

Ситуационная задача № 1

Пациентка 26 лет, беременность вторая, срок беременности 39 недель. Первая беременность 2 года назад закончилась самопроизвольным абортом на сроке 7-8 недель. При поступлении в роддом пациентку беспокоят схватки через 2-3 минуты по 45 секунд средней силы, которые начались 7 часов тому назад.

При объективном обследовании обнаружено: Рост 152 см, вес 62 кг. Размеры таза при пельвиометрии: 26-28-30-17. Окружность живота 102 см, высота стояния дна матки 39 см. Прибавка массы за беременность 11 кг. Кожные покровы физиологической окраски, отеков нет. АД 115/70, ЧСС 80 в 1 мин, температура тела 36,70С. Тело матки приходит в тонус, схватки через 3 мин по 45 сек средней интенсивности. Плод располагается параллельно длинной оси матки, спинка плода расположена слева, головка плода прижата ко входу в малый таз. При аускультации сердечной деятельности плода выявлено: ЧСС 180 в 1 мин, тоны ритмичные, приглушены.

При внутреннем акушерском исследовании установлено: шейка матки сглажена, открытие 10 см, края шейки матки мягкие, растяжимые, толщиной 0,5 см. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере плоскости входа в малый таз, малый родничок располагается слева спереди, плодный пузырь не определяется, мыс не достижим, экзостозов нет, подтекают зеленоватые воды. Признак Генкеля – Вастена положительный.

Вопросы:

1. Определите предполагаемую массу плода.
2. Оцените степень зрелости шейки матки.
3. Оцените данные пельвиометрии.
4. Поставьте клинический диагноз.
5. Определите тактику ведения родов.
6. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче.

Ситуационная задача № 2

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

Беременность первая, срок 21 неделя. Состоит на диспансерном учете в женской консультации по беременности. Перенесённые заболевания: ОРВИ, хронический гайморит. Данные пельвиометрии: *distantia spinarum* – 24 см, *distantia cristarum* – 26 см, *distantia trochanterica* – 29 см, *conjugata externa* – 18 см. Индекс Соловьева 14 см.

В общем анализе крови выявлено: гемоглобин 110 г/л, лейкоциты $12 \times 10^9/\text{л}$ (эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты – 18%, моноциты – 9%), СОЭ – 34 мм /час.

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

Вопросы:

1. Оцените результаты клинико-лабораторных исследований.
2. Поставьте диагноз данной беременной.
3. Перечислите предрасполагающие факторы, которые способствовали развитию данного заболевания.
4. Какое лечение требуется пациентке по условию задачи.
5. Влияние данной патологии на состояние внутриутробного плода.

Ситуационная задача № 3

Родильница 26 лет. Через 30 минут после рождения последа при очередном массаже выделился сгусток крови до 350 мл. Общая кровопотеря достигла 650 мл, кровотечение продолжается.

В анамнезе 3 беременности, 1 из них закончилась срочными родами без осложнений, 2 – самопроизвольными выкидышами. Последняя беременность осложнилась анемией.

Объективно: Рост 172 см. Вес 79 кг. Кожа и видимые слизистые бледные. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 82 удара в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. на обеих руках.

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

Родовые пути осмотрены в зеркалах. Разрывов не обнаружено.

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче.
2. Определите максимально допустимый объем кровопотери у пациентки.
3. Поставьте клинический диагноз.
4. Определите дальнейшую тактику ведения.
5. Какие факторы являются ведущими в патогенезе данной патологии?

Ситуационная задача № 4

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

Настоящая беременность третья. Первая закончилась самопроизвольными родами в срок без патологии, вторая – медицинским абортом год тому назад.

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

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

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

Размеры таза 25-28-30-20. Индекс Соловьева 15 см. Высота стояния дна матки – 34 см, окружность живота – 110 см. Слева в матке определяются два округлых образования, одно – мягкое, другое – плотное, ballotирующее. Сердцебиение плода выслушивается выше пупка справа 178 уд. в мин. и ниже пупка слева 144 уд. в мин., ясное, ритмичное. Схватки умеренные, через 3-4 минуты продолжительностью до 35-40 секунд.

Данные влагалищного исследования: Влагалище рожавшей женщины, шейка матки сглажена, края ее средней толщины, мягкие, растяжимые. Открытие маточного зева 5 см. Плодный пузырь отсутствует. Подтекают светлые околоплодные воды. Предлежащая часть не определяется. Емкость таза хорошая. Мыс не достигается.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Оцените степень зрелости шейки матки.
3. Оцените данные аускультации сердечной деятельности плодов.
4. Определите дальнейшую тактику ведения роженицы.
5. Какая ошибка допущена при ведении беременной в женской консультации.

Ситуационная задача № 5

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

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

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

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

Объективные данные. Кожа и видимые слизистые бледные. Рост 161 см, масса тела – 76 кг. Температура тела 36,5°C.

Пульс – 100 уд. в мин., артериальное давление – 90/60 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный. При аускультации лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, несколько болезненный в нижних отделах. Симптом раздражения брюшины нет. Пальпируется матка – плотная, безболезненная. Дно матки определяется на уровне пупка. Симптом поколачивания отрицательный.

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

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче.
2. Определите максимально допустимый объем кровопотери у пациентки.
3. Поставьте клинический диагноз.
4. Определите дальнейшую тактику ведения родильницы.
5. Какие факторы являются ведущими в патогенезе данной патологии?

Ситуационная задача № 6

Пациентка 28 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, появившиеся после задержки менструации на 4 недели. Было произведено лечебно-диагностическое выскабливание полости матки с целью гемостаза. После выскабливания кровянистые выделения из половых путей продолжались. При гистологическом исследовании соскоба обнаружена децидуальная реакция эндометрия без элементов плодного яйца.

Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, установились в течение года, по 3-4 дня через 28 дней, умеренно болезненные. Последняя менструация началась 2 месяца назад. Половую жизнь ведёт с 18 лет, замужем. Было три беременности, первая из которых закончилась срочными самопроизвольными родами, две другие закончились искусственными абортами, которые осложнялись воспалением придатков – больная находилась на стационарном лечении.

Status genitalis. Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Осмотр в зеркалах: слизистая стенок влагалища и шейки матки цианотичная, из цервикального канала тёмные мажущие кровянистые выделения. При бимануальном исследовании: тело матки увеличено до размера 5-6 недельной беременности, тестоватой консистенции, безболезненное. Придатки матки тяжистые, чувствительные при пальпации.

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

Вопросы:

1. Выставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче.
3. Какие методы следует использовать для постановки диагноза.
4. Определите тактику ведения.
5. Какое наблюдение и контроль показаны пациентке.

Ситуационная задача № 7

В родильное отделение поступила первородящая повторнобеременная 25 лет. Срок беременности 39 недель. Предыдущая беременность закончилась искусственным медицинским абортом на сроке 8 недель, без осложнений. Из гинекологических заболеваний отмечает хронический аднексит.

Первая половина беременности осложнилась ранним токсикозом.

Вторая половина беременности протекала без осложнений.

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

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

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

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

Вопросы.

1. Оцените степень зрелости шейки матки.
2. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче.
3. Поставьте клинический диагноз.
4. Определите дальнейшую тактику ведения роженицы.
5. Какие факторы являются ведущими в патогенезе данной патологии?

Ситуационная задача № 8

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

В анамнезе три беременности, одна из них закончилась срочными родами без осложнений, 2 – самопроизвольными выкидышами. Последняя беременность осложнилась анемией.

Объективные данные: рост 172 см. масса тела - 79 кг. Кожа и видимые слизистые бледные. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 82 уд/мин. АД 115/70 мм рт. ст. на обеих руках.

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

Родовые пути осмотрены в зеркалах. Разрывов не обнаружено.

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Определите дальнейшую тактику ведения.
4. Какие факторы являются ведущими в патогенезе данной патологии?

Ситуационная задача № 9

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

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

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

Объективные данные: женщина правильного телосложения, среднего роста. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела – 36,6°C, пульс – 76 уд/мин., АД– 120/70 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологических изменений не выявлено.

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

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

Вопросы:

1. Оцените степень зрелости шейки матки.
2. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче.
3. Поставьте клинический диагноз.
4. Определите дальнейшую тактику ведения роженицы.
5. Определите предполагаемую массу плода.

Ситуационная задача № 10

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

Данные анамнеза. Было две беременности: первая закончилась рождением живого ребенка массой 2700 г, вторая – родами мёртвым плодом массой 2900 г. Настоящая беременность протекала без осложнений.

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

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

Дополнительные измерения: индекс Соловьева – 13,5 см; ромб Михаэлиса измененной формы – верхний треугольник очень низкий.

Вопросы:

1. Оцените степень зрелости шейки матки и данные пельвиометрии.
2. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче.
3. Поставьте клинический диагноз.
4. Определите дальнейшую тактику ведения роженицы.
5. Возможные осложнения.

Ситуационная задача № 11

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

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, планировала родить дома. Через 6 часов от начала активной родовой деятельности излились околоплодные воды и появились сильные, болезненные потуги, которые вскоре приняли почти непрерывный характер. Затем внезапно появилась очень сильная боль внизу живота, со слов женщины, «как удар ножом в живот». После этого родовая деятельность полностью прекратилась. Появилась общая слабость, головокружение, постоянная боль в животе, усиливающаяся при изменении положения. Самочувствие быстро ухудшалось, что заставило родственников вызвать машину скорой помощи.

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

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

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

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Определите дальнейшую тактику ведения роженицы.
4. Объясните возможные причины данной патологии.
5. Возможные осложнения.

Ситуационная задача № 12

Пациентка 23 лет, беременность первая, срок беременности 39 недель. За 5 часов до момента поступления в роддом отошли околоплодные воды. При поступлении в роддом пациентку беспокоят схватки через 4 минуты по 35 секунд средней силы, которые начались 3 часа тому назад.

При объективном обследовании обнаружено: Рост 156 см, вес 76 кг. Размеры таза при пельвиометрии: 26-28-31-20. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 36 см. Прибавка массы за беременность 12 кг. Кожные покровы физиологической окраски, отеков нет. АД 115/70, ЧСС 80 в 1 мин, температура тела 36,70С. Тело матки приходит в тонус, схватки через 4 мин по 35 сек средней интенсивности. Плод располагается параллельно длинной оси матки, спинка плода расположена слева, головка плода прижата ко входу в малый таз. При аускультации сердечной деятельности плода выявлено: ЧСС 180 в 1 мин, тоны ритмичные, приглушены. При внутреннем акушерском исследовании установлено: шейка матки сглажена, открытие 3 см, края шейки матки плотноватые, умеренно растяжимые, толщиной 0,5 см. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере плоскости входа в малый таз, малый родничок располагается слева спереди, плодный пузырь не определяется, мыс не достижим, экзостозов нет, подтекают зеленоватые воды. Проведена кардиотокография, выявлено: базальная ЧСС 178, вариабельность сердечного ритма 4 удара в мин. за 30 мин наблюдения зарегистрированы 3 акцелерации продолжительностью 20 секунд с увеличением ЧСС до 180 уд/мин, 4 поздние децелерации продолжительностью 30 секунд с уменьшением ЧСС до 90 в 1 мин.

Вопросы:

1. Определите предлежание, положение, позицию и вид плода и определите предполагаемую массу плода.
2. Оцените степень зрелости шейки матки.
3. Оцените данные пельвиометрии и прибавку массы тела за беременность.
4. Оцените данные аускультации сердечной деятельности плода и кардиотокографии.
5. Поставьте клинический диагноз и определите тактику ведения родов.

Ситуационная задача № 13

Первобеременная Л., 18 лет, со сроком беременности 34 недели поступила в стационар из женской консультации с жалобами на кровянистые выделения из влагалища, ноющие боли в низу живота. 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 абортom 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.

Объективные данные: 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 – 140/100 мм рт.ст. Моча при кипячении свернулась.

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

Общий анализ крови: НЬ - 96 г/л. Эритроциты - $2,6 \times 10^{12}$ /л, Тромбоциты - $98,0 \times 10^9$ /л, Лейкоциты - $10,1 \times 10^9$ /л, п/я – 4 %, с – 73 %, э – 1 %, л – 14 %, м – 9 %, СОЭ - 41 мм/час, гематокрит – 27 %.

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

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

Вопросы:

1. Определите предлежание, положение, позицию и вид плода.
2. Оцените степень зрелости шейки матки.
3. Оцените данные аускультации сердечной деятельности плода и
4. Какова предварительная причина кровянистых выделений
5. Какие методы исследования следует использовать для постановки диагноза.
6. Выставьте предварительный диагноз. Определите тактику и лечение.

Ситуационная задача № 14

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

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Определите дальнейшую тактику ведения роженицы.
4. Объясните возможные причины данной патологии.
5. Какую неотложную помощь нужно оказать пациентке?

Ситуационная задача № 15

Пациентка 23 лет, беременность вторая, срок беременности 39 недель. Первая беременность закончилась операцией кесарево сечение 2 года тому назад. За 5 часов до момента поступления в роддом отошли околоплодные воды. При поступлении в роддом пациентку беспокоят схватки через 4 минуты по 35 секунд средней силы, которые начались 3 часа тому назад.

При объективном обследовании обнаружено: Рост 156 см, вес 76 кг. Размеры таза при пельвиометрии: 25-27-30-18. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 37 см. Прибавка массы за беременность 12 кг. Кожные покровы физиологической окраски, отеков нет. АД 115/70, ЧСС 80 в 1 мин, температура тела 36,70С. Тело матки приходит в тонус, схватки через 4 мин по 35 сек средней интенсивности. Плод располагается параллельно длинной оси матки, спинка плода расположена слева, головка плода прижата ко входу в малый таз. При аускультации сердечной деятельности плода выявлено: ЧСС 166 в 1 мин, тоны ритмичные, приглушены. При внутреннем акушерском исследовании установлено: шейка матки сглажена, открытие 1,5 см, края шейки матки плотноватые, умеренно растяжимые, толщиной 0,5 см. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере плоскости входа в малый таз, малый родничок располагается слева спереди, плодный пузырь не определяется, мыс не достижим, экзостозов нет, подтекают зеленоватые воды.

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче.
2. Определите предполагаемую массу плода.
3. Оцените данные пельвиометрии
4. Поставьте клинический диагноз.
5. Определите тактику ведения родов.
6. Какая ошибка была допущена при ведении беременной в женской консультации.

6. Ситуационная задача № 16

Первобеременная Л., 18 лет, со сроком беременности 34 недели поступила в стационар из женской консультации с жалобами на кровянистые выделения из влагалища, ноющие боли в низу живота. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные заболевания, хронический пиелонефрит с 14 лет, находится на диспансерном учете. Данная беременность вторая, первая беременность в 17 летнем возрасте была прервана медицинским абортom в сроке 7 недель, без осложнений. Во время данной беременности отмечает прибавки массы тела до 600 г. в неделю с 30 недель. С 32 недель 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 – 150/100 мм. рт. ст. Моча при кипячении свернулась.

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

Общий анализ крови: НЬ - 96 г/л. Эритроциты - $2,6 \times 10^{12}$ /л, Тромбоциты - $98,0 \times 10^9$ /л, Лейкоциты – $8,1 \times 10^9$, п/я – 4 %, с – 73 %, э – 1 %, л – 14 %, м – 9 %, СОЭ - 41 мм/час, гематокрит – 27 %.

