

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования**

**«Северо-Кавказская государственная академия»**

---

**Ситуационные задачи  
для подготовки к государственной итоговой аттестации  
и первичной аккредитации специалистов  
по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия».**

**Акушерство и гинекология.  
Учебно-методическое пособие для студентов 6 курса,  
обучающихся по специальности 31.05.01 «Лечебное дело», 31.05.02 «Педиатрия».**

**Черкесск  
2019**

УДК 616-08 (075.8)

ББК

Рассмотрено на заседании кафедры хирургических болезней с курсом топографической анатомии и оперативной хирургии.

Протокол № 12/20 от «\_\_» декабря 2018 г.

Рекомендовано к изданию редакционно-издательским советом СевКавГГТА.

Протокол № \_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г.

**Рецензент:** Узденов М.А.- д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургических болезней с курсом топографической анатомии и оперативной хирургии медицинского института ФГБОУ ВО «Северо-Кавказская государственная академия»

И00 Чотчаева А.И. Ситуационные задачи для подготовки к государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалистов по специальности «Лечебное дело», 31.05.02 «Педиатрия». Учебно-методическое пособие для студентов 6 курса, обучающихся по специальности 31.05.01 «Лечебное дело», 31.05.02 «Педиатрия». /А.И.Чотчаева, Е.Б.Пономарева– Черкесск: БИЦ СКГА, 2019 – 56 с.

Пособие предназначено для студентов 6 курса, обучающихся по специальности 31.05.01 «Лечебное дело», 31.05.02 «Педиатрия». в целях их подготовки к государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалистов по специальности «Лечебное дело» «Педиатрия». Пособие может быть использовано преподавателями медицинских институтов для использования в учебной работе.

УДК 616-08 (075.8)

ББК 00000

© Чотчаева А.И., Пономарева Е.Б., 2019

© ФГБОУ ВО СКГА

## ВВЕДЕНИЕ

Оценка умений решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования и решения ситуационных задач является заключительным этапом государственной итоговой аттестации по специальности 31.05.01 Лечебное дело, 31.05.02 Педиатрия (далее - ГИА).

Целью этого этапа ГИА является проверка целостности профессиональной подготовки выпускника, т.е. уровня его компетенции в использовании теоретической базы для принятия решений в ситуациях, связанных с профессиональной деятельностью. Студенты в ходе междисциплинарного экзамена отвечают на вопросы экзаменационного билета и на уточняющие и дополнительные вопросы членов комиссии. Собеседование проводится по билету, включающему клинические ситуационные задачи по внутренним болезням, хирургическим болезням, акушерству и гинекологии, инфекционным болезням и фтизиатрии. Оценивается степень умения выпускника разрабатывать и принимать оптимальные решения в конкретных ситуациях на основе интеграции знаний, полученных при изучении вышеуказанных дисциплин. Оценка умений обучающегося решать профессиональные задачи в ходе собеседования проводится по следующим критериям:

- владение знаниями предметов специальности в полном объеме учебной программы;
- обладание способностью самостоятельно, в логической последовательности и исчерпывающе отвечать на все вопросы билета, подчеркивать самое существенное;
- обладание способностью анализировать, сравнивать, классифицировать, обобщать, конкретизировать и систематизировать изученный материал, выделять в нём главное;
- обладание способностью четко формулировать ответы по вопросам диагностики, лечения и профилактики заболеваний, реабилитации пациентов;
- обладание способностью четко формулировать ответы по вопросам финансирования, экономики и управления в системе здравоохранения, организации медицинской помощи различным группам населения, использования статистических методов в оценке здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения;
- глубокое понимание анатомо-физиологических особенностей всех органов и систем организма в возрастном аспекте с целью профессиональной оценки этиологии, патогенеза, клиники, методов диагностики и лечения основных заболеваний, их прогноза и профилактики, базирующихся на основах гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических, медико-профилактических, общепрофессиональных и специальных клинических дисциплин;
- обладание способностью формулировать алгоритм работы врача с позиции этических и деонтологических принципов.

Решение ситуационных задач позволяет оценить уровень готовности выпускника к осуществлению основных видов профессиональной деятельности в соответствии с квалификационной характеристикой, уровень знаний и умений, позволяющий решать типовые задачи профессиональной деятельности, уровень информационной и коммуникативной культуры, а также обоснованность, полноту и четкость ответов.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с 1 января 2016 года право на осуществление медицинской и фармацевтической деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское, фармацевтическое или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста, то есть прошедшие процедуру аккредитации специалиста.

Процедура аккредитации внедряется поэтапно. В настоящее время завершены первый и второй этапы аккредитации специалистов:

- в 2016 году по специальностям «Стоматология» и «Фармация»;

- в 2017 году по всей группе специальностей «Здравоохранение и медицинские науки» (уровень специалитета), в том числе по специальности 31.05.01 «Лечебное дело».

Лица, успешно прошедшие процедуру аккредитации специалистов, допускаются к осуществлению профессиональной деятельности без прохождения дополнительной подготовки. В частности лица, прошедшие аккредитацию специалистов по специальности «Лечебное дело», допускаются к профессиональной деятельности на должности «Врач-терапевт участковый».

Процедура аккредитации специалиста включает в себя три этапа оценки квалификации лица: тестирование, оценку практических навыков (умений) в симулированных условиях, решение ситуационных задач.

Решение ситуационных задач проводится путем заслушивания членами аккредитационной подкомиссии ответов на три ситуационные задачи, в каждой из которых содержится по 5 вопросов. На подготовку к ответу отводится не более 60 минут. Комплектование набора ситуационных задач для каждого лица осуществляется программным обеспечением автоматически из единой базы оценочных средств.

Для осуществления методического сопровождения аккредитации специалистов Минздравом России на базе Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова сформирован Методический центр аккредитации, одной из задач которого является организация разработки оценочных средств и формирование фонда оценочных средств, используемых при аккредитации специалистов.

Возможности Методического центра аккредитации позволяют проводить одновременное тестирование 250 специалистов, решение ими ситуационных задач и оценку практических навыков (умений) в рамках объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ) на девяти симуляционных станциях, оснащенных современным фантомным оборудованием. Процедура аккредитации специалистов полностью автоматизирована и проводится под видео- и аудиоконтролем.

Для осуществления методического сопровождения процедуры аккредитации специалистов Методический центр аккредитации использует специально созданный Интернет-ресурс (<https://fmza.ru>), материалы которого находятся в свободном доступе, а также могут быть открыты по ссылкам, размещенным на сайтах Минздрава РФ (<http://www.rosminzdrav.ru/akkreditatsiya-spetsialista>) и Первого МГМУ им. И.М.Сеченова (<http://www.mma.ru/education/aakr/>). Специалисты могут оценить уровень своей подготовки путем прохождения репетиционного экзамена, количество репетиционных попыток не ограничено.

В данном учебном пособии представлены ситуационные задачи (кейс-задания) по одному из разделов терапии - кардиологии, из размещенных на сайте Методического центра аккредитации ([https://fmza.ru/upload/medialibrary/c7b/sz\\_lechebnoe\\_delo\\_2018.pdf](https://fmza.ru/upload/medialibrary/c7b/sz_lechebnoe_delo_2018.pdf)) и предлагаемых для проведения третьего этапа первичной аккредитации специалистов по специальности «Лечебное дело».

Во второй части пособия приведены эталоны ответов на представленные ситуационные задачи, из размещенных на сайте Методического центра аккредитации ([https://fmza.ru/upload/medialibrary/48a/otvety-k-sz\\_lechebnoe-delo-2018.pdf](https://fmza.ru/upload/medialibrary/48a/otvety-k-sz_lechebnoe-delo-2018.pdf)).

Учебное пособие предназначено для студентов 6 курса, обучающихся по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» в целях их подготовки к государственной итоговой аттестации (государственному экзамену) и первичной аккредитации специалистов по специальности «Лечебное дело».

Ситуационные задачи для подготовки к государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалистов по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия».

Акушерство и гинекология.

**Инструкция для студентов  
по самостоятельной работе с ситуационными задачами**

Ознакомьтесь с ситуацией, описанной в задаче и дайте развернутые ответы на вопросы. Желательно изложить Ваши ответы письменно. В случае затруднений используйте учебную литературу по соответствующим темам.

По завершению сравните Ваши ответы с эталонами ответов, имеющимися во второй части данного пособия. Все возникшие вопросы изучите с помощью учебной литературы.

**Ситуационная задача 1.**

Беременная К., 40 лет, доставлена в клинику из района в тяжелейшем состоянии с доношенной беременностью. Беременность 7. Роды 4, Самопроизвольных выкидышей 2. Во время данной беременности были отеки конечностей. При отсутствии родовой деятельности. Появились боли в животе и кровотечение. Со слов беременной количество теряемой крови 400 мл. Одновременно появилась общая слабость, одышка, была рвота. Кожа и видимые слизистые бледные, холодный пот. Пульс нитевидный, не сосчитывается. Артериальное давление не определяется. Температура 35,5°C. Тоны сердца приглушенные, чистые. Язык влажный. Живот вздут, брюшная стенка напряжена, болезненна. Симптом Щеткина -Блюмберга положительный. Матка плотной консистенции, напряжена, части плода ясно не определяются. Над входом в таз с трудом пальпируется головка. Сердцебиение плода не выслушивается. Из родовых путей небольшое кровотечение. В моче блок.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Какой дифференцированный диагноз необходимо провести при данной акушерской патологии?
3. Что нужно сделать для уточнения диагноза?
4. Какая тактика экстренного родоразрешения?
5. Показана ли гемотрансфузия?
6. Какое необходимо сделать лабораторное обследование?
7. Причины, ведущие к отслойке нормально расположенной плаценты?
8. Какая клиника возникшего осложнения?
9. Почему наступила внутриутробная гибель плода?
10. Какой характерный вид имеет плацента при отслойке?
11. Матка Кювелера при отслойке плаценты, описать.
12. Осложнения, возникающие при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты во время беременности, в родах и в послеродовом периоде?
13. Какой прогноз для в/ плода.
14. Какие показания были при данной акушерской ситуации для ампутации матки?
15. Как устанавливается диагноз гипо- и афибриногенемии?
16. Как проводится борьба с анемией?

## Ситуационная задача 2

Роженица К., 40 лет, многорожавшая, 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 отошли 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, тошнота, рвота, постоянная боль в животе, усиливающаяся при изменении положения. Общее состояние быстро ухудшалось, что заставило родственников вызвать машину скорой помощи.

При поступлении состояние женщины тяжелое, отмечается вялость, апатичность. На вопросы отвечает с трудом, стонет. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, черты лица заострены. Температура тела - 35,8 °С. АД - 100/60-100/55 мм рт. ст., пульс - 116 в 1 мин., слабого наполнения и напряжения. Со стороны сердца и легких патологических изменений не обнаружено.

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

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

### Вопросы :

1. Ваш диагноз. Какое осложнение родов имеет место?
2. Что называется разрывом матки?
3. Приведите классификацию разрывов матки.
4. Назовите причины совершившегося разрыва матки применительно к данному случаю.
5. Перечислите клинические признаки разрыва матки, которые описаны в данной задаче.
6. Тактика ведения?
7. Какой таз у данной женщины?
8. Как вы оцениваете состояние гемодинамики у данной женщины?
9. Чем обусловлено тяжелое состояние роженицы?
10. Какие профилактические мероприятия могли бы предотвратить данное осложнение родов?
11. Назовите причины быстрой гибели плода при совершившемся разрыве матки?
12. Назовите, кто относится к группе риска по возникновению данного осложнения родов?

## Ситуационная задача 3

Родильница И., 26 лет. Рост 172 см Вес 79 кг. После срочных родов находится на родовом столе. Через 1 час после их окончания при очередном массаже выделился сгусток крови до 250 мл. и продолжают ярки кровянистые выделения. Общая кровопотеря достигла 400 мл и продолжается.

В анамнезе 3 беременности, 1 из них закончилась срочными родами без осложнения, 2 - самопроизвольными выкидышами. Во время последней беременности страдала анемией.

Объективно: Кожа и видимые слизистые бледноваты. 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.

### **Вопросы:**

1. Какое акушерское кровотечение называется гипотонией матки и с чем оно связано?
2. При каком объеме кровопотери устанавливается диагноз гипотония матки?
3. Признаки гипотонии матки.
4. Какую акушерскую операцию необходимо произвести при гипотонии матки сразу же при ее возникновении?
5. Назовите методы, применяемые для остановки кровотечения при гипотонии матки.
6. Какие осложнения беременности приводят к гипотонии матки?
7. Какие осложнения родов ведут к гипотонии матки?
8. Какие экстрагенитальные заболевания способствуют развитию гипотонии матки?
9. При какой кровопотере необходимо приступить к гемотрансфузии?
10. Какие кровезаменители применяются в лечении гипотонии матки?
11. Какие коллоидные растворы применяются в лечении гипотонии матки?
12. При какой кровопотере необходимо произвести удаление матки?
13. Какая патология системы гемостаза может развиваться при гипотонии матки в случае неправильного и несвоевременного лечения?
14. Какую операцию необходимо произвести при ДВС синдроме?

### **Ситуационная задача 4**

Первородящая П., 25 лет, поступила в роддом с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 8 часов назад. Роды в срок.

Акушерско-гинекологический анамнез не отягощен. Наблюдалась в женской консультации регулярно. Беременность протекала без осложнений.

Женщина правильного телосложения. Рост 162 см. Масса 70 кг. Общее состояние удовлетворительное. Отеков нет. АД на обеих руках 110/70 мм. рт. ст. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Окружность живота 101 см. Высота дна матки - 39 см. Размеры таза: 25-28-30-20. Индекс Соловьева 16 см. Ромб Михаэлиса имеет форму перевернутого квадрата, все стороны которого равны 11 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Признак Вастена положительный. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 уд/мин. Схватки переходят в потуги.

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

### **Вопросы:**

1. Диагноз.
2. Как называется таз, при котором имеется несоответствие между размерами головки плода и тазом матери?
3. Когда признак Вастена считается положительным?
4. Когда признак Вастена считается отрицательным?
5. Когда признак Вастена считается вровень?
6. Каким будет признак Вастена при клинически узком тазе?
7. О чем свидетельствует признак отсутствия продвижения головки по родовому каналу при хорошей родовой деятельности?
8. О чем свидетельствует признак появления отека шейки матки, симулирующего неполное открытие?
9. О чем свидетельствует признак появления потуг при высоко стоящей головке?
10. О чем свидетельствует признак задержки мочеиспускания или появление примеси крови в моче?
11. При каком открытии можно оценивать признаки несоответствия размеров головки плода тазу матери?
12. Какой метод родоразрешения используется при выявлении признаков несоответствия размеров головки плода тазу матери?

### **Ситуационная задача 5**

Беременная К., 20 лет, доставлена в стационар в 8 часов 20 минут, с жалобами на сильные схваткообразные боли внизу живота, в конце схватки отмечает желание потужиться.

Из анамнеза: Данная беременность третья, предыдущие две беременности закончились нормальными родами, новорожденные имели вес 2900,0 и 3100,0 грамм. Срок настоящей беременности 40 недель. Схватки начались дома, накануне вечером в 22 часа, когда отошли дома, за 3 часа до поступления в стационар, в течение последних 1,5 часов в конце схватки возникает желание потужиться.

При шестушлении: Поведение беспокойное, пульс 90 ударов в минуту, АД 120 и 80 мм рт ст, температура тела 36,6 °С. Живот увеличен в объеме за счет беременной матки, на уровне пупка визуализируется косорасположенное пограничное кольцо. Высота дна матки - 40 сантиметров, окружность живота - 100 сантиметров. Схватки сильные, частые, во время пауз между схватками стенка матки почти не расслабляется.

Пальпация нижнего сегмента матки болезненная. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Признак Вастена положительный.

Сердцебиение плода глухое, ритм правильный, 120 ударов в минуту. Размеры таза 24-26-29-19. Индекс Соловьева 16 сантиметров.

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

### Вопросы:

1. Ваш диагноз. Какое осложнение родов имеет место?
2. Что называется разрывом матки? \
3. Приведите классификацию разрывов матки.
4. Назовите причины угрожающего разрыва матки применительно к данному случаю.
5. Перечислите клинические признаки угрожающего разрыва матки, которые описаны в данной задаче.
6. Тактика ведения, с чего начнете оказание помощи?
7. Чем опасно дальнейшее консервативное ведение родов?
8. Как оценить предполагаемый вес плода, какой он в данном случае?
9. Какой таз у данной женщины, какая степень сужения?
10. Каковы размеры истинной конъюгаты у данной женщины?
11. Что такое «признак Вастена», о чем он свидетельствует?
12. Что такое «пограничное кольцо»?

### Ситуационная задача 6

Роженица Д., 34 лет доставлена на машине скорой помощи с активной родовой деятельностью в течение 4 часов.

Данные анамнеза: настоящая беременность 4-ая. Первая закончилась родами в срок, две последующих - медицинскими абортами на сроках 8 и 10 недель беременности; 4-ая - настоящая, срок беременности 39 недель.

Общее состояние удовлетворительное. АД 120/80 мм рт ст, D=S, пульс 74 в мин. Живот увеличен за счет беременной матки. Схватки по 40 секунд через 3 минуты. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 в мин.

Через 3 часа с момента поступления роженицы произошли роды доношенным плодом мужского пола без признаков асфиксии и видимых уродств, с оценкой по шкале Ап-гар 8-9 баллов, массой 3700,0 г, ростом 52 см.

Моча выведена катетером, светлая, 150 мл. Через 30 минут от момента рождения плода признаки отделения плаценты отсутствуют. Матка плотная, округлой формы, дно ее располагается на уровне пупка. Выделения из половых путей отсутствуют.

### Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие клинические данные подтверждают диагноз?
3. Охарактеризуйте признак Шредера.
4. Охарактеризуйте признак Кюстнера-Чукалова.
5. Охарактеризуйте признак Довженко.
6. Охарактеризуйте признак Микулича-Радецкого.
7. Назовите аномалии прикрепления плаценты.
8. Назовите три основные причины аномалий прикрепления плаценты.
9. Тактика врача при отсутствии признаков отделения плаценты без кровотечения через 30 минут после рождения плода.

