеличены. Выделения кровянистые, умеренные, со сгустками.

Вопросы

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. К какой группе заболеваний относится данная патология?
3. Классификация
4. Причины возникновения этой патологии.
5. Дополнительные методы уточнения диагноза
6. Дифференциальная диагностика
7. Тактика ведения пациенток с данной патологией
8. Какое лечение показано при описанном случае?

ЗАДАЧА 65.

Женщина 36 лет обратилась в кабинет планирования семьи для подбора метода контрацепции. Жалоб не предъявляет.

Анамнез жизни.

Месячные начались в 14 лет, регулярные – через 28 дней, по 3 – 4 дня, умеренные, безболезненные. Последние месячные – 2 недели назад.

Половая жизнь с 20 лет, замужем. От беременности предохраняется презервативами.

Беременностей – 3. Две первые закончились родами. Последняя беременность 3 месяца назад – медицинский аборт на сроке 8 недель, без осложнений. Рождение детей больше не планирует.

Перенесённые заболевания: простудные. Гинекологические заболевания: отрицает.

Объективный статус. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые физиологической окраски. Рост – 170 см, вес – 65 кг.

АД – 120/80 мм рт.ст. Пульс – 76 уд. в мин., удовлетворительных свойств.

Язык чистый, влажный. Живот правильной округлой формы, не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации – мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины не определяются.

Специальное гинекологическое исследование

НПО развиты правильно. Оволосение по женскому типу.

Осмотр в зеркалах. Патологические образования на слизистой влагалища и шейки отсутствуют.

Бимануальное исследование. Тело матки расположено по средней линии, в положении anteflexio, anteversio, не увеличено, плотное, округлой формы, с чёткими контурами, с гладкой поверхностью, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненные. Выделения – слизистые скудные.

Вопросы:

1. Какой метод контрацепции является предпочтительным в данном случае?
2. Перечислите современные методы контрацепции.
3. Назовите преимущества отдельных методов контрацепции.
4. Как определяется эффективность различных методов контрацепции.
5. Оцените эффективность метода контрацепции, который использует женщина?
6. Назовите основные критерии приемлемости контрацепции.
7. Какое обследование требуется провести перед применением того или иного метода контрацепции
8. Ведение женщины, использующей определённые методы предохранения от нежеланной беременности

ЗАДАЧА 66.

Родильница 22 лет вместе с новорожденным доставлена в родильное отделение после родов в поезде. При поступлении предъявляет жалобы на обильные кровянистые выделения из половых путей.

Пациентка сообщила, что роды произошли в поезде дальнего следования около 1 часа назад. От начала регулярных схваток до рождения прошло 5 часов. Через 15 минут после рождения ребёнка самостоятельно родился послед. Он также доставлен бригадой скорой помощи.

Новорожденный мужского пола, оценка по Апгар – 9 баллов. Пуповина перевязана ниткой на 10 см от пупочного кольца. Масса – 4000, длина – 56 см. Проведён первичный туалет новорожденного, обработка пуповины. Доставленный послед осмотрен – дольки и оболочки все.

Из анамнеза. Менструальные с 14 лет, регулярные, через 28 дней по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Последние были 9 месяцев назад. Половая жизнь с 20 лет, в браке состоит. Беременность – первая. На учёте по беременности состоит с 10 недель. По данным из обменной карты настоящая беременность протекала без осложнений. Предполагаемая дата родов через две недели.

Перенесённые заболевания: простудные. Гинекологические заболевания: отрицает.

Объективные данные. Кожа и видимые слизистые бледные. Пульс – 100 ударов в минуту, АД – 90/60 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный. При аускультации лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, несколько болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпируется матка – плотная, безболезненная. Дно матки определяется на уровне пупка. Симптом поколачивания отрицательный.

Родовые пути осмотрены в зеркалах. На шейке матки на 9 часах условного циферблата имеется разрыв, верхний край которого доходит до свода влагалища. Имеется также кровотокающий линейный разрыв слизистой правой боковой стенки влагалища.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Способы оценки объёма кровопотери в данном случае
3. Тактика ведения пациенток с данной патологией
4. Лечение
5. Причины возникновения этого осложнения
6. Особенности оказания медицинской помощи родильницам после внебольничных родов
7. Профилактика данного осложнения родов
8. Показания к гемотрансфузии в послеродовом периоде

ЗАДАЧА 67.

