

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования "Красноярский государственный
медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Минздрава России

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО
Кафедра перинатологии акушерства и гинекологии лечебного
факультета
Кафедра оперативной гинекологии ИПО

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Сборник ситуационных задач с эталонами ответов
для ординаторов, обучающихся по специальности
31.08.01 Акушерство и гинекология

Красноярск
2018

Составители: д-р мед. наук, доц. Базина М.И., д-р мед. наук, проф. Цхай В.Б., д-р мед. наук, доц. Макаренко Т.А., канд. мед. наук, доц. Шапошникова Е.В., канд. мед. наук, доц. Жирова Н.В., канд. мед. наук, доц. Киселева Е.Ю., канд. мед. наук, доц. Маисеенко Д.А., д-р мед. наук, проф. Егорова А.Т., канд. мед. наук, доц. Полстяная Г.Н., канд. мед. наук, доц. Домрачева М.Я., канд. мед. наук, асс. Брехова И.С., асс. Коновалов В.Н., канд. мед. наук, доц. Ульянова И.О., канд. мед. наук, доц. Гребенникова Э.К., канд. мед. наук, доц. Костарева О.В., асс. Кузнецова Д.Е.

Рецензенты: проф. каф. акушерства и гинекологии педиатрического факультета ФГБОУ ВО НГМУ МЗ РФ, д-р мед. наук Т.М. Соколова;

зав. каф. акушерства и гинекологии № 3 ФГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ, д-р мед. наук, проф. И. В. Сахаутдинова.

Акушерство и гинекология: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для К21 ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология / сост. М.И. Базина, В.Б. Цхай, Т.А. Макаренко [и др.]. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2018. – 55 с.

Ситуационные задачи с эталонами ответов полностью соответствуют требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (2014) по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология; адаптированы к образовательным технологиям с учетом специфики обучения по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология.

Утверждено к печати ЦКМС КрасГМУ (протокол № 6 от 25 июня 2018г.)

© ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, 2018

Ситуационные задачи

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
---	--------------------	---------------	--------------------	-----------------------------

Физиологическое и патологическое акушерство				
01	<p>Повторнородящая 30 лет. Поступила в отделение патологии беременности с жалобами на недомогание, одышку, ощущение тяжести в животе. В течение последних 10 дней отмечает быстрое увеличение живота. По данным анамнеза и по наблюдению женской консультации срок беременности 37 недель. Размеры таза: 25-28-31-20 см. Окружность живота 115 см, высота стояния дна матки 42 см. Выражены стрии беременной, усилен венозный рисунок брюшной стенки. Предлежащая часть – головка, высоко над входом в малый таз, мелкие части плода определяются не четко. Сердцебиение плода приглушено, до 140 уд. в минуту.</p> <p>Влагалищное исследование: влагалище емкое, шейка укорочена до 1,5 см, размягчена по периферии, цервикальный канал проходим для одного поперечного пальца. Предлежащая часть - головка, высоко над входом в малый таз. Своды влагалища напряжены и нависают. Мыс не достижим.</p> <p>1. Каков диагноз? 2. Тактика ведения беременной? 3. Возможные осложнения? 4. С чем следует проводить дифференциальную диагностику? 5. Особенности ведения послеродового периода?</p>	<p>1. Беременность 37 недель. Острое многоводие.</p> <p>2. Оценить состояние шейки матки, при наличии условий провести амниотомию, медленно по игле выпустить околоплодные воды. В случае отсутствия спонтанной родовой деятельности в течение 4-6 часов провести родовозбуждение окситоцином в/в капельно. При отсутствии эффекта от родовозбуждения родоразрешить операцией кесарево сечение.</p> <p>3. ПОНРП, коллапс, эмболия околоплодными водами, гипотоническое и атоническое кровотечение в последовом и раннем послеродовом периодах.</p> <p>4. С многоплодной беременностью, крупным и гигантским плодом.</p> <p>5. Последовый период вести с иглой в вене, руками, готовыми для вхождения в полость матки в</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

		<p>присутствии анестезиолога. Провести профилактику кровотечения препаратом Пабал (100мкг/мл) в/м в верхнюю часть бедра сразу после рождения последа.</p>		
02	<p>Повторнородящая 39 лет, с отягощенным акушерским анамнезом (аборты, беременность 13-я, роды 3). Размеры таза: 25-28-31-20 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 150 уд/мин. В родах 12 часов, безводный промежуток 4 часа. Схватки каждые 2-3 минуты по 40 сек., болезненные. Симптом Вастена положительный. Контракционное кольцо на 1см ниже пупка, нижний сегмент болезненный при пальпации. При влагалищном исследовании найдено: открытие маточного зева полное, лицевая линия в правом косом размере, подбородок обращен кзади, лоб кпереди. Мыс недостижим.</p> <p>1. Каков диагноз? 2. Тактика ведения родов? 3. Возможные осложнения для матери? Прогноз для плода? 4. С чем следует проводить дифференциальную диагностику? 5. В каких случаях при лицевом предлежании роды</p>	<p>1. Срочные роды III. Второй период родов. Лицевое предлежание плода, задний вид (по подбородку). Клинически узкий таз. Угрожающий разрыв матки. ОАА. 2. Кесарево сечение в экстренном порядке (определение показаний для оперативного родоразрешения, согласно клинического протокола). 3. Разрыв матки, вторичная слабость родовой деятельности, восходящая инфекция. Гипоксия плода, гибель плода. 4. С передне-головным и лобным предлежанием плода, чисто-ягодичным предлежанием плода. 5. При</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-11

	возможны естественным путем?	преждевременных родах и малых размерах плода, при лицевом предлежании (переднем виде по подбородку).		
03	<p>Первородящая 24 лет поступила в родильный дом по поводу слабых схваток, которые длятся в течение 8 часов. Роды срочные. Размеры таза: 26-29-31-21 см. Окружность живота 114 см., высота стояния дна матки 41 см, предлежит головка небольших размеров, подвижная над входом в малый таз. В дне матки пальпируются две крупные части. Сердечные тоны плода выслушиваются: слева ниже пупка 130 удмин и справа выше пупка 138 уд/мин. По данным УЗИ – Беременность 38 недель, дихориальная диамниотическая двойня. Головное предлежание обоих плодов. ПМП 3000 гр, 2800 гр. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева на 4-5 см, плодный пузырь цел, во время схватки наливается. Предлежит головка первого плода, прижата ко входу в малый таз, мыс не достижим.</p> <p>1. Обоснуйте диагноз? 2. Составьте план ведения родов? 3. С чем следует проводить дифференциальную диагностику? 4. Возможные осложнения в I периоде родов? Возможные осложнения во II периоде родов?</p>	<p>1. Срочные роды I. Первый период родов. Дихориальная диамниотическая двойня. Головное предлежание I плода. Первичная слабость родовой деятельности.</p> <p>2. Произвести раннее вскрытие плодного пузыря. Если родовая деятельность не усилится — родоразрешить операцией кесарева сечения в экстренном порядке.</p> <p>3. С многоводием, крупным и гигантским плодом.</p> <p>4. В первом периоде родов: первичная и вторичная слабость родовой деятельности, раннее излитие околоплодных вод, выпадение петли пуповины и мелких частей плода, затяжные роды, инфекция в родах, синдром коллизий (когда происходит одновременное вставление в плоскость входа в малый таз головок</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

		<p>обеих плодов).</p> <p>5. Во втором периоде: слабость потуг, ПОНРП после рождения первого плода, коллизии близнецов при тазовом предлежании первого плода и головном предлежании второго плода, неправильное положение второго плода, острая гипоксия второго плода.</p>		
04	<p>В акушерское отделение поступила роженица 36 лет. Роды 4, срочные. С 32 недель выявлено поперечное положение плода. Схватки появились 6 часов назад, а час спустя излились околоплодные воды в количестве 3 литров, светлые. Размеры таза: 25-28-32-21 см. Положение плода поперечное, вторая позиция. Определяется неясная предлежащая часть, прижата ко входу в малый таз. Серцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд/мин. Влагалищное исследование: раскрытие маточного зева 10 см, в плоскости входа в малый таз определяется вколотившееся плечико. Плодного пузыря нет. Таз емкий, мыс не достигим.</p> <p>1. Обоснуйте диагноз?</p> <p>2. Определите тактику ведения родов?</p> <p>3. Какие могут возникнуть осложнения, если своевременно не будет оказана акушерская помощь?</p> <p>4. Можно ли было предупредить данную</p>	<p>1. Срочные роды IV. Второй период родов. Многоводие. Запущенное поперечное положение плода.</p> <p>2. Кесарево сечение в экстренном порядке.</p> <p>3. Разрыв матки, интранатальная гибель плода, вторичная слабость родовой деятельности, сепсис, гибель роженицы.</p> <p>4. Возможно проведение наружного акушерского поворота в 34-36 недель беременности при отсутствии противопоказаний.</p> <p>5. Беременную следовало госпитализировать в дородовое отделение за 1-2 недели до предполагаемого срока родов.</p>	ТК ГИА	УК-3, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-9

	<p>патологию?</p> <p>5. Ошибка врача женской консультации, наблюдавшего беременную?</p>			
05	<p>Роженица 34 года. Настоящая беременность вторая, роды вторые. Поступила со схватками слабой силы, через 5-7 мин., по 20 сек. Положение плода продольное, головка высоко над входом в малый таз, баллотирует. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 128 уд/мин. Размеры таза: 27-29-31-20 см. Предполагаемая масса плода 3400 г.</p> <p>При обследовании в женской консультации с ранних сроков беременности определен интерстициальный миоматозный узел шеечно-перешеечной локализации. В 32 недели беременности размеры миоматозного узла 7,0x6,0x6,0 см, интерстициальный с тенденцией к центрипетальному росту, по передней стенке, ближе к области внутреннего зева.</p> <p>При влагалищном исследовании: шейка сглажена, открытие маточного зева 4 см. Плодный пузырь цел. В полость малого таза выступает плотный узел, величиной до 10 см, исходящего из передней стенки матки в области нижнего сегмента. Головка смещена кзади, стоит высоко над входом в таз.</p> <p>1. Каков диагноз? 2. Тактика ведения родов? 3. Возможные осложнения в I периоде родов? Осложнения во II периоде родов, если своевременно не будет оказана рациональная акушерская помощь? 4. Объем оперативного</p>	<p>1. Срочные роды II. Первый период родов. Первичная слабость родовой деятельности. Миома матки с низким расположением узла.</p> <p>6. Кесарево сечение в экстренном порядке в связи с сужением таза опухолью матки (определение показаний для оперативного родоразрешения, согласно клинического протокола).</p> <p>2. ПРПО, первичная или вторичная слабость родовой деятельности, выпадение пуповины и мелких частей плода, клинически узкий таз, разрыв матки, некроз миоматозного узла.</p> <p>3. Гистерэктомия без придатков матки с учетом размеров и локализации узла.</p> <p>4. В случае расположения миоматозных узлов в теле матки с субсерозной и интерстициальной локализацией в количестве не более 5 и размерами не более 5 см.</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-11