Общий анализ мочи: уд. вес – 1014, лейкоциты – 4-8 в п/зрения, эпителий – 5-6 в п/зрения, белок – 0,85 г/л, цилиндры гиалиновые – 3-4 в п/зрения.

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

Вопросы:

1. Оцените результаты клинико-лабораторных исследований.
2. Оцените данные аускультации сердечной деятельности плода.
3. Выставьте предварительный диагноз.
4. Какие дополнительные методы исследования следует использовать для постановки диагноза.
5. Определите тактику ведения пациентки.

Ситуационная задача № 17

На прием к врачу женской консультации пришла женщина с жалобами на отсутствие менструаций в течение 2 месяцев. Пациентку также беспокоит тошнота, бывает рвота по утрам, 5-6 раз в день. Возраст 25 лет, замужем. Данные анамнеза. Наследственность не отягощена. При сборе анамнеза выяснено, что пациентка страдает хроническим тонзиллитом, хроническим пиелонефритом. 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 абортами. Беременность протекала без особенностей.

Объективно. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Рост 155 см, масса тела 52 кг. Температура тела – 36,5 С, пульс – 76 ударов в 1 мин, АД – 120/80 мм рт ст. Данные пельвиометрии: *distantia spinarum* – 24 см, *distantia cristarum* – 26 см, *distantia trochanterica* – 29 см, *conjugata externa* – 18 см. Индекс Соловьева 15 см.

При влагалищном исследовании: слизистая влагалища и шейки матки цианотичная. Шейка матки частая, наружный зев щелевидной формы. Тело матки увеличено до 6-7 недель беременности, ассиметричной формы, при пальпации тонус матки повышается. При пальпации определяется размягченный перешеек.

Вопросы:

1. Определите срок беременности, дату выдачи декретного отпуска и предполагаемую дату родов.
2. Какой объем обследований необходимо выполнить в женской консультации.
3. Какими специалистами должна быть осмотрена женщина при диспансерном наблюдении.
4. Какие методы исследования и в какие сроки используются при ведении беременности.
5. Какие методы используются для диагностики беременности?

Ситуационная задача № 18

На учет по беременности встала женщина с сахарным диабетом. До беременности принимала сахаропонижающие препараты. Возраст 33 года. Настоящая беременность 3-я, роды вторые. Срок беременности 12 недель. Жалобы на тошноту и рвоту по утрам 1 раз в 2-3 дня. АД 100/60 мм.рт.ст., пульс 78 уд/мин. В общем анализе крови гемоглобин 125 г/л, эритроциты $3,8 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты $8,9 \cdot 10^9/л$, тромбоциты $280 \cdot 10^9/л$, СОЭ 14 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес - 1016, белок - нет, сахар - 3,5 ммоль/л, ацетон - слабо полож., эпителий плоский 2-4 в поле зрения, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, эритроциты - 1-2 в поле зрения, слизь - в небольшом количестве. Содержание глюкозы в крови натощак - 7,4 ммоль/л. Тест толерантности к глюкозе: концентрация глюкозы в крови натощак 7,8 ммоль/л, через 1 час 12,8 ммоль/л, через 2 часа - 11,4 ммоль/л.

Вопросы:

1. Оцените данные клинических анализов.
2. Оцените данные теста толерантности к глюкозе.
3. Выставьте предварительный диагноз.
4. Влияние данной патологии на течение беременности, состояние внутриутробного плода и родов.
5. Назначьте лечение. Составьте план ведения беременности.

Ситуационная задача № 19

Беременная наблюдается в женской консультации с 11 недель беременности. 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 7 месяцев назад. Половая жизнь с 23 лет. Было 3 беременности: первая закончилась срочными родами, вторая – медицинским абортом, третья – самопроизвольным выкидышем. На учете в женской консультации не стоит. Срок беременности, определенные по последней менструации, соответствует 30 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 31-недельному сроку беременности. Матка при пальпации в нормотонусе, безболезненная, сердцебиение выслушивается, шевеление плода беременная ощущает.

Анализ крови: Hb – 112 г/л, эритроциты – 3,5 млн., лейкоциты – 7×10^9 , СОЭ – 12 мм/ч..

В анализ моче патологических изменений не выявлено. Группа крови 0(I) RH-отрицательная. При антенетальном обследовании у плода диагностирована генерализованная отечность, увеличение размеров печени и селезенки, выявлено утолщение плаценты.

Группа крови супруга A(II) резус положительный.

Вопросы:

1. Выставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования следует использовать для постановки окончательного диагноза.
3. Составьте план ведения беременности.
4. Какое лечение требуется пациентке по условию задачи.
5. Профилактика данной патологии.

Ситуационная задача № 20

Первобеременная, 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. Гинекологические заболевания – двусторонний аднексит диагностирован 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 абортom в сроке 7 недель, без осложнений. Во время данной беременности отмечает прибавки массы тела до 600 г. в неделю с 30 недель. С 32 недель, отмечает повышение АД до 150/95 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 тонусе. Положение плода продольное. Спинка справа, мелкие части плода слева. Головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритм правильный, 144 уд/мин. Не стрессовый тест положительный.

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

Общий анализ крови: НЬ - 136 г/л. Эритроциты - $3,6 \times 10^{12}/л$, Тромбоциты - $138,0 \times 10^9/л$, Лейкоциты - $5,1 \times 10^9/л$, п/я – 1 %, с – 63 %, э – 1 %, л – 26 %, м – 9 %, СОЭ - 41 мм/час, гематокрит – 39 %.

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

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. По каким признакам диагностируется степень тяжести данной патологии?
4. Какие факторы являются ведущими в патогенезе данной патологии?
5. Какое лечение требуется пациентке.
6. Чем обусловлен выбор тактики ведения при данной патологии?

Ситуационная задача № 21

На учете в женской консультации состоит беременная 36 лет. Беременность 32 недели.

В анамнезе: беременность шестая, родов двое, прошедших без осложнений, медабортов - 3. Последняя беременность два года назад, закончилась медабортом, осложнившимся метроэндометритом.

Течение беременности:

В 7-8 недель беременности лечилась в гинекологическом отделении по поводу угрозы прерывания.

В 16 недель перенесла ОРВИ, осложнившуюся правосторонней пневмонией. Была госпитализирована в терапевтический стационар, где прошла курс лечения.

В 24 недели беременности лечилась по поводу угрозы прерывания в ОПБ.

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

За время беременности прибавила 3,2 кг.

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

Вопросы:

1. Оцените результаты клинико-лабораторных исследований
2. Поставьте диагноз.
3. Тактика родоразрешения.
4. Ведение послеродового периода у данной женщины.
5. Реабилитация данной больной.

Ситуационная задача № 22

На сроке беременности 38-39 недель в акушерский стационар поступила первородящая повторнобеременная женщина. Роды первые. Аборт один. Из гинекологических заболеваний отмечает хронический эндометрит и хронический аднексит.

Первая половина беременности протекала с угрозой прерывания, лечилась в гинекологическом отделении. Во второй половине беременности наблюдались периодические мажущие кровянистые выделения из половых путей.

Акушерский статус: Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 136 уд. в 1 мин. Матка при осмотре пришла в тонус. При внутреннем исследовании выявлено: шейка матки укорочена, мягкая, пропускает один палец. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, высоко над входом в малый таз.

При наблюдении в течение 2 часов появились кровянистые выделения из половых путей отсутствие положительной динамики родовой деятельности по партограмме.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Какие методы исследования необходимо провести данной пациентке для уточнения диагноза.
3. Этиология данного осложнения.
4. Клинические варианты данной патологии и возможные осложнения
5. Определите тактику ведения родов.

Ситуационная задача № 23

Беременная А., 25 лет, доставлена 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.

Объективный статус: общее состояние средней тяжести, температура тела 36,70 . АД 110/70 мм. рт.ст. Пульс 90 ударов в минуту, экстрасистолия. 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.

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче
2. Какая патология выявлена у беременной женщины? Поставьте диагноз.
3. Особенности гемодинамики у беременных женщин.
4. Ведение родов при данной патологии.
5. Профилактика осложнений беременности при данном заболевании?
6. Прегравидарная подготовка к беременности женщин с данной патологией.

Ситуационная задача № 24

У родильницы 29 лет на 9-е сутки после родов по поводу подозрения на остатки плацентарной ткани и субинволюции матки произведено выскабливание полости матки. Через 2 часа появились жалобы на повышение температуры до 40 °С, озноб, ноющие боли внизу живота, слабость.

Роды самопроизвольные на сроке 38 нед., осложнились преждевременным отхождением околоплодных вод, безводный период составил 10 часов. В анамнезе хронический аднексит, эндометрит.

При объективном осмотре состояние тяжёлое, кожные покровы бледные, покрыты липким потом, отмечается акроцианоз. АД – 80/50 мм рт. ст., ЧСС – 100 ударов в мин, частота дыхания – 36 в мин. Больная заторможена. Дыхание жестковатое, тоны сердца приглушены. Живот болезненный в нижних отделах. Внутреннее исследование – матка увеличена до 12 недель беременности, резко болезненная при пальпации, тестоватой консистенции. Выделения кровянистые, мутные, с неприятным запахом.

В клиническом анализе крови – гемоглобин 87 г/л, лейкоциты - 20×10^6 , эозинофилы – 3%, ю – 2%, п/я – 26%, с/я – 42%, л – 18%, м – 9%, СОЭ – 54 мм /час. Диурез снижен.

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче. Поставьте диагноз.
2. Оцените результаты клинико-лабораторных исследований.
3. Неотложная помощь при данной патологии.
4. Реабилитация.
5. Группы риска по данной патологии.

Ситуационная задача № 25

В акушерское отделение поступила роженица 32 лет. Беременность вторая, срок беременности 39-40 недель. Первая беременность закончилась срочными самопроизвольными родами. Начало родовой деятельности 6 часов тому назад. 2 часа тому назад отошли светлые околоплодные воды. При осмотре положение плода продольное, головка во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в мин. Схватки по 40 секунд, средней силы, через 1,5-2 минуты, переходящие в потуги. При внутреннем исследовании открытие шейки матки полное, плодный пузырь отсутствует, предлежит головка, во входе в малый таз. Определяются корень носа, надбровные дуги, лоб с лобным швом, передний угол большого родничка.

Вопросы:

1. Оцените степень зрелости шейки матки.
2. Оцените результаты влагалищного исследования.
3. Предполагаемый диагноз.
4. План ведения родов.
5. Возможные осложнения.

Ситуационная задача № 26

Повторнобеременная женщина поступила с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и подтекание вод при сроке 28-29 недель. Воды отошли 3 часа тому назад. Беременность 3-я, первая и вторая беременности закончились самопроизвольным выкидышем при сроках 7 недель и 12 недель. В анамнезе из перенесенных заболеваний отмечает частые ОРВИ, хронический бронхит, гинекологические заболевания: носитель TORCH-инфекции.

Акушерский статус. Схватки по 25-30 сек. через 4-5 мин., средней силы. Матка соответствует 29 неделям беременности ВДМ- 29 см, ОЖ-81 см. Положение плода продольное, головка во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное.

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

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез данной патологии.
3. Осложнения в родах при данной патологии.
4. Тактика ведения родов при данной патологии.
5. Профилактика.

Ситуационная задача № 27

Роженица, 38 лет, поступила в родильный дом по поводу кровотечения из половых органов, начавшегося 2 ч назад при появления родовых схваток. К моменту поступления кровопотеря составила 50 мл. Беременность доношенная.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена. В детстве перенесла корь, во взрослом возрасте неоднократно болела гриппом. Менструации с 14 лет, установились сразу, продолжительностью 3 дня через 4 недели, умеренные, безболезненные. Замужем с 22 лет, брак второй. Всего беременностей пять: первые две закончились нормальными срочными родами, затем было 3 медицинских аборта, без осложнений. Настоящая беременность шестая. Впервые обратилась в женскую консультацию при сроке беременности 8 недель.

Объективно. При поступлении состояние женщины удовлетворительное, рост 160 см, масса тела 77 кг, телосложение правильное. Кожа и слизистая оболочка розовые. АД - 120/60 - 120/70 мм рт. ст., пульс - 76 в 1 мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Живот правильной округлой формы, мягкий, безболезненный, окружность 104 см, высота стояния дна матки над лоном 32 см. Пальпация матки безболезненна. Положение плода продольное, предлежащая головка высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева на уровне пупка, частота - 136 уд./мин. Размеры таза: 25 - 28 - 30 - 21 см. Схватки через 5-6 мин продолжительностью 30-35 с, хорошей силы.

Влагалищное исследование проводилось очень бережно, при развёрнутой операционной, с соблюдением правил асептики. При осмотре с помощью зеркал со стороны влагалища и шейки матки патологических изменений не обнаружено.

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

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче. Поставьте диагноз.
2. Причины возникновения данной патологии.
3. Какую опасность для плода представляет данная патология?
4. Акушерская тактика при данной патологии.
5. Возможная консервативная тактика при данной патологии.

Ситуационная задача № 28

Повторнородящая, 25 лет, поступила в родильный дом через 12 ч от начала регулярной родовой деятельности с доношенной беременностью. Предыдущие роды два года назад прошли нормально. Общее состояние роженицы при поступлении удовлетворительное, АД — 110/80—110/75 мм рт. ст. Окружность живота — 99 см, высота стояния дна матки — 35 см. Размеры таза: 25-28-30-20 см. Положение плода продольное. Над входом в малый таз определяется подвижная крупная, объемистая, неправильной формы часть, не способная к баллотированию.

В области дна матки пальпируется крупная, плотная, округлой формы, баллотирующая часть плода. Сердцебиение плода определяется справа выше пупка, ясное, ритмичное, частота - 172 уд./мин. Схватки интенсивные, через 3 мин, продолжительностью 40 секунд.

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

Вопросы:

1. Оцените результаты наружного акушерского исследования и поставьте диагноз.
2. Данные влагалищного исследования, подтверждающие диагноз.
3. Тактика ведения родов и биомеханизм родов у данной пациентки.
4. Возможные осложнения.
5. План ведения родов.

Ситуационная задача № 29

Первобеременная 35 лет находится на лечении в отделение патологии беременных в течение 10 дней по поводу преэклампсии. С утра отмечает боли в нижних отделах живота; слабость.

Из анамнеза известно:

Росла и развивалась соответственно возрасту.

Месячные с 14 лет, регулярные, через 28 дней по 4-5 дней. Последние месячные 8 месяцев назад. Замужем. Беременность первая, настоящая. На учёте в женской консультации с 10 недель.

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

Течение настоящей беременности. С 28 недель отмечает повышение артериального давления и появление в моче белка. С диагнозом умеренная преэклампсия, олигогидроамнион направлена на стационарное лечение. Находится в ОПБ 10 дней. Несмотря на проводимое лечение, сохраняется пастозность голеней, артериальное давление колеблется 140-150 мм рт. ст. С 5 часов утра появились боли внизу живота.

Объективно: в сознании, но несколько заторможена, хочет спать. Кожа и слизистые чистые, бледноватые. АД - 130/90 мм рт. ст., пульс - 100 уд. в мин. Живот увеличен беременной маткой, ВДМ - 36 см; ОЖ - 88 см (при поступлении - ВДМ - 30 см; ОЖ - 80 см). Матка в повышенном тонусе, болезненная при пальпации. Части плода чётко не определяются. Стетоскопом с/б плода не выслушивается, частоту подсчитать не удаётся.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Влагалище свободное. Шейка матки укорочена до 2 см, размягчена; наружный зев закрыт. Воды целы. Мыс не достижим. Выделения темные кровянистые без сгустков.