10. Тактика врача при отсутствии признаков отделения плаценты при кровотечении 250 мл и выше.
11. Тактика врача при приращении плаценты.
12. С чем следует дифференцировать кровотечение в III периоде родов, обусловленное аномалиями прикрепления плаценты?

### **Ситуационная задача 7**

Беременная С, 27 лет, срок беременности 37 нед, поступила в родильный дом по поводу обильных ярких кровянистых выделений из половых органов, появившихся 1 ч назад на фоне полного здоровья. К моменту поступления кровопотеря составила 600 мл. Анамнез. Наследственность неотягощена. В детстве перенесла скарлатину, взрослой неоднократно болела ОРЗ, гриппом, перенесла послеабортный эндометрит. Менструации с 12 лет, установились сразу, продолжительность 3-4-5 дней через 30 дней, умеренные, безболезненные. Замужем с 19 лет, брак первый. Всего беременностей три: первая закончилась нормальными срочными родами, затем был 1 медицинский аборт, после которого был подъем температуры, кровянистые выделения, по поводу чего лечилась стационарно в гинекологическом отделении. Настоящая беременность третья. Впервые обратилась в женскую консультацию при сроке беременности 7-8 недель. Во время беременности дважды отмечала кровянистые выделения в небольшом количестве, без болей. Женскую консультацию посетила 14 раз.

Объективно. При поступлении состояние женщины удовлетворительное, рост - 162 см, масса тела - 68 кг, телосложение правильное. Кожа и слизистые оболочки розовые, чистые АД - 90/50 мм. рт. см, пульс ПО в 1 мин, слабого наполнения и напряжения. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Живот правильной овоидной формы, мягкий безболезненный, окружность - 95 см, высота стояния дна матки над лобком - 32 см. Пальпация матки безболезненна.

Положение плода продольное, предлежащая голова стоит высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева на уровне пупка, частота 134 уд./мин. Размеры таза: 23-25-29-18 см, индекс Соловьева 14 см, ромб Михаэлиса 8 и 10 см.

Данные влагалищного исследования. Влагалище рожавшей женщины, шейка укорочена до 2,5 см, Наружный зев пропускает кончик пальца, внутренний зев закрыт.

Предлежащая часть через своды не определяется, своды тестоватые. Мыс достижим,  $cd=1$  1,5 см,  $cv=10$  см. Экзостозов и деформаций полости таза нет.

После влагалищного исследования кровотечение усилилось, выделилось одномоментно 150 мл яркой алой крови.

### **Вопросы:**

Поставить диагноз.

2. Какие клинические данные подтверждают диагноз?
3. Каковы возможные причины данного осложнения беременности?
4. Приведите анатомическую и клиническую классификацию предлежания плаценты.
5. Какие дополнительные методы обследования могут быть использованы?
6. Какова врачебная тактика?
7. Назовите причины, обуславливающие кровотечения во время беременности и во время родов.
8. Чем предлежание плаценты опасно для плода?

9. Какие факторы определяют выбор акушерской тактики при предлежании плаценты?
10. С каких мероприятий необходимо начать лечение в данном случае?
11. Какова величина физиологической и патологической кровопотери?
12. Показано ли в данной ситуации применение утеротонических средств для остановки кровотечения?
13. Какова тактика ведения беременных с предлежанием плаценты в женской консультации?

### **Ситуационная задача 8**

Роженица Т., 31 год, поступила в родильный дом по поводу кровотечения из половых органов, начавшегося 2 ч назад при появлении родовых схваток. К моменту поступления кровопотеря составила 250 мл. Беременность доношенная. Данные анамнеза. Наследственность не отягощена. В детстве перенесла ветряную оспу, взрослой неоднократно болела простудными заболеваниями. Менструации с 14 лет, установились сразу, продолжительность 4-5 дней через 28 дней, умеренные безболезненные. Замужем с 20 лет, брак первый. Всего беременностей пять: первая закончилась нормальными срочными родами, затем было 3 медицинских аборта, без осложнений, предпоследняя беременность прервалась самопроизвольным выкидышем на сроке 11 нед. Настоящая беременность шестая. Впервые обратилась в женскую консультацию при сроке беременности 9 недель. Беременность протекала без осложнений. Прошла физио-, психопрофилактическую подготовку к родам. Объективно. При поступлении состояние женщины удовлетворительное, рост - 164 см, масса тела - 78 кг, телосложение правильное. Кожа и слизистые оболочки розовые. АД - 120/80 - 120/70 мм. рт. ст., пульс 80 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Живот правильной овоидной формы, мягкий безболезненный, окружность - 98 см, высота стояния дна матки над лоном - 33 см. Пальпация матки безболезненна. Положение плода продольное, предлежащая голова стоит высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева на уровне пупка, частота 128 уд./мин. Размеры таза: 26-28-31-21 см. Схватки через 6-7 мин, продолжительностью 20-25 с, хорошей силы. Данные влагалищного исследования. Влагалище рожавшей женщины, шейка сглажена, открытие маточного зева на 1,5 поперечных пальца (3 см). Сразу за внутренним зевом сзади и справа прощупывается мясистая, губчатая ткань с неровной поверхностью, занимающая 1/3 маточного зева. Остальная часть занята плодными оболочками, плодный пузырь наливается во время схватки. Предлежащая голова плода подвижна над входом в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов и деформаций полости таза нет. После влагалищного исследования кровотечение усилилось, выделилось одномоментно 100 мл яркой алой крови.

### **Вопросы:**

1. Поставить диагноз.
2. Какие клинические данные подтверждают диагноз?
3. Назовите причины, приводящие к данному осложнению беременности.
4. Назовите анатомическую и клиническую классификацию предлежания плаценты.
5. Какие дополнительные методы обследования должны быть использованы?
6. Какова врачебная тактика?

7. Назовите причины, обуславливающие кровотечения во время беременности и во время родов.
8. Какую опасность для плода представляет предлежание плаценты?
9. От каких факторов зависит выбор метода лечения при предлежании плаценты?
10. При каком открытии маточного зева можно определить вид предлежания плаценты?
11. Что такое физиологическая и патологическая кровопотеря? 12. Возможно ли в данной ситуации применение утеротонических средств?
13. Особенности ведения беременных с предлежанием плаценты в женской консультации.

### **Ситуационная задача 9**

Роженица З., 27 лет поступила в родильный дом с доношенной беременностью и регулярными схватками, начавшимися 5 часов назад  
 Данные анамнеза. Наследственность не отягощена, перенесла дифтерию, скарлатину, брюшной тиф. Менструации с 14 лет, установились через 6 месяцев, продолжительностью 3 дня через 21 день, умеренные, безболезненные. Настоящая беременность четвертая: первая закончилась срочными родами, вторая и третья - медицинскими абортными. Беременность протекала нормально. Наблюдалась в женской консультации.

Объективно. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Температура тела - 36,5 С, пульс - 76 ударов в 1 мин, АД - 120/80 мм рт ст. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

Живот овоидной формы, окружность живота - 109 см, высота стояния дна матки - 38 см, размеры таза: distantia spinarum - 26 см, distantia cristarum - 28 см, distantia trochanterica - 30 см, conjugata externa - 20 см. Положение плода продольное, предлежащая головка находится высоко над входом в малый таз, подвижная, больших размеров. Кости черепа истончены, что создает впечатление пергаментного хруста при пальпации головы плода. Сердцебиение плода выслушивается слева на уровне пупка, частота 136 ударов в минуту.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты нормально. Шейка матки укорочена до 1 см, открытие на 3 пальца (6 см), длодный пузырь цел, напрягается при схватках. Предлежащая часть - головка, расположена высоко над входом в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Обращает на себя внимание необычная ширина шва (более 1 см), обширный флюктуирующий малый родничок слева, ближе к лобку, смещающиеся кости черепа. Мыс крестца не достигается.

#### **Вопросы:**

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Дополнительный диагностический метод исследования?
4. Тактика врача.
5. Прогноз родов.
6. Осложнения в родах в своевременно не распознанных случаях гидроцефалии плода.
7. Прогноз для плода
8. Факторы риска внутриутробного развития гидроцефалии плода у роженицы З.
9. Классификация гидроцефалии плода.
10. Внечерепные аномалии при гидроцефалии плода.
11. Условия для краниотомии.
12. Возможные осложнения при проведении краниотомии.

13. На сколько дней следует предоставить дополнительный отпуск в послеродовом периоде роженице З. и с чем это связано?
14. В консультации врача какой специальности нуждается роженица З. после родов в связи с рождением ребенка с гидроцефалией?

### **Ситуационная задача 10**

В роддом поступила первобеременная Б., 25 лет с жалобами на схваткообразные боли внизу живота в течение 4 часов и отхождение околоплодных вод в течение 5 часов. Срок беременности 36-37 недель. Соматический и акушерско-гинекологический анамнез не отягощен. Во время беременности выявлен хламидиоз, лечения не получала. Беременность первая.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. АД 110/70 мм рт ст, пульс 80 в минуту, t - 36,6°C. ВДМ 42 см, ОЖ 110 см. размеры таза 26-28-30-20 см.. Схватки через 4-5 минут по 25 секунд, средней интенсивности. Положение первого плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Положение второго плода продольное, головка в дне матки. Сердцебиение плодов ясное, ритмичное, до 140 в мин. Подтекают зеленые околоплодные воды. Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно, влагалище нерожавшей. Костное кольцо без экзостозов. Шейка матки сглажена, края тонкие, податливые, открытие маточного зева на 1,5 п/пальца (3 см). Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода, кости головки мягковатые, швы и роднички широкие. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона. Головкой зажат верхний край лона и терминальная линия. Мыс не достигается.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите причину преждевременных родов в данном случае.
3. Оцените динамику раскрытия шейки матки в данном случае.
4. Тактика родоразрешения в данном случае.
5. О чем свидетельствует цвет околоплодных вод в данной ситуации?
6. Какое лечение необходимо назначить в послеродовом периоде для профилактики гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде?
7. Каковы особенности ведения преждевременных родов?
8. Какая беременность называется многоплодной?
9. Классификация многоплодной беременности.
10. Особенности выдачи декретного отпуска беременным с двойней.
11. Перечислите признаки недоношенности.
12. Тактика ведения родов после рождения 1 плода.
13. Назовите возможные осложнения для плодов в данной ситуации.
14. Назовите возможные осложнения родов и послеродового периода для матери.
15. Что необходимо использовать для профилактики кровотечения в раннем послеродовом периоде в данном случае?

### **Ситуационная задача 11**

В гинекологический стационар поступила больная 60 лет с жалобами на кровянистые выделения из половых путей.

Из анамнеза менархе в 11 лет, до 50 лет месячные ходили регулярно по 4-6 дней, в умеренном количестве, безболезненные. Постменопауза 10 лет. Имела 7 беременностей: 2 закончились срочными родами живыми детьми, 5 - искусственными абортными в сроке 7-11 недель; роды и аборты протекали без осложнений.

Из гинекологических заболеваний отмечает псевдоэрозию шейки матки после первых родов (проводилась диатермокоагуляция). Страдает гипертонической болезнью с 47 лет, сахарным диабетом II типа с 55 лет.

Объективное исследование: состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Рост 157 см., масса 92 кг. АД - 205/115 мм. рт. ст., тоны сердца ритмичные, ригидны, акцент II тона, ЧСС 76 уд/мин. Со стороны легких, органов брюшной полости и почек патологии не выявлено.

Акадию крови; НБ 102 г/л, эритроцитов 2,8-10 /л, СОЭ - 52 мм/час, сахар крови -10,7 ммоль/л.

Мочится часто, без рези. Склонность к запорам.

Гинекологический статус; наружные половые органы развиты правильно, без проявлений возрастной атрофии.

Осмотр шрш помощи зеркал? слизистые шейки матки и влагалища не изменены. Выделения из цервикального канала кровянистые, в умеренном количестве.

Бимануальное исследование; влагалище рожавшей женщины, слизистая оболочка умеренно складчатая, эластичная. Шейка матки цилиндрической формы, длина влагалищной части 2,5 см., наружный зев пропускает кончик пальца. Трло матки в anteversio-flexio, несколько больше нормы, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, область их безболезненна. Своды и параметрии свободны.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие факторы риска для патологии эндометрия имеются у данной больной?
3. Какие нарушения гормонального статуса предрасполагают к заболеванию эндометрия?
4. Возможные источники продукции эстрогенов в постменопаузальном периоде?
5. Какие исследования следует провести для суждения о гормональном статусе больной?
6. С какими гинекологическими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику у данной больной?
7. Какие исследования следует провести для дифференциальной диагностики?
8. С какими экстрагенитальными заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику у данной больной?
9. Какие исследования следует провести для дифференциации с заболеваниями системы крови?
10. Какое исследования является решающим в выявлении рака эндометрия?

11. Назовите стадии рака эндометрия.
12. Охарактеризуйте стадии рака эндометрия.
13. Выбор метода лечения рака эндометрия?
14. Эффективность лечения рака эндометрия?
15. Пути профилактики рака эндометрия?

### **Ситуационная задача 12**

Больная С, 28 лет обратилась к врачу женской консультации с жалобами на бели и контактные кровянистые выделения.

Анамнез: в детстве перенесла ангину, ОРЗ, корь. Наследственность не отягощена. Менструации с 14 лет, установились сразу (по 5 дней, цикл 28 дней), умеренные безболезненные.

Половая жизнь с 20 лет. Беременностей 2 (роды 1, мед. аборты - 1). 2 месяца назад появились бели и контактные кровянистые выделения.

Объективное обследование: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые розового цвета. Со стороны органов и систем отклонений от нормы не обнаружено.

Осмотр мри помощи зеркал: шейка матки цилиндрической формы. Поверхность слизистой вокруг наружного зева ярко-красного цвета, зернистая, покрытая гноевидно-слизистыми выделениями, размерами 2х2 см, легко кровоточащая при дотрагивании. Наружный зев закрыт.

Влагалищное исследование: наружные половые органы без патологических изменений, Оволосение на лобке по женскому типу. Матка нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Своды свободные. Выделения - бели с примесью крови.

Микробиологическое исследование: в мазках из влагалища, цервикального канала, уретры и прямой кишки гонококка не обнаружено. В мазке на степень чистоты - лейкоциты в большом количестве, микрофлора смешанная.

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

### **Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Что такое проба Шиллера?
4. Какова техника взятия биоптата с шейки матки?

5. Какие заболевания шейки матки относятся к фоновым?
6. Какие заболевания шейки матки относятся к предракам?
7. Какие существуют методы лечения выявленной патологии?
8. Каков ведущий метод лечения эктопий шейки матки?
9. Сколько раз можно осуществлять коагуляцию шейки матки при рецидивах патологических процессов?
10. Какой метод лечения используют при безуспешности коагуляции шейки матки?
11. Назовите осложнения, полученные в результате диатермокоагуляции эктопии шейки матки?
12. На какой день менструального цикла рекомендуется осуществлять диатермокоагуляцию?
13. Перечислите преимущества лазерной вапоризации шейки матки.
14. Что включает в себя консервативное лечение заболеваний шейки матки?
15. Какие препараты используют для химической коагуляции?

### **Ситуационная задача 13**

Больная К., 22 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в гинекологическое отделение с жалобами на внезапно возникшую сильную боль в нижней части живота с иррадиацией в поясничную область, задний проход, слабость, головокружение.

Заболела 2 часа назад, когда появились резкие боли в нижней части живота, тошно-та, рвота, был обморок. Начало заболевания связывает с поднятием тяжести.

В анамнезе: Хроническое воспаление матки и придатков, корь, скарлатина, воспаленные легкие, хронический пиелонефрит.

Менструации с 13 лет, по 3-4 дня через 28 дней, регулярные, безболезненные. Последняя менструация 14 дней назад, пришла в срок, прошла без особенностей. Половая жизнь с 19 лет в одном браке. Беременность 1, закончилась родами.

Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледного цвета. Артериальное давление 100 и 55 мм рт. ст. Пульс 96 в минуту. Живот при пальпации болезненный, особенно в надлобковой области, напряженный, не вздут. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. При перкуссии живота определяется притупление звука в нижнем отделе.

Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение лобка по женскому типу. Осмотр в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы. Слизистая влагалища и шейки матки визуально не изменены. Наружный зев закрыт. Выделения сукровичные скудные. Бимануально: тело матки отклонено кзади, нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки не пальпируются из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки. Через своды определяется образование без ясных контуров, пастообразной консистенции.

Произведена пункция брюшной полости через задний свод влагалища - получена темная кровь.

### **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите причины данной патологии.-
3. Назовите основные клинические проявления данной патологии.
- 4.Оцените общее состояние пациентки.
5. Какие дополнительные методы исследования следует провести срочно?
6. С какими экстрагенитальными заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?
7. С какими гинекологическими заболеваниями следует провести дифференциацию?
8. Как оценить характер пунктата из брюшной полости?
9. Какое осложнение основного процесса имеется у больной?
- 10.Определите тактику ведения больной.
11. Определите объем хирургического вмешательства. 12.Современные методы лечения данной патологии.
13. Вероятные последствия данного заболевания.
14. Реабилитация больной.
15. Профилактика данной патологии.

### **Ситуационная задача 14**

Больная К., 30 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в гинекологическое отделение с жалобами на сильные боли в нижней части живота и пояснице.

Анамнез: Менструации с 12 лет, установились через 3 года, по 7 дней через 30 дней, регулярные, болезненные, обильные. Последние 5 месяцев длятся по 2 дня. Последняя

менструация 14 дней назад, пришла в срок, прошла без особенностей. Половая жизнь с 18 лет. Беременностей 6: (4 закончились родами, 2 искусственными абортами).

Перенесла воспаление придатков матки. Три года назад была госпитализирована в стационар с диагнозом апоплексия яичников. Проведено консервативное лечение. В последние дни беспокоят сильные боли в нижней части живота и поясничной области.

Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые оболочки, бледно-розового цвета. Артериальное давление 120 и 80 мм рт. ст. Пульс 74 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение лобка по женскому типу. Осмотр в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы. Слизистая влагалища и шейки матки визуально не изменены. Наружный зев закрыт. Выделения слизисто-сукровичные, скудные. Бимануально: тело матки в anteflexio, нормальных размеров, плотное подвижное, безболезненное. Справа от матки в области придатков определяется объемное образование размерами 7\*6\*7 см, плотноэластической консистенции, подвижное, чувствительное при пальпации. Слева придатки не определяются. Задний свод болезненный при осмотре.

### **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. В каких возрастных группах чаще встречаются кисты яичников?
3. Назовите основные клинические проявления данной патологии.
4. Оцените общее состояние пациентки.
5. Какие дополнительные методы исследования следует провести срочно?
6. С какими экстрагенитальными заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?
7. С какими гинекологическими заболеваниями следует провести дифференциацию?
8. В чем отличие кист яичника от кистом?
9. Классификация кист.
10. Определите тактику ведения больной.
11. Определите объем хирургического вмешательства.
12. Современные методы лечения данной патологии.
13. Вероятные последствия данного заболевания.
14. Реабилитация больной.
15. Профилактика данной патологии.

### **Ситуационная задача 15**

Больная 3., 40 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и обильные 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» в детстве перенесла ангину, грипп. Страдает анемией, последние 3 года дважды лечилась в стационаре, получала антианемическую терапию. Менструации с 12 лет, установились сразу (по 7 дней через 30 дней) умеренные, безболезненные. 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 (сроки 10 и 9 недель) закончились искусственными абортами без осложнений. Перенесенные гинекологические болезни отрицает.

Объективное обследование: состояние удовлетворительное, пульс 100 в мин., ритмичный. АД - 120/80 мм. рт. ст. Кожные покровы и видимые слизистые бледноватые, тоны сердца ритмичные, отмечается систолический шум на его верхушке. В легких прослушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, стул и мочеиспускание в норме, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные показатели: общий анализ крови: гемоглобин - 100 г/л, лейкоциты-4,5хЮ9/л, СОЭ - 18 мм/ч.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей женщины, из цервикального канала шейки матки исходит узел, диаметром 3 см. на тонкой ножке. Матка имеет размеры слегка больше нормы, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Выделения кровянистые, обильные.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте определение миомы матки?
3. Перечислите классификацию миомы по гистологическому строению?
4. План дальнейшего обследования?
5. Перечислите возможные осложнения рождающейся подслизистой миомы матки?
6. Назовите основной клинический симптом подслизистой миомы матки?
7. Какой наиболее информативный метод диагностики рождающегося миоматозного узла?
8. Определите тактику лечения больной?
9. Какие дополнительные лабораторные показатели необходимо уточнить при анемизации больной?
10. Перечислите возможные осложнения при миомах матки?
11. Составьте рекомендации по наблюдению и ведению больной после выписки из стационара?
12. Перечислите основные методы диагностики роста миомы матки при диспансерном наблюдении?
13. Какая патология эндометрия часто является сопутствующей при миоме матки?

#### **Ситуационная задача 16**

Больная А., 28 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в гинекологическое отделение с жалобами на внезапно возникшую сильную боль в нижней части живота с иррадиацией в задний проход, слабость.

Заболела 1 час назад, когда появились резкие боли в нижней части живота, был об-морок. Начало заболевания связывает с физической нагрузкой.

В анамнезе: Хроническое воспаление матки и придатков, хронический пиелонефрит.

Менструации с 12 лет, по 4-5 дней через 30 дней, регулярные, болезненные. Последняя менструация 15 дней назад, пришла в срок, прошла без особенностей. Половая жизнь с 20 лет в одном браке. Беременность 2, закончилась родами.

Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета. Артериальное давление ПО и 70 мм рт. ст. Пульс 80 в минуту. Живот при пальпации болезненный, особенно в надлобковой области, напряженный, не вздут. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный.

Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение лобка по женскому типу. Осмотр в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы. Слизистая влагалища и шейки матки визуально не изменены. Наружный зев закрыт. Выделения сукровичные скудные. Бимануально: тело матки отклонено кпереди, нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки не пальпируются из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки. Через своды определяется образование без ясных контуров, пастозной консистенции.

Произведена пункция брюшной полости через задний свод влагалища - получена темная кровь.

### **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите причины данной патологии.
3. Назовите основные клинические проявления данной патологии.
4. Оцените общее состояние пациентки.
5. Какие дополнительные методы исследования следует провести срочно?
6. С какими экстрагенитальными заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?
7. С какими гинекологическими заболеваниями следует провести дифференциацию?
8. Как оценить характер пунктата из брюшной полости?
9. Назовите возможное осложнение основного процесса у больной?
10. Определите тактику ведения больной.
11. Определите объем хирургического вмешательства. 12. Современные методы лечения данной патологии.
13. Вероятные последствия данного заболевания.

14. Реабилитация больной.
15. Профилактика данной патологии.

### **Ситуационная задача 17**

Больная О., 26 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сильные боли в низу живота, рези при мочеиспускании, повышение температуры до 39,0°C, слабость, озноб, тошноту.

Менструальная функция с 14 лет, не нарушена. Последняя менструация началась 6 дней назад, в срок.

Половая жизнь с 20 лет. Имела 1 роды, 2 искусственных аборта. Гинекологические заболевания: хроническое воспаление матки и придатков в течение 2 лет.

Заболела остро: появились боли в низу живота, температура повысилась до 39,5°C, озноб, обильные гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании. Однократно был жидкий стул. 2 недели назад имела случайный половой акт.

Объективно? температура - 38,6°C, пульс - 98 в мин., АД - 110/65 мм. рт. ст. Язык обложен белым налетом, суховат.

Живот резко болезненный в нижних отделах. Определяются симптомы раздражения брюшины.

Анализ крови: гемоглобин - 114 г/л, лейкоциты - 18,4x10<sup>9</sup>/л, СОЭ - 36 мм/ч.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Влагалище свободное

Осмотр зеркалами: шейка матки цилиндрической формы, слизистая гиперемирована. Наружный зев щелевидный. Выделения из цервикального канала гнойные, обильные.

Бимануально: наружный зев закрыт. Тело матки и придатки пальпировать не удается из-за резкой болезненности и напряжения мышц брюшной стенки.

### **Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Что относится к специфическим воспалительным заболеваниям женской половой системы?
3. Какие данные свидетельствуют о специфической этиологии воспалительного процесса?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
5. Откуда берутся мазки для выявления гонококков?
6. Как классифицируется гонорея?
7. Какие существуют пути заражения гонореей?

- 8.Какие пути распространения гонорейной инфекции Вы знаете?
- 9.Какие существуют методы провокации воспалительного процесса?
- 10.Имеется ли иммунитет к гонорее у лиц, ранее переболевших данным заболеванием?
- 11.Какова тактика ведения данной больной?
- 12.Консультация какого специалиста необходима данной больной?
- 13.Какой дополнительный документ оформляется при выявлении венерического заболевания.
- 14.Какой основной принцип лечения воспалительных заболеваний половой системы специфической этиологии? 30.Каковы критерии лечения гонорей?

#### Эталоны ответов к задаче № 17

- 16.Обострение хронического воспаления матки и придатков, пельвиоперитонит (специфической этиологии).
- 17.К специфическим воспалительным заболеваниям женских половых органов относится трихомониаз, гонорея, кандидоз, хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, кондиломатоз, половой герпес, туберкулез.
18. Заболела после менструации, имея случайную половую связь.
- 19.Необходимо произвести исследование влагалищных мазков на микрофлору, содержимого цервикального канала - на флору и чувствительность к антибиотикам.
- 20.Мазки для выявления гонококков берутся из уретры, цервикального канала и прямой кишки.
- 21.По клиническому течению различают свежую и хроническую гонорею. Свежая гонорея делится на острую, подострую и торпидную.
- 22.Пути заражения: половой, бытовой, внутриутробный.
- 23.Пути распространения гонореи: восходящий и гематогенный.
- 24.Методы провокации: химический, механический, биологический, алиментарный, физиологический, термический.
- 25.Иммунитета к гонорее нет.
- 26.Необходимо начать антибактериальную терапию с учетом предполагаемой этиологии, дезинтоксикационную и десенсибилизационную терапию.
- 27.Требуется консультация венеролога.
- 28.При обнаружении гонореи оформляется экстренное извещение в венерологический диспансер.
- 29.Лечение обоих половых партнеров.

30. После проведенного лечения и при отсутствии гонококков в мазках, взятых на 2 - 4-й дни менструации в течение трех последующих менструальных циклов, женщина перестает быть источником заражения и может быть снята с учета.

### **Ситуационная задача 18**

В гинекологический стационар поступила больная М., 46 лет с жалобами на боли в правой подвздошной области, тошноту, однократную рвоту. Заболела остро, 4 часа назад, после физической нагрузки.

Из анамнеза; менструации с 13 лет, установились сразу, через 4 недели по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. С 43 лет отмечает задержки месячных до 3 месяцев. Последняя менструация 6 недель назад. Половая жизнь в браке. Имела 2 родов, 3 медицинских аборта. Контрацепция - ВМС.

Перенесенные заболевания: ОРЗ, хронический гастрит, холецистит, бронхит, воспаление матки и придатков. Последние 3 года гинекологом не осматривалась.

Объективно; общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Т - 36,9°C. АД - 125/80 мм. рт. ст. Пульс 88 уд/мин ритмичный, удовлетворительного наполнения. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Молочные железы без особенностей, отделяемого из сосков нет.

Язык суховат, обложен у края белым налетом. Живот правильной формы, в акте дыхания передняя брюшная стенка участвует ограниченно. Перкуторно - тимпанический звук. Пальпаторно живот мягкий, незначительное напряжение в правой подвздошной области, где отмечается локальная болезненность и нечетко симптом Щеткина-Блюмберга. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого справа слабо положительный. Стул однократно оформленный, мочеиспускание свободное.

Гинекологический статус; наружные половые органы развиты правильно. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки не изменены. Выделения - слизистые бели.

Бимануальное исследование; влагалище свободное, шейка матки цилиндрической формы, плотная, длина влагалищной части 2,5 см, наружный зев закрыт.

Тело матки несколько больше нормы, плотное, смещено влево, безболезненное. Левые придатки уплотнены, подтянуты к матке. В области правых придатков определяется образование 8x10x7 см. неравномерной плотности, ограниченно подвижное, болезненное. Своды и параметрии свободны. Смещение шейки матки болезненно.

### **Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими гинекологическими заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?
3. С какой экстрагенитальной патологией следует дифференцировать развившуюся ситуацию?

4. Какое лабораторное обследование следует провести срочно?
5. Какие изменения в гемограмме характерны для воспалительного процесса?
6. Какие изменения в гемограмме характерны при прервавшейся внематочной беременности?
7. Какие изменения в моче характерны при почечно-каменной болезни?
8. Какое аппаратное обследование показано больной?
9. Какие результаты УЗИ подтверждают предварительный диагноз?
10. Определите тактику ведения больной при нарушении питания опухоли яичника?
11. Каким методом можно провести оперативное лечение при опухоли яичника с нарушением питания?
12. Какова последовательность действий при опухоли яичника после вхождения в брюшную полость?
13. Какие анатомические структуры входят в хирургическую ножку опухоли яичника?
14. Что определяет объем хирургического вмешательства при опухоли яичника?
15. Какова профилактика осложнений опухолей яичника?

### **Ситуационная задача 19**

Больная А., 30 лет, доставлена в гинекологическое отделение больницы с жалобами на боли внизу живота, больше слева, рвоту, сухость во рту, слабость. Данные симптомы появились сегодня, 3 часа тому назад, после физической нагрузки, постепенно боли нарастают.

Из анамнез известно, что менструальная и детородная функции без особенностей. Из гинекологических заболеваний перенесла сальпингоофорит, лечилась амбулаторно.

Объективно: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, язык сухой, температура тела - 38,0°C, пульс - 100 в мин, АД - 100/60 мм. рт. ст. Живот при пальпации болезненный в нижнем отделе, больше слева, где определяется напряжение мышц брюшной стенки. Симптомы раздражения брюшины слабо положительные.

Гинекологическое исследование: осмотр в зеркалах: шейка матки покрыта неизменной слизистой оболочкой, выделения слизистые обильные. При влагалищном исследовании движения за шейку матки болезненны. В области малого таза слева определяется тугоэластическое резко болезненное образование, размерами 8x7x6 см.

### **Вопросы:**

1. Поставить предварительный диагноз.

2. Какие методы дополнительной диагностики помогут подтвердить предполагаемый диагноз?
3. Какова врачебная тактика?
4. Определите объем медицинской помощи данной больной.
5. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?
6. Перечислите осложнения доброкачественных опухолей яичников.
7. Перечислите источники происхождения опухолей яичников.
8. Из чего состоит анатомическая ножка опухоли яичника?
9. Что входит в хирургическую ножку опухоли?
10. Перечислите классификацию опухолей по клиническому течению.
11. Что относится к эпителиальным опухолям?
12. Что относится к строматогенным или соединительнотканым опухолям?
13. Перечислите признаки малигнизации опухолей.
14. Какова профилактика опухолей яичника?

### **Ситуационная задача 20**

Больная С, 29 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, тошноту, слабость, мажущие кровянистые выделения из половых путей.

Из анамнеза выяснено, что вышеуказанные жалобы появились после задержки очередной менструации на 4 недели. Менструации по 5-6 дней, умеренные, безболезненные, цикл - 28 дней. Половая жизнь в браке, с 21 года. Беременностей было две: роды - 1, медицинский аборт - 1. В течение двух последних лет с целью контрацепции использует ВМС.

Объективно» состояние удовлетворительное. АД=110/70 мм. рт. ст. Пульс 80 в мин., удовлетворительного наполнения. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот слегка вздут, болезненный в нижних отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга слабopоложительный, стул, мочеиспускание не нарушены.

Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно. Оволение по женскому типу. Шейка матки цилиндрической формы, слизистая не изменена. Из цервикального канала визуализируются контрольные нити ВМС. Выделения темнокровянистые, мажущие. Тело матки увеличено до 5-6-недельного срока беременности, мягкой консистенции, болезненное при исследовании. Слева придатки не определяются. Справа пальпируется опухолевидное образование без четких контуров, болезненное, тестоватой консистенции, ограниченное в подвижности. Задний свод при пальпации болезненный.

### **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.

2. Какова наиболее частая причина возникновения внематочной беременности?
3. Как классифицируется внематочная беременность по локализации?
4. Какие существуют типы прерывания внематочной беременности?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
6. Повышается ли риск возникновения внематочной беременности при наличии ВМС?
7. Какие дополнительные методы исследования могут быть использованы для подтверждения диагноза?
8. Какова методика выполнения и интерпретация прогестеронового теста?
9. Какой пункт из брюшной полости чаще всего получают при прервавшейся внематочной беременности?
10. Что будет наблюдаться в соскобе из полости матки при внематочной беременности?
11. На каком сроке чаще всего прерывается внематочная беременность?
12. При каком типе прерывания внематочной беременности для уточнения диагноза можно провести гистеросальпингографию?
13. Какова тактика ведения больной?
14. Какие в настоящее время существуют виды операций при внематочной беременности?
15. Можно ли использовать ВМС после операции по поводу внематочной беременности?

### **Ситуационная задача 21**

Больная О., 31 года, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сильные боли внизу живота, повышение температуры до 39,0°C, слабость, озноб, тошноту, рези при мочеиспускании.

Менструальная функция не нарушена. Последняя менструация началась 8 дней назад в срок.

Половая жизнь с 21 года. Имела 1 роды, 1 медицинский аборт. Гинекологические заболевания: хроническое воспаление матки и придатков. Заболела остро: появились боли внизу живота, температура повысилась до 39,5°C, озноб, обильные гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании. Одно-кратно был жидкий стул. 2 недели назад имела случайный половой акт.

Объективная температура - 39,0°C, пульс - 100 в мин., АД - 110/70 мм. рт. ст. Язык обложен белым налетом, суховат.

Живот резко болезненный в нижних отделах. Определяются симптомы раздражения брюшины.

Анализ крови: гемоглобин - 117 г/л, лейкоциты -  $17,2 \times 10^9$ /л, СОЭ - 41 мм/ч.  
Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно. Оволо-сение по женскому типу. Влагалище свободное

Осмотр зеркалами: шейка матки цилиндрической формы, слизистая гиперемирована. Наружный зев щелевидный. Выделения из цервикального канала гнойные, обильные.

Бимануально: наружный зев закрыт. Тело матки и придатки пропальпировать не удается из-за резкой болезненности и напряжения мышц брюшной стенки. Движения за шейку матки болезненные. Задний свод болезненный.

### **Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Что относится к специфическим воспалительным заболеваниям женской половой системы?
3. Какие данные свидетельствуют о специфической этиологии воспалительного процесса?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
5. Откуда берутся мазки для выявления гонококков?
6. Как классифицируется гонорея?
7. Какие существуют пути заражения гонореей?
8. Какие пути распространения гонорейной инфекции Вы знаете?
9. Какие существуют методы провокации воспалительного процесса?
10. Имеется ли иммунитет к гонорее у лиц, ранее переболевших данным заболеванием?
11. Какова тактика ведения данной больной?
12. Консультация какого специалиста необходима данной больной?
13. Какой дополнительный документ оформляется при выявлении венерического заболевания.
14. Какой основной принцип лечения воспалительных заболеваний половой системы специфической этиологии?
15. Каковы критерии лечения гонорей?

### **Ситуационная задача 22**

Беременная Н. поступила в родильный дом с жалобами на кровянистые выделения из половых путей.

Данные анамнеза наследственность не отягощена, из перенесенных заболеваний отмечает грипп. Менструации с 13 лет, установились сразу, продолжительностью 5 дней умеренные, регулярные, через 28 дней. Последняя менструация 5 месяцев назад. Половая жизнь с 23 лет. Было 3 беременности: первая закончилась срочными родами, вторая - медицинским абортom, третья - самопроизвольным выкидышем. На учете в женской консультации не стоит. Срок беременности, определенные по последней менструации, соответствует 20 неделям.