	<p>вмешательства?</p> <p>5. В каких случаях при миоме матки роды ведут консервативно?</p>			
06	<p>Повторнородящая 32 лет, роды 2. Первые роды в срок 4 года назад плодом массой 3200г. без осложнений. В родах 10 часов. Воды излились 4 часа назад. Схватки через 1-2 минуты по 50 секунд, матка плохо расслабляется вне схватки, болезненна при пальпации в нижнем сегменте.</p> <p>15 минут назад появились кровянистые выделения из половых путей. АД 120/65 мм.рт.ст. Размеры большого таза 25-27-31-18,5 см. ОЖ-104см., ВДМ-38 см. Сердцебиение плода глухое, 150-160 уд/мин. Попытка произвести катетеризацию мочевого пузыря женщины не удалась из-за механического препятствия. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное; головка плода прижата ко входу в малый таз, на головке большая родовая опухоль. Сагитальный шов отклонён кпереди.</p> <p>1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.</p> <p>2. Оцените анатомические особенности таза роженицы по форме и степени сужения. О чем свидетельствует отклонение стреловидного шва кпереди (ближе к лону).</p> <p>3. Предполагаемая масса плода, методы диагностики</p> <p>4. Какое</p>	<p>1. Срочные роды 2. Простой плоский таз I степени сужения. Заднетеменной асинклитизм. Клинически узкий таз. Начавшийся разрыв матки.</p> <p>2. Анатомически суженный таз – простой плоский таз 1 степени сужения. Внеосевое вставление головки - заднетеменной асинклитизм (лицманское вставление).</p> <p>3. Крупный плод.</p> <p>4. Необходимо провести функциональную оценку таза (симптом Вастена, вагинальное исследование для оценки характера вставления головки).</p> <p>5. Снять родовую деятельность дачей наркоза (врач анестезиолог). Транспортировать на каталке в операционную с иглой в вене (v.subclavia). Операция лапаротомия, кесарево сечение, ревизия органов</p>	ТК ГИА	УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-10

	<p>исследование необходимо было провести, при открытии маточного зева на 7-8 см.</p> <p>5. Дальнейшая тактика ведения и метод родоразрешения.</p>	<p>малого таза, состояние матки. (Объем операции в зависимости от повреждения матки – ушивание разрыва, либо гистерэктомия с трубами).</p>		
07	<p>Повторнородящая 32 лет потупила в акушерское отделение с жалобами на подтекание околоплодных вод в течение 2 часов при доношенной беременности. Схватки начались 6 часов тому назад. Размеры таза нормальные, положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз, сердечные тоны плода ясные, ритмичные до 132 уд. в мин. Предполагаемая масса плода 3200 г.</p> <p>P.V: раскрытие маточного зева 6 см. Плодного пузыря нет. Предлежит головка прижата к входу в малый таз.</p> <p>1. Диагноз</p> <p>2. В каком периоде родов находится роженица?</p> <p>3. Составьте план ведения родов?</p> <p>4. Продолжительность родов у первородящих?</p> <p>5. Что такое предвестники родов (план беседы с пациенткой)?</p>	<p>1. Срочные роды I. Первый период родов.</p> <p>2. Период раскрытия.</p> <p>3. Роды вести консервативно, следить за биомеханизмом родов, характером родовой деятельности, применять спазмолитики, обезболивающие вещества, в конце второго периода провести профилактику кровотечения метилэргометрином 1.0</p> <p>4. Продолжительность родов у первородящих 10-12 часов.</p> <p>5. Это симптомы, наступающие за две недели до родов:</p> <p>1) опускание предлежащей части ко входу в малый таз (чаще всего головка), вследствие этого высота стояния дна матки уменьшается. Беременная при этом отмечает, что ей стало легче дышать.</p> <p>2) повышение возбудимости матки – периодически возникающие нерегулярные сокращения матки, сопровождающиеся болезненными ощущениями. Такие сокращения называются – схватками-предвестниками, они</p>	ТК ГИА	УК-3, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9

		<p>никогда не носят регулярного характера и не приводят к изменениям в шейке матки.</p> <p>3) выделение слизистой пробки – содержимого шеечного канала.</p> <p>4)изменения в шейке матки, характеризующие состояние ее зрелости. Эти изменения легко распознаются при влагалищном исследовании.</p>		
08	<p>Повторнобеременной 38 лет с отягощенным акушерским анамнезом (аборты) предстоят третьи роды. Размеры таза 26-28-31-21см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 146. В родах 18 часов, безводный промежуток 6 часов. Схватки каждые 2-3минуты по 40 секунд, болезненные. Симптом Вастена положительный. Контракционное кольцо на 1 см. ниже пупка, нижний сегмент болезненный при пальпации. Вагинально: раскрытие маточного зева полное, головка плотно прижата ко входу в малый таз, лицевая линия в правом косом размере, подбородок кзади у крестца лоб кпереди у лона. Мыс не достижим.</p> <p>1. Диагноз?</p> <p>2. В чем заключается акушерская ситуация?</p> <p>3. Тактика врача в сложившейся ситуации?</p> <p>4. Развитие каких осложнений возможно в данной ситуации?</p> <p>5. Где проводится реабилитация роженицы после оперативных</p>	<p>1. Срочные роды III. Второй период родов. Клинический узкий таз. Задний вид лицевого предлежания. Угрожающий разрыв матки. Отягощенный акушерский анамнез.</p> <p>2. Предлежание плода - задний вид лицевого предлежания - причина клинического несоответствия.</p> <p>3. Наркоз. Экстренное родоразрешение путем операции кесарево сечение.</p> <p>4. В случае не оказанной помощи - разрыв матки, интранатальная гибель плода и роженицы.</p> <p>5. В условиях женских консультаций, поликлиник</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-12

	вмешательств и беременных групп среднего и высокого риска?			
09	<p>Первобеременная 24 года, поступила в род.дом по поводу срочных родов Схватки через 2-3 мин по 40 — 45 сек., хорошей силы. Положение плода' продольное, головка плода большим сегментом во входе в малый таз. Воды не изливались. Сердечные тоны плода ясные ритмичные до 132 уд. в мин. Через 1 час излились околоплодные воды, окрашенные меконием. Сердечные тоны плода стали редкими до 100- 108 уд. в мин. Срочно произведено влагищное исследование: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка плода на тазовом дне, стреловидный шов прямом размере, малый родничок спереди.</p> <p>1. Диагноз? 2. На основании чего оставлен диагноз? 3. Какие причины могут привести к данному осложнению? 4. Сколько периодов выделяют в клинике нормальных родов? 5. Что такое период раскрытия</p>	<p>1.Срочные роды I. Второй период родов. Острая гипоксия плода. 2.На основании урежения сердечных тонов плода и присутствие мекония в околоплодных водах при головном предлежании плода. 3.Обвитие пуповины, абсолютно короткая пуповина, истинный узел пуповины, выпадение пуповины. 4. В клинике нормальных родов выделяют 3 периода: 1. раскрытие шейки матки, 2. изгнание плода 3. последовый. 5. Период раскрытия — время от начала регулярных схваток до полного раскрытия маточного зева. Схватки сначала бывают короткие, слабые и редкие (через 15 — 20 мин).</p>	ТК ГИА	УК-3, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9
10	<p>Первородящая, 22 лет, поступила с родовой деятельностью, беременность доношенная. В анамнезе 3 аборта, последний - криминальный, осложнившийся эндометритом. Окружность живота 96 см, высота стояния дна матки 38 см. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, справа ниже пупка, ритмичное, 124. Воды целые. Размеры таза 25–26–</p>	<p>1. Срочные роды I. Второй период родов. Плоскорихитический таз II ст. Клинический узкий таз. Угрожающий разрыв матки. Отягощенный акушерский анамнез. 2. Да. Беременная с узким тазом II ст. должна быть госпитализирована за 2 недели до родов для подготовки к родоразрешению операцией кесарево сечение в плановом порядке.</p>	ТК ГИА	УК-3, ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6

	<p>30–17 см. Через 3 часа после поступления излились околоплодные воды. Вагинально: раскрытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет, головка малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере, большой и малый роднички на одном уровне, мыс достигается согнутым пальцем. Появился (+) симптом Вастена. Контракционное кольцо пальпируется на 4 см ниже пупка. При полном открытии и хорошей родовой деятельности нет поступательного движения головки в течение 3-х часов.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз? 2. Были ли допущены ошибки врачом женской консультации при ведении беременной? 3. Были ли допущены ошибки врачом родильного дома? 4. Тактика врача в ведении роженицы в сложившейся ситуации? 5. В чем заключаются реабилитационные мероприятия в условиях женской консультации в данной ситуации? 	<p>3. При наличии анатомического узкого таза II ст., при доношенной беременности допустимо только оперативное родоразрешение путем операции кесарево сечение.</p> <p>4. Снять родовую деятельность интубационным наркозом. Родоразрешить операцией кесарево сечение в экстренном порядке.</p> <p>5. Своевременно назначить контрацепцию с индивидуальным подбором, для последующей подготовки беременной к последующим родам - рекомендовать оптимальные сроки зачатия (через 1–2 года после оперативного родоразрешения).</p>		
11	<p>Повторнородящая роженица поступила в родильный дом с началом родовой деятельности при доношенной беременности. При поступлении: регулярные схватки через 3-5 мин, продолжительностью 35-40 сек.. Через 3 часа схватки ослабли, стали реже через 5-7 мин., и короче по 20-25 сек. Общее состояние роженицы удовлетворительное, жалоб нет, сердечные тоны плода</p>	<p>1. Срочные роды 2, 1 период родов, крупный плод, вторичная слабость родовой деятельности.</p> <p>2. Оцените размеры таза (норм - 26-29-30-21) и симптом Вастена - отрицательный.</p> <p>3. Функционально состоятельный, так как отсутствует должное продвижение головки по родовому каналу.</p> <p>4. Консервативное при</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-8