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче.
2. Поставьте диагноз.
3. Классификация данной патологии.
4. С какими заболеваниями необходимо проводить в данном случае дифференциальную диагностику?
5. Какова акушерская тактика ведения данной пациентки.

Ситуационная задача № 30

Роженица 33 лет, поступила в акушерскую клинику с активной родовой деятельностью при доношенной беременности.

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

Объективно. Роженица правильного телосложения. Со стороны внутренних органов у нее отклонений от нормы не отмечается. Через два часа после поступления родился живой доношенный мальчик массой 4100 г.

Через 10 мин после рождения ребенка появились кровянистые выделения, кровопотеря составила 250 мл. Матка шаровидной формы, дно ее стоит на уровне пупка. Моча выведена катетером. При потуживании послед не выделился, кровопотеря достигла 300 мл. Выделение последа способом Абуладзе оказалось безуспешным. При осмотре с помощью влагалищных зеркал разрывов шейки матки и влагалища не установлено, промежность и клитор целые.

Женщина бледная, состояние ее удовлетворительное, АД - 110/60 мм рт. ст., пульс удовлетворительного наполнения, частота - 88 в 1 мин. Матка плотная, шаровидная, дно ее на один поперечный палец ниже пупка. Кровотечение продолжается, кровопотеря достигла 550 мл. Кровь свернулась в сплошной плотный сгусток.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Этиология и клиника данной патологии.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Ведение родов у данной пациентки.
5. Какие были допущены ошибки в ведении последового периода?

Ситуационная задача № 31

Первобеременная 25 лет находится на лечении в отделение патологии беременных в течение 10 дней. С 5 часов утра отмечает боли в нижних отделах живота; слабость.

Из анамнеза известно:

Росла и развивалась соответственно возрасту.

Месячные с 14 лет, регулярные, через 28 дней по 4-5 дней. Последние месячные 8 месяцев назад. Замужем. Беременность первая, настоящая. На учёте в женской консультации с 10 недель.

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

Течение настоящей беременности. С 26 недель беременности периодически фиксировалась патологическая прибавка массы тела. С 28 недель отмечает одутловатость лица по утрам. По совету врача-терапевта, у которого наблюдается по поводу хр. пиелонефрита, принимала нитроксолин и отвар полевого хвоща, отёки уменьшились. На очередном приёме в женской консультации на сроке 32 недели жалоб не предъявляла, АД - 120/80 мм рт. ст. на обеих руках, отёки голеней. В общем анализе мочи: плотность - 1,010; белок - 0,025, лейкоцитов - 4-5 в поле зрения, эритроцитов - 1-2 в поле зрения. С диагнозом водянка беременной направлена на стационарное лечение. Находится в ОПБ 10 дней. Несмотря на проводимое лечение, сохраняется пастозность голеней. С 5 часов утра появились боли внизу живота.

Объективно: в сознании, но несколько заторможена, хочет спать. Кожа и слизистые чистые, бледноватые. АД - 100/60 мм рт.ст., пульс - 100 уд. в мин. Живот увеличен беременной маткой, ВДМ - 37 см; ОЖ - 88 см (при поступлении - ВДМ - 32 см; ОЖ - 78 см). Матка в повышенном тонусе, болезненная при пальпации. Части плода чётко не определяются. Стетоскопом с/б плода чётко не выслушивается, частоту подсчитать не удаётся.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Влагалище свободное. Шейка матки укорочена до 2 см, размягчена; наружный зев закрыт. Воды целы. Мыс не достижим. Выделения слизистые.

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести у данной пациентки.
3. Предварительный диагноз.
4. Причины, способствующие развитию данной патологии.
5. Какова акушерская тактика при данной патологии.

Ситуационная задача № 32

Роженица, 28 лет, повторнородящая, поступила в клинику с начавшейся родовой деятельностью. Роды в срок. Схватки начались 6 ч назад.

Данные анамнеза. Наследственность неотягощена. Детство прошло в тяжелых материально-бытовых условиях. Месячные начались с 15 лет, установились сразу, продолжительностью 3 дня через каждые 30 дней. Имела две беременности: первая беременности закончилась рождением живого ребенка массой 2700 г, вторая — мертворожденного ребенка массой 2900 г. Первые роды длились около 2 сут., вторые тоже длительные. Во время настоящей беременности чувствовала себя хорошо, регулярно посещала женскую консультацию.

Объективно. При поступлении общее состояние удовлетворительное, температура тела — 36,5°C. Рост—149 см, масса тела — 56 кг. Телосложение правильное. Скелет не деформирован. АД — 120/80—125/80 мм рт. ст., пульс ритмичный, частота — 74 в 1 мин. Внутренние органы без патологии. Живот правильной формы. Окружность живота — 98 см, высота стояния дна матки над лоном — 35 см. Размеры таза: 25—28—30—17 см. Положение плода продольное, предлежащая головка плода прижата ко входу в таз. Признак Генкеля — Вастена — головка плода выше уровня симфиза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 140 уд./мин. Схватки средней силы, продолжительностью 25—30 с через 8—10 мин. Отошли в умеренном количестве светлые воды.

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

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

Показатели крови и мочи без патологии.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче.
3. Оцените данные пельвиометрии.
4. Классификация данной патологии.
5. План дальнейшего ведения родов и возможные осложнения в родах.

Ситуационная задача № 33

Родильница Н., 27 лет, повторнородящая, переведена из I-го акушерского отделения в наблюдательное на 7-е сутки после родов в связи с повышением температуры тела до 39 °С, появился озноб.

Настоящие роды осложнились преждевременным отхождением вод (безводный промежуток составил 20 ч) и слабостью родовых сил. При появлении признаков внутриутробной гипоксии плода в периоде изгнания, при нахождении головки в полости таза при полном открытии маточного зева, роды были закончены операцией вакуум-экстракцией с извлечением живого ребенка массой 3800 г. Последовый период осложнился кровотечением, ручным отделением последа. Шейка матки и промежность целые. В течение первых трех суток состояние родильницы было удовлетворительное, температура тела нормальная. С 4-го дня общее состояние стало прогрессивно ухудшаться.

Объективно. Родильница жалуется на общую слабость, озноб, боль внизу живота и в левой паховой области. Кожа умеренно гиперемирована. Температура тела—39 °С, пульс—96 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД —110/75 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов (сердца и легких) патологических изменений не обнаружено. Живот вздут, участвует в акте дыхания, верхние области при пальпации безболезненны. Дно матки определяется на 1 поперечный палец ниже пупка. Дизурические расстройства отсутствуют. Стул нормальный.

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

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

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Классификация данных осложнений.
4. Факторы, способствующие данной патологии.
5. Лечение.

Ситуационная задача № 34

Роженица, 29 лет, доставлена в акушерскую клинику в связи с начавшейся родовой деятельностью. Срок беременности 38-39 недель..

Данные анамнеза. Наследственность неотягощена. В детстве перенесла корь, во взрослом возрасте болела гриппом. Менархе в 12 лет. Месячные установились сразу и были регулярными. Замужем с 23 лет. Первые две беременности закончились срочными нормальными родами, затем в течение 3 лет предохранялась от беременности с помощью ВМК. Настоящая беременность третья, женскую консультацию посещала регулярно. Корректирующая гимнастика на сроке 30 недель оказалась безуспешной. Две недели назад была госпитализирована по поводу поперечного положения плода.

Объективно. Состояние удовлетворительное, температура тела — 36,4°C. Пульс — 76 в 1 мин, хорошего наполнения, АД — 120/80 мм рт. ст. Телосложение правильное, рост — 162 см, масса тела — 69,5 кг. Отеков нет. Со стороны внутренних органов (сердца и легких) отклонений от нормы нет.

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

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

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Какие ошибки допущены при ведении этой пациентки.
4. Тактика ведения родов
5. Возможные осложнения.

Ситуационная задача № 35

Роженица доставлена из районной больницы с доношенной беременностью. Родовая деятельность продолжается в течение 19 часов, безводный промежуток достиг 18 часов. Потуги начались 2 часа тому назад. Продвижение головки плода не отмечается.

Анамнез: данная беременность шестая, в анамнезе 2 родов и 3 медицинских аборта – без осложнений. Вторые роды осложнились слабостью родовой деятельности. Ребенок родился в состоянии асфиксии тяжелой степени. Последняя беременность закончилась медицинским абортом 2 года назад.

При данной беременности наблюдается в женской консультации с 14 недель беременности. Беременность протекала на фоне анемии беременных легкой степени, получала амбулаторное лечение. При сроке беременности 25 недель в течение 10 дней находилась на стационарном лечении по поводу угрозы невынашивания беременности.

Общая прибавка массы тела 12 кг. В течение беременности прошла 3х кратное УЗИ:

при сроке 10 недель – низкая плацентация;

при 22 недели – без патологии;

при сроке 32 недели – признаки преждевременного созревания плаценты.

Объективно: рост 157 см, масса тела 64 кг. Пульс 78 уд/мин., ритмичный, АД 120/75 мм. рт. ст. Температура тела 36,6 °С. Размеры таза 28-28-30-19 см, окружность живота 105 см, высота стояния дна матки 35 см. С/б плода приглушено во время схватки, урежается до 80 ударов в минуту, вне схватки восстанавливается до 110 ударов в минуту.

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

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите клинические симптомы. Какие осложнения развились в родах?
3. Какова продолжительность периода раскрытия и изгнания при нормальных родах?
4. Каков биомеханизм родов у данной роженицы?
5. План ведения данных родов.

Ситуационная задача № 36

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

Анамнез жизни. Менструации с 12 лет, по 3-4 дня, через 27-28 дней безболезненные, умеренные. Было 3 беременности. Первая закончилась самопроизвольными родами в срок без патологии, вторая - медицинским абортом год тому назад. Для предохранения от беременности принимала комбинированные оральные контрацептивы.

Течение беременности. Настоящая беременность третья наступила сразу после прекращения приема контрацептивов. Наблюдается в женской консультации 10 недель беременности. Беременность протекала на фоне анемии беременных, угрозы прерывания беременности.

Объективный статус. Женщина правильного телосложения. Кожа и видимые слизистые чистые, розовые. Отеков нет. Рост 159 см., масса тела 72 кг. Температура тела 36,5°C, пульс 76 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД 120/80 – 120/75 мм. рт. ст. Внутренние органы патологически не изменены. Окружность живота – 108 см, высота стояния дна матки над лоном 42 см. Размеры таза 25-28-30-20. Индекс Соловьева 15 см. Положение плода продольное, предлежащая головка малым сегментом стоит во входе в малый таз. В дне матки определяются два округлых образования, одна - мягкая, другая - плотная, баллотирующая. Выслушивается сердцебиение плода выше пупка справа 138 в мин. и ниже пупка слева 144 уд. в мин. ясное, ритмичное, Схватки интенсивные, через 3-4 мин продолжительностью до 45-50 с, умеренно болезненные.

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

Вопросы:

1. Оцените результаты наружного акушерского обследования.
2. Оцените степень зрелости шейки матки.
3. Поставьте диагноз.
4. Тактика ведения родов данной пациентки.
5. Возможные осложнения родов.

Ситуационная задача № 37

В клинику поступала с направлением женской консультации 26-летняя повторнобеременная женщина. Обратилась в консультацию впервые в 2 недели тому назад с жалобами на слабость, сонливость, тошноту, рвоту.

Анамнез заболевания. Больной себя считает в течение 3 недель, когда появились жалобы на тошноту, слабость, сонливость. Обратилась в женскую консультацию, где был выставлен диагноз беременность, и женщина была взята под диспансерное наблюдение. За последние 2 недели тошнота усилилась, появилась рвота, беременная похудела на 2 кг.

Беременная отмечает, что за последние сутки рвота была 16 раз.

Анамнез жизни. Менструирует с 13 лет, установились через год, были болезненными, наступали через 30 дней по 3 дня в умеренном количестве. Последняя менструация 9 недель тому назад.

Данная беременность вторая, первая закончилась 3 года назад срочными самопроизвольными родами в срок. Роды протекали без осложнений. Масса ребенка 3400,0, развивается нормально.

Из перенесенных заболеваний отмечает хронический гастрит, ОРВИ, ангину. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледные, Кожа в области бедер, голени и живота сухая. При поведении пальцем по коже определяется пыльный след.

Тургор кожи снижен. Язык сухой с легким беловатым налетом, отмечается запах ацетона изо рта. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Печень не увеличена. Со стороны сердечно-сосудистой системы: артериальное давление 90/55 мм. рт. ст., пульс 100, уд. в мин. Температура тела - 37,4 °C.

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче.
2. Поставьте диагноз.
3. Какие осложнения могут развиваться на фоне данной патологии?
4. Принципы терапии данного состояния.
5. Показания для прерывания беременности при данной патологии.

Ситуационная задача № 38

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

Течение беременности. Данная беременность первая. Наблюдается в женской консультации с 7 недель беременности. Беременность протекала на фоне раннего токсикоза беременных по поводу которого получила стационарное лечение в течение 3 недель при сроке 8 недель беременности. При сроке беременности 16 и 24 недели беременности лечилась стационарно по поводу угрозы прерывания беременности. С 28 недель беременности сняла обручальное кольцо с пальца, стало тугое. С 27 недель беременности отмечается неравномерное прибавка массы тела. Общая прибавка массы тела за беременность 14 кг. С 32 недель беременности в анализах мочи определяется белок в количестве 0,033г/л, лечение не получала. При последней явке к врачу при сроке гестации 34 недели отмечены отеки на нижних конечностях и передней стенке живота, повышение артериального давления 145/90 , 135/90 мм рт. ст., в анализе мочи белок 0,099 г/л.

Анамнез жизни. Менструации с 12 лет, установились через год, регулярные болезненные, обильные. Последняя менструация 8 месяцев назад. Из перенесенных заболеваний отмечает в детстве хронический пиелонефрит, частые ангины , ОРВИ.

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

Акушерский статус. Размеры таза нормальные. Живот увеличен за счет беременной матки овоидной формы. ОЖ 93см, ВДМ 30см. матка в нормальном тонусе, положение плода продольное, предлежит головка над входом в малый таз. С/б плода ясное ритмичное 144 уд. в мин. Слева выше пупка. Срочно произведен анализ мочи - белок 0,99 г/л.

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче. Поставьте диагноз.
2. Классификация данной акушерской патологии.
3. Какие осложнения могут развиться на фоне данной патологии?
4. Какие факторы способствовали развитию данной патологии?
5. С какими патологическими состояниями необходимо дифференцировать данную патологию?
6. Принципы лечения данной патологии.

Ситуационная задача № 39

В перинатальный центр поступила беременная с жалобами на отсутствие шевеление плода в течение 5 недель. Данная беременность третья, протекала на фоне высоких титров Ig–М и Ig–G на микоплазмы и хламидии. С 33 недель беременности перестала ощущать шевеление плода.

Анамнез жизни. В анамнезе 3 самопроизвольных выкидыша при сроках до 12 недель, послеабортный период осложнялся метроэндометритом.

Вечером того же дня началась родовая деятельность и роженица родила мертвого мацерированного ребенка мужского пола. Самостоятельно отделился и выделился послед. Детское место целое, оболочки все. После рождения последа началось кровотечение. Матка плотная. Вытекающая из половых путей кровь не сворачивается. Взятая из вены в пробирку кровь не сворачивается в течение 15 мин.