Пациентка 25 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на постоянные жидкие выделения из половых путей с неприятным «рыбным» запахом. Больна в течение месяца.

Анамнез жизни.

Месячные начались в 14 лет, регулярные, через 28 дней, по 5 – 6 дней, умеренные, безболезненные. Последние месячные начались 7 дней назад, к моменту обращения закончились.

Половая жизнь с 20 лет, замужем. Болей и кровянистых выделений периодически после половых контактов отмечает сукровичные выделения из половых путей. От беременности предохраняется презервативом.

Беременностей – 2. Первая закончилась родами. Последняя 2 года назад – искусственным абортom на сроке 8 недель, без осложнений.

Перенесённые заболевания: простудные.

Гинекологические заболевания: хронический сальпингоофорит с периодическими обострениями.

Объективные данные. Кожа и слизистые физиологической окраски. Рост – 169 см, вес – 66 кг.

АД – 120/80 мм рт.ст. Пульс – 76 уд. в мин., удовлетворительных свойств.

Язык чистый, влажный. Живот правильной округлой формы, не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации – мягкий, безболезненный,

симптомы раздражения брюшины не определяются.

Специальное гинекологическое исследование

НПО развиты правильно. Оволосение по женскому типу.

Осмотр в зеркалах. Слизистая оболочка влагалища бледно-розовая, складчатость не выражена. Шейка матки цилиндрической формы, длиной 3 см, наружный зев цервикального канала щелевидной формы. Из цервикального канала исходит полип красного цвета длиной около 1 см с гладкой поверхностью.

Бимануальное исследование. Тело матки отклонено влево от средней линии, в положении *anteflexio*, *anteversio*, не увеличено, плотное, поверхность – гладкая, контуры – чёткие, подвижное, безболезненное при пальпации. Придатки не увеличены, безболезненные. Своды влагалища свободные. Выделения – слизистые бели.

Вопросы:

1. О каком диагнозе можно думать на основании этих данных?
2. Какие лабораторно-инструментальные исследования позволят уточнить диагноз?
3. К какой группе заболеваний относится данная патология?
4. Классификация
5. Тактика ведения пациенток с этой патологией.
6. Критерии выбора метода лечения заболеваний этой группы
7. Какое лечение требуется пациентке по условию задачи.
8. Профилактика.

ЗАДАЧА 68.

К детскому гинекологу обратилась девочка 14 лет с жалобой на задержку месячных.

Месячные с 12 лет, регулярные, через 28 дней по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 5 месяцев назад.

Половая жизнь в течение полугода.

Беременностей в прошлом не было.

Перенесённые заболевания: простудные, гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: кожа и слизистые чистые, физиологической окраски. Пульс – 76 ударов в минуту, ритм правильный, АД – 110/70 мм рт.ст. При аускультации сердца – тоны ясные, ритм правильный, шумов нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык чистый, влажный. Живот увеличен маткой, дно матки на уровне пупка. Тонус матки нормальный, при пальпации безболезненная. Физиологические отправления не нарушены.

В присутствии и с согласия мамы проведено специальное гинекологическое исследование. Осмотр с помощью зеркал: шейка матки коническая, наружный зев точечной формы. Слизистая влагалища и шейки

матки цианотичная, патологические образования отсутствуют.

Бимануальное исследование: шейка матки плотная, длиной 3 см, наружный зев цервикального канала закрыт. Тело матки увеличено до размера 20 недельной беременности, в нормальном тонусе, безболезненное. Придатки не пальпируются. Воды целы. Выделения слизистые.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование
2. Дополнительные методы исследования
3. Показания к искусственному прерыванию беременности
4. Тактика ведения беременности в данном случае
5. Методы искусственного прерывания беременности
6. Осложнения искусственного прерывания беременности
7. Профилактика осложнений искусственного прерывания беременности
8. Методы снижения числа искусственных абортов

ЗАДАЧА 69

Роженица 36 лет поступила в родильный дом с родовой деятельностью, начавшейся 6 часов назад. Беременность 38-39 недель.