	<p>ясные, ритмичные 148 уд. в мин. ПМП -4200 гр, размеры таза 26-29-30-21 см, индекс Соловьева – 14 см.</p> <p>PV: шейка метки сглажена, края тонкие, раскрытие м/зева 8 см, плодного пузыря нет, подтекают светлые околоплодные воды, головка прижата ко входу в малый таз, вставление головки правильное. Таз емкий.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Оцените акушерскую ситуацию с позиции оценки факторов благоприятного исхода родов. 3. Дайте функциональную оценку таза. 4. Определите возможную тактику дальнейшего ведения родов. 5. Лечение слабости родовой деятельности. <p>Альтернативный метод родоразрешения при неэффективности назначенного лечения.</p>	<p>нормальных размерах таза и отрицательном симптоме Вастена приступить к стимуляции родовой деятельности окситоцином начиная с 5-8 капель в мин, под биомониторным контролем за состоянием плода.</p> <p>5. Лечение вторичной слабости родовой деятельности: окситоцин 2,5 ЕД + раствор NaCl 0,9% - 250,0 мл. в/в кап. Контроль за состоянием плода (КТГ и определение лактата) и характером околплодных вод. При отсутствии эффекта от проведенной родостимуляции, либо по показаниям со стороны плода - альтернативный метод родоразрешения - кесарево сечение.</p>		
12	<p>Беременная 29 лет, срок беременности 30-31 нед. Находится на лечении в отделении патологии беременности по поводу умеренной преэклампсии, в течение 10 дней. Утром на обходе отмечено повышение АД до 165 /115 мм.рт.ст, появились жалобы на головную боль и затруднённое носовое дыхание, уменьшился диурез, белок в моче 3050 г/л. При эхографии выявлены</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.Отрицательная динамика течения преэклампсии, переход умеренной преэклампсии в тяжелую степень. 2 Беременность 30-31 нед. Тяжелая преэклампсия (повышение АД, уменьшение диуреза, нарастание белка в моче, головная боль). Хроническая ПН ЗРП II степени. Маловодие. 3.Не учтены симптомы со 	ТК ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-10

	<p>отставание фетометрических показателей плода на 3 недели, маловодие (ИАЖ – 5,0 см), ГДН 1В степени.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какие изменения в состоянии беременной обнаружены при утреннем обходе? 2. Сформулируйте диагноз на данном этапе ведения беременной. 3. Правомерна ли тактика ведения в родильном доме в первые 10 дней ведения. 4. Что явилось причиной задержки роста плода? 5. Тактика лечения и дальнейшего ведения беременной. 	<p>стороны плода, ЗРП, маловодие, отсутствие должного наблюдения в течение 10 дней и дополнительного обследования.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Вторичная ПН и развитие большого акушерского синдрома – преэклампсии. 5. По возможности провести профилактику РДС плода в период предоперационной подготовки и активного лечения тяжелой преэклампсии в условиях палаты интенсивной терапии, досрочное родоразрешение оперативным путем. Прогноз для плода при проведении должного лечения матери, своевременного досрочного родоразрешения и организации новорожденному реанимационной помощи, относительно благоприятный. 		
13	<p>Повторнородящая доставлена в родильный дом по поводу доношенной беременности и начавшейся родовой деятельности 4 часа назад с излившимися о/водами. При обследовании схватки сильные, болезненные через 3-4 мин. по 50-60 секунд, поведение роженицы беспокойное. Сердцебиение плода аритмичное 110 ударов в минуту. КТГ – патологический тип. Р.У. Шейка матки сглажена, края толстые, мало податливые, раскрытие 2 см. Плодного пузыря нет, головка плода прижата ко входу в</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Срочные роды II. I период родов. Дородовое излитие околоплодных вод. Дискоординированная родовая деятельность. Острая гипоксия плода. 2. Ведение партограммы; а/ отсутствие плодного пузыря; б/ схватки сильные, болезненные через 3 мин до 50-60 сек., что не соответствует динамике раскрытия маточного зева 2 см (латентной фазе), края шейки толстые, мало податливые; в/ сердечные тоны плода 	ТК ГИА	УК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-8

	<p>малый таз.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз. 2. Обоснование диагноза: а/ дородового излития о/вод б/ дискоординации родовой деятельности в/ гипоксии плода 3. Клинические данные за острую гипоксию плода. 4. На основании каких данных можно поставить патологический тип КТГ. 5. Тактика дальнейшего ведения роженицы 	<p>аритмичные, с урежением до 110 уд. в мин.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Острая гипоксия - патологический тип КТГ. Аритмичные сердечные тоны. 4. Патологический тип КТГ: низкий базальный ритм, низкая вариабельность базального ритма, множественные поздние, длительные, глубокие децелерации. 5. Кесарево сечение в экстренном порядке. Консервативное ведение родов может закончиться интранатальной гибелью плода 		
14	<p>В родильный дом доставлена первобеременная 20 лет с жалобами на плохой сон, жажду, головную боль, мелькание "мушек" перед глазами. Несколько раз была рвота. Беременность 36-37 нед. (данные ж/к). Объективно: Кожные покровы обычной окраски, одутловатость лица, отеки ног, передней брюшной стенки. Пульс 92 уд. в минуту, АД 175/115- 180/120 мм.рт.ст. Матка соответствует размерам 36-37 недельной беременности, при пальпации приходит в тонус. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в таз. Сердцебиение ритмичное, 132 уд. в минуту. Проведено влагалищное исследование: шейка матки «незрелая», зев закрыт, предлежит головка прижата ко входу в малый таз. Во время влагалищного исследования появились фибриллярные подергивания</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Тяжелая преэклампсия. 2. беременность, одутловатость лица, отеки, АД 175/115-180/120мм. рт. ст., клиника гипертонической энцефалопатии. 3. обследования беременной проводились без должного обезболивания, (поверхностного наркоза и состояние нейролептанальгезии), что спровоцировало приступ эклампсии. Заключительный диагноз: Беременность 36-37 нед. Эклампсия беременной. 4. тяжелой преэклампсии в течение 1-2 часов в плане подготовки к 	ТК ГИА	УК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-11

	<p>мышц лица и рук, вслед за чем появились судороги с потерей сознания.</p> <p>1. Диагноз и его обоснование при поступлении.</p> <p>2. Определите степень тяжести осложнений у доставленной в род дом беременной согласно современной классификации.</p> <p>3. Имелись ли ошибки в организации оказания помощи данной беременной в момент поступления. Профилактика осложненных форм патологии и их классификация. Заключительный диагноз.</p> <p>4. Тактика врача в сложившейся клинической ситуации.</p> <p>5. Развитие каких более тяжелых осложнений возможно в данной ситуации</p>	<p>оперативному родоразрешению. Экламптическая кома, кровоизлияние в мозг и жизненно важные органы, ПОНРП, антенатальная гибель плода.</p>		
15	<p>В отделение патологии беременности по направлению врача ж/консультации поступила беременная 29 лет с жалобами на слабость, повышенную утомляемость. В анамнезе двое срочных родов без осложнения, последние около года назад. Данная беременность 3. Срок беременности 24-25 недель. При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 82 уд/мин., АД 120/80 мм.рт.ст., матка увеличена до 24 недель беременности. При исследовании периферической крови: НЬ - 86 г/л, цветовой</p>	<p>1. Беременность 24-25 нед. Анемия беременной 2 ст. тяжести.</p> <p>2. Наблюдение в динамике, РАК в динамике, биохимический анализ крови, консультация терапевта или гематолога, содержание сывороточного Fe, ферритина, ОЖСС крови, гемостезиограмма, УЗИ плода.</p> <p>3. Малый интервал между беременностями и родами. Алиментарный фактор.</p>	ТК ГИА	УК-3, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

	<p>показатель ретикулоциты -12%. 0,86,</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Объем необходимого обследования и лечения. 3. Факторы, способствующие развитию железодефицитная анемии у беременной. 4. Нижние границы нормы содержания Hb и Эг в крови беременной женщины. Гемодинамические изменения, их физиологическое значение при беременности. <p>Влияние анемии беременной на плод, течение беременности, родов.</p>	<p>4. Гемоглобин - 110 г/л. Улучшение маточно-плацентарного кровотока, за счет увеличения ОЦК и гиперплазии.</p> <p>5. Внутриутробная гипоксия (гемического генеза), плацентарная недостаточность, угроза преждевременных родов, слабость родовой деятельности. Тактика лечения: препараты железа – сорбифер, ферум-лек, мальтафер по 1 табл. 2 раза в день, ферлатум – фол по 1 флокону 2 раза в день, витамины группы В (В12 - 1.0 в/м, фолиевая кислота 800 - 1000 мкг в день). Продукты богатые железом (мясо, растительный белок, госпитальное питание – аминокислоты и белки).</p>		
16	<p>Беременная 25 лет, доставлена бригадой скорой помощи в родильный дом после приступа судорог, который произошел дома. Беременность первая, по данным женской консультации 36-37 недель. В женской консультации наблюдалась не регулярно, последнее посещение месяц назад.</p> <p>Объективно: Состояние тяжелое, сознание заторможено. Кожные покровы бледные, лицо одутловатое, выраженные отеки ног и брюшной стенки. АД 165/110 - 175/115 мм.рт.ст., пульс 98 уд/мин. Родовой деятельности нет. Матка в нормальном тонусе. Сердечные тоны плода 155 уд. в мин, аритмичные,</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Беременность 36-37 недель. Экламптический припадок. 2. Беременность, цифры АД 165/110 - 175/115, белок в разовой порции мочи 1050г/л, отеки, заторможенность сознания. Согласно современной классификации – это тяжелая преэклампсия. Приступ судорог - эклампсия беременной. 3. Профилактика повторного приступа судорог: Обеспечить венозный доступ: 	ТК ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-12

<p>снижаются периодически до 120-110 уд. в мин. справа ниже пупка. В моче белок – 1050 г/л.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Дайте обоснование диагноза и определите степень тяжести имеющегося осложнения беременности, согласно современной классификации. 3. Какой комплекс неотложных мероприятий необходимо провести больной по обследованию и лечению на ближайшие 1-2 часа. 4. Оптимальная тактика дальнейшего ведения беременной в интересах матери и плода. 5. Профилактика тяжелого осложнения беременности у данной пациентки, роль ж/консультации. 	<p>катетеризованная периферическая вена. Ввести магния сульфат 25% -16 мл в/в медленно (за 10-15 мин), затем 100 мл через линеомат со скоростью 4 мл/час (1 г/ч сухого вещества магнезии) на 0,9% растворе хлорида натрия. Перевод в ОРИТ.</p> <p>Мониторинг основных функций (измерение АД: каждые 15 мин до достижения стабилизации, затем каждые 30 минут (возможно реже). Общий анализ крови. Креатинин. Печеночные ферменты (АЛТ, АСТ, ЛДГ). Количество тромбоцитов, фибриноген, МНО, АПТВ. Определение группы крови и резус фактора. Катетеризация мочевого пузыря и почасовой контроль диуреза. Общий анализ мочи: суточная оценка (общий белок, креатинин).</p> <p>Проведение терапии до стабилизации состояния, как предоперационная подготовка.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Лапаротомия, Кесарево сечение. 5. Регулярное 	
--	--	--