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче
2. Поставьте диагноз.
3. Тактика и основные принципы лечения данной патологии
4. Факторы риска данной патологии.
5. Профилактика

Ситуационная задача № 40

У повторнородящей 35 лет через 20 часов от начала схваток родилась доношенная девочка массой 4 кг, длиной 56 см. Послед выделился самостоятельно через 15 минут, без видимых дефектов. Через 10 минут матка стала дряблой, началось кровотечение. После принятых мер кровотечение прекратилось, матка плотная. Общая кровопотеря достигла 1500 мл.

Объективный статус. В сознании. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, холодные на ощупь, акроцианоз. АД 90/60 мм рт. ст., пульс - 110 уд в мин., слабого напряжения и наполнения. Сатурация кислорода – 92%. Диурез снижен.

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче.
2. Поставьте диагноз.
3. Факторы риска данной патологии.
4. Классификация данной патологии
5. Тактика и основные принципы лечения данной патологии
6. Профилактика

Ситуационная задача № 41

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

Настоящая беременность третья. Первая закончилась самопроизвольными родами в срок без патологии, вторая – медицинским абортом год тому назад.

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

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

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

Размеры таза 25-28-30-20. Индекс Соловьева 15 см. Высота стояния дна матки – 34 см, окружность живота – 110 см. Слева в матке определяются два округлых образования, одно – мягкое, другое – плотное, ballotирующее. Сердцебиение плода выслушивается выше пупка справа 178 уд. в мин. и ниже пупка слева 144 уд. в мин., ясное, ритмичное. Схватки умеренные, через 3-4 минуты продолжительностью до 35-40 секунд.

Данные влагалищного исследования: Влагалище рожавшей женщины, шейка матки сглажена, края ее средней толщины, мягкие, растяжимые. Открытие маточного зева 5 см. Плодный пузырь отсутствует. Подтекают светлые околоплодные воды. Предлежащая часть не определяется. Емкость таза хорошая. Мыс не достигается.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Оцените степень зрелости шейки матки
3. Оцените результаты наружного акушерского обследования.
4. Оцените данные аускультации сердечной деятельности плодов.
5. Определите дальнейшую тактику ведения роженицы.
6. Какая ошибка допущена при ведении беременной в женской консультации.

Ситуационная задача № 42

В роддом доставлена роженица с доношенной беременностью. Родовая деятельность продолжается в течение 18 часов, безводный промежуток достиг 15 часов. Потуги начались 2 часа тому назад. Продвижение головки плода не отмечается.

Анамнез: данная беременность шестая, в анамнезе 3 родов и 2 медицинских аборта – без осложнений. Вторые роды осложнились слабостью родовой деятельности. Ребенок родился в состоянии асфиксии тяжелой степени. Последняя беременность закончилась медицинским абортом 2 года назад.

При данной беременности наблюдается в женской консультации с 12 недель беременности. Беременность протекала на фоне анемии беременных легкой степени, получала амбулаторное лечение. При сроке беременности 26 недель находилась на стационарном лечении по поводу угрозы невынашивания беременности.

Общая прибавка массы тела 13 кг. В течение беременности прошла 3х кратное УЗИ:

при сроке 10 недель – низкая плацентация;

при 22 недели – без патологии;

при сроке 32 недели – признаки преждевременного созревания плаценты.

Объективно: рост 157 см, масса тела 64 кг. Пульс 78 уд/мин., ритмичный, АД 120/75 мм. рт. ст. Температура тела 36,6 °С. Размеры таза 28-28-30-19 см, окружность живота 105 см, высота стояния дна матки 35 см. С/б плода приглушено во время схватки, урежается до 80 ударов в минуту, вне схватки восстанавливается до 110 ударов в минуту.

Данные влагалищного исследования: влагалище свободное, раскрытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Подтекают воды с примесью мекония. Головка в узкой части полости малого таза. Стреловидный шов в прямом размере выхода малого таза, малый родничок спереди.

Вопросы.

1. Оцените степень зрелости шейки матки.
2. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче.
3. Поставьте клинический диагноз.
4. Определите дальнейшую тактику ведения роженицы.
5. Какие факторы являются ведущими в патогенезе данной патологии?

Ситуационная задача № 43

В акушерский стационар доставлена бригадой скорой помощи беременная женщина 32 лет с жалобами на головную боль, мелькание мушек перед глазами, тошноту. Срок беременности 36 недель. В приемном покое появились мелкие фибриллярные подергивания мышц лица, затем тонические сокращения всей скелетной мускулатуры, остановка дыхания, потеря сознания. Через 20-25 секунд появились клонические судороги, изо рта выделилась пена.

При осмотре пациентки АД 180/120 мм. рт. ст. Пульс 110 уд/мин. Отмечаются выраженные отеки на лице, верхних и нижних конечностях.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз данной беременной.
2. Какую первую неотложную помощь нужно оказать пациентке?
3. Назначьте лечение после оказания неотложной помощи.
4. Тактика ведения беременности и родов.
5. Послеродовая реабилитация при данной патологии.

Ситуационная задача № 44

Повторнобеременная женщина поступила в акушерский стационар по направлению женской консультации. Состоит на диспансерном учёте по беременности со срока 6 недель. Беременность 1 -я. В настоящее время срок беременности 28 недель. Первая половина беременности осложнилась угрозой прерывания и ранним токсикозом, проведена сохраняющая терапия в гинекологическом отделении. Из анамнеза отмечает частые ангины. При поступлении жалоб не предъявляет. АД - 140/90, пульс 98 уд. в мин. Отеки на ногах, пастозность лица и рук. Акушерский статус: матка в нормотонусе. ОЖ – 89 см, ВДМ – 25 см. Положение плода продольное. Головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд. в мин. В общем анализе крови гемоглобин 100 г/л, лейкоциты – 9×10^6 , СОЭ – 39 мм/час. В анализе мочи: относительная плотность 1025, белок 0,265 г/л, лейкоциты 0 – 2 в п/зр., эритроциты 8-10 в п/зр.

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче
2. Предполагаемый диагноз.
3. Какие формы данного заболевания не являются противопоказанием для пролонгирования беременности?
4. Этиология и патогенез заболевания.
5. Дифференциальная диагностика.
6. Ведение беременности и родов.

Ситуационная задача № 45

Повторнобеременная женщина в акушерское отделение при сроке 25-26 недель беременности. Воды целы, жалоб не предъявляет. Беременность 3-я, первая и вторая беременности закончились самопроизвольным выкидышем при сроках 18 недель и 12 недель. В анамнезе из перенесенных заболеваний отмечает частые ОРВИ, хронический пиелонефрит, гинекологические заболевания: эрозия ш/матки см электроконизацией шейки матки.

Акушерский статус. Матка при пальпации приходит в тонус, соответствует 26 неделям беременности ВДМ- 26 см, ОЖ-81 см. Положение плода продольное, головка во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное.

Внутреннее исследование. Шейка матки укорочена до 2 см, размягчена. Предлежит головка малым сегментом во входе в малый таз.

На УЗИ размеры плода соответствует 26 неделям беременности, плацента 2 степени зрелости толщиной 26 см. Длина шейки матки 24 мм.

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче
2. Поставьте диагноз.
3. Этиология и патогенез данной патологии.
4. Осложнения в родах при данной патологии.
5. Тактика ведения беременности и родов при данной патологии.
6. Профилактика.

Ситуационная задача № 46

Роженица, 36 лет, поступила в родильный дом по направлению врача женской консультации.

Жалобы при поступлении на мажущие кровянистые выделения.

Данные анамнеза. Наследственность неотягощена. В детстве перенесла корь, во взрослом возрасте неоднократно болела гриппом. Менструации с 16 лет, установились сразу, продолжительностью 3 дня через 4 недели, умеренные, безболезненные. Замужем с 26 лет, брак второй. Всего беременностей пять: первая закончилась нормальными срочными родами, затем было 4 медицинских аборта, без осложнений. Настоящая беременность шестая. Наблюдается в женской консультации 7 недель беременности.

Объективно. При поступлении состояние женщины удовлетворительное, рост 166 см, масса тела 67 кг, телосложение правильное. Кожа и слизистая оболочка розовые. АД - 120/60 - 120/70 мм рт. ст., пульс - 86 в 1 мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Живот правильной округлой формы, мягкий, безболезненный, окружность 93 см, высота стояния дна матки над лоном 30 см. Пальпация матки безболезненна. Матка в нормотонусе. Положение плода продольное, предлежащая головка высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева на уровне пупка, частота - 136 уд./мин. Размеры таза: 25 - 28 - 30 - 21 см.

Влагалищное исследование проводилось очень бережно, при развёрнутой операционной, с соблюдением правил асептики. При осмотре с помощью зеркал со стороны влагалища и шейки матки патологических изменений не обнаружено.

Данные влагалищного исследования. Влагалище рожавшей женщины, длиной до 5 см. Наружный зев закрыт из цервикального канала коричневого цвета выделения. Мыс крестца не достигается. Деформации таза нет.

На УЗИ Данные фетометрии - плод соответствует 30 неделям беременности. АИ=76. Плацента на передней стенке 2 степени зрелости, нижний край плаценты доходит до внутреннего маточного зева.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.
3. Этиология и патогенез данной патологии.
4. Какую опасность для плода и женщины представляет данная патология?
5. Акушерская тактика ведения и беременности при данной патологии.

Ситуационная задача № 47

Повторнородящая, 31 год, поступила в родильный дом через 12 ч от начала регулярной родовой деятельности с доношенной беременностью. Предыдущие роды два года назад прошли нормально. Общее состояние роженицы при поступлении удовлетворительное, АД — 110/80—110/75 мм рт. ст. Окружность живота — 96 см, высота стояния дна матки — 36 см. Размеры таза: 25—28—30—20 см. Положение плода продольное. В дне таза пальпируется плотная округлое образование, а над входом в малый таз - подвижная крупная, объемная, неправильной формы часть, не способная к баллотированию.

Сердцебиение плода определяется справа выше пупка, ясное, ритмичное, частота - 132 уд./мин. Схватки интенсивные, через 3 мин, продолжительностью 40 секунд.

Данные влагалищного исследования: влагалище свободное, шейка матки сглажена, открытие маточного зева 6 см., края тонкие растяжимые. Во время исследования излились околоплодные воды, Предлежит объемистая мягковатая часть плода, на которой не определяются ни швы, ни роднички. При осторожной пальпации на предлежащей части удалось определить седалищные бугры, крестец, копчик. Межягодичная борозда находится в левом косом, межвертельная линия — в правом косом размере, крестец обращен кзади и вправо. Рядом определяются ножки плода.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Данные влагалищного исследования, подтверждающие диагноз.
3. Биомеханизм родов при данной патологии.
4. Возможные осложнения?
5. Акушерская тактика.

Ситуационная задача № 48

Беременная, 23 лет, поступила в акушерское отделение с доношенной беременностью с жалобами на схваткообразную боль внизу живота и в поясничной области, которые начались 8 часов тому назад. Воды не отошли.

Данные анамнеза. В детстве и во взрослом состоянии была здоровой. Менструация началась в 14-летнем возрасте, без нарушений. Замужем с 20 лет. Настоящая беременность вторая, женскую консультацию посещала регулярно, беременность протекала без патологических отклонений.

Объективно. Женщина правильного телосложения, Рост 168, вес 70 кг. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела — 36,6°C, пульс – 76 в 1 мин., АД — 120/70 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологических изменений не установлено.

Живот увеличен за счет беременности, окружность живота 96 см, высота стояния дна матки над лобком – 38 см, дно матки на 2 поперечных пальца ниже мечевидного отростка. Размеры таза: 26-28-30-19 см. Схватки через 2-3 минуты продолжительностью 20 - 30 секунд, удовлетворительной силы. Положение плода продольное, первая позиция, предлежащая часть – головка, подвижна, над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота – 136 уд./мин.

Данные влагалищного исследования. Влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сглажена, края тонкие растяжимые, наружный зев раскрыт на 8 -9 см, Плодный пузырь цел, во время схватки хорошо наливается. Пальпируется предлежащая часть – головка, большим сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, большой родничок пальпируется слева у мыса. Мыс крестца не достигается. Выделения слизистые. Емкость малого таза достаточная.

Вопросы:

1. Оцените степень зрелости шейки матки.
2. Поставьте диагноз.
3. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
4. Биомеханизмы родов при данном предлежании
5. Дальнейшая тактика ведения родов.

Ситуационная задача № 49

Роженица, 23 лет, находится в родильном зале с доношенной беременностью.

Данные анамнеза. Росла и развивалась здоровым ребенком. Менструация с 13 лет, без отклонений от нормы. Половая жизнь с 20 лет. Имела 4 беременности, из которых первая закончилась нормальными родами, а 2 последующие — самопроизвольными выкидышами при сроке 9 и 12 недель, 1 – медицинский аборт, который осложнился метроррагией. Настоящая беременность пятая, протекала нормально, регулярно наблюдалась в женской консультации.

Объективно. Роженица правильного телосложения. Со стороны внутренних органов у нее отклонений от нормы не отмечается. Через два часа после поступления родился живой доношенный мальчик массой 3400г.

Через 5 мин после рождения ребенка появились кровянистые выделения, кровопотеря составила 350 мл. Матка шаровидной формы, дно ее стоит на уровне пупка. Моча выведена катетером. Симптомы отделения послеродового лохия отрицательные. При осмотре с помощью влагалищных зеркал разрывов шейки матки и влагалища не установлено, промежность и клитор целые.

Женщина бледная, состояние ее удовлетворительное, АД - 100/60 мм рт. ст., пульс удовлетворительного наполнения, частота - 98 в 1 мин. Матка плотная, шаровидная, дно ее на один поперечный палец ниже пупка. Кровотечение продолжается, кровопотеря достигла 650 мл. Кровь свернулась в сплошной плотный сгусток.

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез при данной патологии.
3. Лечебная тактика при данной патологии.
4. Показания, условия и техника выделения отделившегося послеродового лохия.
5. Что способствовало развитию данной патологии.

Ситуационная задача № 50

В наблюдательное отделение переведена из физиологического отделения роженица 30 лет. После родов на 4е сутки после родов появился озноб, поднялась температура тела до 39 °С..

Настоящие роды осложнились преждевременным отхождением вод (безводный промежуток составил 16 ч) и слабостью родовых сил. При появлении признаков внутриутробной гипоксии плода в периоде изгнания, при нахождении головки в полости таза при полном открытии маточного зева, роды были закончены наложением вакуум-экстрактора с извлечением живого ребенка массой 3700 г. Последовый период осложнился кровотечением, ручным отделением последа. Шейка матки и промежность целые. В течение первых трех суток состояние роженицы было удовлетворительное, температура тела нормальная. С 4-го дня общее состояние стало ухудшаться.

Объективно. Женщина жалуется на общую слабость, озноб, боль внизу живота и в левой паховой области. Кожа умеренно гиперемирована. Температура тела—38,5 °С, пульс—96 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД —110/75 мм рт. ст. Со стороны сердца и легких патологических изменений не обнаружено. Живот вздут, участвует в акте дыхания, верхние области при пальпации безболезненны. Дно матки определяется на уровне пупка. Дизурические расстройства отсутствуют. Стул нормальный.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы и влагалище без патологических изменений. Шейка матки сформирована, канал проходим для одного пальца, свод влагалища свободен, глубокий. Матка пастозная, округлой формы, болезненная при пальпации. Придатки справа не увеличены, безболезненны. Выделения с неприятным запахом и примесью крови

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

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Классификация.
3. Факторы, способствующие данной патологии.
4. Возможные осложнения со стороны женщин.
5. Лечение.