Объективно\* при поступлении общее состояние женщины удовлетворительное. Телосложение правильное. Питание пониженное. Температура тела 36,7°C, пульс 80 уд/мин., АД 120/80 мм. рт. ст., патологии внутренних органов не выявлено. Живот овоидной формы, величина матки соответствует 24-недельному сроку беременности. Матка при пальпации тестоватой консистенции, безболезненная, части плода не пальпируются, сердцебиение не прослушивается, шевеление плода беременная не ощущает.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев пропускает кончик пальца. Матка увеличена как при 24-недельной беременности, тестоватой консистенции, безболезненная. При пальпации в области яичников с обеих сторон определяются овоидные образования тугоэластической консистенции, размерами 5x6 см., подвижное, безболезненное. Слизистая оболочка влагалища и шейки матки цианотична, шейка не эрозивна. Выделения кровянистые в небольшом количестве. Кровь темная, жидкая, с мелкими тонкостенными пузырьками, соединенными между собой шнуровидными стебельками.

Анализ крови: НЬ - 120 г/л, эритроциты - 3,5 млн., лейкоциты -  $7 \times 10^9$ , СОЭ - 12 мм/ч.

В моче патологических изменений не выявлено.

### Вопросы:

1. Диагноз
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Дополнительные методы исследования, уточняющие диагноз.
4. Лечение.
5. Возможные осложнения при удалении пузырного заноса.
6. Акушерская тактика при величине матки до 12 недель беременности.
7. Акушерская тактика при увеличении матки больше 12 недель беременности.
8. Ведение женщины в послеоперационном периоде.
9. В течение какого времени наблюдается женщина после удаления пузырного заноса и с чем это связано?
10. Как изменяется содержание хорионического гонадотропина в моче и биологические реакции на беременность после удаления пузырного заноса?
11. При возникновении хорионэпителиомы как изменяется содержание хорионического гонадотропина в моче?

12. Как часто проводится контрольное исследование мочи на хорионический гонадотропн после удаления пузырного заноса?
13. Через какое время после заболевания можно иметь беременность? Какие средства контрацепции проти-вопоказаны в этот период?
14. Тактика ведения женщины при высоких цифрах содержания хорионического гонадотропина в моче после удаления пузырного заноса.

### **Ситуационная задача 23**

Больная К., 26 лет обратилась по поводу нерегулярных менструаций и отсутствия беременности в течение 2 лет при регулярной половой жизни без контрацепции.

В анамнезе: частые простудные заболевания, ангины, хронический холецистит, аппендектомия в возрасте 16 лет.

Менструации с 13 лет, по 4-5 дней, через 40-45 дней, последние 2 года задержки до 3-4 месяцев. Последняя менструация 6 недель назад.

Объективно: рост 162 см., масса 82 кг; отложение жировой клетчатки равномерное. Молочные железы развиты хорошо, при их пальпации патологических образований не выявлено, отделяемого из сосков нет. Кожные покровы чистые, обнаружены стержневые во-лосы на верхней губе, подбородке, вокруг сосков и задней поверхности бедер.

Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Тииекопогический статус: лобковое оволосение интерсексуального типа, обиль-ный рост волос на промежности. Наружные половые органы развиты правильно.

3.0.: слизистая оболочка влагалища и шейки матки не изменена. Наружный зев цер-викального канала 4 мм в диаметре, наполнен прозрачной слизью.

Бимануально: влагалище узкое, слизистая оболочка складчатая. Шейка матки ци-линдрической формы, плотная, длине^ влагалищной части 2,5 см. Тело матки в anteversio-flexio, не увеличено, плотно-эластической консистенции, подвижное, безболезненное. С обеих сторон пальпируются увеличенные плотные безболезненные яичники.

Своды и параметрии свободны, безболезненны.

Выделения слизистые, в умеренном количестве.

### **Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие клинические проявления свидетельствуют о данной патологии?
3. Какие нарушения в менструальном цикле характерны для СПКЯ?
4. Чем обусловлены гирсутизм и ожирение?
5. Каков характер нарушений стероидогенеза в яичниках при СПКЯ?
6. С какими заболеваниями следует дифференцировать СПКЯ?

7. Какие аппаратные методы исследования следует провести?
8. Изменения в яичниках, характерные для СПКЯ при УЗИ?
9. Какие гормональные исследования следует провести для дифференциальной диагностики?
10. Какие изменения в гормональном статусе характерны для СПКЯ?
11. Какая гормональная проба позволяет дифференцировать СПКЯ от аденогенитального синдрома?
12. Какова тактика ведения больных с СПКЯ?
13. Каковы критерии восстановления двухфазного цикла?
14. Какие непрямые стимуляторы овуляции можно использовать при СПКЯ?
15. При отсутствии эффекта от консервативных методов лечения СПКЯ что следует рекомендовать больной?

#### **Ситуационная задача 24**

Больная Д., 49 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на ноющие боли внизу живота, больше слева.

На профилактическом осмотре 14 лет назад обнаружена миома матки (до 6 недель беременности). Больная находилась под наблюдением врача-гинеколога, но последние 2 года к врачу не обращалась; 2 года назад миома матки увеличилась до 10 недель беременности.

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

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

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

Половая жизнь с 30 лет; замужем. Всего было 2 беременности: первая закончилась искусственными аборт (срок 12 недель) без осложнений, вторая - искусственным аборт (срок 7 недель) с осложнением: произведено повторное выскабливание стенок полости матки с целью удаления остатков плодного яйца, после чего развилось острое двустороннее воспаление придатков, проводилась противовоспалительная терапия.

Перенесла гинекологические болезни: двустороннее воспаление придатков, вторичное бесплодие.

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

Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. В легких прослушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Над лоном пальпируется плотное, слегка болезненное образование.

Мочеиспускание в норме, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Выделения из половых путей слизистые, умеренные.

Влагалищное исследование; шейка матки конической формы, чистая. Матка увеличена до 14 недель беременности, с множественными миоматозными узлами, плотная, подвижная, слегка болезненная слева. Придатки с обеих сторон плотные, чувствительные при пальпации. Выделения слизистые, умеренные.

### **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. Опираясь на какие критерии определяют объем хирургического вмешательства?
3. Какие причины могут привести к быстрому росту миомы?
4. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальную диагностику?
5. Определите план обследования и дальнейшего лечения больной.
6. Перечислите причины кровотечения при миоме.
7. Перечислите 3 формы роста опухоли.
8. Какова основная концепция патогенеза миомы матки?
9. Перечислите все дополнительные методы диагностики, позволяющие уточнить диагноз миомы матки?
10. Какие осложнения возможны при субсерозной миоме матки?
11. Перечислите характерные рентгенологические признаки подслизистой миомы матки.
12. Какими критериями пользуются при выборе лечения миомы матки?
13. Перечислите основные клинические симптомы миомы матки?
14. Чем обусловлен болевой синдром при миоме матки?
15. Назовите хирургический метод лечения, сохраняющий детородную функцию женщины?

### **Ситуационная задача 25**

Первобеременная Л., 22 лет, доставлена машиной скорой помощи из женской консультации 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 16 лет, находится на диспансерном учете. Аллергологический и трансфузиологический анамнез без особенностей. Гинекологические заболевания - аднексит 2 года назад. В течение года с целью предохранения от беременности

использовала презервативы. Данная беременность вторая, первая беременность в 18 летнем возрасте была прервана медицинским абортom в сроке 8 нед, без осложнений. Во время данной беременности отмечает прибавки массы тела до 800 г в неделю с 30 нед. С 32 нед отмечает повышение АД до 140 и 90 мм рт. ст.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, бледноватые. Лицо одутловатое. Телосложение правильное, питание повышено. Рост 164 см, масса тела 82,5 кг. Отеки голеней, передней брюшной стенки.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, 84 в мин. АД - 170/120 мм рт.ст. Моча при кипячении свернулась.

Матка в нормальном тоне. Положение плода продольное. Спинка справа, мелкие части плода слева. Головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритм правильный, 138 уд/мин. Нестрессовый тест положителен.

Срок беременности по всем данным 36-37 нед. Высота дна матки 29 см, окружность живота - 85 см. Предполагаемый вес плода - 2400 г.

Общий анализ крови: НЬ - 140 г/л. Эр -  $3,5 \times 10^{12}$ /л, тромб -  $130,0 \times 10^9$ /л, Лейк -  $5,1 \times 10^9$ /л, п/я - 1 %, с - 63 %, э - 1 %, л - 26 %, м - 9 %, СОЭ - 41 мм/час, Нт - 39 %.

Общий анализ мочи: уд. вес - 1020, лейкоциты - 2-4 в п/зрения, эпителий - 5-6 в п/зрения, белок - 3500 мг/л, цилиндры гиалиновые - 3-4 в п/зрения.

### **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз данной беременной.
2. Перечислите предрасполагающие факторы, которые способствовали развитию данного заболевания.
3. На каком сроке беременности началось данное осложнение?
4. По каким признакам диагностируется степень тяжести осложнения у данной беременной?
5. Какие изменения можно выявить на эхокардиоскопии у этой беременной?
6. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
7. В консультации каких специалистов нуждается данная беременная?
8. Что лежит в основе классификации гестоза?
9. Какие факторы являются ведущими в патогенезе гестоза?
10. Назначьте лечение.
11. Чем обусловлен выбор тактики ведения при гестозе?
12. Назовите основные направления лечения гестоза.

## Ситуационная задача 26

Беременная С, 22 лет, доставлена в приемное отделение роддома мужем в тяжелом состоянии с помраченным сознанием. Родовая деятельность началась 3 часа назад, околоплодные воды отошли по дороге в родильный дом.

Из рассказа мужа удалось выяснить, что больная раньше ничем не болела, беременность первая, протекала без осложнений. Беременная уехала на дачу, расположенную в 20 км от города. Пробыла там две недели и возвратилась домой, так как почувствовала общее недомогание, появились отеки и головная боль, появились схваткообразные боли внизу живота. Во время ужина была рвота, усилилась головная боль, поэтому муж решил срочно проконсультироваться в рядом расположенном роддоме.

Объективно. Женщина полная, правильного телосложения. Лицо бледное, одутловатое, веки отечные, на голених пастозность. Экстренно перед обследованием произведена нейролептоаналгезия. Несмотря на это во время измерения артериального давления (160/130 мм рт. ст.) появились мелкие фибриллярные подергивания мышц лица. Затем начались подергивания верхних конечностей, тело беременной вытянулось, позвоночный столб изогнулся, челюсти плотно сжались, дыхание прекратилось. Вслед за этим последовали клонические судороги, наступил сильный цианоз, яремные вены напряглись. Затем судороги стали реже и наконец прекратились, появился глубокий шумный вдох, на губах выступила пена, окрашенная кровью. Дыхание восстановилось, стало глубоким, беременная не приходила в сознание. Припадок длился 1,5 мин.

Во время приступа наркоз был прекращен, после восстановления дыхания больную перевели на наркоз закисью азота с кислородом. Во время глубокого сна произведено дообследование: температура тела - 36,8° С, пульс 86 уд./мин, ритмичный, напряженный, АД 150/120 - 150/100 мм рт. ст. Со стороны сердца и легких патологических изменений не обнаружено.

Дно матки на 2 поперечных пальца ниже мечевидного отростка, положение плода продольное, предлежащая голова при наружном акушерском исследовании на определяется. Сердцебиение плода слева, ниже пупка, ясное, частота - 136 уд./мин. Размеры таза: 25-27-30-20 см. Родовой деятельности нет.

При влагалищном исследовании: открытие шейки матки полное, пузыря нет, головка доношенного плода на тазовом дне, стреловидный шов в прямом размере выхода, малый родничок спереди.

### Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие клинические признаки указывают на данное осложнение?
3. Оцените состояние плода в данной ситуации.
4. Оцените наружные размеры таза.
5. Какова должна быть врачебная тактика?
6. Что необходимо делать после родоразрешения?
7. Какие дополнительные методы обследования должны быть использованы?

8. Какие осложнения могут сопутствовать данной патологии?
9. На сколько дней данной женщине необходимо выдать дополнительный отпуск по беременности и родам?
10. На какие сутки можно произвести выписку этой родильницы?
11. Как проводится профилактика эклампсии?
12. Назовите условия для наложения акушерских щипцов.

### **Ситуационная задача 27**

Беременная, 35 лет, поступила в клинику с доношенной беременностью, в родах. Беременность 7-я. Протекала без осложнений. Все предыдущие беременности закончились нормальными родами. Воды не отходили. Состояние при поступлении хорошее. Температура 36,6°C. Артериальное давление 130/80 мм. рт. ст. Пульс 78 уд/мин. Ритмичный. Живот мягкий. Дно матки у мечевидного отростка. ОЖ 118 см. Продольное положение плода, головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода 120 уд/мин, ритмичное, слева ниже пупка, а справа ниже пупка выслушивается сердцебиение с частотой 128 уд/мин. Но определить положение плода второго не удается. Схватки через 4-5 мин по 35 сек., регулярные. Таз: 25-27-32-21.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4 п/п. Плодный пузырь цел, выражен при схватке. Над входом в таз определяется подвижная головка. Мыс не достигается. Через 3 часа с момента поступления отходят воды, потуги появляются и через 1,5 часа рождается мальчик с массой 3250г.

В матке определяется второй плод в поперечном положении, головка слева.

Начинается обильное кровотечение сразу после рождения плода. Общая кровопотеря в родах составила 600.

### **Вопросы:**

1. Диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Причины кровотечения после рождения плода?
4. Тактика врача при возникшем кровотечении?
5. Возможен ли поворот плода на ножку с последующим извлечением за тазовый конец?
6. Как извлечь послед второго плода?
7. Нужен ли осмотр родовых путей?
8. Нужен ли контроль за маткой?
9. Причины отслойки первого последа?
10. Были ли показания к операции кесарева сечения?

11. Нужен ли наркоз при родоразрешении данной роженицы?
12. Осложнения, возникающие при отслойке плаценты, в родах и в послеродовом периоде?
13. Борьба с анемией?
14. Прогноз для матери и плода при отслойке плаценты?
15. Какие нужно сделать лабораторные исследования?

### **Ситуационная задача 28**

Беременная К., 20 лет, поступила в клинику 24.11.2002 г. с жалобами на рвоту до 20 раз в сутки.

Менструации с 16 лет, установились сразу, приходят через 30 дней, длятся по 4 дня, безболезненные, в умеренном количестве, последние месячные были 13.09.2002 г. Замужем 6 месяцев. Гинекологических заболеваний не было. Других заболеваний также не отмечает.

Настоящая беременность первая, больной себя считает 3 недели и указывает, что вначале появилась, а в последующем развилась сильная слабость. Рвота вначале была 2-3 раза в день, а затем участилась до 20 раз в сутки.

За время болезни до поступления в клинику больная потеряла в весе 7 кг. Отношение к беременности положительное.

При поступлении: телосложение правильное, питание резко пониженное. Вес 50 кг, рост 162 см. Кожа суховата, язык влажный, обложен беловатым налетом, губы сухие, аппетит понижен. Артериальное давление 90/55 мм рт. ст., пульс 90 ударов в минуту, ритмичный.

Тоны сердца слегка приглушены, границы в норме. В легких - везикулярное дыхание. Живот мягкий болезненность при пальпации в области эпигастрия. Мочеиспускание редкое, малыми порциями. В моче следы белка.

Анализ крови: эритроцитов 3-1012/л, гемоглобина 93 г/л, лейкоцитов 10-10%, СОЭ -38 мм/ч.

Наружные половые органы развиты правильно, слизистая влагалища и шейки матки чистая. Матка в anteversio. Тело ее шарообразной формы, увеличено до 7-8 недель беременности. Признак Горвица - Гегара положительный. Придатки не определяются.

### **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. Каков патогенез данного осложнения беременности?
3. В какие сроки беременности возникают ранние токсикозы?
4. Какие еще формы ранних токсикозов встречаются?
5. Какие патологические процессы являются фоновыми при возникновении рвоты бе-

ременных?

6. Какие заболевания следует исключить при установлении данного диагноза?
7. Назовите классификацию рвоты беременных.
8. При совокупности каких симптомов прогноз становится особенно тяжелым?
9. Что предусматривает комплекс лечебных мероприятий при рвоте беременных?
10. Как проводят лечение рвоты беременных по методу Н.В. Кобозевой?
11. Какие физиотерапевтические методы могут быть использованы при лечении рвоты беременных?
12. Что следует предпринять при безуспешности консервативной терапии?

### **Ситуационная задача 29**

Роженица А., 36 лет, поступила в родильный дом с родовой деятельностью, начавшейся 6 часов назад. Роды в срок.

Гинекологическими заболеваниями не болела. 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.

Женщина правильного телосложения: рост 164 см, масса 80 кг. Состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые оболочки чистые, нормальной окраски. Отеков нет. Пульс - 76 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 120/80 - 125/85 мм рт. ст. Живот вытянут в поперечном направлении. Брюшная стенка дряблая, справа ниже пупка небольшой линейный рубец после аппендэктомии. Изменений со стороны внутренних органов не выявлено.

Окружность живота - 110 см, высота дна матки - 28 см. Дно матки широкое, плоское, расположено низко. 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. Воды не отходили. Схватки средней силы, продолжительностью 30 - 35 с, через каждые 4-5 мин. Размеры таза: 26 - 29 - 31 - 21 см. Индекс Соловьева - 14 см.

Влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты правильно. 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. Поставьте диагноз.
2. Какое положение плода называют поперечным?
3. Какие клинические признаки подтверждают диагноз?
4. Каковы причины формирования поперечного положения плода?
5. Что такое самоизворот?
6. Какие механизмы самоизворота Вы знаете?
7. Какие признаки подтверждают запущенное поперечное положение плода?
8. Что такое акушерский поворот?
9. Дайте оценку таза роженицы.
10. Какова тактика ведения этих родов?
11. В каком сроке беременная с поперечным положением плода должна быть госпитализирована?
12. Какой прогноз родов при поперечном положении плода?