		диспансерное наблюдение, активный патронаж, выявление групп риска по развитию преэклампсии, диагностика умеренной преэклампсии и своевременная госпитализация в отделение патологии беременности, адекватное тяжести лечение, своевременное родоразрешение. Мероприятие по антенатальной охране плода.		
Физиология и патология послеродового периода				
17	<p>Роженица 20 лет, после первых родов. С 4-х суток послеродового периода отмечалось повышение температуры 37,5°~38,5° С, ознобы. При осмотре на 7-е сутки отмечается увеличение в объеме левой молочной железы, в области ареолы отек, гиперемия, болезненность, уплотнение размером 5,0*7,0 см в наружном квадранте, с размягчением, флюктуацией в центре.</p> <p>При вагинальном осмотре: патологии не выявлено.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз? 2. Ошибки допущенные врачом? 3. Ваша тактика? 4. Какова тактика в отношении лактации? 5. Назовите реабилитационные мероприятия при данной патологии? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Послеродовый период, 7-е сутки. Гнойный мастит. 2. Невыявленный очаг инфекции. Пропущено начало заболевания. 3. Госпитализация в хирургическое отделение. 4. Подавление лактации (кабергалин по 1 табл. в день 3-4 дня, или парлодел по 1\2 табл. 2 раза в день 7 дней). 5. Рациональное грудное вскармливание – по требованию ребенка. Профилактика трещин сосков. Медикаментозная терапия для уменьшения притока молока на этапе лактостаза, правильное сцеживание груди – при необходимости. 	ТК ГИА	УК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9
18	На третьи сутки после родов	1. Послеродов	ТК ГИА	УК-1, ПК-1,

<p>родильница 32 лет предъявляет жалобы на боли внизу живота, головную боль, повышение температуры тела до 39°C, озноб. Роды в срок, осложнились частичным плотным прикреплением плаценты, кровотечением по поводу чего произведено ручное отделение плаценты и выделение последа.</p> <p>В анамнезе одни роды и два искусственных аборта, хронический пиелонефрит. Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Язык слегка обложен белым налетом, А.Д -120/65 мм.рт.ст., Рs - 96 уд. в мин. Молочные железы в состоянии умеренного нагрубания. Сердце, легкие без патологии. Живот мягкий, податливый. Дно матки на 1 поперечный палец ниже пупка (2 см.), матка при пальпации болезненная в области дна и боковых стенок. Симптом 12 ребра отрицательный. Симптомов раздражения брюшины нет. Выделения из половых путей сукровичные, яркие, умеренные. Hb – 90г/л.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз и обоснуйте его. 2. Дифференциальная диагностика с имеющейся соматической патологией. 3. Причины осложнений послеродового периода у родильницы. Какие микроорганизмы наиболее часто могут вызвать гнойно-септические осложнения. 4. Какой этап распространения 	<p>ый период 3-е сутки. ОАА. Острый послеродовый метроэндометрит. Хр. пиелонефрит (вне обострения). Анемия 1 ст. Обоснование диагноза: ОАА, ручное вхождение в полость матки, кровотечение, наличие источника хронической инфекции – хронический эндометрит, пиелонефрит, начало заболевания на 3 сутки на фоне интоксикации, болезненность матки в области дна и боковых стенок, субинволюция.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Клинически е признаки патологии со стороны почек и молочных желез отсутствуют. 3. Инфицирование родовых путей, возможен восходящий и нисходящий путь, вероятнее всего микст-инфекция. 4. 1 этап распространения послеродовой инфекции 5. Консервативная терапия: дезинтоксикационная (инфузионная) терапия; до обследование; бак.посев 	<p>ПК-5, ПК-7, ПК-8</p>
--	--	-------------------------

	<p>послеродовой инфекции имеет место быть.</p> <p>5. Ваша тактика лечения и профилактика неблагоприятного исхода имеющегося осложнения в послеродовом периоде.</p>	<p>содержимого из половых путей; антибиотики широкого спектра действия (метронидазол и цефалоспорины II поколения или защищенные пенициллины); мануальная вакуумная аспирация для удаления некротизированной децидуальной ткани или гистероскопия; утеротоники - окситоцин 1,0 в/м 2 раза в сутки; симптоматическое лечение.</p>		
19	<p>Роженица 30 лет. Беременность 6-я, роды 2-е. Первым родам предшествовали 4 медицинских аборта. Из анамнеза известно также, что при первых родах в послеродовом периоде было кровотечение, производилось ручное отделение плаценты и выделение плаценты. Родоразрешилась живым мальчиком массой 4000 гр. В последовом периоде без признаков отделения плаценты началось кровотечение. При кровопотере 300 мл. приступили к ручному отделению плаценты. После отделения плаценты и удаления последа матка остается мягкой, плохо сокращается, кровотечение продолжается. Кровопотеря составила 700 мл.</p> <p>1. Диагноз?</p> <p>2. Какова дальнейшая тактика?</p> <p>3. Причина данного</p>	<p>1. Срочные роды II крупным плодом. ОАА. Частичное плотное прикрепление плаценты. Ручное отделение плаценты и выделение последа. Гипотоническое кровотечение.</p> <p>2. На фоне инфузионно-трансфузионной терапии и введения утеротоников, применить управляемую баллонную тампонаду, при отсутствии эффекта провести лапаротомию и наложить компрессионные швы на матку.</p> <p>3. ОАА, крупный плод, т.е. органическая и функциональная неполноценность матки.</p> <p>4. Плотное прикрепление или приращение плаценты.</p> <p>5. При кровопотере 1000 мл и более, при отсутствии эффекта от</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-12

	<p>осложнения?</p> <p>4. С чем следует проводить дифференциальную диагностику?</p> <p>5. В каком случае необходимо производить гистерэктомию?</p>	<p>проведения управляемой баллонной тампонады или наложения компрессионных швов на матку, или перевязки внутренних подвздошных артерий; при продолжающемся кровотечении и развитии ДВС-синдрома — гистерэктомию без придатков (согласно алгоритма действия клинического протокола).</p>		
20	<p>Роженица К.Н.А., 30 лет, жительница города. В анамнезе 6 аборт, 1 роды. Беременность восьмая, в 36 недель осложнилась умеренной преэклампсией, гестационным пиелонефритом. Дородовая госпитализация не проведена.</p> <p>Поступила в родильный дом в первом периоде родов. АД 130/90 и 140/100 мм. рт. ст. Через 4 часа от начала родовой деятельности исчезли сердечные тоны плода. Состояние ее резко ухудшилось: кожные покровы бледные, АД 160/100 и 170/110 мм. рт. ст., пульс 100 уд/мин. Началось обильное кровотечение из половых путей. Заподозрена ПОНРП и только через 1,5 часа произведена операция кесарева сечения, извлечен мертвый мальчик массой 3200 г., обнаружена тотальная отслойка плаценты, кровопотеря составила ≈2400 мл. Проводилась массивная инфузионно-трансфузионная терапия. Смерть наступила на 7 сутки от полиорганной недостаточности.</p> <p>1. Диагноз.</p> <p>2. Дайте экспертную оценку ведения пациентки.</p> <p>3. Сроки и цель плановой</p>	<p>1. Тяжелая преэклампсия. Гестационный пиелонефрит. ПОНРП. Геморрагический шок 3 ст. ДВС-синдром. Интранатальная гибель плода. Полиорганная недостаточность.</p> <p>2. Анализ данного случая показывает, что недооценка степени тяжести преэклампсии в родах привела к неправильной тактике ведения, а запоздалое оперативное родоразрешение (через 1,5 часа с момента возникновения кровотечения) привело к геморрагическому шоку третьей степени и к смерти родильницы.</p> <p>3. Первый триместр - решение вопроса о возможности вынашивания беременности, 2 триместр – выявление акушерских осложнений, 3 триместр – вопрос о сроке и методе родоразрешения.</p> <p>4. 0,3% от массы тела</p> <p>5. ПОНРП, ДВС-синдром, внутриутробная гибель плода.</p>	ТК ГИА	УК-2, ПК-2, ПК-6, ПК-9, ПК-11

	<p>госпитализации при наличии экстрагенитальной патологии?</p> <p>4.Какова допустимая кровопотеря для данной пациентки?</p> <p>5.Наиболее тяжелые осложнения при преэклампсии?</p>			
21	<p>Роженица 30 лет. Беременность 6, роды 2. Первым родам предшествовали 4 мед. аборта. Из анамнеза известно, так же, что при первых родах в последовом периоде было кровотечение, производилось ручное отделение плаценты. Родоразрешена живым мальчиком массой 4000 г. В последовом периоде без признаков отделения плаценты началось кровотечение.</p> <p>1. Какой период родов?</p> <p>2. Какое осложнение возникло?</p> <p>3. Причины данного осложнения?</p> <p>4. Продолжительность 3 периода?</p> <p>5. Назовите признаки отделения последа</p>	<p>1.Последовый период.</p> <p>2.Ручнок отделения плаценты.</p> <p>3.Отягощенный акушерский анамнез, крупный плод, т.е. анатоμο-функциональная неполноценность матки.</p> <p>4. Продолжительность последового периода у первородящих и повторнородящих составляет 20 — 40 мин.</p> <p>5. Признаки отделения плаценты:</p> <p>Признак Шредера — изменение формы и высоты стояния дна матки;</p> <p>Признак Альфельда — удлинение наружного отрезка пуповины;</p> <p>Признак Микулича — позыв на потугу;</p> <p>Признак Клейна — удлинение пуповины при натуживании роженицы;</p> <p>Признак Кюстнера-Чукалова — при надавливании ребром ладони на надлобковую область, пуповина при отделившейся плаценте не втягивается, а при неотделившейся — втягивается;</p> <p>Появление выпячивания над симфизом.</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-11
22	<p>Роженица находится в третьем периоде родов. 10 минут назад родился плод массой 4000 гр. Внезапно появились обильные кровянистые выделения из</p>	<p>1.Третий период родов. Частичное плотное прикрепление плаценты (не исключается частичное истинное приращение).</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-11