Ситуационная задача № 51

Пациентка 28 лет, обратилась с жалобами на боли внизу живота, гнойные выделения из половых путей, общую слабость.

Анамнез заболевания. Восемь дней назад было выполнено искусственное инструментальное прерывание беременности. Выписана из стационара на следующий день после аборта. Через 2 дня после выписки повысилась температура, появилась слабость, боли внизу живота.

Объективные данные. Общее состояние удовлетворительное. Пульс 92 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД- 120/70 мм рт. ст. Температура тела 38,2°. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, несколько болезненный над лоном. Симптомов раздражения брюшины нет.

При осмотре с помощью зеркал выявлено: из цервикального канала – обильные гнойные выделения.

При бимануальном исследовании обнаружено: тело матки несколько больше нормы, тестоватой консистенции, несколько болезненное при пальпации. Придатки с обеих сторон не увеличены. Своды влагалища свободные, безболезненные.

В общем анализе крови: Hb – 120 г/л, эр. – $4,4 \times 10^{12}$ /л Le – 14×10^9 /л (Э - 1%, П - 10%, С - 73%, Л – 10%, М - 5%), СОЭ – 30 мм/ч

При УЗИ – полость матки шириной 20 мм, заполнена содержимым неоднородной эхогенности.

Вопросы:

1. О каком диагнозе можно думать на основании этих данных?
2. Факторы риска данной патологии.
3. Классификация данной патологии
4. Тактика и основные принципы лечения данной патологии
5. Профилактика

Ситуационная задача № 52

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

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

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

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

Половую жизнь ведёт с 18 лет, замужем. Было три беременности, первая из которых закончилась срочными самопроизвольными родами, две другие закончились искусственными абортами, которые осложнялись воспалением придатков – больная находилась на стационарном лечении.

Status genitalis. Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу.

Осмотр в зеркалах: слизистая стенок влагалища и шейки матки цианотичная, из цервикального канала тёмные мажущие кровянистые выделения.

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

Придатки матки тяжистые, чувствительные при пальпации.

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

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче.
3. Определите дальнейшую тактику ведения.
4. Какие факторы являются ведущими в патогенезе данной патологии?

Ситуационная задача № 53

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

Перенесённые заболевания: хронический тонзиллит, хронический пиелонефрит.

Месячные с 14 лет, регулярные, через 28 дней по 3-4 дня, умеренные, безболезненные. Последняя менструация была 5 марта. Замужем.

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

Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки цианотичная. Наружный зев шейки матки щелевидной формы.

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

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Определите дальнейшую тактику ведения.
4. Определить предполагаемую дату декретного отпуска и родов.
5. Можно ли по описанию сказать были ли у женщины роды в анамнезе?

Ситуационная задача № 54

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

Перенесенные заболевания: простудные. Острый аднексит год назад.

Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, регулярные, по 3-4 дня через 28 дней, умеренно болезненные. Последняя менструация началась 7 дней назад. Половую жизнь ведёт с 23 лет, замужем.

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

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

Артериальное давление – 120/80 мм рт.ст. Пульс 82 в мин., удовлетворительных свойств. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет.

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

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

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

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

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

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче.
3. Определите дальнейшую тактику ведения.
4. Какие факторы являются ведущими в патогенезе данной патологии?

Ситуационная задача № 55

В гинекологическое отделение доставлена пациентка 27 лет с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, тянущие боли внизу живота.

Пациентка сообщила, что час назад дома внезапно излились околоплодные воды и через 30 минут произошёл выкидыш плодом мужского пола. Некоторое время плод проявлял признаки жизни, но к моменту приезда скорой помощи движения прекратились. Послед самостоятельно не выделился.

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

Последние месячные были 4 месяца назад.

Половая жизнь с 22 лет, замужем.

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

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

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

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

Специальное гинекологическое исследование:

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

Бимануальное исследование: Шейка матки размягчена. Наружный зев цервикального канала свободно пропускает исследующий палец. Тело матки расположено по средней линии, в положении anteflexio, anteversio, увеличено до размера 10-недельной беременности, мягковатое, с гладкой поверхностью и чёткими контурами, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненные. Своды – свободные, безболезненные. Выделения – кровянистые, умеренные.

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Определите дальнейшую тактику ведения пациентки.
4. Какие факторы являются ведущими в патогенезе данной патологии?
5. Возможные осложнения.

Ситуационная задача № 56

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

Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, регулярные, через 28 дней по 3-4 дня, умеренные, безболезненные. Последняя менструация три месяца назад. Половая жизнь с 18 лет, замужем.

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

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

Объективно: сознание ясное. Пульс 80 уд. в мин., артериальное давление 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Периферические отеки отсутствуют. Стул и мочеиспускание не нарушены.

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

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

Придатки матки не пальпируются. Своды влагалища свободные, безболезненные.

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Определите дальнейшую тактику ведения.
4. Какие факторы являются ведущими в патогенезе данной патологии?
5. Возможные осложнения.

Ситуационная задача № 57

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

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

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

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

Беременностей не было.

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

Рост – 165 см, вес – 82 кг.

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

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

Status genitalis. Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по мужскому типу – с переходом на низ живота и внутреннюю поверхность бёдер. Осмотр в зеркалах. Слизистая оболочка влагалища бледно-розовая, складчатость выражена. Патологические образования на слизистой влагалища и шейки отсутствуют.

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

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Определите дальнейшую тактику ведения пациентки.
4. Какие факторы являются ведущими в патогенезе данной патологии?
5. Возможные осложнения.

Ситуационная задача № 58

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

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

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

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

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

Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Пульс 120 в мин., АД-70/40 мм рт. ст. Живот несколько увеличен, в акте дыхания не участвует. При пальпации резкая болезненность в нижних отделах, где определяются симптомы раздражения брюшины. При перкуссии отмечается притупление в отлогих местах.

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

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

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы. Поставьте клинический диагноз.
2. С помощью каких методов можно уточнить диагноз
3. Классификация данной патологии
4. Тактика и основные принципы лечения данной патологии
5. Факторы риска и профилактика данной патологии.

Ситуационная задача № 59

Женщина 45 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на обильные, длительные месячные. Отмечает слабость, быструю утомляемость, снижение работоспособности.

Анамнез жизни. Работает редактором. Из профессиональных вредностей отмечает длительную сидячую работу. Страдает гипертонической болезнью в течение шести лет. Гинекологические заболевания: хронический аднексит. В последние три года гинеколога не посещала. В остальном анамнез жизни без особенностей.

Специальный гинекологический анамнез. Месячные начались в 13 лет, установились сразу, регулярные, через 28 дней, до прошлого года продолжались по 5 – 6 дней, были умеренными, а с начала текущего года стали обильными, по 7 – 8 дней. Болей во время менструации не отмечает. Последние месячные начались 3 недели назад. Замужем. Болей и кровянистых выделений во время половых контактов не отмечает. В течение последних трёх лет от беременности не предохраняется. Прежде использовала барьерные методы. Беременностей – 5. Две закончились родами. Три последние – мед. абортами.

Анамнез заболевания. С начала текущего года изменился характер месячных – увеличились их длительность и объём. Стала отмечать слабость, периодически возникает лёгкое головокружение, снизилась работоспособность.

Объективный статус. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледные. Рост – 163 см, вес – 95 кг. АД – 155/95 мм рт.ст. Пульс – 80 уд. в мин., удовлетворительных свойств.

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

При осмотре с помощью зеркал обнаружено: слизистая оболочка влагалища розовая, складчатость не выражена. Шейка матки цилиндрической формы, длиной 3 см, наружный зев цервикального канала щелевидной формы, патологические образования на слизистой влагалища и шейки отсутствуют. При бимануальном исследовании: тело матки расположено по средней линии, в положении *anteflexio*, *anteversio*, увеличено до размера 10 недельной беременности, плотное, неправильной округлой формы, с чёткими контурами, с гладкой крупнобугристой поверхностью, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненные. Своды – свободные, безболезненные. Движения за шейку матки – безболезненные. Выделения – слизистые.

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие лабораторно-инструментальные исследования позволят уточнить диагноз?
3. Тактика ведения и методы лечения пациенток с этой патологией.
4. Какое лечение необходимо провести пациентке по условию задачи.
5. Факторы риска и профилактика данного заболевания.

Ситуационная задача № 60

Женщина 40 лет обратилась в женскую консультацию для прохождения очередного профилактического осмотра. Жалоб не предъявляет.

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

Специальный гинекологический анамнез. Менструальные начались в 14 лет, установились сразу, регулярные, через 28 дней, по 5 – 6 дней, умеренные, безболезненные. Последние месячные начались 7 дней назад, к моменту обращения закончились. Замужем. От беременности предохраняется барьерными методами. Беременностей – 2. Первая закончилась родами. Вторая – искусственным абортом на сроке 8 нед., 2 года назад, без осложнений.

Объективный статус. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые физиологической окраски. Рост – 168 см, вес – 65 кг. АД – 120/80 мм рт.ст. Пульс – 80 уд. в мин., удовлетворительных свойств.

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

Специальное гинекологическое исследование: НПО развиты правильно. Оволосение по женскому типу. При осмотре в зеркалах патологические образования на слизистой влагалища и шейки матки не выявлены. При бимануальном исследовании обнаружено: Тело матки отклонено влево от средней линии, в положении anteflexio, anteversio, не увеличено, плотное, поверхность – гладкая, контуры – чёткие, подвижное, безболезненное при пальпации. Справа и сзади от матки определяется округлое опухолевидное образование, размером 12 см в диаметре, туго-эластической консистенции, с чёткими контурами, подвижное, безболезненное при пальпации. Левый придаток не увеличен, безболезненный. Правый боковой и задний своды влагалища укорочены за счёт нижнего полюса опухоли, при пальпации безболезненные. Движения за шейку матки – безболезненные. Выделения – слизистые бели.

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие лабораторно-инструментальные исследования позволят уточнить диагноз?
3. Классификация
4. Тактика ведения и методы лечения пациенток с этой патологией.
5. Факторы риска и профилактика данного заболевания.

Ситуационная задача № 61

Женщина 48 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на межменструальные кровянистые выделения из половых путей, незначительные боли в нижних отделах живота.

Гинекологические заболевания: кольпит, хронический сальпингоофорит, в 30 лет обнаружена неуточнённая патология шейки матки, от предложенной биопсии отказалась, поскольку планировала родить ребёнка. В течение 15 лет гинеколога не посещала. В остальном анамнез жизни без особенностей. Половая жизнь с 21 года, замужем. В течение последних 5 лет во время половых контактов отмечала кровянистые выделения. Беременностей две. Обе закончились родами в 28 и 35 лет.

Анамнез заболевания. Месяц назад после спринцевания появились кровянистые выделения из половых путей. Спринцевание проводила самостоятельно по поводу водянистых выделений, которые периодически беспокоили в течение полутора месяцев. В течение последней недели периодически возникают боли внизу живота. Накануне обращения кровотечение усилилось.

Объективный статус. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледные. Рост – 165 см, вес – 64 кг. АД – 120/80 мм рт.ст. Пульс – 80 уд. в мин., удовлетворительных свойств.

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

Специальное гинекологическое исследование: НПО развиты правильно. Оволосение по женскому типу. При осмотре с помощью зеркал обнаружено: слизистая оболочка влагалища бледно-розовая, складчатость не выражена. Шейка матки гипертрофирована. На поверхности шейки с переходом на своды влагалища разрастания красного цвета, в виде цветной капусты, кровоточат при прикосновении. При бимануальном исследовании обнаружено: тело матки расположено по средней линии, в положении anteflexio, anteversio, не увеличено, округлой формы, плотное, с чёткими контурами, с гладкой поверхностью, подвижность ограничена, безболезненное. Правый параметрий инфильтрирован. Инфильтрат распространяется до стенки малого таза. Своды – пастозные, безболезненные. Выделения – кровянистые, умеренные.

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие лабораторно-инструментальные исследования позволят уточнить диагноз?
3. Тактика ведения и методы лечения пациенток с этой патологией.
4. Какое лечение необходимо провести пациентке по условию задачи.
5. Факторы риска и профилактика данного заболевания.

Ситуационная задача № 62

Женщина 58 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на умеренные, периодически усиливающиеся боли в нижних отделах живота, увеличение живота в размерах. Изредка возникает сухой кашель и боли в правой половине грудной клетки при глубоком вдохе. Отмечает также выраженную слабость, снижение аппетита, отвращение к пище, похудание, повышение температуры тела до 37,5°C.

Анамнез заболевания: десять лет назад во время профилактического осмотра гинеколог обнаружил небольшое опухолевидное образование в области правых придатков. Из-за отсутствия жалоб на рекомендованный повторный осмотр не явилась, рекомендованное обследование не проходила, последние десять лет гинеколога не посещала. Шесть месяцев назад стала отмечать периодические боли внизу живота, повышение температуры тела. К врачу не обращалась. В течение трёх последних месяцев изменился аппетит, похудела на 12 кг. Месяц назад стал увеличиваться живот, появился кашель и боли в грудной клетке.

Объективный статус. Общее состояние удовлетворительное. Язык чистый, влажный. Кожа и слизистые серовато-цианотичного цвета. Кахексична. Рост – 162 см, вес – 45 кг. АД – 110/70 мм рт.ст. Пульс – 88 уд. в мин., удовлетворительных качеств.

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

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

Специальное гинекологическое исследование. Осмотр в зеркалах. Слизистая оболочка влагалища бледно-розовая, складчатость не выражена. Шейка матки цилиндрической формы, длиной 3 см, наружный зев цервикального канала щелевидной формы, патологические образования на слизистой влагалища и шейки отсутствуют. Бимануальное исследование. Тело матки не увеличено, плотное, связано в единый конгломерат с опухолевидным образованием, расположенным в области правых придатков, размером около 20 см, без чётких контуров, выходящим за пределы малого таза. Своды влагалища пастозные. В заднем своде влагалища определяется шиповидный выступ. Движения за шейку матки – безболезненные. Выделения – слизистые бели.

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие лабораторно-инструментальные исследования позволят уточнить диагноз?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какое лечение требуется пациентке по условию задачи.
5. Ранняя диагностика и профилактика данного заболевания.

Ситуационная задача № 63

Женщина 25 лет обратилась в кабинет планирования семьи для подбора метода контрацепции. Жалоб не предъявляет

Анамнез жизни. Работает экономистом. Перенесённые заболевания: ОРВИ 1-2 раза в год. В остальном анамнез жизни без особенностей.

Специальный гинекологический анамнез. Менструальные начались в 14 лет, установились в течение года. В настоящее время - регулярные: через 28 дней, по 3 – 4 дня, умеренные, безболезненные. Последние менструальные – 2 недели назад. Половая жизнь с 20 лет, замужем. Болей и кровянистых выделений из половых путей во время половых контактов не отмечает. От беременности предохраняется календарным методом. Беременностей – 2. Первая закончилась самопроизвольными родами в срок. Последняя беременность - 3 месяца назад произведен медицинский аборт на сроке 8 недель, без видимых осложнений. В последующем планирует рождение ещё одного ребёнка, но не ранее чем через пять лет. Гинекологические заболевания: отрицает.