### **Ситуационная задача 30**

Беременная А., 24 года, поступила в отделение патологии беременности в срок 30 недель. Жалобы на слабость, плохой сон, сердцебиение и отеки нижних конечностей. В 12 - летнем возрасте был поставлен диагноз: 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°. АД 110/70 мм. рт.ст. Пульс 90 ударов в минуту, экстрасистольная. Видимые слизистые цианотичны. Сердце - на верхушке систолический шум, выраженный акцент II-го тона на легочной артерии. Печень на 1,5 см ниже реберной дуги. Акушерское обследование: размеры таза без патологии, 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: наружные половые органы без изменений. Влагалище не рожавшей женщины, шейка матки чистая, сохранена, наружный зев закрыт. Мыс не достижим. Экзостозов нет. Емкость таза удовлетворительная.

Ваш диагноз? Тактика врача? К какой степени риска отнести данную женщину. Диагноз: Беременность 30 недель, головное предлежание. Врожденный порок сердца. Недостаточность кровообращения I (Н<sub>1</sub>).

Консультация терапевта. Провести обследование на функциональное состояние с/с системы.

На основании клиники, лабораторных данных определить степень риска. Пульс 90, изменение систолического и минутного объема сердца. По ЭКГ - экстрасистолия.

Данная беременность относится к III группе риска. В стационаре проводить лечение: кардиальная терапия. Профилактика угрожающей внутриутробной гипоксии плода. Лечение 2-3 недели. Беременной предстоят роды через естественные родовые пути. Во время родоразрешения участвуют: акушер-гинеколог, терапевт, неонатолог.

### **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз данной беременной женщине?
2. Назовите симптомы заболевания?
3. Назначьте лечение?
4. Какие изменения можно выявить у плода с помощью УЗИ?
5. В консультации каких специалистов нуждается данная женщина?
6. По каким признакам можно поставить срок беременности?
7. Как решаются вопросы возможности сохранения беременности при врожденных пороках сердца?
8. каким методом производится прерывание беременности сроком до 12 недель при наличии порока сердца?
9. Какой вопрос следует решить в первую очередь с началом родовой деятельности у роженицы с пороком сердца?
10. Как вести II и III периоды родов и что необходимо сделать в раннем послеродовом периоде у данной женщины?
11. Перечислите мероприятия, направленные на профилактику повышенной кровопотери во втором периоде родов?
12. Перечислите особенности ведения раннего послеродового периода?
13. Перечислите мероприятия по профилактике осложнений во время беременности и в родах, а также у беременных и рожениц?

### **Ситуационная задача 31**

Беременная 26 лет поступила в отделение беременности в сроке 38 недель. Жалобы на боли внизу живота и пояснице. Настоящая беременность вторая. Первая беременность закончилась родами. Родился мальчик на 3000 г., живой, здоровый. После операции на сердце - успешно, проведенная коммиссуротомия по поводу стеноза митрального клапана 2 года тому назад врачи разрешили еще иметь ребенка.

Женскую консультацию посещала регулярно. Наблюдалась врачами: акушером-гинекологом и терапевтом. В стационаре обследовалась и лечилась в сроке 11 недель, 18, 30 недель беременности.

В настоящее время поступила в родильный дом для подготовки к родоразрешению. Общее состояние средней тяжести. Температура тела 36,7°. АД 110/70. Пульс 90 ударов в минуту, ритмичный. Видимые слизистые цианотичны. Сердце - на верхушке систолический шум. Дыхание 20 в минуту. На ногах умеренные отеки. Печень не пальпируется. Акушерское обследование: размеры таза без патологии. Окружность живота 85 см. Высота дна матки 36 см. Положение плода продольное. Предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение 138 ударов в минуту, ритмичное.

Влагалищное исследование? Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки 1,5 см, размягчена, зв пропускает 1 поперечный палец. Плодный пузырь цел. Мыс не достижим. Емкость таза удовлетворительная.

Ваш диагноз? Тактика врача? К какой степени риска отнести данную беременную женщину?

Диагноз: Беременность 38-39 недель. Головное предлежание. Комиссуротомия по поводу стеноза митрального клапана.

Консультация терапевта. Провести обследование на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы. На УЗИ плацента с петрификатами.

Данная беременная отнесена к I группе риска.

В стационаре проводить лечение: кардиальная терапия, назначить мочегонные средства, успокаивающие нервную систему лекарства, витамины и др. Профилактика угрожающей внутриутробной гипоксии плода. Лечение 7-10 дней.

Во время лечения имелась полная компенсация кровообращения. Исход родов ожидается благоприятным. В целях профилактики сердечной недостаточности назначить внутривенно 0,5 мл 0,06% раствора коргликона в 20,0 мл 40% раствора глюкозы в начале первого и второго периодов родов, кокарбоксылазу по 150 мг внутримышечно через каждые 12 часов, кислородотерапия. Роды обезболить закисью азота с кислородом.

Родилась девочка - 3100 г., рост 49 см. Оценка по шкале Апгар 8 баллов, через 5 минут 9. Через 15 минут отделилась плацента и выделился послед, при осмотре цел. В третьем периоде родов вводилось внутривенно 5 Ед окситоцина в растворе 5% глюкозы. Кровопотеря 250 мл.

Продолжительность первого периода родов 6 часов 15 минут, второго 15 минут и третьего 15 минут. Состояние после родов удовлетворительное. В течение недели получала Adoniolis Vemalis 8,0 - 200,0 по 1 ст. л. х 3 раза в день. Выписана домой в удовлетворительном состоянии с ребенком на 10 сутки. Задания к задаче 31

### Вопросы:

1. Поставьте диагноз данной больной?
2. Перечислите типичные жалобы беременной, страдающей заболеванием сердца?
3. Через какое время и почему может быть решен вопрос о сохранении беременности после комиссуротомии?
4. Назовите возможные причины декомпенсации сердца во время беременности?
5. Какие изменения можно выявить у плода с помощью УЗИ?
6. Какие характерные изменения плаценты можно выявить на УЗИ?

7. В консультации каких специалистов нуждается данная женщина?
8. какие лекарственные средства применяются в I, II, III периодах родов?
9. В каких случаях применяется лечебный наркоз?
10. Назовите несколько спазмолитических препаратов, применяемых в родах?
11. Перечислите мероприятия, направленные на профилактику повышенной кровопотери во втором периоде родов?
12. По каким симптомам вы диагностируете состояние ребенка при рождении?
13. На какие сутки после родов можно выписать домой с ребенком?

### **Ситуационная задача 32**

Роженица С, 35 лет, поступила в роддом с родовой деятельностью, начавшейся 4 часа назад. Роды в срок.

Гинекологический анамнез: миома матки небольших размеров. Беременность III, первая закончилась нормальными родами, II - медаборт на сроке 7-8 недель. Настоящая беременность III. Женскую консультацию посещала нерегулярно.

Женщина правильного телосложения, умеренного питания: рост 165, масса 80 кг. Состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски, чистые, отеков нет. Стул и мочеиспускание не нарушены. PS - 68 уд/мин. АД 110/70. Д=Б. Изменений со стороны внутренних органов не выявлено.

При наружном осмотре живот вытянут в поперечном направлении. ОЖ - 118 см; В ДМ - 31. Дно матки широкое, плоское, расположено низко. В боковых отделах матки определяются: справа - крупная мягкой консистенции часть, слева - округлая плотная ballotирующая часть. Предлежащая часть плода над входом в малый таз не определяется. Сердцебиение плода наиболее отчетливо выслушивается на уровне пупка до 140 уд/мин, ясное, ритмичное. Воды не отошли. Схватки по 25-30 секунд через 4 минуты, средней силы. Размеры таза 26-29-31-21. Индекс Соловьева - 14,5 см; Ромб Михаэлиса имеет форму перевернутого квадрата, все стороны которого равны 11 см.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободное без рубцов. Шейка матки сглажена. Открытие маточного зева 3 поперечных пальца (6 см). Плодный пузырь цел. Во время схватки хорошо наливается. Предлежащую часть ни через плодный пузырь, ни через передние своды обнаружить не удалось. Мыс крестца не достигается, емкость таза достаточная, экзостозов нет.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. Каким считается положение плода, если ось плода и ось матки образуют угол в 90°?

3. Какую форму имеет матка при наружном осмотре в случае поперечного положения плода?
4. Будет ли соответствовать ВДМ и ОЖ сроку беременности при поперечного положения плода?
5. Как определяется позиция плода при поперечном положении плода?
6. Как определяется вид плода при поперечном положении плода?
7. Где будут определяться крупные части плода в случае поперечного положения плода?
8. Где лучше выслушивается сердцебиение плода в случае поперечного положения плода?
9. Можно ли определить предлежащую часть (головку или ягодицы) при влагалищном исследовании в случае поперечного положения плода ?
10. При каком сроке беременности необходимо направить женщину на дородовую госпитализацию в случае поперечного положения плода?
11. Какой метод родоразрешения используются в настоящее время в случае поперечного положения плода?
12. Как заканчивают роды в случае запущенного поперечного положения плода?

### **Ситуационная задача 33**

Родильница М., 33 лет повторнородящая на 4-ые сутки послеродового периода предъявила жалобы на обильные лохии с запахом.

Страдает хроническим пиелонефритом в течение 2-х лет. Беременность VI, первая беременность закончилась родами, 4-У, медицинскими абортами, 2 из которых осложнились острым эндометритом. Роды длились 19 часов 20 минут. Температура тела 38,6.

Объективно: Кожные покровы влажные, бледность слизистых оболочек. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясное, ритмичное. АД 110/70 на обеих руках. Пульс 92 уд.

Печень и селезенка не пальпируется. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптом Пастернацкого справа слабо положительн. Матка мягковатая 15 см над лонном, болезненная при пальпации. Выделения из половых путей мутно-сукровичные, обильные с запахом.

Бимануально: Шейка матки окончательно не сформирована, цервикальный канал свободно пропускает 2 поперечных пальца. Матка мягкая, увеличена до 14-15 недель беременности. Придатки не определяются; своды свободные. Выделения мутные с запахом.

## Вопросы:

1. Что подразумевается под термином, послеродовой эндометрит с патофизиологической точки зрения.
2. Возбудители послеродового эндометрита.
3. Какой симптом послеродового эндометрита является патогномичным?
4. Какие звенья иммунной защиты страдают при послеродовом эндометрите?
5. Каким образом реагирует на развитие послеродового эндометрита система гемостаза.
6. Что является входными воротами для инфекции при послеродовом эндометрите.
7. Какие заболевания женских половых органов провоцируют возникновение послеродового эндометрита.
8. Какие экстрагенитальные заболевания способствуют возникновению послеродового эндометрита.
9. Какие осложнения беременности ведут к послеродовому эндометриту.
10. Какие осложнения родов играют в развитии послеродового эндометрита.
11. Какие аппаратные методы применяются в диагностики послеродового эндометрита.
12. Какую антибактериальную терапию нужно назначить при послеродовом эндометрите, учитывая особенности микробного возбудителя.
13. Какие немедикаментозные методы применяют при лечении послеродового эндометрита.
14. Каков объем инфузионной терапии при послеродовом эндометрите?

## Ситуационная задача 34

Первобеременная Л., 18 лет, поступила в стационар из женской консультации 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 и трансфузиологический анамнез без особенностей. Гинекологические заболевания - двусторонний аднексит 1 год назад. В течение года с целью предохранения от беременности использовала презервативы. Данная беременность вторая, первая

беременность в 17 летнем возрасте была прервана медицинским абортом в сроке 7 нед., без осложнений. Во время данной беременности отмечает прибавки массы тела до 600 г. в неделю с 30 нед. С 32 нед. отмечает 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 - 180/120 мм рт.ст. Моча при кипячении свернулась.

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

Срок беременности по всем данным 36-37 нед. Высота дна матки 30 см, окружность живота - 84 см. Предполагаемый вес плода - 2520 г.

Общий анализ крови: НЬ -136 г/л. Эритроциты - 3,6x10<sup>12</sup>/л, Тромбоциты - 138,0x10<sup>9</sup>/л, Лейкоциты - 5,1x10<sup>9</sup>%, п/я - 1 %, с - 63 %, э - 1 %, л - 26 %, м - 9 %, СОЭ - 41 мм/час, Нт - 39 %.

Общий анализ мочи: уд. вес - 1014, лейкоциты - 4-8 в п/зрения, эпителий - 5-6 в п/зрения, белок - 3500 мг/л, цилиндры гиалиновые - 3-4 в п/зрения.

### **Вопросы:**

13. Поставьте диагноз данной беременной.
14. Перечислите предрасполагающие факторы, которые способствовали развитию данного заболевания.
15. На каком сроке беременности началось данное осложнение?
16. По каким признакам диагностируется степень тяжести осложнения у данной беременной?
17. Какие изменения можно выявить на эхокардиоскопии у этой беременной?
18. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
19. В консультации каких специалистов нуждается данная беременная?
20. Что лежит в основе классификации гестоза?
21. Какие факторы являются ведущими в патогенезе гестоза?
22. Назначьте лечение.
23. Чем обусловлен выбор тактики ведения при гестозе?
24. Назовите основные направления лечения гестоза.

### Ситуационная задача 35

Больная К., 20 лет, доставлена машиной скорой медицинской помощи в гинекологическое отделение с жалобами на резкую схваткообразную боль в нижней части живота с иррадиацией в поясничную область, задний проход, слабость, головокружение.

Заболела 3 часа назад, когда появились резкие боли в нижней части живота, больше справа, тошнота, рвота, был обморок. Начало заболевания связывает с поднятием тяжести.

В анамнезе: Хроническое воспаление матки и придатков, корь, коревая краснуха, хронический пиелонефрит.

Менструации с 14 лет, по 3-4 дня через 30 дней, регулярные, безболезненные. Последняя менструация 12 дней назад, пришла в срок, прошла без особенностей. Половая жизнь с 18 лет, в браке. Беременность 1, закончилась родами.

Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледного цвета. Артериальное давление 95/55 мм рт. ст. Пульс 104 в минуту. Живот при пальпации болезненный, особенно в надлобковой области, напряженный, не вздут. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. При перкуссии живота определяется притупление звука в нижнем отделе.

Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение лобка по женскому типу. Осмотр в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы. Слизистая влагалища и шейки матки визуально не изменены. Наружный зев закрыт. Выделения сукровичные скудные. Бимануально: тело матки отклонено кзади, нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки четко пальпировать не удается из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки. Через правый боковой свод определяется образование без ясных контуров, пастообразной консистенции, болезненное.

Произведена пункция брюшной полости через задний свод влагалища - получена темная кровь.

#### Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите причины данной патологии.
3. Назовите основные клинические проявления данной патологии.
4. Оцените общее состояние пациентки.
5. Какие дополнительные методы исследования следует провести срочно?
6. С какими экстрагенитальными заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?
7. С какими гинекологическими заболеваниями следует провести дифференциацию?
8. Как оценить характер пунктата из брюшной полости?
9. Какое осложнение основного процесса имеется у больной?

10. Определите тактику ведения больной.
11. Определите объем хирургического вмешательства. 12. Современные методы лечения данной патологии.
13. Вероятные последствия данного заболевания.
14. Реабилитация больной.
15. Профилактика данной патологии.

### **Ситуационная задача 36**

Беременная К., 23 лет, поступила в клинику с жалобами на рвоту до 16 раз в сутки.

Менструации с 15 лет, установились сразу, через 30 дней, по 5 дней, безболезненные, в умеренном количестве. Последние месячные 7 недель назад. Замужем первый год. Гинекологические заболевания отрицает. Из общесоматических - детские инфекции.

Настоящая беременность первая, больной себя считает 2 недели. Вначале появилась, а в последующем развилась сильная слабость. Рвота по 2 - 3 раза в день, в последнюю неделю участилась до 15-16 раз в сутки.

За время болезни до поступления в клинику больная потеряла в массе 5 кг. Беременность желанная.

При поступлении: телосложение правильное, питание пониженное. Масса тела 52 кг, рост 160 см. Кожа суховата, язык влажный, обложен беловатым налетом, губы сухие, апетит понижен. Артериальное давление 95/50 мм рт. ст., пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, ослабленного наполнения.

Тоны сердца слегка приглушены, границы в норме. В легких - везикулярное дыхание. Живот мягкий болезненность при пальпации в области эпигастрия. Мочеиспускание редкое, малыми порциями. В моче следы белка.

Анализ крови: эритроцитов 3,5-10<sup>12</sup>/л, гемоглобина 104 г/л, лейкоцитов 12-10<sup>9</sup>/л, СОЭ - 32 мм/ч.

Наружные половые органы развиты правильно, слизистая влагалища и шейки матки чистая. Матка в anteversio. Тело ее шарообразной формы, увеличено до 7 - 8 недель беременности. Признак Горвица - Гегара положительный. Придатки не определяются. Своды свободные, выделения слизистые умеренные.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. Каков патогенез данного осложнения беременности?
3. В какие сроки беременности возникают ранние токсикозы?
4. Какие еще формы ранних токсикозов встречаются?
5. Какие патологические процессы являются фоновыми при возникновении рвоты беременных?

6. Какие заболевания следует исключить при установлении данного диагноза?
7. Назовите классификацию рвоты беременных.
8. При совокупности каких симптомов прогноз становится особенно тяжелым?
9. Что предусматривает комплекс лечебных мероприятий при рвоте беременных?
10. Как проводят лечение рвоты беременных по методу Н.В. Кобозевой?
11. Какие физиотерапевтические методы могут быть использованы при лечении рвоты беременных?
12. Что следует предпринять при безуспешности консервативной терапии?

### Ситуационная задача 37

Роженица Т., 31 год, поступила в родильный дом через 4 часа после начала родовой деятельности. Воды не отошли. Беременность доношенная.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена. В детстве перенесла ветряную оспу, взрослой неоднократно болела простудными заболеваниями. Менструации с 14 лет, установились сразу, продолжительность 4-5 дней через 28 дней, умеренные безболезненные. Замужем с 20 лет, брак первый. Всего беременностей пять: первая закончилась нормальными срочными родами, масса плода 2830,0 г, затем было 3 медицинских аборта, без осложнений, предпоследняя беременность прервалась самопроизвольным выкидышем на сроке 11 нед. Настоящая беременность шестая. Впервые обратилась в женскую консультацию при сроке беременности 9 недель. Беременность протекала без осложнений. Прошла физио-, психопрофилактическую подготовку к родам.