<p>половых путей. Кровопотеря 450мл. Признаки отделения плаценты отсутствуют. Дно матки на уровне пупка, матка мягковатая. Роженица побледнела, А/Д 100/60 мм. рт. ст, пульс 100 уд. мин.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Причины кровотечения в 3 периоде родов, диагностика. 3. Перечислите признаки отделения плаценты. Допустимая (физиологическая) кровопотеря в родах. 4. Ваша тактика (алгоритм действий), техника операции ручного отделения плаценты и выделения последа. 5. Профилактика массивной кровопотери. 	<p>Кровотечение. Геморрагический шок II (Индекс Альговера 1,0). 2.Крупный плод. Клинические данные: отсутствие признаков отделения плаценты, матка на уровне пупка, мягковатая.</p> <p>3.Признак Альфельда, Шредера, Кюстнера-Чукалова, Довженко и др. Допустимая кровопотеря не более 0.5 % к массе женщины до или вначале беременности. Кровопотеря более 400 мл требует проведения ручного обследования стенок полости матки.</p> <p>4.Операция: ручное отделение плаценты и выделение последа под наркозом короткого действия, предварительно опорожнить мочевой пузырь. Введение утеротонических средств: окситоцин (20 Ед на 1000 мл или 10 Ед. на 500 мл физиологического раствора или раствора Рингера в/в, 60 капель в минуту с переходом на поддерживающую дозу 20 Ед./л или 10 Ед. на 500 мл физиологического раствора или раствора Рингера в/в, 40 капель в минуту. Максимальная доза - не более 3-х л р-ра) или метилоргометрил 0,2 мг в/м или в/в медленно. При продолжающемся кровотечении перейти ко второму этапу остановки кровотечения.</p> <p>5.Наблюдение в динамике за состоянием матки, общим состоянием матки и кровотечением из половых путей. При</p>		
--	---	--	--

		<p>продолжающемся кровотечении – баллонная тампонада. Адекватная кровотечению инфузионная терапия: кристаллоиды, кровезаменители, растворы крахмала, СЗП, Ново-Севон. При массивной кровопотери 1200-1500 мл – лапаротомия, компрессионные швы на матку, при продолжающемся кровотечении - гистерэктомия.</p>		
23	<p>Роды первые. Роженица 10 минут назад родила доношенного мальчика массой 3600 гр. с оценкой по шкале Апгар на 1 мин. - 6 баллов, на 5 мин.- 5-6 баллов. В анамнезе 2 мед. аборта. Роды осложнились первичной слабостью родовой деятельности, по поводу которой проводилось родоусиление окситоцином. Продолжительность родов 16 часов.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте заключительный диагноз. 2. Какие параметры состояния новорожденного позволяет оценить шкала Апгар. 3. Влияние на плод слабости родовой деятельности и методы контроля за функциональным состоянием плода в родах. 4. Особенности метаболической адаптации плода в условиях гипоксии. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Срочные роды. Первичная слабость родовой деятельности. Родоусиление окситоцином. Асфиксия новорожденного, легкой (умеренной) ст. тяжести. ОАА. 2. Дыхание, сердцебиение, цвет кожных покровов, мышечный тонус, рефлексы. Каждый из параметров оценивается в 0-2 балла. 3. Внутриутробная гипоксия плода. Методы: КТГ наблюдение, определение лактата в крови плода. 4. Использование тканевого типа дыхания (анаэробного). 5. Отсасывание слизи из дыхательных путей, содержимого желудка (при необходимости), ИВЛ мешком Амбу, рефлекторное раздражение 	ТК ГИА	УК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-12

	5. Алгоритм лечебных мероприятий новорожденному при умеренной степени тяжести асфиксии.	дыхательного центра. Дальнейшее лечение по показаниям и после уточнения диагноза.		
24	<p>Повторнородящая 32 лет поступила в родильный дом в первом периоде родов со схватками через 4-5 мин. средней силы. Данная беременность четвертая, две предыдущие закончились искусственным абортom, третья -1,5 года назад кесаревым сечением по поводу предлежания плаценты. Через 6 часов наблюдения внезапно у роженицы появились сильные боли в животе, слабость, АД снизилось до 80/50 мм.рт.ст. Из влагалища появились умеренные кровяные выделения. Родовая деятельность прекратилась. При осмотре: сердцебиение плода не прослушивается, мелкие части определяются слева от средней линии живота.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Перечислите клинические признаки и имеющиеся факторы риска несостоятельности рубца на матке. 3. Дополнительные методы исследования состояния рубца на матке и допущенные ошибки при ведении беременной в ж/к и родильном доме. 4. Тактика оказания экстренной помощи и объем оперативного вмешательства 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Срочные роды 2, 1 период родов. Рубец на матке после кесарева сечения 1,5 года назад. Свершившийся разрыв матки по рубцу. Интранатальная гибель плода. Геморрагический шок. ОАА. 2. Гистопатические изменения матки: кесарево сечение 1,5 года назад по поводу предлежания плаценты, 2 артифициальных аборта в анамнезе. 3. УЗИ матки, области рубца. В родильном доме: не проведена операция кесарева сечения в экстренном порядке при поступлении. В ж/к: беременная не была госпитализирована за 5-7 дней до срока родов, для планового родоразрешения оперативным путем. 4. Перевод в операционную на каталке, операция лапаротомия, при отсутствии условий к ушиванию разрыва матки - экстирпация матки без придатков, санация брюшной полости и дренирование, борьба с геморрагическим шоком (анестезиолог). 5. Планирование беременности не ранее чем через 2 года 9 мес. после операции кесарева сечения. Преградиварная 	ТК ГИА	УК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-12

	5. Профилактика разрывов матки.	подготовка: контроль состояния рубца с помощью УЗИ, доплеровского катирования для исключения симптома «ниши». При выявлении «ниши» рубца – МРТ малого таза, гистероскопия, по показаниям - лапароскопическая метропластика. Наблюдение в женской консультации в период беременности как «группы высокого риска».		
Гинекологические заболевания				
25	К врачу-гинекологу женской консультации обратилась пациентка 62 лет с жалобами на обильные гнойные выделения из половых путей. Болеет в течение 1 месяца, самостоятельно проводила спринцевания влагалища концентрированным раствором перманганата калия – без эффекта. Из анамнеза: постменопауза в течение 12 лет, гинекологические заболевания в анамнезе отрицает, ежегодно проходит профилактический осмотр у гинеколога. Соматические заболевания: ожирение II степени, гипертоническая болезнь II. При осмотре в зеркалах: наружные гениталии атрофичны, слизистая влагалища истончена, гиперемирована, отечная, с ломкими инъецированными сосудами. Стенки влагалища густо покрыты гнойными выделениями. Слизистая влагалищной	1. Атрофический (сенильный) кольпит. 2. Возрастная гипοэстрогения, бесконтрольное применение спринцеваний влагалища. 3. Мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала на ИППП методом ПЦР. Кольпоскопия и мазок на атипические клетки с шейки матки. УЗИ органов малого таза. 4. Рак шейки матки, рак эндометрия, ИППП. 5. Местно-санирующее лечение с применением антибиотиков (с учетом выделенной флоры и антибиограммы), препаратов с эстрогенами. Назначение иммуномодуляторов, антигистаминных препаратов. В качестве профилактики рецидивов местное (интравагинальное) пожизненное применение	ТК ГИА	УК-3, ПК-3, ПК-5, ПК-8, ПК-9

	<p>части шейки матки атрофична с инъецированными сосудами. При влагалищном исследовании: шейка и тело матки меньше нормальных размеров. Матка плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные, безболезненные.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Назовите причины развития заболевания у данной больной. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки. 4. Назовите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику. 5. Назначьте лечение и профилактику рецидивов. 	<p>свечей с эстрогенами (Овестин).</p>		
26	<p>В гинекологическое отделение доставлена больная 24 лет машиной скорой помощи с жалобами на слабость, головокружение, резкие боли в низу живота. Из анамнеза установлено, что на работе стало плохо, появилась резкая боль в левой половине живота и потеряла сознание. Менструация с 16 лет, установились через 6 месяцев, часто наблюдаются задержки до 5-7 дней. Последняя менструация пришла с задержкой на 2 недели, скудная, в течение 1 дня. Замужем 2 года. Беременностей не было. Состоит на «Д»-учете по</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Прервавшаяся внематочная беременность по типу разрыва трубы. Геморрагический шок II. 2. Кульдоцентез, тест на ХГЧ, УЗИ, анализ крови на группу крови и резус-фактор, развернутый анализ крови, биохимическое исследование крови, ПТИ, ПТВ, фибриноген, RW, ВИЧ, общий анализ мочи. 3. С апоплексией яичника, разрывом селезенки, острым аппендицитом, 	ТК ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-8

	<p>поводу первичного бесплодия. Объективно: Кожа и слизистые бледные. Пульс 110 уд/мин, ритмичный, слабого наполнения. А/Д 90/60 мм.рт.ст. Живот несколько вздут, равномерно болезненный. Имеются симптомы раздражения брюшины. При гинекологическом осмотре: шейка коническая, наружный зев закрыт. Матка нормальных размеров и консистенции. Движения за шейку болезненные. Придатки пальпировать не удается из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки, имеется симптом "плавающей матки". Задний свод нависает, резко болезненный. Выделения из половых путей слизистые.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположительный диагноз? 2. В каких дополнительных исследованиях нуждается больная? 3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? 4. Лечение? 5. Возможные доступы и объем оперативного вмешательства? 	<p>перекрутом ножки опухоли яичника, прободной язвой желудка, мочекаменной болезнью, острым воспалением придатков матки.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Показано оперативное лечение в экстренном порядке. 5. Лапаротомия. Тубэктомия на стороне поражения. Санация и дренирование брюшной полости. 		
27	<p>В гинекологической отделение поступила больная 36 лет, с жалобами на повышение температуры тела до 38,5°C, головокружение, недомогание. Дома был неоднократный озноб,</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Внебольничный инфицированный осложненный аборт в результате криминального вмешательства. Эндомиометрит. Сепсис? 2. Развернутый анализ крови, биохимическое 	ТК ГИА	УК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-12

<p>рвота. Из анамнеза установлено, что, с целью прерывания беременности при сроке 13 недель ввела в матку раствор мыла. Через 6 часов появились кровянистые выделения из половых путей, повысилась температура, появился озноб, рвота. В анамнезе 2 родов, 3 мед. аборта, 1 внебольничный выкидыш. Гинекологические заболевания отрицает. Объективно: Состояние больной тяжелое, кожа бледная, сухая. Язык сухой, обложен серым налетом. Пульс 116 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. А/Д - 110/60 мм.рт.ст. В легких везикулярное дыхание. Температура 38,8° С. Живот мягкий, в нижних отделах болезненный, дно матки на 1 п/п выше лона. Печень не пальпируется. Симптом раздражения брюшины отрицательные. Вагинально: влагалище свободное, шейка матки цилиндрической формы. Наружный зев пропускает кончик пальца. Матка увеличена до 12-13 недель, без четких контуров, мягкая, болезненная при пальпации. Придатки не пальпируются. Параметральная клетчатка свободная. Выделения гнойно-сукровичные.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз? 2. План обследования больной? 3. С чем проводится дифференциальная диагностика? 4. Лечебная тактика? 5. Какие могут 	<p>анализ крови, гемостазиограмма, группа крови, Rh-принадлежность, RW, ВИЧ, общий анализ мочи, прокальцитонинный тест, УЗИ органов малого таза, почек и внутренних органов, рентгенография легких, ЭХОКГ.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. В данной ситуации необходимо исключать сепсис и полиорганную недостаточность. 4. После предварительной подготовки в течение 2-4 часов - оперативное лечение в экстренном порядке в объеме: лапаротомии, тотальной гистерэктомии с трубами, санации и дренирования брюшной полости. 5. Сепсический шок, ДВС-синдром, кровотечение, синдром полиорганной недостаточности, тромбоэмболические осложнения. 		
--	--	--	--