Объективный статус. Общее состояние удовлетворительное. Язык чистый, влажный. Кожа и слизистые физиологической окраски.

Рост – 170 см, вес – 65 кг.

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

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

Специальное гинекологическое исследование. Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение - по женскому типу. Осмотр в зеркалах. Слизистая оболочка влагалища бледно-розовая, складчатость не выражена. Шейка матки цилиндрической формы, длиной 3 см, наружный зев цервикального канала щелевидной формы, патологические образования на слизистой влагалища и шейки отсутствуют. Бимануальное исследование. Тело матки расположено по средней линии, в положении anteflexio, anteversio, не увеличено, плотное, округлой формы, с чёткими контурами, с гладкой поверхностью, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненные. Своды – свободные, безболезненные. Движения за шейку матки – безболезненные. Выделения – слизистые, скудные.

Вопросы:

1. Какой метод контрацепции является предпочтительным в данном случае?
2. Перечислите методы контрацепции и их преимущества.
3. Как определяется эффективность различных методов контрацепции.
4. Оцените эффективность метода контрацепции, который использует женщина?
5. Какое обследование требуется провести перед применением контрацепции

Ситуационная задача № 64

Женщина 37 лет обратилась в кабинет планирования семьи для подбора метода контрацепции. Жалоб не предъявляет.

Анамнез жизни.

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

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

Беременностей – 3. Две первые закончились родами. Предохраняется от беременности с помощью презервативов. Рождение детей больше не планирует.

Перенесённые заболевания: простудные. Гинекологические заболевания: отрицает.

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

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

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

Специальное гинекологическое исследование

НПО развиты правильно. Оволосение по женскому типу.

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

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

Вопросы:

1. Какой метод контрацепции является предпочтительным в данном случае?
2. Перечислите современные методы контрацепции.
3. Перечислите преимущества и недостатки отдельных методов контрацепции.
4. Оцените эффективность метода контрацепции, который использует женщина?
5. Какое обследование требуется провести перед применением контрацепции

Ситуационная задача № 65

Женщина 50 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на чувство «приливов жара» до нескольких раз в течение часа на протяжении всего дня и ночью. Отмечает эпизоды сердцебиения, плохой сон. Кроме того беспокоит чувство сухости во влагалище, жжение и зуд в области промежности при мочеиспускании..

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

Специальный гинекологический анамнез. Менструальные начались в 14 лет, установились сразу. До начала прошлого года были регулярными – через 28 дней. В течение последнего года наблюдаются задержки до двух месяцев. Длительность менструальных 3 – 4 дня, безболезненные. Последние менструальные – 3 недели назад. Половая жизнь с 23 лет, замужем. Половые контакты в последние несколько месяцев затруднены, болезненные. От беременности предохраняется презервативами. Беременностей – 2. Обе закончились самопроизвольными родами в срок. Гинекологические заболевания: отрицает.

Объективный статус. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые физиологической окраски. Язык чистый, влажный.

Рост – 168 см, вес – 65 кг. АД – 120/80 мм рт.ст. Пульс – 76 уд. в мин., удовлетворительных свойств.

Живот правильной округлой формы, не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации – мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины не определяются.

Специальное гинекологическое исследование. Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Осмотр в зеркалах. Слизистая оболочка влагалища бледно-розовая, истончена, складчатость не выражена. Шейка матки цилиндрической формы, длиной 3 см, наружный зев цервикального канала щелевидной формы. Патологические образования на слизистой влагалища и шейки отсутствуют. Бимануальное исследование. Тело матки расположено по средней линии, в положении anteflexio, anteversio, не увеличено, плотное, округлой формы, с четкими контурами, с гладкой поверхностью, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненные. Своды – свободные, безболезненные. Движения за шейку матки – безболезненные. Выделения – слизистые, скудные.

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие исследования позволят уточнить диагноз?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Этиология и патогенез данного заболевания, Классификация.
5. Какое лечение необходимо провести пациентке
6. Тактика амбулаторного ведения пациенток с этой патологией

Ситуационная задача № 66

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

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

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

Специальный гинекологический анамнез. Менопауза в 52 года. Месячные в течение жизни были нерегулярными. Половая жизнь с 21 года, замужем. Болей и кровянистых выделений во время половых контактов не отмечает. Беременность одна, в 40 лет закончилась родами после нескольких курсов лечения по поводу бесплодия (проводилась стимуляция овуляции).

Объективный статус. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледные. Язык чистый, влажный. Рост – 162 см, вес – 92 кг. АД – 150/90 мм рт.ст. Пульс – 80 уд. в мин., удовлетворительных свойств.

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

Специальное гинекологическое исследование. Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Осмотр в зеркалах. Слизистая оболочка влагалища бледно-розовая, складчатость не выражена. Шейка матки цилиндрической формы, длиной 3 см, наружный зев цервикального канала щелевидной формы. Патологические образования на слизистой влагалища и шейки отсутствуют. Из цервикального канала кровянистые выделения. Бимануальное исследование. Тело матки расположено по средней линии, в положении anteflexio, anteversio, увеличено до размера 8 недельной беременности, плотное, неправильной округлой формы, с четкими контурами, с крупнобугристой поверхностью, подвижность ограничена, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненные. Своды – свободные, безболезненные. Движения за шейку матки – безболезненные. Выделения – кровянистые с небольшими сгустками.

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие методы исследования позволят уточнить диагноз?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какое лечение требуется пациентке по условию задачи.
5. Факторы риска и профилактика данного заболевания.

Ситуационная задача № 67

Больная М. 25 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на темные кровянистые выделения из влагалища в течение одной недели, на общую слабость, одышку, сердцебиение, постоянный кашель.

Анамнез заболевания. Три месяца назад произошел самопроизвольный выкидыш при сроке беременности 7-8 недель, было выскабливание полости матки, после которого 2 недели продолжались скудные темные кровянистые выделения. В течение 1 месяца больная чувствовала себя хорошо, к врачу не обращалась. Затем после 2-х недельной задержки менструации обратилась в женскую консультацию, где диагностировали беременность сроком 7-8 недель. Было произведено выскабливание полости матки. При гистологическом исследовании в соскобе элементов плодного яйца не обнаружено. Через одну неделю после выскабливания у больной появились кашель и одышка. Обратилась к терапевту, анализы крови и мочи в пределах нормы, кроме СОЭ — 35 мм/час. При рентгенографии грудной клетки поставили диагноз: туберкулез легких, назначено соответствующее лечение. Однако состояние больной прогрессивно ухудшалось: кашель не прекращался, появились ноющие боли внизу живота и скудные, темные, кровянистые выделения из половых путей. Больную направили к гинекологу.

Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, установились в течение года, по 3-4 дня через 22 дня, умеренные, безболезненные. Последняя нормальная менструация была 3 месяца назад. Половую жизнь ведёт с 20 лет, замужем. Редко отмечает болезненность при половых сношениях. Было три беременности, две из которых закончилась родами, третья - искусственным абортom.

Объективно: состояние средней тяжести, пульс 98 в 1 мин, ритмичный. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Язык влажный, чистый. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание в легких жесткое, приглушено в нижних отделах. Живот мягкий, болезненный. Симптомы раздражения брюшины, симптом поколачивания отрицательные. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Гинекологический статус: В зеркалах: в области входа во влагалище в подкожной клетчатке расположен узел опухоли 4х6х3 см с выбухающим цианотичным участком, изъязвлением поверхности и некротическим налетом. Шейка матки не видна из-за узлов опухоли. Из половых путей — темные, кровянистые, умеренные. Вагинально: в толще средней трети влагалища при ректовагинальной пальпации определяется второй узел опухоли. Матка увеличена до 12-13 недель беременности, мягкой консистенции, с бугристой поверхностью. Придатки не пальпируются, их область безболезненная.

Общий анализ крови: НВ – 48 г/л, формула крови не изменена, СОЭ – 42 мм/ч.

Вопросы:

1. Поставьте и подтвердите предварительный диагноз.
2. Какие еще методы исследования нужно использовать для уточнения диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Какова лечебная тактика врача?
5. Факторы риска и прогноз для данной больной?

Ситуационная задача № 68

В женскую консультацию обратилась женщина 23 лет с жалобами на отсутствие беременности в течение 4 лет.

Анамнез заболевания. Замужем, половая жизнь регулярная. Контрацепцию не применяет.

Анамнез жизни: из перенесенных заболеваний отмечает корь, краснуху, грипп, часто ангину. Наследственность неотягощена.

Гинекологический анамнез. Менструации с 14 лет, установились в течение года, по 3-4 дня через 28 дней, умеренно болезненные. Последняя менструация была две недели назад.

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

Беременность была одна, окончилась искусственным абортом, который осложнился воспалением придатков – больная находилась в течение 2-х недель на стационарном лечении.

Объективное гинекологическое исследование.

Осмотр в зеркалах: шейка матки коническая, не эрозирована. Выделения слизистые, прозрачные, в небольшом количестве.

Вагинальное исследование: влагалище нерожавшей женщины. Матка нормальных размеров, в правильном положении, ограничена в подвижности, умеренно болезненная.

Придатки матки: маточные трубы уплотнены с обеих сторон, увеличены в диаметре до 1 см, ограничены в подвижности, болезненны при пальпации.

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие методы нужно использовать для уточнения диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Какое лечение необходимо провести пациентке по условию задачи?
5. Факторы риска и профилактика данного заболевания.

Ситуационная задача № 69

Больная, 32 лет, поступила с жалобами на периодические боли внизу живота. Наследственность не отягощена. Перенесенные заболевания: корь, инфекционный паротит, пневмония. Менструации с 13 лет, регулярные, безболезненные. Последняя менструация закончилась 2 дня назад. Боли не беспокоят. Половая жизнь с 24 лет. 5 лет назад были I своевременные роды, без осложнений. Считает себя больной последние 2 года, когда стали беспокоить боли внизу живота во время менструаций.

Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Молочные железы не изменены, отделяемого из сосков нет. Пульс - 76 в 1 мин ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 125/65 мм рт.ст. Со стороны внутренних органов изменений нет: живот мягкий, при пальпации безболезненный.

Осмотр при помощи зеркала: шейка и стенки влагалища бледно-розового цвета. Двуручное исследование: влагалище рожавшей женщина. Шейка цилиндрической формы. Наружный зев пропускает кончик пальца. Матка наклонена кпереди, нормальных размеров, грушевидной формы, плотноэластической консистенции, подвижная, безболезненная, с гладкой поверхностью. Смещение шейки матки резко болезненно. Правые придатки не пальпируются. Слева от ребра матки определяется образование неправильной формы, плотноэластической консистенции, ограниченно подвижное, болезненное, размером 5×7×4 см. Крестцово-маточные связки четкообразно утолщены, болезненны. Выделения - бели. При прямокишечно-вагинальном исследовании четкообразные утолщения крестцово-маточных связок определяется особенно отчетливо. Инфильтратов в параметральной клетчатке нет.

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие приоритетные и потенциальные проблемы есть у больной.
3. Перечислите методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Составьте алгоритм действия врача.
5. Разработайте план лечения данной патологии.

Ситуационная задача № 70

Женщина 31 год поступила в гинекологическое отделение с жалобами на ноющие боли внизу живота с иррадиацией в поясницу, выделения из половых путей желто-зеленого цвета, на периодическое повышение температуры до $37,5^{\circ}\text{C}$, на слабость, нарушения сна, аппетита. Считает себя больной в течение недели.

Из анамнеза жизни: из перенесенных заболеваний отмечает корь, грипп, ангину. Наследственность не отягощена.

Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, установились в течение года, по 3-4 дня через 28 дней, умеренно болезненные. Последняя менструация была две недели назад. Половую жизнь ведёт с 23 лет, замужем. Редко отмечает болезненность при половых сношениях. Было три беременности, две первые из которых закончились срочными самопроизвольными родами, третья закончилась искусственным абортom, который осложнился воспалением придатков – больная находилась в течение 2-х недель на стационарном лечении.

При объективном осмотре: кожные покровы бледные, температура тела $37,2^{\circ}\text{C}$, пульс 82 в 1 мин, ритмичный.

Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Язык влажный, обложен белым налетом. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание в легких везикулярное.

Живот мягкий, умеренно болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины, симптом поколачивания отрицательные. Стул не нарушен. Мочеиспускание свободное.

Гинекологический статус: Осмотр в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, зев щелевидной формы, Имеется отечность и гиперемия вокруг наружного зева цервикального канала. Выделения из цервикального канала - слизисто-гнойные бели в небольшом количестве. При бимануальном исследовании: влагалище рожавшей – емкое. Шейка матки мягковатая, наружный зев канала закрыт, смещение шейки матки болезненное. Тело матки спереди, не увеличено, плотное, несколько ограничено в подвижности, умеренно болезненное. Маточные трубы с обеих сторон увеличены до 1 см, склерозированы, ограничены в подвижности, болезненные. Яичники определяются ближе к стенке малого таза, болезненные.

Общий анализ крови: Hb – 120 г/л, Le – $7,2 \times 10^9$ в 1 л, сдвиг лейкоцитарной формулы не отмечается, СОЭ – 14 мм/ч. При бактериоскопии мазка содержимого цервикального канала специфическая флора не обнаружена, Le - сплошь.

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие методы исследования нужно использовать для уточнения диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Объясните этиологию и патогенез заболевания.
5. Какова лечебная тактика врача.

Ситуационная задача № 71

Больная 27 лет доставлена в гинекологическое отделение машиной скорой помощи. Жалобы на сильные боли внизу живота, озноб, тошноту, слабость, обильные бели.

Анамнез: Перенесенные гинекологические болезни отрицает. В настоящее время в браке не состоит. Заболела остро, появились боли внизу живота, озноб, сильное потоотделение, температура повысилась до 39,5°C.

Объективное обследование: общее состояние при поступлении средней тяжести. Пульс 120 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД- 120/80 мм рт. ст. Температура тела 39,3°. Кожные покровы несколько бледные, слизистые розовые. Язык влажный, обложен белым налетом, больная отмечает сухость во рту. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации резко болезненный в нижних отделах, где определяется, напряжение прямых мышц живота и положительные симптомы раздражения брюшины. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - $16,8 \times 10^9$ в 1 л, отмечается сдвиг лейкоцитарной формулы, влево, СОЭ - 30 мм/ч.

Осмотр при помощи зеркал: из цервикального канала отходят гнойевидные выделения. PV: смещение шейки матки болезненно, своды влагалища -глубокие. Матку и придатки пропальпировать не удастся из-за напряжения и болезненности передней брюшной стенки. В мазках из уретры, цервикального канала обнаружены в большом количестве внутри- и внеклеточно расположенные грамотрицательные диплококки - гонококки.

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы. Поставьте клинический диагноз.
2. Дополнительные методы диагностики.
3. Тактика врача.
4. Неотложная терапия.
5. Причины патологии.

Ситуационная задача № 72

Женщина 29 лет при задержке менструации на 4 недели поступила в гинекологическое отделение с кровянистыми выделениями из половых путей.

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

После выскабливания состояние больной оставалось удовлетворительным, пульс - 76 уд. в мин., АД - 110/60 мм. рт. ст., температура - 36,80 С. Кровянистые выделения из половых путей продолжались в течение 4-5 дней.

При гистологическом исследовании соскоба полости матки обнаружена децидуальная реакция эндометрия.