Объективно. При поступлении состояние женщины удовлетворительное, рост - 159 см, масса тела - 64 кг, телосложение правильное. Кожа и слизистые оболочки розовые. АД - 120/80 - 120/70 мм. рт. ст., пульс 80 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Живот правильной овоидной формы, мягкий безболезненный, окружность - 108 см, высота стояния дна матки над лобком - 38 см. Пальпация матки безболезненна. Положение плода продольное, предлежащая головка малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева на уровне пупка, частота 132 уд/мин. Размеры таза: 24-26-29-18 см. Схватки через 2-3 мин, продолжительностью 30-35 с, хорошей силы.

Данные влагалищного исследования. Влагалище рожавшей женщины, шейка сглажена, открытие маточного зева на 4 поперечных пальца (8 см). Плодный пузырь цел, вскрыт. Отошло 200 мл светлых околоплодных вод. Предлежит головка плода занимает верхнюю 1/3 лона. Стреловидный шов и правым косым размере, малый родничок слева у лона. Мыс достигается,  $cd=11,5$  см,  $cv=10$  см. Экзостозов и деформаций полости таза нет.

Через 1 час после поступления жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Родовая деятельность - потуги через 1 мин по 50-55 с. Головка плода большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 145 уд в мин. Еще через 30 мин жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Потуги через 1,5 мин по 35-40 с. Головка плода

опустилась в полость малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 142 уд в мин. Признак Вастена вровень. Взята на родовой стол. Наложена повязка Вербова. Родился живой доношенный плод женского пола, массой 3980,0 г. Последовый период без особенностей.

На первые сутки после родов женщина пожаловалась на боли в области лонного сочленения, усиливающиеся при движении ногами, положителен симптом «прилипшей пятки». Объективно в области лонного сочленения умеренная отечность, при пальпации болезненность, определяется ниша.

#### **Вопросы:**

1. Поставить диагноз.
2. Какие клинические данные подтверждают диагноз?
3. Назовите причины, приводящие к данному осложнению беременности.
4. Какие дополнительные методы обследования должны быть использованы?
5. Каковы признаки данного осложнения выявляемые при дополнительных методах исследования?
6. Какова лечебная тактика?
7. Какие ещё органы могут быть затронуты при данном патологическом состоянии?
8. Какова тактика родоразрешения женщин, имевших такое осложнение в анамнезе?
9. Как изменяется походка женщины после лечения при таком осложнении родов?
10. В каких мероприятиях нуждаются женщины после лечения такого состояния?
11. Какие оперативные вмешательства в родах могут способствовать развитию данного осложнения?
12. Какова медикаментозная терапия при данном осложнении?
13. Каковы особенности физиологического течения беременности, способствующие развитию данного осложнения?
14. Какова длительность лечения подобных состояний?
15. Каковы производящие моменты в развитии данного осложнения в рассматриваемом случае?

#### **Ситуационная задача 38**

Первобеременная 25 лет. Пришла в женскую консультацию на очередной осмотр в сроке 34 недели беременности. Жалоб не предъявляет. За последнюю неделю прибавила в весе на 1 кг. Видимых отеков нет. Артериальное давление у беременной 115 и 65 мм.рт.ст. Отмечается лабильность сердечно-сосудистой системы при физической нагрузке. Диагностируется симптом «кольца». Понижение диуреза днем, больше «мочится» в ночное время. Отмечается гиперкоагуляция.

Положение плода продольное, предлежит головка ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ритмичное. Наружные размеры таза беременной нормальные. Окружность живота 70 см. Высота дна матки 33 см.

Влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище не рожавшей женщины. Шейка матки сохранена, зев закрыт, мыс не достижим. Экзостозов нет. Емкость таза удовлетворительная.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз данной беременной женщине.
2. Перечислите факторы, способствующие развитию данного заболевания.
3. Назовите симптомы заболевания и назначьте лечение.
4. По каким данным можно поставить срок беременности?
5. Сколько времени потребуется для лечения беременной с этим заболеванием?
6. Какие немедикаментозные средства необходимы для лечения?
7. какие лекарственные средства необходимы для лечения?
8. В консультации каких специалистов нуждается данная женщина?
9. Какие лабораторные исследования следует провести?
10. С помощью какой аппаратуры можно уточнить диагноз?
11. Какой прогноз родов?

#### **Ситуационная задача 39**

В родильный блок поступила беременная К., 29 лет со сроком беременности 34-35 недель. Жалобы на отхождение околоплодных вод 12 часов назад. Родовая деятельность отсутствует.

Данная беременность третья, 2 предыдущие беременности закончились самопроизвольными выкидышами на сроке 20 и 24 недели.

Из гинекологических заболеваний отмечает кольпит хламидийной этиологии. Получила во время настоящей беременности курс лечения эритромицином по 0,25 x 4 раза в день в течение 10 дней.

Данные наружного акушерского исследования: окружность живота 83 см; высота дна матки 32 см. Предлежащая часть - головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 146 уд/мин. Подтекают светлые околоплодные воды.

При влагалищном исследовании: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище без рубцов. Костное кольцо без экзостозов. Шейка матки расположена по продольной оси малого таза, длиной 1 см, мягкая, цервикальный канал пропускает 1 п/пальца. Предлежит головка, кости ее мягкие. Плодного пузыря нет. Мыс недостижим.

#### **Вопросы:**

1. Диагноз.
2. Какие роды называются преждевременными?
3. Признаки незрелости плода.
4. Предполагаемый вес плода.
5. Что явилось причиной преждевременных родов в данном случае?
6. Дайте оценку шейке матки с учетом степени ее готовности.
7. Какие осложнения родов могут иметь место у данной роженицы?
8. Какой метод родовозбуждения применим в данной ситуации?
9. Какие мероприятия, направленные на улучшение состояния плода, необходимо провести?
10. Тактика ведения I периода родов.
11. Тактика ведения II периода родов.
12. Какие осложнения со стороны новорожденного необходимо предупредить у данной роженицы?
13. Риск какого послеродового осложнения велик у данной беременной?

#### **Ситуационная задача 40**

В роддом поступила повторнобеременная Г., 29 лет с жалобами на отхождение околоплодных вод 3 часа назад и начало схваток 2,5 часа назад. Беременность доношенная. Соматический и гинекологический анамнез не отягощен. Первая беременность 4 года назад закончилась нормальными родами; вторая беременность - 2 года назад - медицинским абортom без осложнений.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Схватки по 45-50 секунд, через 2-1,5 мин, активные. Положение плода продольное, головка плода большим сегментом во входе в таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 в мин. Отеков нет. В ДМ 35 см., ОЖ 95 см, размеры таза 26-29-31-20 см., АД 120/80 мм рт ст на обеих руках, пульс 76 в мин.

При влагалищном исследовании: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода, ею занято 2/3 лона и 2 крестцовых позвонка. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона. Через 10 минут появилось желание потужиться.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. К какому виду аномалий родовой деятельности относятся быстрые роды?
3. Как проводят профилактику быстрых родов?
4. Какие роды считают быстрыми?

5. Как определить предполагаемую массу плода?
6. Дайте оценку тазу матери.
7. При каком сроке беременности роды считают срочными?
8. Какие осложнения могут возникнуть при быстрых родах со стороны матери?
9. Какие осложнения для плода возможны при быстрых родах?
10. Назовите этиологические факторы чрезмерной родовой деятельности.
11. Какие еще роды относятся к чрезмерной родовой деятельности?
12. Какова нормальная продолжительность родов у повторнородящих?

#### **Ситуационная задача 41.**

Первородящая 25 лет. Беременность доношенная. Роды начались 16 часов назад. Безводный промежуток 8 часов. Размеры таза: 25-28-31-20. Сердцебиение плода слева ниже пупка, аритмичное до 100 ударов в минуту, между схватками не выравнивается. Влагалищное исследование: открытие полное, плодного пузыря нет. Головка в узкой части полости малого таза. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок слева спереди (сзади), ниже большого, большой - справа сзади (спереди). Диагноз. План ведения.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. К какому виду аномалий родовой деятельности относятся быстрые роды?
3. Как проводят профилактику быстрых родов?
4. Какие роды считают быстрыми?
5. Как определить предполагаемую массу плода?
6. Дайте оценку тазу матери.
7. При каком сроке беременности роды считают срочными?
8. Какие осложнения могут возникнуть при быстрых родах со стороны матери?
9. Какие осложнения для плода возможны при быстрых родах?
10. Назовите этиологические факторы чрезмерной родовой деятельности

#### **Ситуационная задача 42.**

Первобеременная 30 лет. Беременность доношенная. 5 часов назад одновременно с началом родовой деятельности отошли воды. При поступлении схватки через 5 минут по 35 секунд средней силы. Температура тела нормальная. Размеры таза: 26-26-31-17. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 130 ударов в минуту. Предполагаемый вес плода 3800.

Влагалищное исследование: шейка сглажена, края тонкие, открытие 2 см. Плодного пузыря нет. Головка прижата ко входу в малый таз. Малый родничок слева, большой справа выше малого. Стреловидный шов в поперечном размере, отклонен к мысу. Мыс достигается. Диагональная конъюгата-10 см. Диагноз. План ведения.

**Вопросы:**

1. Диагноз.
2. Период родов.
3. Какое предлежание.
4. Какие роды.
5. Какой таз.
6. Ваши действия.

**Ситуационная задача 43.**

Первобеременная 30 лет. Беременность доношенная. Родовая деятельность хорошая, началась 11 часов назад. Безводный промежуток 6 часов. Размеры таза: 23-25-31-20. Индекс Соловьева 15 см. Предполагаемая масса плода 3550. Влагалищное исследование: открытие полное, плодного пузыря нет. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз. Малый родничок спереди, большой сзади, выше малого. Стреловидный шов в прямом размере. Мыс не достигается. Диагноз. План ведения.

**Вопросы:**

1. Диагноз.
2. Период родов.
3. Какое предлежание.
4. Какие роды.
5. Какой таз.
6. Ваши действия.

**Ситуационная задача 44.**

Беременность 3-я, роды 2-е. Беременность доношенная, продолжительность родовой деятельности 4 часа. Воды целы. При поступлении жалоб не предъявляла. АД 180/100. Отеки на нижних конечностях. Роженица внезапно побледнела, появились жалобы на распирающие боли в животе. Пульс 100 уд. в минуту, мягкий. Матка напряжена, асимметричной формы за счет выбухания левого угла. Из-за напряжения матки не удается определить предлежащую часть. Сердцебиение плода глухое, до 90 ударов в минуту, ритмичное. Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие 5 см. Плодный пузырь цел. Выделения слизистые.

**Вопросы:**

1. Диагноз.
2. План ведения.опросы:

**Ситуационная задача 45.**

Беременность - 5-я, доношенная. Роды 5-е. Продолжительность родовой деятельности 6 часов. Предыдущие роды прошли без осложнений. Размеры таза нормальные. Схватки через 5 мин, по 30 сек., умеренной силы. Головка плода определяется справа, тазовый конец слева. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 ударов в мин. Через 30 мин. после поступления отошли воды. Влагалищное: открытие 6 см., плодного пузыря нет. Предлежащей части нет. Мыс не достигается. Костных деформаций нет.

**Вопросы:**

- 1.Диагноз.
- 2.Тактика.

**Ситуационная задача 46.**

Беременность 36 недель, 7-я, роды 4-е. Жалобы на скудные кровяные выделения из половых путей в течение 9 часов. Родовой деятельности нет. Объективно: кожные покровы обычной окраски. Температура тела 36,5. АД 120\70 мм. рт. ст., пульс 80 уд. в мин., удовлетворительных свойств. Положение плода продольное. Головка плода над входом в малый таз, отклонена несколько вправо. Сердцебиение плода 138 уд. в мин., ясное, ритмичное.

**Вопросы:**

- 1.Предварительный диагноз.
- 2.План обследования.
- 3.Лечение.

**Ситуационная задача 47.**

Больной 48 лет. Беременностей не было. Гинекологические заболевания отрицает. На профосмотре обнаружена опухоль яичника. Во время операции по вскрытию брюшной полости обнаружено: правый яичник увеличен до 8x10x7 см. При макроскопическом осмотре на наружной поверхности опухоли обнаружены множественные папиллярные разрастания. На разрезе вся внутренняя поверхность опухоли выполнена папиллярными разрастаниями. Левый яичник и брюшина без видимых патологических изменений.

**Вопросы:**

1. Диагноз.
2. Объем операции и дальнейшее ведение больного.

**Ситуационная задача 48.**

Первородящая 21 год. Потуги начались 2 часа назад. Воды отошли 2 часа назад. Рост 150 см. Пульс 80 уд. в мин. Температура тела нормальная. Размеры таза: 25-28-32-17. Окружность живота 94 см. Высота стояние дна матки 38 см. Предполагаемая масса плода 3800. Сердцебиение плода 138 уд. в мин. Влагалищное исследование: открытие полное. Плодного пузыря нет. Головка прижата ко входу в малый таз, малый родничок справа, большой слева на одном уровне с малым. Стреловидный шов в поперечном размере, отклонен к мысу. Диагональная конъюгата 10,5 см. Признак Вастена положительный.

**Вопросы:**

1. Диагноз.
2. План ведения.

**Ситуационная задача 49.**

Больной 40 лет. Поступила с жалобами на сильные боли в животе, сопровождающиеся рвотой, задержкой газов и мочеиспускания. Заболела сутки назад, когда среди полного здоровья появились боли внизу живота слева. Менструальный цикл не нарушен. В анамнезе: 2-е нормальных родов. Состояние средней тяжести. Пульс 110 уд. в мин. Температура тела 37,4. Язык суховат. Живот вздут, напряжен, резко болезненен. Положительные симптомы раздражения брюшины, особенно слева. При влагалищном исследовании: шейка без особенностей, матка и придатки четко не контурируются из-за резкой болезненности и напряжения передней брюшной стенки. Левый свод укорочен, слева на уровне гребня подвздошной кости пальпируется нижний полюс округлого образования резко болезненный, туго эластической консистенции, мало подвижен. Правый свод глубокий. Последний раз у гинеколога была 10 лет назад.

**Вопросы:**

1. Диагноз.
2. План ведения.

### **Ситуационная задача 50.**

Беременность 22-23 недели. Матка за последние 4 недели уменьшилась, и соответствует 15-16 неделям беременности. Общее состояние беременной удовлетворительное. Шевеления плода нет. Шейка матки закрыта. Выделений из половых путей нет.

#### **Вопросы:**

1. Диагноз.
2. План ведения.

### **Ситуационная задача 51**

Больной К. 16 лет. Менструации с 15 лет, нерегулярные, с большими перерывами. Последняя менструация 4 мес. назад. При поступлении бледна, из половых путей значительные кровяные выделения.

#### **Вопросы:**

1. Каков ваш диагноз?
2. Назовите основные причины ювенильных маточных кровотечений?
3. Какие диагностические мероприятия необходимы в данном случае?
4. Показания для гистероскопии и раздельного выскабливания слизистой матки при ювенильных кровотечениях.
5. План лечения.

### **Ситуационная задача 52**

Больной Ж. 44 года. После 2-месячной задержки менструации наблюдаются обильные кровяные выделения из половых путей, продолжающиеся 10 дней. При двуручном исследовании обнаружено: матка не увеличена, шейка цилиндрической формы, наружный зев закрыт, придатки не определяются.

#### **Вопросы:**

1. Предварительный диагноз?
2. План лечения
3. Показания к гистероскопии.
4. Осложнения гистероскопии.
5. Дайте определения прогестинам. Что к ним относится?

### **Ситуационная задача 53**

Больной Т. 49 лет. Последний год менструации - через 1,5-2 мес., обильные. При гистологическом исследовании слизистой матки обнаружена железисто-кистозная гиперплазия эндометрия.

#### **Вопросы:**

1. Какие процессы могут происходить в яичнике?
2. Определите тактику лечения.
3. Что означает абляция эндометрия?
4. Какие заболевания относят к предраку эндометрия?
5. Какая триада заболеваний зачастую сопровождает гиперпластические процессы эндометрия?

### **Ситуационная задача 54**

У больной Н., 32 лет, 24-й день менструального цикла. Реакция влажалищного мазка - IV, симптом зрачка резко положительный, выражен симптом арборизации.

#### **Вопросы:**

1. Какие процессы могут наблюдаться в яичнике и в матке?
2. Перечислите тесты функциональной диагностики.
3. Что они определяют ?
4. Составьте план обследования и лечения.
5. Как вы понимаете термин «лютеинизация неовулировавшего фолликула»?

### **Ситуационная задача 55**

Больной У. 32 года. Жалобы на нерегулярные менструации. Нередко бывают задержки на 2-3 мес., бесплодие (в браке 3 года). При осмотре обнаружен гипертрихоз; при влажалищном исследовании пальпируются несколько увеличенные безболезненные яичники.

#### **Вопросы:**

1. Каков предполагаемый диагноз?
2. Какие гормональные исследования необходимо провести у этой больной?

3. Какие исследования являются наиболее информативными?
4. К какому осложнению может привести данное заболевание?
5. План лечения.

### **Ситуационная задача 56**

Больной Б. 30 лет. Жалобы на бесплодие (в браке 3 года). Результат гистеросальпингографии: маточные трубы проходимы. Менструации регулярные с 14 лет. Муж здоров.

#### **Вопросы:**

1. Каковы предполагаемые причины бесплодия?
2. Дайте определение бесплодного брака.
3. Нужно ли проводить лапароскопию?
4. С чего начинается обследование бесплодной пары?
5. Какие гормоны необходимо исследовать в сыворотке крови?

### **Ситуационная задача 57**

У больной Г., 37 лет, 28-дневный менструальный цикл. При обследовании по тестам функциональной диагностики к 18 дню выявлено: симптом "зрачка" +++, КПИ - 65%.

#### **Вопросы:**

1. Дайте характеристику менструального цикла.
2. Какие тесты функциональной диагностики вы ещё знаете?
3. Назовите фазы менструального цикла.
4. Что такое ановуляция?
5. Назовите нормальную продолжительность менструального цикла.

### **Ситуационная задача 58**

У больной Ж., 33 лет, после аборта в течение трех месяцев отсутствует менструация. При обследовании по тестам функциональной диагностики в яичнике установлен двухфазный цикл.