	возникнуть осложнения?			
28	<p>В приемный покой ЦРБ поступила больная 32 лет с жалобами на боли внизу живота больше справа, периодическое головокружение, тошноту. Заболела 10 дней назад, когда пришла очередная менструация с задержкой на 11 дней и не прекращается до настоящего времени. Менструации с 13 лет, регулярные, через 28 дней, по 3-4 дня, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет. Родов 2, аборт 6. После последнего аборта, 2 года назад, было воспаление придатков матки, по поводу чего лечилась в стационаре. В настоящее время контрацепцией не пользуется.</p> <p>Объективно: Кожа и слизистые розовые. Пульс 80 уд. в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. А/Д - 120/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в гипогастрии. Симптомов раздражения брюшины нет.</p> <p>Вагинально: шейка цилиндрическая, наружный зев закрыт. Матка немного больше нормы мягковатой консистенции, безболезненная. Слева придатки тяжистые плотной консистенции, безболезненные. Справа от угла матки пальпируется объемное образование вытянутой формы, тестоватой консистенции, болезненное при</p>	<p>1. Подозрение на внематочную беременность.</p> <p>2. Воспаление придатков матки с нарушением менструального цикла, опухоль (киста, цистаденома, рак) правого яичника с нарушением менструального цикла, миома матки.</p> <p>3. Перевод в гинекологическое отделение.</p> <p>Общеклинические анализы крови и мочи, моча или кровь на ХГЧ, УЗИ органов малого таза, кульдоцентез, лапароскопия (самый информативный метод).</p> <p>4. Оперативное лечение лапароскопическим или лапаротомным доступом в объеме тубэктомии на стороне поражения или туботомии, энуклеации плодного яйца.</p> <p>5. Обследование на ИППП, прием КОК с целью контрацепции, 2-3 курса физиотерапии, свечи с НПВС ректально (2-3 курса), санаторно-курортное лечение (через 2 мес. после операции).</p>	ТК ГИА	УК-2, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-10

	<p>пальпации. Задний свод глубокий, безболезненный. Выделения кровянистые скудные темно-вишневого цвета.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположительный диагноз? 2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? 3. Где и в каких дополнительных исследованиях нуждается больная? 4. Лечебная тактика? 5. Реабилитационные мероприятия в послеоперационном периоде? 			
29	<p>В приемный покой гинекологического отделения поступила пациентка 20 лет с жалобами на интенсивные тянущие боли в низу живота больше справа. Из анамнеза: боли появились 2 часа назад внезапно во время полового акта. В анамнезе беременностей не было. Использует барьерную контрацепцию. Менструальный цикл регулярный, через 28 дней, по 4-5 дней. Последняя менструация началась 15 дней назад. Страдает хроническим аднекситом в течение последних 2 лет (дважды лечилась в стационаре). Объективно: кожные покровы бледно-розовые, влажные. Температура тела</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Апоплексия правого яичника. 2. Общие клинические анализы крови и мочи, УЗИ органов малого таза, определение ХГЧ в моче или крови, кульдоцентез, лапароскопия. 3. Эктопическая беременность, воспаление придатков матки, о. аппендицит. 4. При алгической форме – консервативная терапия (постельный режим, холод на низ живота, анальгетики, гемостатики); при анемической форме – оперативное лечение (ушивание или коагуляция кровотокающих сосудов яичника) (согласно клинического протокола). 	ТК ГИА	УК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-11

	<p>37,1 градус, пульс 88 ударов в минуту, хорошего наполнения; АД 110/70 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот обычной формы, не вздут, мягкий, болезненный в области гипогастрия. Симптомов раздражения брюшины нет. При влагалищном исследовании: матка нормальных размеров и консистенции, безболезненная. Справа придатки четко не пальпируются из-за резкой болезненности. Слева придатки не определяются. Движения за шейку матки умеренно болезненны. Влагалищные своды глубокие, пальпация правого бокового свода умеренно болезненна. Выделения слизистые.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предполагаем ый диагноз? 2. План обследования для уточнения диагноза? 3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию? 4. Лечение? 5. Профилактика данного заболевания? 	<p>5. Прием КОК с целью контрацепции. Своевременная диагностика и лечение воспалительных заболеваний гениталий и гормональных нарушений репродуктивной системы.</p>		
30	<p>Больная 33 лет поступила в гинекологическое отделение ЦРБ с жалобами на сильные боли внизу живота, озноб, тошноту, слабость. Заболела остро около 15 часов назад, появились боли в низу живота, озноб, повысилась температура тела до 39,5 градусов.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острый сальпингоофорит. Пельвиоперитонит. Кольпит. (Не исключается специфической этиологии). 2. Биохимический анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на RW и ВИЧ, мазки из влагалища и цервикального канала на флору, gn, трихомонады и 	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6

<p>Из анамнеза: менструации с 12 лет, по 4 дня, цикл 30 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Последняя менструация была 8 дней назад. Половую жизнь ведет с 23 лет. Было 4 беременности, из них 1 роды и 3 медицинских аборта, без осложнений. Гинекологических заболеваний не было. Две недели назад был незащищенный половой акт со случайным половым партнером.</p> <p>При осмотре: состояние больной средней степени тяжести. Пульс 120 уд/мин, АД 120/80 мм. рт. ст., температура тела 39,5°C. Язык обложен белым налетом, сухость во рту. В легких дыхание везикулярное. При пальпации нижних отделов живота возникает резкая болезненность, симптомы раздражения брюшины положительны. Симптом XII ребра с обеих сторон отрицательный.</p> <p>При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища гиперемирована, шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала истекают гнойевидные выделения.</p> <p>При влагалищном осмотре: шейка матки цилиндрическая, наружный зев закрыт, смещение шейки резко болезненно. Матка нормальных размеров, плотная. Придатки с обеих сторон четко не пальпируются в виду резкой болезненности и напряжения передней</p>	<p>прочие ИППП; УЗИ гениталий, кульдоцентез, лапароскопия.</p> <p>3. Острый аппендицит, внематочная беременность.</p> <p>4. Лечение начинают с консервативной комплексной противовоспалительной терапии (инфузии коллоидов и кристаллоидов, антибиотики, антигистаминные, анальгетики). При отсутствии положительного эффекта в течение 24-48 часов - показано оперативное лечение.</p> <p>5. Барьерная контрацепция, упорядочение половой жизни, лечение хронических очагов инфекции.</p>		
---	--	--	--

	<p>брюшной стенки.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предполагаемый диагноз? 2. Составьте план обследования больной для уточнения диагноза. 3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? 4. Какова лечебная тактика? 5. Какова профилактика данного заболевания? 			
31	<p>Больная 19 лет, поступила в стационар с жалобами на резкие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, внутреннюю поверхность бедра, тошноту, однократную рвоту, понос до трёх раз в сутки, повышение температуры тела до 38,5°C, озноб, слабость. Из анамнеза: в браке не состоит. Половая жизнь регулярная, без контрацепции. В течение последнего месяца имела 5 половых партнёров. Последняя menses в срок. Заболела остро на 7-ой день менструального цикла, когда появились указанные выше симптомы. При осмотре: Занимает вынужденное положение. Лежит на правом боку с приведёнными к животу ногами. АД 110/70 мм рт.ст. PS 115 в 1 мин, температура тела 38,9°C. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот умеренно вздут, резко болезненный в гипогастральной области,</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острый сальпингоофорит, пельвиоперитонит. 2. Острый аппендицит. Кишечная токсикоинфекция. 3. Развёрнутый анализ крови с подсчётом лейкоцитарной формулы. Мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала на ЗППП методом ПЦР. Посев кала. УЗИ органов малого таза и брюшной полости. Лапароскопия. 4. Дезинтоксикационная, антибактериальная, десенсибилизирующая, витаминотерапия. В случае гнойного пельвиоперитонита – оперативное лечение. 5. Барьерная контрацепция, упорядочение половой жизни, своевременная диагностика и лечение ИППП. 	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6

	<p>особенно справа, где определяется положительный симптом Щёткина-Блюмберга. При влагалищном исследовании: шейка матки с явлениями эндоцервицита, выделения из цервикального канала гнойные, обильные. Тело матки и придатки пальпировать не удаётся из-за резкого напряжения мышц передней брюшной стенки. Задний свод влагалища нависает, резко болезненный.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наиболее вероятный диагноз? 2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику? 3. Какие дополнительные методы исследования помогут уточнить диагноз? 4. Лечение? 5. В чем заключается профилактика данного заболевания? 			
32	<p>Незамужняя женщина 26 лет предъявляет жалобы на гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании в течение 3 дней. Повышение температуры тела не отмечала. Половой жизнью живет нерегулярно, постоянного партнера не имеет. Менструальный цикл не нарушен. При осмотре: живот обычной формы, при пальпации мягкий. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кольпит. Цервицит. Острый уретрит (не исключается специфической этиологии). 2. Мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала на ИППП методом ПЦР. Анализ крови на RW и ВИЧ. Общий анализ мочи, посев мочи с антибиограммой. 3. Антибактериальная, 	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6

	<p>гиперемирована, обильные гнойно-слизистые выделения. При бимануальном исследовании: матка нормальных размеров, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их пальпации безболезненна.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите льный диагноз? 2. Составьте план дообследования больной. 3. Какие лечебные мероприятия необходимы? <p>Причины развития заболевания у данной больной?</p>	<p>местносанирующая терапия с учетом выделенного возбудителя.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Большое количество половых партнеров. 5. Упорядочение половой жизни, использование барьерных методов контрацепции (презерватив). 		
33	<p>Пациентка 33 лет, доставлена в гинекологическое отделение БСМП с жалобами на интенсивные тянущие боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку, обильные гнойные выделения из половых путей, повышение температуры тела до 3,5°C с ознобами, слабость. Из анамнеза: болеет в течение 11 дней, заболела сразу после очередной менструации, которая пришла в срок. В анамнезе 2 родов, 3 мед. аборта без осложнений. Страдает хроническим аднекситом с редкими обострениями, ИППП в анамнезе отрицает. Контрацепция – ВМС в течение 10 лет. При осмотре: состояние больной тяжелое. Температура – 38,7°C, пульс 100 уд/мин, АД 120/80 мм рт.ст. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот обычной</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обострение хронического двухстороннего аднексита с образованием tuboовариальной опухоли справа, сактосальпинкса слева, пельвиоперитонит на фоне ВМС. 2. Общеклинические анализы крови и мочи, анализ крови на RW и ВИЧ, мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала на ИППП методом ПЦР. Кольпоскопия и мазок на атипические клетки с шейки матки. УЗИ органов малого таза. Кульдоцентез. Лапароскопия. 3. Истинная опухоль яичника, перекрут 	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6