Беременность третья, первые две закончились нормальными родами, затем в течение 5 лет предохранялась с помощью ВМС. Настоящая беременность третья, протекала нормально. Женскую консультацию посещала нерегулярно. Гинекологическими заболеваниями не болела.

Объективные данные. Телосложение правильное: рост 164 см, масса 80 кг. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Отеков нет. Пульс – 76 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД – 120/80 – 125/85 мм рт. ст. Изменений со стороны внутренних органов не выявлено.

Окружность живота – 110 см, высота дна матки – 28 см. Дно матки широкое, плоское, расположено низко. При наружном акушерском исследовании в боковых отделах матки определяются: справа – округлая плотная ballotирующая часть, слева – крупная мягкой консистенции часть. Предлежащая часть плода над входом в малый таз не определяется. Сердцебиение плода наиболее отчетливо прослушивается справа на уровне пупка, частота – 136 уд. в 1 мин, ясное ритмичное. Схватки средней силы, продолжительностью 30 – 35 с, через каждые 4 – 5 мин. Воды не отходили. Размеры таза: 26 – 29 – 31 – 21 см. Индекс Соловьева – 14 см.

Влагалищное исследование. Влагалище свободное, шейка матки сглажена, открытие маточного зева на 3 поперечных пальца (6 см). Плодный пузырь цел, во время схватки хорошо наливается. Предлежащую часть ни через плодный пузырь, ни через влагалищный свод обнаружить не удалось. Мыс крестца не достигается, емкость таза достаточная, экзостозов нет.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Причины возникновения этого осложнения беременности
3. Способы диагностики положения, предлежания, позиции плода
4. Классификация неправильных положений плода.
5. Тактика ведения пациенток с данной патологией
6. Какой способ родоразрешения необходим в данном случае
7. Профилактика данного осложнения беременности

ЗАДАЧА 70.

В гинекологическое отделение доставлена пациентка 27 лет с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, тянущие боли внизу живота. Пациентка сообщила, что час назад дома внезапно излились околоплодные воды и через 30 минут произошёл выкидыш плодом мужского пола. Некоторое время плод проявлял признаки жизни, но к моменту приезда скорой помощи движения прекратились. Послед самостоятельно не выделился.

При сборе анамнеза выяснилось, что месячные начались в 13 лет, регулярные, через 30 дней, по 4 – 5 дней, умеренные, безболезненные. Последние месячные были 5 месяцев назад.

Половая жизнь с 22 лет, замужем.

Беременность – четвёртая. Роды – 1 (пять лет назад крупным плодом, осложнились глубокими разрывами шейки матки и промежности). Абортов – 2. Настоящая беременность была желанной, состоит на учёте в женской консультации. Протекала без осложнений.

Объективно:

Общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые физиологической окраски. Температура тела – 36,8 °С.

АД – 120/80 мм рт.ст. Пульс – 88 уд. в мин., удовлетворительных свойств.

Язык чистый, влажный. Живот правильной округлой формы, не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации – мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины не определяются. Дно матки определяется на середине расстояния от лона до пупка.

Специальное гинекологическое исследование:

При осмотре с помощью зеркал: Шейка матки длиной 0,5 см, наружный зев цервикального канала открыт, из цервикального канала – кровянистые выделения со сгустками, пуповина, плодные оболочки.

Бимануальное исследование: Шейка матки размягчена. Наружный зев цервикального канала свободно пропускает исследующий палец. Тело матки расположено по средней линии, в положении anteflexio, anteversio, увеличено

до размера 10-недельной беременности, мягковатое, с гладкой поверхностью и чёткими контурами, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненные. Своды – свободные, безболезненные. Выделения – кровянистые, умеренные.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. К какой группе заболеваний относится данная патология
3. Какие дополнительные методы исследования могут потребоваться для уточнения диагноза?
4. Этиология и патогенез
5. Классификация
6. Лечение
7. Профилактика данного осложнения беременности