#### **Вопросы:**

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Какие дополнительные методы исследования необходимы?
- 3.Назначьте план дальнейшего лечения.
- 4.Показания к гистероскопии.
- 5.Противопоказания к гистероскопии.

### **Ситуационная задача 59**

У больной О., 19 лет, аменорея. Вторичные половые признаки слабо выражены. Уровень гипофизарных гормонов не изменен, уровень яичниковых гормонов значительно снижен. При двуручном исследовании обнаружено: матка маленькая, придатки с обеих сторон не определяются.

#### **Вопросы:**

- 1.Каков предполагаемый диагноз?
2. Какие инструментальные методы исследования необходимо произвести?
3. Какие тесты функциональной диагностики вы знаете?
4. Дайте определение первичной аменореи.
5. План лечения.

### **Ситуационная задача 60**

Больной К. 16 лет. Страдает ювенильными маточными кровотечениями. На момент курации кровяных выделений нет.

#### **Вопросы:**

- 1.Каков план обследования?
2. План лечения.
3. Перечислите тесты функциональной диагностики.
4. С какой целью проводят тесты функциональной диагностики?
5. Какой тип ановуляции характерен для ювенильных кровотечений?

### **Ситуационная задача 61**

Больной И.42 года. Жалобы на постоянные боли внизу живота и пояснице. В течение ряда лет страдает воспалительным процессом придатков матки с частыми обострениями, неоднократно проводила комплексную терапию амбулаторно и в стационаре, дважды

проводила лечение грязями на курортах. При осмотре обнаружено: придатки утолщены до 4 см в поперечнике, неподвижны, уплотнены, безболезненны.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ведения.
3. Какие микроорганизмы вызывают воспалительные процессы в придатках матки?
4. Дайте определение тубоовариального абсцесса.
5. В чем заключается профилактика воспалительных заболеваний матки и придатков матки?

**Ситуационная задача 62**

Больной Ж. 40 лет. В анамнезе - двухсторонний сальпингоофорит с частыми обострениями. При поступлении в больницу температура 37,8 С, пульс 100 уд. В 1 мин. При пальпации болезненность внизу живота, симптом Щеткина-Блюмберга выражен слабо. В придатках слева и сзади образование 8x10 см, неподвижное, плотноэластическое с неровной поверхностью, малоболезненное.

**Вопросы:**

1. Каков Ваш диагноз?
2. Составьте план ведения.
3. Какие микроорганизмы вызывают воспалительные процессы в придатках матки на современном этапе?
4. Какие осложнения могут быть при оперативном лечении воспалительных образований придатков матки?
5. Дайте определение пельвиоперитониту.

**Ситуационная задача 63**

Больной С. 34 года. Отмечаются жалобы на сильные боли внизу живота и пояснице, озноб, высокая температура, частые позывы на акт дефекации, выделения слизи из прямой кишки. Две недели назад произведен криминальный аборт в домашних условиях. При осмотре отмечено: живот мягкий, болезненный, в нижних отделах симптомов раздражения брюшины нет. Матка смещена кпереди и вправо. Придатки определить не удается. Задний и левый своды уплощены, инфильтрированы, стенка влагалища неподвижна, в заднем своде определяется очаг размягчения. Пальпация резко болезненна.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ведения.

3. Какими патогенными микроорганизмами обусловлено воспаление придатков матки преимущественно в молодом возрасте?
4. Пути проникновения инфекции при параметрите?
5. Чем параметрит отличается от пельвиоперитонита?

#### **Ситуационная задача 64**

Больной Т. 36 лет. В анамнезе двое родов, три аборта, последние пять лет отмечается бесплодие. В настоящее время наблюдаются задержка менструаций на 3 нед., боль внизу живота с иррадиацией в область прямой кишки, временами слабость. Состояние удовлетворительное, АД 120/80, пульс 96 уд в 1 мин., живот в нижних отделах болезненный, слабо выражен симптом Куленпампфа. Шейка синюшна, выделения кровяные, темные, смещения шейки болезненны. Тело матки больше нормы, неплотное, правые придатки в спайках, левые утолщены, пастозны, резко болезненны. Задний свод влагалища уплощен.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ведения.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Какие причины приводят к трубной беременности?
5. Какие консервативные операции при трубной беременности вы знаете?

#### **Ситуационная задача 65**

Больной Ф. 26 лет. Обратилась по поводу кровяных выделений из половых путей, появившихся после задержки менструаций на 3 нед. Произведено выскабливание слизистой матки. В соскобе выявляется децидуальная реакция без ворсин хориона.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Составьте план дальнейшего обследования.
3. Какие причины приводят к трубной беременности?
4. Что означает термин "крик Дугласа"?
5. Ваши дальнейшие действия.

#### **Ситуационная задача 66**

Больной Н. 49 лет, миома матки в течение 10 лет, по величине опухоль соответствует 12 нед. беременности. Последние годы менструации обильные, длительные. При поступлении жалуется на схваткообразные боли внизу живота. При осмотре в зеркалах обнаружено: слизистая влагалища и шейки матки чистая, зев закрыт.

**Вопросы:**

1. Дайте предполагаемый диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Какие существуют абсолютные показания к оперативному лечению при миоме матки?
4. Какие существуют относительные показания к оперативному лечению при миоме матки?
5. Какие препараты для заместительной гормональной терапии вы знаете?

**Ситуационная задача 67**

Больной Ф. 32 года. При поступлении отмечено: жалобы на схваткообразные боли внизу живота, кровяные выделения из половых путей (менструации закончились 3 нед. назад). Заболела остро. В "зеркала" слизистая влагалища чистая, шейка синюшна, зев открыт, в шейке видно образование. При двуручном исследовании обнаружено: в шеечном канале плотное округлое образование, тело матки увеличено соответственно 8 нед беременности, плотное, небугристое. Придатки с обеих сторон без особенностей.

**Вопросы:**

1. Какой диагноз?
2. В каких случаях показана консервативная миомэктомия?
3. Перечислите абсолютные показания к оперативному лечению?
4. Перечислите относительные показания к оперативному лечению?
5. План лечения.

**Ситуационная задача 68**

Больной Я. 36 лет. При профилактическом осмотре обнаружена матка, увеличенная соответственно 10 нед. беременности, плотная, с гладкой поверхностью. Придатки матки без особенностей. Менструальная функция не нарушена.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз.
2. План ведения.
3. У каких пациенток производится консервативная миомэктомия?
4. Какие существуют абсолютные показания к оперативному лечению при миоме матки?

5. . Какие существуют относительные показания к оперативному лечению при миоме матки?

### **Ситуационная задача 69**

У больной С. 44 лет, множественная миома матки, размер которой соответствует 16 нед. беременности, сочетающаяся с рецидивирующей лейкоплакией шейки матки.

#### **Вопросы:**

1. Определите предполагаемый объем операции.
2. Чем экстирпация матки отличается от надвлагалищной ампутации матки?
3. Какой доступ оперативного вмешательства наиболее предпочтителен?
4. В каких случаях применяется заместительная гормональная терапия?
5. Какие препараты для заместительной гормональной терапии вы знаете?

### **Ситуационная задача 70**

У больной П., 40 лет, при осмотре шейки матки зеркалами на передней губе выявлен белесоватый участок размерами 1x1 см. Данные двуручного исследования без особенностей.

#### **Вопросы:**

1. Каков диагноз?
2. План обследования?
3. Какие заболевания относятся к предраку шейки матки?
4. Что такое ЦИН?
5. Как производится расширенная кольпоскопия?

### **Ситуационная задача 71**

Больная К., 49 лет, жалуется на контактные кровяные выделения из половых путей, значительные водянистые бели. Данные анамнеза: эрозия шейки матки была 10 лет назад, произведена диатермокоагуляция, наступила эпителизация. При осмотре зеркалами отмечено: шейка гипертрофирована, синюшна, из шеечного канала после осмотра - яркие кровяные выделения. При двуручном исследовании определено: шейка плотная, матка и придатки без особенностей, инфильтратов в параметрии нет.

**Вопросы:**

1. Каков предполагаемый диагноз?
2. Перечислите рекомендуемые дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
3. Определите предполагаемый объем оперативного лечения.
4. Дайте определение операции Вертгейма?
5. Какие заболевания относятся к предраку шейки матки?

**Ситуационная задача 72**

У больной Р., 49 лет, диагностирован после биопсии рак шейки матки. Объективно отмечено: шейка гипертрофирована, на задней губе язвенная поверхность и следы биопсии. Тело матки больше нормы, придатки четко не определяются. С обеих сторон от матки плотные инфильтраты без четких контуров, сливающиеся со стенками таза. Слизистая прямой кишки смещаемая.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. Составте план лечения.
3. Какое осложнение возможно при раке шейки матки III б ст.?
4. Дайте определение операции Вертгейма?
5. Какие заболевания относятся к предраку шейки матки?

**Ситуационная задача 73**

У больной К., 47 лет, за последний год трижды произведено раздельное диагностическое выскабливание по поводу дисфункциональных маточных кровотечений, гистероскопии не было. При гистологическом исследовании обнаружена железисто-кистозная гиперплазия эндометрия.

**Вопросы:**

1. Какие ошибки были допущены при обследовании больной?
2. Какие заболевания относятся к предраку эндометрия?
3. Составьте план лечения.
4. Какие заболевания нередко сопутствуют гиперпластическим процессам эндометрия?
5. Что такое абляция эндометрия?

**Ситуационная задача 74**

Больной А. 68 лет, в постменопаузе 12 лет. Беспокоят периодически скудные кровяные выделения из половых путей. Объективно выявлено: слизистая влагалища влажная, блестящая, выделения из шеечного канала слизисто-кровяные скудные выделения. Тело матки небольшое, плотное, придатки не определяются. Инфильтратов в малом тазу нет.

**Вопросы:**

1. Назовите возможные заболевания.
2. Какие исследования помогут поставить диагноз?
3. Назовите показания к гистероскопии.
4. Возможные осложнения гистероскопии.
5. Назовите противопоказания к выполнению гистероскопии.

**Ситуационная задача 75**

Больная С., 62 лет, жалуется на скудные кровяные выделения из половых путей. В постменопаузе 12 лет. Объективно отмечено: слизистая влагалища и шейки матки чистая, шейка обычной консистенции. Тело матки соответствует 8 нед. беременности, неравномерно плотное, ограниченно подвижное. Придатки не определяются. От ребер матки расходятся в стороны плотные инфильтраты, не достигающие до стенок.

**Вопросы:**

1. Каков возможный диагноз?
2. Какие методы исследования помогут уточнить диагноз?
3. Какие заболевания относятся к предраку эндометрия?
4. Составьте план лечения.
5. Какие группы лимфатических узлов поражаются при данном заболевании?

**Ситуационная задача 76**

Больной А. 32 года. На операции обнаружена псевдомуцинозная опухоль правого яичника.

**Вопросы:**

1. Предполагаемый объем операции.
2. Какие обследования необходимы при опухоли яичника?
3. Какие пути метастазирования при пограничных опухолях яичников?
4. Какой онкомаркер исследуется при опухолях яичников?

5. Какие группы лимфоузлов поражаются при раке яичников?

### **Ситуационная задача 77**

Диагностирована киста яичника. У больной боли внизу живота и пояснице, повышена температура. При пальпации живот в нижних отделах несколько напряжен, болезнен, слабо выражены симптомы раздражения брюшины.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите план ведения.
3. В каком анатомическом образовании проходит яичниковая артерия?
4. Что является анатомической ножкой опухоли яичника?
5. Что является хирургической ножкой опухоли яичника?

### **Ситуационная задача 78**

Больной Ж. 39 лет. Соматически здорова. При проф. осмотре гинекологом обнаружены в области придатков матки плотные бугристые образования с ограничено подвижностью. При влагалищно-прямокишечном исследовании в области крестцово-маточных связок пальпируются "шипы".

#### **Вопросы:**

1. Предполагаемый диагноз.
2. Какие исследования необходимо произвести для подтверждения диагноза.
3. Какие пути метастазирования характерны при злокачественных опухолях яичников?
4. Определите объем оперативного лечения.
5. Определение "триады Мейгса". При каких опухолях встречается?

### **Ситуационная задача 79**

Больной Ф. 48 лет. Жалобы на слабость, плохой аппетит, увеличение живота в объеме, нарушений менструальной функции нет. При обследовании обнаружен асцит, через брюшную стенку пальпируется бугристая опухоль, верхняя граница ее на уровне пупка.

#### **Вопросы:**

1. Каков предполагаемый диагноз ?

2. Какие исследования целесообразно произвести для уточнения процесса?
3. Определите объём оперативного лечения.
4. Какие группы лимфатических узлов поражаются при раке яичника?
5. Какие пути метастазирования при злокачественных опухолях яичников?

### **Ситуационная задача 80**

Больной И. 42 года. Жалобы на постоянные боли внизу живота и пояснице. В течение ряда лет страдает воспалительным процессом придатков матки с частыми обострениями, неоднократно проводила комплексную терапию амбулаторно и в стационаре, дважды проводила лечение грязями на курортах. При осмотре обнаружено: придатки утолщены до 4 см в поперечнике, неподвижны, уплотнены, безболезненны.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план ведения.
3. Какие микроорганизмы вызывают воспалительные процессы в придатках матки?
4. Дайте определение тубоовариального абсцесса.
5. В чем заключается профилактика воспалительных заболеваний матки и придатков матки?

### **Ситуационная задача 81**

Больной З. 35 лет. Менструации нерегулярные, с задержками, обильные. При гистероскопии и выскабливании слизистой матки обнаружена железистая гиперплазия эндометрия, подтвержденная морфологически.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. Каков план лечения?
3. Какие процессы могут происходить в яичнике?
4. Какую гормональную терапию вы назначите?
5. Какова нормальная продолжительность менструального цикла?

### **Ситуационная задача 82**

Больной Ф. 46 лет. За последние два года трижды производили выскабливание слизистой матки по поводу ациклических кровотечений, гистероскопий не было, гистологически

определяется железисто - кистозная гиперплазия эндометрия. Медикаментозное лечение не проводилось. Последнее выскабливание было семь месяцев назад. На момент осмотра обнаружены небольшие кровяные выделения.

**Вопросы:**

1. Каков диагноз?
2. План лечения?
3. Какие процессы могут происходить в яичнике?
4. Какую гормональную терапию вы назначите?
5. Какие заболевания относят к предраку эндометрия?

**Ситуационная задача 83**

У больной Ю., 20 лет, с ожирением, слабым развитием молочных желез, менструаций не было.

**Вопросы:**

1. Назначьте план обследования.
2. Предполагаемый диагноз?
3. Возможные причины данного заболевания?
4. Дайте определение менархе.
5. Дайте определение первичной аменореи.

**Ситуационная задача 84**

Больной Н. 32 года. В анамнезе - бесплодие, двусторонний сальпингоофорит с частыми обострениями. При поступлении отмечают высокую температуру, озноб, боли в нижнем отделе живота. Живот вздут, напряжен во всех отделах, болезненный, с выраженным симптомом Щеткина-Блюмберга. Язык суховат. Пульс 120 уд. В 1 мин. При влагалищном исследовании смещение шейки резко болезненно, придатки и матку определить не удастся из-за болезненности. Кровяные выделения из половых путей.

**Вопросы:**

1. Назначьте план обследования.
2. Предполагаемый диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Есть ли данные за специфическое воспаление?
5. Какова продолжительность консервативной терапии?

### **Ситуационная задача 85**

Больной У. 27 лет. Заболела остро на третий день менструации. Высокая температура, озноб, боли внизу живота. При поступлении состояние относительно удовлетворительное. Пульс 120 уд. В 1 мин. Язык влажный. Живот напряжен в нижнем отделе, болезненный, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Выделения из шеечного канала слизистогнойные, смещение шейки болезненное. Тело матки и придатки четко не контурируются из-за резкой болезненности, своды глубокие, число лейкоцитов 10.000.

#### **Вопросы:**

1. Назначьте план обследования.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Есть ли данные за специфическое воспаление?
5. Надо ли производить лапароскопию?

### **Ситуационная задача 86**

Больной Н. 30 лет. Заболела остро: была высокая температура, резкие боли внизу живота, но через два дня (принимала норсульфазол) температура снизилась, стала нормальной. Продолжают беспокоить боли. При осмотре живот мягкий, в нижних отделах болезненный. В области придатков с обеих сторон тугоэластические образования, болезненные, пальпируемые и через задний свод.

#### **Вопросы:**

1. Назначьте план обследования.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Подберите антибактериальную терапию.
5. Назовите показания к операции.

### **Ситуационная задача 87**

Больной Ш. 30 лет. Отмечается нарушение менструального цикла по типу гипоменструального синдрома. Бесплодие (в браке 6 лет). При осмотре обнаружено: большая пониженного питания, бледна, матка небольшая. Выделения слизистые.

#### **Вопросы:**

1. Назначьте план обследования.
2. Каков диагноз?
3. План лечения?
4. Какие гормональные пробы нужно провести?
5. Связано ли нарушение менструальной функции с пониженным питанием?

### **Ситуационная задача 88**

Больной С. 32 года. Жалуется на "мажущие" кровяные выделения из половых путей, боли внизу живота и пояснице. Отмечена задержка менструации на 2 нед. В браке 5 лет, бесплодие. При осмотре обнаружено: живот болезненный в нижних отделах, смещение шейки болезненно, зев закрыт. Тело матки не увеличено, правые придатки отечны, болезненны, левые без особенностей. Своды свободны. Число лейкоцитов 8 тыс., гемоглобин 110 ед.

#### **Вопросы:**

1. Назначьте план обследования.
2. Предполагаемый диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования помогут в установлении диагноза?
4. Доступ и объем операции.
5. Риск повторной внематочной беременности.

### **Ситуационная задача 89**

Больной Н 21 год. Последние менструации были 3 нед. назад. Бледна, пульс 120 уд. В 1 мин., АД 90/40, живот в нижних отделах болезненный с не резко выраженным симптомом Куленкампа, Слизистая шейки и влагалища обычная, смещение шейки болезненно. Тело матки и правые придатки без особенностей, слева определяется болезненное образование без четких контуров. Гемоглобин 90 ед., число лейкоцитов 8 тыс., температура 37,5 С.