В анамнезе у женщины частые ОРВИ 3-4 раза в год, хронический бронхит, хронический цистит.

Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, установились в течение года, по 3-4 дня через 28 дней, умеренно болезненные.

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

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

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы. Поставьте клинический диагноз.
2. План дальнейшего обследования.
3. Тактика врача.
4. Неотложная терапия.
5. Причины патологии.

Ситуационная задача № 73

Больная, 38 лет обратилась к гинекологу по поводу отсутствия менструации в течение года, приливы, потливость. В детстве болела корью, скарлатиной. 2,5 года назад перенесла тяжелую вирусную инфекцию, после которой вскоре менструации стали скудными и потом прекратились.

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

Больная среднего роста, пониженного питания. Кожные покровы физиологической окраски. Пульс-80 в I мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. Молочные железы атрофичные. АД - 100/60 мм рт.ст. на обеих руках.

Наружные половые органы сформированы правильно Слизистая влагалища бледная, сухая. Осмотр в зеркалах: шейка матки конической формы, бледно-розовая, наружный зев точечный. Тело матки резко уменьшено в размерах, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки не определяются. Выделения слизистые, скудные.

Проведено УЗИ исследование Размеры матки 4,5×3,0×2,5 см, толщина эндометрия 3мм, левый яичник 1,8×0,9×0,8 см. фолликулярный аппарат не дифференцируется.

Правый яичник размерами 2,0×0,9 см фолликулярный аппарат отчетливо не дифференцируется.

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

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы. Поставьте клинический диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Перечислите методы исследования для подтверждения диагноза.
4. Определите алгоритм действий врача.
5. Разработайте план лечения данной патологии.

Ситуационная задача № 74

В гинекологический стационар из женской консультации направлена беременная женщина 28 лет.

Жалобы: на спорадические тянущие боли внизу живота с иррадиацией в поясницу и крестец, усиливаются после физической нагрузки, эмоциональных переживаний. Боли отмечает последнюю неделю, последние три дня боли стали чаще и интенсивнее.

Анамнез жизни: из перенесенных заболеваний отмечает корь, краснуху, грипп, ангину, гастрит, цистит. Наследственность не отягощена.

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

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

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

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Пульс 80 ударов в минуту АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Периферические отеки отсутствуют. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Объективное гинекологическое исследование.

Осмотр в зеркалах: шейка матки коническая, имеется эрозия слизистой оболочки вокруг цервикального канала диаметром 2-3 мм. Выделения из половых путей слизистые, мутные, в небольшом количестве.

Вагинальное исследование: влагалище нерожавшей женщины. Матка увеличена до 12 недель беременности, уплотняется при пальпации, умеренно болезненная.

Придатки матки не определяются, их область безболезненная.

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы. Поставьте клинический диагноз.
2. Перечислите методы исследования для подтверждения диагноза.
3. Проведите дифференциальную диагностику патологии.
4. Определите алгоритм действий врача.
5. Разработайте план лечения данной патологии.

Ситуационная задача № 75

Женщина 25 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на острые, сильные боли внизу живота, гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании, высокую температуру тела, озноб, тошноту, слабость.

Анамнез заболевания: заболела остро, накануне появились боли внизу живота, озноб, сильное потоотделение, температура повысилась до 39,5°C. Неделю назад имело место случайное половое сношение.

Из анамнеза жизни: из перенесенных заболеваний отмечает корь, краснуху, ОРВИ 1-2 раза в год. В 20 лет произведена аппендэктомия. Наследственность не отягощена.

Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, установились в течение года, по 3-4 дня через 28 дней, умеренно болезненные. Последняя менструация была 10 дней тому назад. Половую жизнь ведёт с 17 лет, нерегулярно, незамужем, постоянного партнёра не имеет. Было две беременности, закончились медицинскими абортами.

Из перенесенных гинекологических заболеваний – хронический сальпингоофорит, диагноз поставлен два года назад.

Объективное обследование: общее состояние средней тяжести. Пульс 110 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД – 120/80 мм рт. ст. Температура тела до 38,2°C.

Кожные покровы и видимые слизистые несколько бледные. Язык суховатый, обложен белым налетом. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание в легких везикулярное.

Живот правильной конфигурации, участвует в акте дыхания, при пальпации выражена болезненность в нижних отделах, где определяется напряжение мышц и положительные симптомы раздражения брюшины. Симптом поколачивания отрицательный. Стул не нарушен. Мочеиспускание затруднено.

Осмотр в зеркалах: шейка матки тупоконической формы, слизистая ее гиперемирована. Выделения из цервикального канала - слизисто-гнойные бели в большом количестве. При бимануальном исследовании: шейка матки мягковатая, наружный зев канала закрыт, смещение шейки матки болезненное. Своды влагалища глубокие. Матка и придатки матки слегка увеличены, тестоватой консистенции, резко болезненные при пальпации и смещении.

Общий анализ крови: Hb – 120 г/л, Le – $16,8 \times 10^9$ в 1 л, отмечается сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ – 28 мм/ч. При бактериоскопии мазка содержимого цервикального канала обнаружены диплококки внутриклеточно.

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Какие лабораторные данные подтверждают диагноз?
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Какова лечебная тактика врача.

Ситуационная задача № 76

Больная 15 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на скудные кровянистые выделения из половых путей, слабость, головокружение.

Заболела 8 дней назад, когда после 2-месячного отсутствия менструации появились мажущие кровянистые выделения из половых путей. В последующие дни присоединились слабость, головокружение, нарушились сон и аппетит.

Анамнез жизни: в детстве перенесла корь, инфекционный паротит, краснуху, скарлатину. Наследственность неотягощена.

Гинекологический анамнез: менструации с 15 лет, первые 4 месяца регулярные (по 3-4 дня через 28 дней), скудные, умеренно болезненные.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Пульс 90 уд./мин, ритмичный, слабого наполнения. АД – 95/50 мм рт. ст.

Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Больная с дефицитом массы (ИМТ=17,5), молочные железы развиты слабо. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Общий анализ крови: Hb – 60 г/л, E_r – $2,7 \times 10^{12}$ в 1 л.

Гинекологическое исследование.

При осмотре наружных половых органов отмечается гипоплазия больших и малых половых губ, оволосение на лобке - по женскому типу, скудное.

Ректальное исследование: девственная плева не нарушена. Тело матки плотное, меньше нормальной величины, безболезненное, подвижное, в правильном положении. Соотношение шейки: тело матки = 1: 1. Придатки с обеих сторон не определяются.

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие клинико-лабораторные данные подтверждают диагноз?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Объясните этиологию и патогенез заболевания.
5. Какова лечебная тактика врача.

Ситуационная задача № 77

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

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

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

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

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

Специальное гинекологическое исследование. В нижней трети правой большой половой губы округлое опухолевидное образование размером около 4 см в диаметре, резко болезненное при пальпации, с участком флюктуации. Окружающие ткани отёчны, гиперемированы. Паховые лимфатические узлы справа увеличены, с чёткими контурами, подвижные, болезненные.

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче.
2. Поставьте диагноз.
3. Факторы риска данной патологии.
4. Тактика и основные принципы лечения данной патологии
5. Профилактика

Ситуационная задача № 78

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

Анамнез. Перенесенные заболевания: простудные, хронический аднексит с частыми обострениями – проводилось противовоспалительное лечение.

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

Замужем. От беременности не предохраняется.

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

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

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

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

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

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче.
2. Поставьте диагноз.
3. С помощью каких методов можно уточнить диагноз
4. Классификация данной патологии
5. Тактика и основные принципы лечения данной патологии

Ситуационная задача № 79

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

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

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

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

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

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

Специальное гинекологическое исследование.

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

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

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

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие лабораторно-инструментальные исследования позволят уточнить диагноз?
3. Тактика ведения и методы лечения пациенток с этой патологией.
4. Какое лечение необходимо провести пациентке по условию задачи.
5. Факторы риска и профилактика данного заболевания.

Ситуационная задача № 80

У пациентки 56 лет при обследовании в женской консультации в области правого придатка обнаружено опухолевидное образование размером 6 см. Жалоб не предъявляет. При повторном осмотре через 1 месяц данное образование не изменилось. По данным УЗИ: в области правого яичника имеется округлое гипозоногенное образование размером 77 x 85 мм, со множеством перегородок, умеренным кровотоком в капсуле и несколькими пристеночными утолщениями.

Анамнез: Менопауза в 50 лет. Родов – 1, искусственных аборт – 5.

Перенесённые заболевания: хронический аднексит.

Наследственность: у родной сестры – рак молочной железы.

Проведено обследование пациентки на онкомаркёры с определением индексов риска малигнизации:

СА-125 – 75 ЕД/мл

HE4 – 150 пмоль

Индекс RMI – 1125

Индекс ROMA – 57%

Вопросы:

1. О каком диагнозе можно думать на основании этих данных?
2. Интерпретируйте полученные данные
3. Классификация
4. Тактика ведения пациенток с этой патологией.
5. Методы лечения пациенток с этой патологией.

Ситуационная задача № 81

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какой должна быть тактика врача женской консультации?
3. Какие дополнительные методы исследования надо применить?
4. С какими заболеваниями дифференцировать?
5. Поставьте клинический диагноз.

Ситуационная задача № 82

Женщина 43 лет обратилась в женскую консультацию для прохождения профилактического осмотра.

Анамнез жизни.

Месячные начались в 14 лет, установились сразу, регулярные, через 28 дней, по 5 – 6 дней, умеренные, безболезненные. Последние месячные начались 7 дней назад, к моменту обращения закончились. Половая жизнь с 20 лет, замужем. Периодически после половых контактов отмечает сукровичные выделения из половых путей. От беременности предохраняется презервативом. Беременностей – 2. Первая закончилась родами. Последняя 2 года назад – искусственным абортom на сроке 8 недель, без осложнений.

Перенесённые заболевания: простудные.

Гинекологические заболевания: хронический сальпингоофорит с периодическими обострениями.

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

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

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

Специальное гинекологическое исследование. НПО развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Осмотр в зеркалах. Слизистая оболочка влагалища бледно-розовая, складчатость не выражена. Шейка матки цилиндрической формы, длиной 3 см, наружный зев цервикального канала щелевидной формы. Из цервикального канала исходит образование красного цвета длиной около 1 см с гладкой поверхностью. Бимануальное исследование. Тело матки отклонено влево от средней линии, в положении anteflexio, anteversio, не увеличено, плотное, поверхность – гладкая, контуры – чёткие, подвижное, безболезненное при пальпации. Придатки не увеличены, безболезненные. Своды влагалища свободные. Выделения – слизистые бели.

Вопросы:

1. О каком диагнозе можно думать на основании этих данных?
2. Какие исследования позволят уточнить диагноз?
3. К какой группе заболеваний относится данная патология?
4. Классификация заболеваний данной группы.
5. Тактика ведения и методы лечения пациенток с этой патологией.

Ситуационная задача № 83

Женщина 62 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на умеренные, периодически усиливающиеся боли в нижних отделах живота, увеличение живота в размерах. Изредка возникает сухой кашель, боли в правой половине грудной клетки при глубоком вдохе. Отмечает выраженную слабость, снижение аппетита, похудание, повышение температуры тела до 37,5°C.

Анамнез заболевания: десять лет назад во время профилактического осмотра гинеколог обнаружил небольшое опухолевидное образование в области правых придатков. Из-за отсутствия жалоб на рекомендованный повторный осмотр не явилась, рекомендованное обследование не проходила. Последние десять лет гинеколога не посещала.

Полгода назад стала отмечать периодические боли внизу живота, повышение температуры тела. Самостоятельно принимала антибиотики, обезболивающие и жаропонижающие. Наблюдалось временное улучшение, к врачу не обращалась. В течение трёх последних месяцев появилось отвращение к пище, похудела на 12 кг. Месяц назад стал увеличиваться живот. Появился кашель и боли в грудной клетке. Решила обратиться к врачу из-за усиления болей в животе.

Специальный гинекологический анамнез. Менопауза в 52 года.

Объективный статус.

Общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые серовато-цианотичного цвета. Кахексична. Рост – 165 см, вес – 45 кг.

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

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

Живот округлой формы, значительно увеличен. Имеются признаки асцита.

Подкожные сосуды передней брюшной стенки расширены. При пальпации в надлонной области определяется болезненный конгломеративный инфильтрат неправильной формы без чётких контуров, связанный с передней брюшной стенкой. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный.

Специальное гинекологическое исследование. Осмотр в зеркалах. Слизистая оболочка влагалища и шейка матки без патологии. Бимануальное исследование. Тело матки не увеличено, плотное, связано в единый конгломерат с опухолевидным образованием, расположенным в области правых придатков, размером около 25 см, без чётких контуров, выходящим за пределы малого таза. Своды влагалища пастозные. Движения за шейку матки – безболезненные. Выделения – слизистые бели.

Вопросы:

1. О каком диагнозе можно думать на основании этих данных?
2. Какие лабораторно-инструментальные исследования позволят уточнить диагноз?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какое лечение требуется пациентке по условию задачи.
5. Профилактика данного заболевания.

Ситуационная задача № 84

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

Анамнез: менструальная и детородная функции без особенностей. Из гинекологических болезней перенесла аднексит (лечилась амбулаторно), при очередном профилактическом осмотре 2 нед назад была обнаружена опухоль левого яичника размерами 9х8х6 см, неравномерной консистенции, подвижная, безболезненная, с гладкой поверхностью, после чего больной было предложено оперативное лечение. Шесть часов назад после физической нагрузки возникли боли внизу живота слева, тошнота, рвота (1 раз). С целью обезболивания принимала анальгин. Однако боли постепенно усиливались, стали иррадиировать в левое бедро, появилось учащенное мочеиспускание. Машиной «скорой помощи» больная была доставлена в больницу. Ультразвуковое сканирование: матка без особенностей, правый яичник не определяется, левый яичник представляет собой жидкостное двухкамерное образование размерами 9х8х6 см с эхонегативными включениями. Объективное обследование: при поступлении состояние удовлетворительное. Пульс 92 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 140/90 мм рт. ст. Температура тела 37,4°. Органы дыхания без особенностей. Язык суховат, обложен белесоватым налетом. Живот правильной формы, умеренно вздут, при пальпации болезнен, больше в левой подвздошной области, где выявляется напряжение мышц передней брюшной стенки и положительный симптом Щеткина - Блюмберга. Перистальтика живая, Перкуторно свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Стул был накануне. Мочеиспускание учащенное, безболезненное. Анализ крови: гемоглобина - 1.26 г/л, лейкоцитов - 10,7х10⁹ в 1 л, СОЭ - 22 мм/ч. Анализ мочи: без патологических изменений.

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

Ректовагинальное исследование: дополнительных данных не получено.

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы. Поставьте предварительный диагноз
2. Объясните необходимость проведения оперативного лечения.
3. От чего будет зависеть объем оперативного лечения.
4. Какое осложнение произошло в течение данной болезни?
5. Какие данные говорят о наличии осложнений и чем оно опасно?

Ситуационная задача № 85

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

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

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

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

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

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

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

Рентгенологическое исследование: органы грудной клетки без патологических изменений.

Анализ крови и мочи без особенностей.

Реакция Пирке положительная, Манту - отрицательная.

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

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

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче. Поставьте предварительный диагноз
2. Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз?
3. Консультация каких специалистов необходима?
4. План лечения данной пациентки и прогноз в отношении лечения бесплодия.
5. На базе какого лечебного учреждения следует проводить терапию?