<p>формы, не вздут, симметричный, напряжен и резко болезненный в области гипогастрия. Симптомы раздражения брюшины положительны в области гипогастрия. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейка матки без воспалительных явлений, в зеве – усы ВМС. Из цервикального канала стекают обильные гнойные бели. При влагалищном осмотре: шейка матки цилиндрическая, наружный зев закрыт, матка нормальных размеров, плотная, безболезненная. Справа от матки определяется опухолевидное образование, без четких контуров, до 8 см в диаметре, плотное, неподвижное, резко болезненное. Слева придатки утолщены, подвернуты за матку, резко болезненны. Своды глубокие. Движения за шейку матки болезненны.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите лишний диагноз? 2. План обследования больной. 3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? 4. Лечебная тактика? 5. В чем заключается профилактика данного заболевания? 	<p>миоматозного узла на ножке, о. аппендицит, аппендикулярный инфильтрат.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Начать комплексную консервативную противовоспалительную терапию (в течение 5-7 суток) с последующим оперативным лечением. 5. Соблюдение правил использования ВМС, своевременная диагностика и лечение ИППП. 		
--	---	--	--

34	<p>В гинекологическое отделение поступила больная 55 лет по поводу кровотечения из половых путей. Последняя менструация была 3 года назад.</p> <p>При поступлении состояние удовлетворительное. А/Д - 110/75 мм.рт.ст., кожа и слизистые бледные. НЬ 95 г/л. Живот мягкий безболезненный.</p> <p>Вагинально: Шейка цилиндрическая, зев закрыт. Тело матки увеличено до 6-7 недель беременности, плотное, подвижное. Область придатков без особенностей.</p> <p>Инфильтратов в малом тазу не определяется.</p> <p>Произведено диагностическое выскабливание полости матки и гистологическое исследование соскоба. Гистология соскоба: железисто-кистозная гиперплазия эндометрия без атипии.</p> <p>1. Диагноз?</p> <p>2. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при маточных кровотечениях в постменопаузе?</p> <p>3. Необходимое обследование?</p> <p>4. Предложите план лечения больной?</p> <p>5. Возможное лечение в случае наличия тяжелой соматической патологии?</p>	<p>1. Маточное кровотечение в постменопаузе. Гиперплазия эндометрия без атипии. Анемия I ст.</p> <p>2. С раком тела и шейки матки, полипом и атипической гиперплазией эндометрия, раком вульвы и влагалища, заболеваниями крови, с маточным кровотечением на фоне атрофии эндометрия и гипертонического криза, исключить гормонопродуцирующие опухоли яичников.</p> <p>3. Общеклиническое обследование, гемостазиограмма, кольпоскопия + вульвоскопия + вагиноскопия (по показаниям) и мазок на атипию, фракционное диагностическое выскабливание слизистой матки под контролем гистероскопии, УЗИ органов малого таза с ЦДК.</p> <p>4. Оперативное лечение в плановом порядке в объеме: лапаротомия (или лапароскопия), тотальная гистерэктомия с придатками.</p> <p>5. Абляция эндометрия.</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-11
35	<p>В гинекологическое отделение бригадой скорой помощи доставлена пациентка 18 лет с жалобами на интенсивные тянущие боли в низу</p>	<p>1. Разрыв кисты правого яичника.</p> <p>2. УЗИ органов малого таза с ЦДК, развернутый анализ крови, группа крови и резус-</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-9

<p>живота больше справа с иррадиацией в прямую кишку. Из анамнеза: заболела остро около часа назад, когда во время занятия спортом появились вышеперечисленные жалобы. В течение последних 2-х месяцев находилась на диспансерном учете в ж/к по поводу кисты правого яичника, получала противовоспалительную терапию. Беременностей в анамнезе не было. Контрацепция – барьерная.</p> <p>При осмотре: температура тела 37,0 градусов, АД 110/70 мм.рт.ст., PS 80 в 1 мин, ритмичный, хорошего наполнения. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Живот симметричный обычной формы, не вздут, мягкий болезненный при глубокой пальпации в нижних отделах. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный.</p> <p>При влагалищном исследовании: Шейка матки коническая, наружный зев закрыт. Матка обычных размеров, плотная, безболезненная. Справа определяется увеличенный до 4-5 см, болезненный яичник, слева придатки не определяются. Осмотр несколько затруднён из-за боли и напряжения мышц передней брюшной стенки. Движения за шейку матки и пальпация заднего свода болезненны. Выделения слизистые.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположительный диагноз? 2. Необходимое 	<p>фактор, ХГЧ крови, кульдоцентез, лапароскопия.</p> <p>3. Эктопическая беременность, апоплексия яичника, острая хирургическая патология с внутрибрюшным кровотечением (разрыв селезенки), почечная колика.</p> <p>4. При наличии внутрибрюшного кровотечения — экстренное оперативное лечение (лапароскопия, энуклеация кисты яичника, коагуляция кровоточащих сосудов). При отсутствии внутрибрюшного кровотечения - консервативная терапия: постельный режим, холод на низ живота, гемостатики, обезболивающие препараты.</p> <p>5. Своевременная диагностика и адекватная терапия воспаления придатков матки, прием КОК с целью контрацепции, своевременное оперативное лечение опухолевых новообразований яичников.</p>		
---	---	--	--

	<p>дообследование больной?</p> <p>3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?</p> <p>4. Лечение.</p> <p>5. Какова профилактика данного заболевания?</p>			
Гинекологическая эндокринология				
36	<p>Больная А. 48 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровотечение из половых путей. Менструации по 3-4 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация была 4 месяца назад. Половая жизнь с 20 лет, родов 2, аборт 2 без осложнений. Гинекологические заболевания в анамнезе отрицает. Контрацепцией не пользуется. Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Пульс 78 уд/мин, А/Д-115/75 мм.рт.ст. Правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожа и слизистые бледные. Осмотр в зеркалах: Слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, наружный зев щелевидный, из зева – обильные кровянистые выделения. Вагинально: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка немного больше нормы, округлой формы, в нормальном положении,</p>	<p>1. Аномальное маточное кровотечение. Анемия I степени.</p> <p>2. Общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ органов малого таза, определение ХГЧ, кольпоскопия, мазок на атипические клетки с шейки матки</p> <p>3. С миомой матки, патологией эндометрия (полип, гиперплазия, рак), аденомиозом, раком шейки матки, заболеваниями крови.</p> <p>4. Показано проведение фракционного диагностического выскабливания слизистой матки под контролем гистероскопии.</p> <p>5. При отсутствии атипических изменений в соскобе слизистой матки рекомендовано прием прогестинов (введение ЛГ-ВМС), нормализация режима труда и отдыха, коррекция имеющейся соматической патологии (жирового обмена).</p>	ТК ГИА	УК-3, ПК-3, ПК-5, ПК-8, ПК-9

	<p>плотной консистенции, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются, своды свободные. Анализ крови: гемоглобин 90 г/л, СОЭ — 15 мм/ч.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположительный диагноз? 2. Какой объем обследования больной необходимо провести? 3. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику? 4. Лечебная тактика? 5. В чем заключается профилактика рецидивов заболевания? 			
37	<p>К врачу с жалобами на ноющие боли внизу живота, расстройства менструальной функции обратилась больная К. Менструации с 16 лет, по 3-4 дня, скудные, болезненные с момента появления менструации. Ритм их не установлен: отмечает задержки по 2-3 месяца, последние годы через 6-8 месяцев. Последняя менструация была 4 месяца назад. Замужем 6 лет, беременностей не было. Муж здоров. За последние 2-3 года стала замечать повышенное оволосение: на лице, подбородке, нижних конечностях, по белой линии живота, возле ареол молочных желез, умеренное ожирение. Рост — 172 см, вес — 82 кг.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Укажите характер расстройств менструальной функции. 2. Возможные причины 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Опсоолигоменорея. 2. Эндокринное бесплодие. 3. Гормонапродуцирующая опухоль яичника. 4. Гипертрихоз, гирсутизм. 5. Синдром Штейна-Левенталя, гиперплазия надпочечников, опухоль гипофиза, аденогенитальный синдром. 	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

	<p>бесплодного брака.</p> <p>3. Какие эндокринные заболевания могут быть причиной усиленного оволосения.</p> <p>4. Назовите различные варианты усиленного оволосения.</p> <p>5. При каких заболеваниях чаще всего наблюдается гирсутизм?</p>			
38	<p>У девушки 14 лет обильные, со сгустками, нерегулярные менструации. Менархе в 13 лет, менструации нерегулярные через 24-45 дней по 8-10 дней, безболезненные. Жалуется на слабость, головокружение.</p> <p>В анамнезе носовые кровотечения с раннего детского возраста, петехиальная мелкоочечная сыпь, при травмах кровь плохо свертывается.</p> <p>Обследована на 7-ой день маточного кровотечения. При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 82 удара в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст., гемоглобин 90 г/л. Живот мягкий, безболезненный. Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, девственная плева цела. При ректо-абдоминальном исследовании: матка нормальных размеров, безболезненная; придатки матки с обеих сторон не увеличены, выделения из половых путей кровянистые, обильные.</p> <p>1. Предполагаемый диагноз?</p> <p>2. Составьте план</p>	<p>1. Хронические аномальные маточные кровотечения периода полового созревания. Не исключается заболевание крови. Постгеморрагическая анемия I степени.</p> <p>2. Развернутый и биохимические анализы крови, общий анализ мочи, гемостазиограмма, исследование гормонов крови, УЗИ органов малого таза и щитовидной железы, вагиноскопия, консультация</p>	ТК ГИА	УК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-10

	<p>обследования больной.</p> <p>3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?</p> <p>4. Какова лечебная тактика?</p> <p>5. Существует ли альтернативный метод остановки кровотечения у девушек-подростков?</p>	<p>гематолога , педиатра.</p> <p>3. С патологией эндометрия и шейки матки, прервавшаяся маточной и внематочной беременностью, травмы половых органов. Исключить заболевание крови!</p> <p>4. Назначение негормональных гемостатических средств (согласно клинического протокола)</p> <p>5. Гормональный гемостаз. При неэффективности — хирургический гемостаз (согласно клинического протокола)</p> <p>..</p>		
39	<p>Больная 17 лет, пришла в сопровождении матери, посещению врача сопротивлялась. Жалоб не предъявляет, контактна, но</p>	<p>1. Аменорея на фоне потери массы тела. Нервная анорексия.;</p> <p>2. Психиатра (исключить юношескую шизофрению),</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-11, ПК-12