#### **Вопросы:**

1. Назначьте план обследования.
2. Каков предполагаемый диагноз?
3. Составьте план ведения.
4. Перечислите последовательность лечебных мероприятий.
5. Доступы и объемы операции.

### **Ситуационная задача 90**

Больной У. 36 лет. В анамнезе 4 аборта без осложнений. Отмечена задержка менструаций. Заболела остро: от болей внизу живота потеряла ненадолго сознание. Бледна, вялая, пульс 120 уд. В 1 мин., АД 80/40. Живот мягкий, в нижних отделах болезненный, выражен симптом Куленкампа. Смещение шейки резко болезненно, из-за этого невозможно четко пропальпировать тело матки и придатки. Отмечаются пастозность и резкая болезненность заднего свода. Выделений нет.

#### **Вопросы:**

1. Назначьте план обследования.
2. Каков Ваш диагноз?
3. Составьте план ведения.
4. Перечислите последовательность лечебных мероприятий.
5. Доступы и объемы операции.

### **Ситуационная задача 91**

Больной К. 30 лет. Последняя менструация была 6 нед. назад.

Беспокоят боли внизу живота и в пояснице, температура 37,0 С. При осмотре живот мягкий, слабо болезненный в нижних отделах, смещение шейки чувствительно, матка больше нормы, мягковата, правые придатки утолщены, левые отечны, пастозны, болезненны. Своды свободны. Из половых путей выделяются скудные кровяные выделения. В моче обнаружен ХГ.

#### **Вопросы:**

1. Каков предполагаемый диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования помогут в установлении диагноза?
3. Возможные оперативные доступы.
4. Возможные объемы операции.
5. Перечислите условия для цитостатического лечения у данной пациентки.

### **Ситуационная задача 92**

Больной Э. 23 года. Произведено выскабливание слизистой матки по поводу кровяных выделений из половых путей, появившихся после задержки менструации на 3 нед. В соскобе выявляется децидуальная реакция и ворсины хориона.

#### **Вопросы:**

1. Назначьте план обследования.
2. Предполагаемый диагноз.
3. План лечения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Прогноз детородной функции.

### **Ситуационная задача 93**

Больной Б. 38 лет. 5 лет наблюдается по поводу миомы матки (величина опухоли соответствует 9-10 нед. беременности). Жалуется на обильные длительные менструации, при которых гемоглобин снижается до 80 ед. При поступлении пятый день менструации, выделения обильные, больная бледна.

#### **Вопросы:**

1. Предполагаемый диагноз.
2. Назначьте план неотложной помощи.
3. План дальнейшего ведения.
4. Назовите относительные показания для оперативного лечения при миоме матки.
5. Назовите объем операции.

### **Ситуационная задача 94**

Больной Д. 42 года. Наблюдается в течение 5 лет по поводу миомы матки

(ее размер соответствует 7-8 нед. беременности) рост опухоли не отмечается.

Беспокоят обильные менструации по 12-18 дн., симптоматическое и медикаментозное лечение неэффективно. При гистологическом исследовании соскоба слизистой матки выявлена железисто-кистозная гиперплазия, субмукозных узлов не обнаружено.

#### **Вопросы:**

1. Назначьте план обследования.
2. Какие ошибки допущены при обследовании?
3. Показано ли больной оперативное лечение? Объем операции.
4. Является ли у этой больной гиперплазия предраком?
5. Предложите современные варианты консервативного лечения.

### **Ситуационная задача 95**

Больной Ш. 38 лет. Миома матки обнаружена 2 года назад. Заметного роста ее не отмечается. При поступлении беспокоят боли внизу живота, лейкоцитоз 17 000, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При двуручном исследовании обнаружено: матка увеличена соответственно 10 нед. беременности, бугристая, один из узлов подвижный, болезненный. Выделения из половых путей светлые.

#### **Вопросы:**

Каковы диагноз, план ведения?

1. Назначьте план обследования.
2. Длительность консервативной терапии.
3. Критерии эффективности консервативной терапии.
4. Предположите объем операции при неэффективности консервативной терапии.
5. Назовите показания для консервативной миомэктомии.

### **Ситуационная задача 96**

Больной Н. 49 лет, миома матки в течение 10 лет, по величине опухоль соответствует 12 нед. беременности. Последние годы менструации обильные, длительные. При поступлении жалуется на схваткообразные боли внизу живота. При осмотре в зеркалах обнаружено: слизистая влагалища и шейки матки чистая, зев закрыт.

#### **Вопросы:**

1. Назначьте план обследования.
2. Поставьте предполагаемый диагноз.
3. Предполагаемый объем операции.
4. Какие препараты для заместительной гормональной терапии вы знаете?
5. Какие существуют относительные показания к оперативному лечению при миоме матки?

### **Ситуационная задача 97**

Больной У. 43 года. Жалуется на обильные болезненные и продолжительные менструации последние пять лет. При осмотре обнаружено: шейка чистая, матка несколько увеличена, плотная, придатки с обеих сторон без особенностей.

#### **Вопросы:**

1. Определите план обследования.

- 2.Поставьте предполагаемый диагноз.
- 3.Показана ли больной гистероскопия?
- 4.Какова диагностическая ценность УЗИ органов малого таза этой пациентки?
- 5.Предположите возможное состояние эндометрия?

### **Ситуационная задача 98**

Больной Г. 36 лет. Жалуется на болезненные менструации, а в последние два года и на обильные. При осмотре в зеркалах обнаружено: шейка цилиндрическая, на 12 часах "горошина" синюшного цвета. При двуручном исследовании обнаружено: матка несколько больше нормы, плотная, ограниченно подвижная, болезненная. Придатки с обеих сторон в спайках, утолщены, чувствительны. Инфильтрирована клетчатка позади шейки матки.

#### **Вопросы:**

- 1.Назначьте план обследования.
- 2.Каков Ваш предполагаемый диагноз?
- 3.Назначьте план лечения.
- 4.Назовите этиопатогенетические теории возникновения эндометриоза.
- 5.Назовите группы гормональных препаратов применяемых для лечения эндометриоза.

### **Ситуационная задача 99**

Больная О. 32 года, нерожавшая. Во время операции по поводу значительных размеров миомы матки, обнаружено, что тело матки не увеличено, сзади имеется два субсерозно расположенных узла, размером 10х12 и 3х4 см.

#### **Вопросы:**

- 1.Назначьте план обследования.
- 2.Поставьте диагноз.
- 3.Уточните предполагаемый объем операции.
- 4.Назовите относительные показания к оперативному лечению.
- 5.Назовите показания к консервативной миомэктомии.

### **Ситуационная задача 100**

У больной К. 27 лет обнаружена ЦИН-I.

**Вопросы:**

1. Назначьте план обследования.
2. Составьте план ведения.
3. К какой группе заболеваний относится данная патология?
4. Какой метод лечения Вы порекомендуете?
5. Ваши дальнейшие рекомендации по диспансерному наблюдению.

**Ситуационная задача 101**

У больной О. , 27 лет, после диатермокоагуляции по поводу эктопии вновь обнаружено изменение поверхностного покрова влагалищной порции шейки матки.

**Вопросы:**

1. Назначьте план обследования.
2. Уточните план ведения.
3. К какой группе заболеваний относят эктропион шейки матки?
4. Какие методы лечения эктропиона Вам известны?
5. Назовите факторы риска развития рака шейки матки.

**Ситуационная задача 102**

У больной Ш., 30 лет, обнаружен эктропион.

**Вопросы:**

1. Назначьте план обследования.
2. Уточните план ведения.
3. К какой группе заболеваний относят эктропион шейки матки?
4. Какие методы лечения эктропиона Вам известны?
5. Назовите факторы риска развития рака шейки матки.

### **Ситуационная задача 103**

У больной А., 45 лет, обнаружена гипертрофия шейки матки со старыми разрывами и измененными покровами влагалищной порции шейки матки; поверхность гиперемирована, кровоточит.

#### **Вопросы:**

1. Назначьте план обследования.
2. Каков предварительный диагноз?
3. План ведения?
4. Какие заболевания относят к предраку шейки матки?
5. Назовите факторы риска возникновения рака шейки матки.

### **Ситуационная задача 104**

У больной В., 39 лет, при осмотре шейки матки зеркалами на передней ее губе выявлен белесоватый участок размерами 1x1 см. Данные двуручного исследования без особенностей. При кольпоскопии подтверждена лейкоплакия.

#### **Вопросы:**

1. Назначьте план обследования.
2. Каков предварительный диагноз?
3. План ведения?
4. Какие заболевания относят к предраку шейки матки?
5. Назовите факторы риска возникновения рака шейки матки.

### **Ситуационная задача 105**

У больной Т., 47 лет, при осмотре шейки матки зеркалами обнаружен участок йод-негативного эпителия размерами 1 x 2 см с выраженным сосудистым рисунком и истончением эпителиального покрова.

#### **Вопросы:**

1. Назначьте план обследования.
2. Каков предварительный диагноз?
3. План ведения?

4.Какие заболевания относят к предраку шейки матки?

5.Назовите факторы риска возникновения рака шейки матки.

### **Ситуационная задача 106**

Больной И. 48 лет. После биопсии поставлен диагноз "рак шейки матки". Данные обследования: влагалище свободно, тело матки соответствует 6 нед. беременности, неравномерно плотное, придатки не определяются. Инфильтратов в параметрии нет. Результаты цистоскопии и ретрогистероскопии: патологические изменения в мочевом пузыре и прямой кишке не обнаружены.

#### **Вопросы:**

1.Каковы стадия и вариант распространения процесса?

2.Какая ранняя симптоматика характерна для рака шейки матки?

3.Составьте план лечения.

4.Назовите факторы риска возникновения рака шейки матки.

5.Прогноз для жизни.

### **Ситуационная задача 107**

Больной Ф. 52 года. При биопсии диагностирован рак шейки матки. Объективно выявлено: шейка гипертрофирована, синюшна, со следами биопсии. Тело матки не увеличено, плотное, подвижное. Придатки без особенностей. У левого ребра матки до стенки таза располагается плотный инфильтрат, не сливающийся со стенкой таза. Слизистая прямой кишки над инфильтратом смещается.

#### **Вопросы:**

1.Назначьте план обследования.

2.Поставьте диагноз полностью.

3.Тактика лечения.

4.Назовите пути метастазирования рака шейки матки.

5.Назовите факторы риска возникновения рака шейки матки.

### **Ситуационная задача 108**

Больной Ш. 65 лет. Жалуется на кровяные выделения из половых путей, недержание мочи. Постменопауза 15 лет. При осмотре обнаружено: опущение стенок влагалища, неполное выпадение матки. На шейке язвенная поверхность, причем на передней губе на участке 1,5x1,5 см, которая кровоточит при дотрагивании. При двуручном исследовании отмечено: шейка обычной плотности, тело матки и придатки без особенностей.

**Вопросы:**

- 1.Какие методы исследования нужно рекомендовать для уточнения диагноза?
- 2.Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
- 3.Составьте план лечения.
- 4.Какие заболевания относятся к предраку шейки матки?
- 5.Какое исследование является скрининговым при патологии шейки матки?

**Ситуационная задача 109**

Больная У., 49 лет, доставлена в больницу по поводу значительных кровяных выделений их половых путей. Последние два года отмечает ациклические кровяные выделения из влагалища. Половой жизнью не живет 5 лет. У гинеколога не была последние 10 лет. Объективно выявлено: слизистая влагалища несколько синюшна, шейка в виде кратера, ее изъятая поверхность обильно кровоточит. Пальпаторно шейка плотная, влагалищные своды укорочены. Придатки отдельно не определяются. С обеих сторон от матки плотные образования, доходящие до стенок таза. Слизистая прямой кишки смещается.

**Вопросы:**

- 1.Назначьте план обследования.
- 2.Поставьте диагноз полностью.
- 3.Окажите необходимую помощь.
- 4.Какое осложнение возможно?
- 5.Какие заболевания относят к предраку шейки матки?

**Ситуационная задача 110**

У больной К., 49 лет, за последние 2 года трижды произведено диагностическое выскабливание по поводу дисфункциональных маточных кровотечений. Проводилось лечение депо-провера. КПИ составляет 55%. Результаты гистологического исследования: 1. Железисто-кистозная гиперплазия эндометрия; 2. Аденоматозный полип; 3. Аденоматозный полип с атипией.

**Вопросы:**

- 1.Назначьте план обследования.
- 2.Составьте план ведения.
- 3.Определите объем оперативного вмешательства.
- 4.К какой группе препаратов относится депо-провера?

5.Какие тактические ошибки допущены?

### **Ситуационная задача 111**

Больная Н., 45 лет, поступила с дисфункциональным маточным кровотечением.

Произведена гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки. В эндометрии обнаружен и удален аденоматозный полип.

#### **Вопросы:**

- 1.Назначьте план обследования.
- 2.Составьте план ведения.
- 3.Определите объем оперативного вмешательства.
- 4.Какие заболевания относят к предраку эндометрия?
- 5.Прогноз для жизни?

### **Ситуационная задача 112**

Больной Б. 60 лет. Постменопауза составляет 5 лет. По поводу маточного кровотечения произведена гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки. Результат соскоба: полипоз эндометрия.

#### **Вопросы:**

- 1.Назначьте план обследования.
- 2.Поставьте диагноз.
- 3.Каков план ведения?
- 4.Дайте определение постменопаузы.
- 5.Какие заболевания относят к предраку эндометрия?

### **Ситуационная задача 113**

Больной В. 70 лет. Жалуется на выделения из половых путей, слабость.

Объективно отмечено: слизистая влагалища и шейки матки чистая, из шеечного канала гнойно-кровяные выделения в умеренном количестве. Тело матки соответствует 6 нед. беременности, неравномерно плотное, ограниченно подвижное. Придатки справа утолщены, припаяны к матке, слева не определяются. Справа у ребра матки инфильтрат.

#### **Вопросы:**

1. Назначьте план обследования.
2. Дайте наиболее вероятный диагноз.
3. Могут ли быть кровяные выделения могут быть вызваны раком трубы?
4. Могут ли быть кровяные выделения могут быть вызваны раком эндометрия?
5. Показана ли данной больной гистероскопия?

#### **Ситуационная задача 114**

Больной К. 32 года. Во время операции обнаружены плотноэластические бугристые опухоли с прорастанием капсулы.

##### **Вопросы:**

1. Назначьте план обследования.
2. Каков диагноз?
3. Объем операции?
4. Назовите факторы риска возникновения опухолей и рака яичников.
5. Что называется анатомической ножкой опухоли яичника?

#### **Ситуационная задача 115**

Больной Д. 18 лет. На операции обнаружена папиллярная цистаденома левого яичника с прорастанием капсулы.

##### **Вопросы:**

1. Назначьте план обследования.
2. Наметьте план лечения.
3. Каков объем операции?
4. Назовите факторы риска возникновения опухолей и рака яичников.
5. Какой прогноз для репродуктивной функции?

#### **Ситуационная задача 116**

Больной Н. 60 лет. На операции обнаружена простая серозная цистаденома.

##### **Вопросы:**

1. Назначьте план обследования.

2. Определите объем операции.
3. К какой группе опухолей яичников в соответствии с клинико-морфологической классификацией относят простую серозную цистаденому?
4. Назовите факторы риска возникновения опухолей и рака яичников.
5. Дайте определение постменопаузы.

### **Ситуационная задача 117**

Больная О., 54 лет, в постменопаузе находится 2 года. 10 лет назад у нее

обнаружено опухолевидное образование в области придатков матки размером 6х8 см. При осмотре в настоящее время размеры опухоли прежние.

#### **Вопросы:**

1. Составьте план обследования больной.
2. Составьте план ведения больной.
3. Укажите ошибки ведения больной
4. Определите объем оперативного вмешательства.
5. Назовите факторы риска возникновения опухолей яичников.

### **Ситуационная задача 118**

Больной К. 34 года. При обследовании в малом тазу с обеих сторон от

матки пальпируется плотное ограниченно подвижное образование размером 7х8 и 6х9 см. Год назад была произведена операция - резекция желудка и патологических изменений со стороны придатков не было.

#### **Вопросы:**

1. Назначьте план обследования.
2. Каков предполагаемый диагноз?
3. План ведения?
4. Назовите факторы риска возникновения рака яичников.
5. Назовите известные Вам метастатические опухоли яичников.

### **Ситуационная задача 119**

Больной Ю. 58 лет. В постменопаузе 3 года. Отмечает явления омоложения, нагрубание молочных желез, при двуручном исследовании отклонений от нормы не обнаружено, КПИ 40%.

**Вопросы:**

1. Назначьте план обследования.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план ведения.
4. Что характеризует кариопикнотический индекс?
5. Дайте определение менопаузы.

**Ситуационная задача 120**

Больной К. 10 лет. Отмечается преждевременное половое развитие, некоторое увеличение живота. При ректальном исследовании нечетко контурируется образование в брюшной полости.

**Вопросы:**

1. Назначьте план обследования.
2. Поставьте диагноз.
3. План лечения.
4. Для каких опухолей яичников характерны симптомы преждевременного полового созревания?
5. Что такое триада Мейгса?

**СОДЕРЖАНИЕ**

Введение .....	3
Ситуационные задачи для подготовки к государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалистов по специальности «Лечебное дело». Кардиология. ....	4
Эталоны ответов .....	33

Чотчаева Асият Исмаиловна

Пономарева Евгения Борисовна

Ситуационные задачи  
для подготовки к государственной итоговой аттестации  
и первичной аккредитации специалистов  
по специальности «Лечебное дело» «Педиатрия».  
Акушерство и гинекология.

Учебно-методическое пособие  
для студентов 6 курса, обучающихся  
по специальности 31.05.01 «Лечебное дело», 31.05.01  
«Педиатрия».

Печатается в авторской редакции

Сдано в набор  
Формат 60x84/16  
Бумага офсетная.  
Печать офсетная.  
Усл. печ. л.  
Заказ №  
Тираж

Оригинал-макет подготовлен в Библиотечно-издательском  
центре СевКавГГТА  
369000, г. Черкесск, ул. Ставропольская, 36