Ситуационная задача № 86

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Вопросы:

1. О каком диагнозе можно думать на основании этих данных?
2. Какие лабораторно-инструментальные исследования позволят уточнить диагноз?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какое лечение требуется пациентке по условию задачи.
5. Профилактика данного заболевания.

Ситуационная задача № 87

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

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

Регулярная половая жизнь с 20 лет, замужем. От беременности не предохраняется.

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

Из перенесенных соматических заболеваний отмечает детские инфекции и простудные заболевания.

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

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

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

Вопросы:

1. О каком диагнозе можно думать на основании этих данных?
2. Какие исследования позволят уточнить диагноз?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какое лечение требуется пациентке по условию задачи.
5. Профилактика данного заболевания.

Ситуационная задача № 88

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

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

Перенесённые заболевания: детские инфекции, простудные.

Объективные данные: кожа и слизистые физиологической окраски, чистые.

Телосложение правильное. Рост – 165 см, вес – 50 кг. Формула полового развития по Таннеру: Ma3, Ax2, P2, Me0

Пульс – 76 ударов в минуту, АД – 110/60 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный.

При аускультации лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык чистый, влажный.

Живот мягкий, болезненный в надлонной области. В надлонной области определяется верхний полюс округлого тестоватого образования, исходящего из малого таза.

Симптомов раздражения брюшины нет. Физиологические отправления не нарушены.

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

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

Вопросы:

1. О каком диагнозе можно думать на основании этих данных?
2. Какие лабораторно-инструментальные исследования позволят уточнить диагноз?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какое лечение необходимо провести пациентке по условию задачи.
5. Факторы риска и профилактика данного заболевания.

Ситуационная задача № 89

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

Анамнез жизни. Работает финансистом. Перенесённые заболевания: простудные. Гинекологические заболевания: отрицает. В остальном анамнез жизни без особенностей.

Данные анамнеза. Менструальные начались в 14 лет, установились сразу. В настоящее время регулярные – через 28 дней, по 3 – 4 дня, умеренные, безболезненные. Последние менструальные – 2 недели назад. Половая жизнь с 20 лет, замужем. Болей и кровянистых выделений из половых путей во время половых контактов не отмечает. От беременности предохраняется календарным методом. Беременностей – 2. Первая закончилась самопроизвольными родами в срок. Вторая медицинским абортom 1 год назад. Предохраняется календарным методом. В последующем планирует рождение ещё одного ребёнка, но не ранее чем через пять лет.

Объективный статус. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые физиологической окраски. На коже лица – умеренно выраженная угревая сыпь. Отмечается выраженный рост волос на предплечьях и голенях, передней поверхности живота, рост волос на нижней губе. Гирсутизм 18 баллов. Рост – 170 см, вес – 65 кг.

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

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

Status genitalis. Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение на лобке с переходом на низ живота по средней линии. Осмотр в зеркалах. Слизистая оболочка влагалища бледно-розовая, складчатость не выражена. Шейка матки цилиндрической формы, длиной 3 см, наружный зев цервикального канала щелевидной формы, патологические образования на слизистой влагалища и шейки отсутствуют. Бимануальное исследование. Тело матки расположено по средней линии, в положении anteflexio, anteversio, не увеличено, плотное, округлой формы, с чёткими контурами, с гладкой поверхностью, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненные. Выделения – слизистые скудные.

Вопросы.

1. Какой метод контрацепции является предпочтительным в данном случае?
2. Перечислите методы контрацепции и назовите их преимущества.
3. Как определяется эффективность различных методов контрацепции.
4. Оцените эффективность метода контрацепции, который использует женщина?
5. Какое обследование требуется перед применением контрацепции

Ситуационная задача № 90

Женщина 64 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на кровянистые выделения из половых путей.

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

Гинекологические заболевания: миома матки в течение 30 лет. Десять лет назад по поводу маточного кровотечения выполнено выскабливание полости матки. Результат гистологического анализа – железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. Лечение, назначенное врачом женской консультации, начала, но закончила раньше рекомендованного срока. В течение 10 лет гинеколога не посещала.

Анамнез жизни. Пенсионерка. Страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом. В остальном анамнез жизни без особенностей.

Специальный гинекологический анамнез. Менопауза в 52 года. Месячные в течение жизни были нерегулярными. Беременность была одна в 40 лет после нескольких курсов стимуляции овуляции, закончилась родами.

Объективный статус. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледные. Язык чистый, влажный.

Рост – 162 см, вес – 92 кг.

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

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

Специальное гинекологическое исследование Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Осмотр в зеркалах. Слизистая оболочка влагалища бледно-розовая, складчатость не выражена. Шейка матки цилиндрической формы, длиной 3 см, наружный зев цервикального канала щелевидной формы. Патологические образования на слизистой влагалища и шейки отсутствуют. Из цервикального канала кровянистые выделения. Бимануальное исследование. Тело матки расположено по средней линии, в положении anteflexio, anteversio, увеличено до размера 7-8 недельной беременности, плотное, неправильной округлой формы, с четкими контурами, с крупнобугристой поверхностью, подвижность ограничена, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненные. Своды – свободные, безболезненные. Движения за шейку матки – безболезненные. Выделения – кровянистые с небольшими сгустками.

Вопросы:

1. О каком диагнозе можно думать на основании этих данных?
2. Какие лабораторно-инструментальные исследования позволят уточнить диагноз?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какое лечение требуется пациентке по условию задачи.
5. Факторы риска и профилактика данного заболевания.

Ситуационная задача № 91

Пациентка 26 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на темные кровянистые выделения из влагалища в течение одной недели, на общую слабость, одышку, сердцебиение, постоянный кашель. Анамнез заболевания .Полгода назад перенесла пузырный занос, по поводу которого произведено выскабливание полости матки. После выписки из стационара гинеколога не посещала. Около месяца назад с жалобами на кашель и одышку обратилась к терапевту. На основании рентгенографического исследования органов грудной клетки выставлен диагноз: туберкулез легких, назначено соответствующее лечение. Однако состояние больной прогрессивно ухудшалось: кашель не прекращался, появились ноющие боли внизу живота и скудные, темные, кровянистые выделения из половых путей. Больную направили к гинекологу.

Специальный гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, регулярные, через 28 дней по 3 – 4 дня, умеренные, безболезненные. Последняя нормальная менструация была 2 месяца назад. Половая жизнь с 20 лет, замужем. От беременности не предохраняется. Было три беременности, первая из которых закончилась срочными самопроизвольными родами, вторая закончилась искусственным абортom на сроке 10 недель беременности, без видимых осложнений. Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Язык влажный, чистый.

Пульс 96 уд. в мин., ритмичный. АД — 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание в легких жесткое, приглушено в нижних отделах.

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

Специальное гинекологическое исследование: Осмотр в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, слизистая гладкая, бледно-розового цвета. Из цервикального канала скудные кровянистые выделения. Бимануальное исследование: Тело матки увеличено до 12-13 недель беременности, мягкой консистенции, с бугристой поверхностью. Придатки не пальпируются, их область безболезненная.

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

Вопросы:

1. Поставьте и подтвердите предварительный диагноз.
2. Какие еще методы исследования нужно использовать для уточнения диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Объясните этиологию и патогенез заболевания.
5. Какова лечебная тактика врача?
6. Каково диспансерное наблюдение данной больной после лечения?

Ситуационная задача № 92

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

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

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

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

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

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

Специальное гинекологическое исследование.

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

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

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

Вопросы.

1. Перечислите клинические симптомы и поставьте предварительный диагноз.
2. Какие методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Какое лечение необходимо провести пациентке по условию задачи?
5. Факторы риска и профилактика данного заболевания.

Ситуационная задача № 93

Больная 55 лет обратилась к гинекологу с жалобами на постоянные тянущие боли внизу живота, затруднение мочеиспускания. В анамнезе роды крупным плодом, осложнившиеся разрывом промежности II степени (повреждение кожи и мышц промежности) Соматический анамнез не отягощен. Постменопауза 4 года.

Гинекологический статус: половая щель зияет, при натуживании за пределами вульварного кольца определяется тело матки, элонгированная и гипертрофированная шейка матки. Тело матки не увеличено, придатки не определяются.

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы и поставьте предварительный диагноз.
2. Какое лечение необходимо провести пациентке по условию задачи?
3. Факторы риска и профилактика данной патологии.
4. Возможные осложнения.
5. Разработайте план реабилитации данной пациентки.

Ситуационная задача № 94

Женщина 30 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на ноющие боли внизу живота с иррадиацией в поясницу, выделения из половых путей желто-зеленого цвета, на периодическое повышение температуры до $37,5^{\circ}\text{C}$, на слабость, нарушения сна, аппетита. Считает себя больной в течение недели.

Из анамнеза жизни: из перенесенных заболеваний отмечает корь, грипп, ангину. Наследственность не отягощена.

Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, установились в течение года, по 3-4 дня через 28 дней, умеренно болезненные. Последняя менструация была две недели назад. Половую жизнь ведёт с 23 лет, замужем. Редко отмечает болезненность при половых сношениях. Было три беременности, две первые из которых закончились срочными самопроизвольными родами, третья закончилась искусственным абортom, который осложнился воспалением придатков – больная находилась в течение 2-х недель на стационарном лечении.

При объективном осмотре: кожные покровы бледные, температура тела $37,2^{\circ}\text{C}$, пульс 82 в 1 мин, ритмичный.

Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Язык влажный, обложен белым налетом. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание в легких везикулярное.

Живот мягкий, умеренно болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины, симптом поколачивания отрицательные. Стул не нарушен. Мочеиспускание свободное.

Гинекологический статус: Осмотр в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, зев щелевидной формы, Имеется отечность и гиперемия вокруг наружного зева цервикального канала. Выделения из цервикального канала - слизисто-гнойные бели в небольшом количестве. При бимануальном исследовании: влагалище рожавшей – емкое. Шейка матки мягковатая, наружный зев канала закрыт, смещение шейки матки болезненное. Тело матки спереди, не увеличено, плотное, несколько ограничено в подвижности, умеренно болезненное. Маточные трубы с обеих сторон увеличены до 1 см, склерозированы, ограничены в подвижности, болезненные. Яичники определяются ближе к стенке малого таза, болезненные.

Общий анализ крови: Hb – 120 г/л, Le – $7,2 \times 10^9$ в 1 л, сдвиг лейкоцитарной формулы не отмечается, СОЭ – 14 мм/ч. При бактериоскопии мазка содержимого цервикального канала специфическая флора не обнаружена, Le - сплошь.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие клинико-лабораторные данные подтверждают диагноз?
3. Какие методы исследования нужно использовать для уточнения диагноза?
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Какова лечебная тактика врача.

Ситуационная задача № 95

Больная 48 лет поступила в терапевтической отделения с жалобами на общую слабость, недомогание, потерю веса, тошноту, изжогу, боли в эпигастральной области.

При консультации гинеколога в малом тазу обнаружены два опухолевидных образования в области придатков с обеих сторон от матки, размерами 6х7х8 и 5х6х10 см, плотные, подвижные, безболезненные. Матка в правильном положении, не увеличена, подвижна, безболезненна. Параметральная клетчатка мягкая.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз.
2. Дополнительные методы диагностики.
3. Какова лечебная тактика врача.
4. Неотложная терапия.
5. Причины патологии.

Ситуационная задача № 96

Больная 28 лет предъявляет жалобы на тянущие боли внизу живота, усиливающиеся перед и после менструации, отсутствие беременности в течении 5 лет. Считает себя больной в течении 3 лет. В анамнезе один самопроизвольный аборт в сроке 5-6 нед. В возрасте 20 лет оперирована по поводу разрыва кисты яичника, произведена резекция правого яичника. Результаты гистологического исследования не знает.

Гинекологический статус: шейка матки не эрозирована. Матка ограниченно подвижна, нормальных размеров, безболезненная. Справа и кзади от матки пальпируется образование размером 8х8 см, тугоэластичной консистенции, малоподвижное, спаяное с заднебоковой поверхностью матки, умеренно болезненное. Левые придатки не увеличены. Выделения слизистые.

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы и поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного обследования.
3. Какова лечебная тактика врача.
4. План дальнейшего ведения пациентки при данной патологии.
5. Причины патологии.

Ситуационная задача № 97

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче. Поставьте предварительный диагноз.
2. Как Вы будете проводить дифференциальную диагностику?
3. Каков патогенез данного заболевания?
4. Какие методы диагностики можно использовать?
5. Какой план лечения.

Ситуационная задача № 98

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

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

Анамнез: в детстве перенесла грипп, аппендэктомию, болезнь Боткина. Менструации с 10 лет, установились сразу (по 7 дней, цикл 21 день), умеренные, безболезненные. Последний год менструации длятся по 7—10 дней, обильные.

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

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

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

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

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче. Поставьте предварительный диагноз.
2. Тактика врача женской консультации.
3. Основные принципы ведения.
4. Какие исследования необходимо провести?
5. Разработайте план лечения данной патологии.

Ситуационная задача № 99

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

Анамнез: наследственность не отягощена.

Менструации с 14 лет, установились сразу (по 4—5 дней, цикл 28 дней), безболезненные, умеренные. Последняя нормальная менструация была 2 мес назад. Половую жизнь ведет с 20 лет. Состоит в браке. Было две беременности: первая закончилась нормальными срочными родами (масса ребенка 3500 г), вторая - искусственным абортom (срок 10 нед). После аборта в течение 3 дней держалась температура 37,5°, болел низ живота. По поводу эндометрита больная получила курс пенициллинотерапии, внутримышечные инъекции глюконата кальция и окситоцина. Была выписана на 10-й день после операции. Другие перенесенные гинекологические болезни отрицает.

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

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

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

Вопросы:

1. Перечислите клинические симптомы, описанные в задаче.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какой может быть тактика ведения больной?
4. В случае осложнений каким должен быть объем оказания помощи?
5. От чего зависит прогноз репродуктивной функции пациентки?

Ситуационная задача № 100

Больная 16 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на скудные кровянистые выделения из половых путей, слабость, головокружение.

Заболела 8 дней назад, когда после 3-месячного отсутствия менструации появились мажущие кровянистые выделения из половых путей. В последующие дни присоединились слабость, головокружение, нарушились сон и аппетит.

Анамнез жизни: в детстве перенесла корь, инфекционный паротит, краснуху, скарлатину. Наследственность неотягощена.

Гинекологический анамнез: менструации с 15 лет, первые 4 месяца регулярные (по 3-4 дня через 28 дней), скудные, умеренно болезненные.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Пульс 90 уд./мин, ритмичный, слабого наполнения. АД – 95/50 мм рт. ст.

Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Больная с дефицитом массы (ИМТ=17,5), молочные железы развиты слабо. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Общий анализ крови: НВ – 65 г/л, Ег – $2,7 \times 10^{12}$ в 1 л.

Гинекологическое исследование.

При осмотре наружных половых органов отмечается гипоплазия больших и малых половых губ, оволосение на лобке - по женскому типу, скудное.

Ректальное исследование: девственная плева не нарушена. Тело матки плотное, меньше нормальной величины, безболезненное, подвижное, в правильном положении.

Соотношение шейки: тело матки = 1: 1. Придатки с обеих сторон не определяются.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие клинико-лабораторные данные подтверждают диагноз?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Объясните этиологию и патогенез заболевания.
5. Какова лечебная тактика врача.