	<p>агрессивна и груба. Со слов матери, аменорея в течение 3-х лет, отсутствие менструаций девушку не волнует. Менархе в 12.5 лет, последовательность развития вторичных половых признаков не нарушалась. С 14.5 лет начала ограничивать прием пищи, так как считала свой вес избыточным. К 15 годам потеряла в весе 15 кг, и менструации прекратились. Ела только вареные овощи в небольшом количестве, исключила прием мяса и жиров, вызывала у себя рвоту после приема пищи. Половой жизнью не живет. Учится хорошо, на усталость и утомляемость не жалуется. Рост 167 см, вес 43 кг. ИМТ -15. Кожа бледная с сероватым оттенком, сухая, шелушится. Молочные железы дряблые. Наружные половые органы гипотрофичны, слизистая вульвы бледная, сухая.</p> <p>1. Предположительный диагноз;</p> <p>2. Консультация каких специалистов необходима данной больной?;</p> <p>3. Предположительные данные гормональных исследований;</p> <p>4. Укажите вид аменореи. генез нарушений.;</p> <p>5. Тактика лечения;</p>	<p>психолога;</p> <p>3. Снижение уровней ЛГ, ФСГ, ТТГ, эстрадиола, кортизола. Пролактин может быть в норме.;</p> <p>4. Аменорея центрального генеза, вторичная гипоталамическая недостаточность, гипогонадотропная аменорея;</p> <p>5. После консультации психиатра в случае обнаружения отклонений – специфическая терапия. Восстановление уровня гормонов и возобновление менструаций возможны при нормализации массы тела. На данном этапе госпитализация, витаминотерапия, инфузионная терапия, психотропные препараты.</p>		
Опухоли половой системы женщины				
40	<p>В ж/к обратилась беременная 24 лет, с жалобами на периодически возникающие боли слева внизу живота ноющего характера. Стоит на учете по беременности с 13 недель. Обследована, все анализы без патологии.</p>	<p>1. Беременность 13 недель. Киста левого яичника.</p> <p>2. УЗИ.</p> <p>3. Для подтверждения диагноза и характера опухоли.</p> <p>4. Да.</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-11

	<p>Объективно: Беременная умеренного питания. Пульс 76 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, А/Д 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, симптом Пастернацкого (-).</p> <p>Вагинально: Влагалище свободное, шейка размягчена, матка до 14-15 недель, с четкими контурами, безболезненна. Справа придатки не пальпируются, слева спереди от матки определяется опухолевидное образование с четкими контурами, эластической консистенции размерами 8-7-8 см, ограничено в подвижности. Задний свод свободный. Выделения слизистые. Шейка без видимых изменений.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз? 2. Какое обследование необходимо сделать дополнительно? 3. С какой целью? 4. Нуждается ли беременная в оперативном лечении? 5. Если да, то при каком сроке беременности лучше оперировать? 	<p>5. В 17-18 недель.</p>		
41	<p>Больная О., 60 лет находится на «Д»-учете у онколога по поводу рака желудка II ст. – оперирована 6 мес. назад. Постменопауза – 20 лет. При гинекологическом осмотре обнаружено: матка меньше нормальных размеров, атрофичная; в области придатков с обеих</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.Метастатический рак яичников (рак Круккенберга). 2.Спастический колит – «овечий кал», ретроцервикальный эндометриоз. 3.IV стадия – генерализация. 4.Неблагоприятный. 5.Симптоматическая 	ТК ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-8, ПК-11

	<p>сторон пальпируются плотные, бугристые образования диаметром до 8-9 см. В заднем своде пальпируется безболезненное мелкобугристое образование. Выделения из половых путей слизистые. В зеркалах - шейка матки и слизистая влагалища без видимой патологии.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предполагаемый диагноз? 2. С какими заболеваниями следует дифференцировать мелкобугристое образование в заднем своде? 3. Какая стадия онкологического процесса у больной? 4. Прогноз? 5. Лечение? 	терапия		
42	<p>В гинекологическое отделение поступила больная 43 лет с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и кровотечение из половых путей, слабость. Больной себя считает около года, когда стали беспокоить обильные менструации продолжительностью до 10 дней, после чего отмечала слабость, недомогание, головокружение. Стоит на учете в ж/к по поводу миомы матки. Последняя менструация началась 12 дней назад и продолжается до настоящего времени. Половая жизнь с 20 лет. Беременностей не было. Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Пульс 90, ритмичный, удовлетворительных свойств. А/Д - 110/80 мм. рт. ст. Кожа и</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Миома матки с наличием субмукозного узла (не исключается рождающийся субмукозный узел). Хронические аномальные маточные кровотечения. Хроническая постгеморрагическая анемия II-III ст. 2. С прервавшейся маточной и внематочной беременностью, с патологией эндометрия, аденомиозом, раком шейки матки. 3. Общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ органов малого таза с ЦДК, определение ХГЧ, гистероскопия с биопсией эндометрия (фракционным выскабливанием слизистой матки – по показаниям), кольпоскопия, мазок на атипичию с шейки матки. 	ТК ГИА	УК-3, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-10

	<p>слизистые бледные. Нв - 73 г/л.</p> <p>Осмотр в зеркалах: Слизистая влагалища и шейки матки без видимой патологии, наружный зев точечный. Выделения из половых путей обильные кровянистые. Вагинально: влагалище свободное, шейка матки укорочена, цервикальный канал пропускает палец. Матка шаровидная, увеличена до 8-9 недель беременности с четкими контурами, плотной консистенции, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются.</p> <p>1. Предварительный диагноз? 2. С какими заболеваниями матки будете дифференцировать диагноз? 3. В каком дальнейшем обследовании нуждается больная? 4. План лечения? Если оперативное, то каков объем оперативного вмешательства? 5. Реабилитация больной?</p>	<p>4. Показано проведение гистерорезектоскопии, миомэктомии. При отказе от оперативного лечения – эмболизация маточных артерий.</p> <p>5. Прием препаратов железа под контролем гемоглобина крови.</p>		
43	<p>В гинекологическое отделение доставлена больная 39 лет с жалобами на сильные боли внизу живота больше слева с иррадиацией в поясницу, тошноту, жажду. Дома была неоднократная рвота. Заболела остро около 5 часов назад, во время физической работы появились вышеперечисленные жалобы. Принимала дома анальгин — эффекта нет. Менструации с 14 лет, установились сразу по 4-5 дней через 28 дней, последняя менструация в срок, началась 10 дней</p>	<p>1. Перекрут ножки опухоли левого яичника.</p> <p>2. Общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ органов малого таза с ЦДК, УЗИ почек, определение ХГЧ, лапароскопия</p> <p>3. Внематочная беременность, острое воспаление придатков матки с образованием tuboовариальной опухоли слева, опухоль ректосигмоидного отдела кишечника, перекрут ножки субсерозного миоматозного узла, нагноение опухоли левого яичника, почечная колика.</p> <p>4. Оперативное лечение в</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-8, ПК-9, ПК-11

<p>назад. Родов 2, аборт 4. В течение последних 5 лет гинекологом не осматривалась. Контрацепция – барьерная.</p> <p>Объективно: больная в постели лежит на боку с приведенными ногами (вынужденное положение), кожа и слизистые бледные. Пульс 102, ритмичный, удовлетворительного наполнения, А/Д - 120/75 мм.рт.ст. Язык сухой, слегка обложен серым налетом. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации напряжен и болезненный в нижних отделах больше слева. Здесь же положительные симптомы раздражения брюшины. Печень не пальпируется. Симптом XII ребра отрицательный справа, слабо положительный слева. В зеркалах: Слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии. P.V.: матка нормальных размеров и консистенции, безболезненная. Придатки справа не определяются. Слева от угла матки и выше пальпируется опухолевидное образование округлой формы размерами 10*12 см, с четкими контурами, болезненное при смещении, тугоэластической консистенции. Выделения из половых путей слизистые.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз? 2. Дополнительные методы исследования, необходимые в данном случае? 3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать? 4. Тактика врача? 5. Оперативный доступ и 	<p>экстренном порядке.</p> <p>5. Лапароскопия или лапаротомия. Удаление левых придатков матки. В случае отсутствия некротических изменений в ножке опухоли и подозрения на злокачественную опухоль яичника возможно проведение деторсии и энуклеации опухоли левого яичника (согласно клинических рекомендаций).</p>		
---	--	--	--

	возможный объем операции?		
44	<p>Пациентка 33 лет доставлена бригадой скорой помощи в гинекологическое отделение с жалобами на интенсивные тянущие боли в низу живота, обильные гнойные выделения из половых путей, повышение температуры тела до 39⁰С с ознобами, слабость. Из анамнеза: заболела сразу после очередной менструации, которая пришла в срок. В начале появились тянущие боли в низу живота. Затем присоединилась гипертермия и гнойные выделения из половых путей (периодическое повышение температуры тела больная отмечает в течение последних 6 дней). В анамнезе 2 родов, 3 мед. аборта без осложнений. Контрацепция – ВМС в течение 9 лет. При осмотре: состояние больной тяжелое. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Температура – 38,7 градусов, пульс 100 уд в 1 мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот не вздут, симметричный, напряжен и резко болезненный в области гипогастрия. Здесь же положительны симптомы раздражения брюшины. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейка матки без воспалительных явлений, в зева – усы ВМС. Из цервикального канала стекают обильные гнойные бели. При влагалищном осмотре: матка нормальных размеров, плотная,</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обострение хронического эндометрита, хронического двухстороннего аднексита с образованием tuboовариальной опухоли справа, пиосальпинкса слева. Пельвиоперитонит (на фоне ВМС). 2. Рак яичника, внематочная беременность, перекрут миоматозного узла на ножке, о. аппендицит, аппендикулярный инфильтрат. 3. Общеклинические анализы крови и мочи, анализ крови на RW и ВИЧ, мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала на ИППП методом ПЦР. ХГЧ крови. УЗИ органов малого таза. Кульдоцентез. Лапароскопия. 4. Начать комплексную консервативную противовоспалительную терапию (инфузионная, антибактериальная, нестероидные противовоспалительные, обезболивающие препараты) с последующим оперативным лечением. При неэффективности консервативной терапии в течение 24-48 часов – оперативное лечение в экстренном порядке. 	<p>ТК ГИА</p> <p>УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-8, ПК-9</p>

	<p>болезненная. Справа от матки определяется опухолевидное образование, без четких контуров, до 7-8 см в диаметре, плотное, неподвижное, резко болезненное. Слева придатки утолщены, подвернуты за матку, резко болезненны. Своды глубокие. Движения за шейку матки болезненны.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите льный диагноз? 2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? 3. План обследования больной. 4. Лечебная тактика? 5. Какова профилактика данного заболевания? 	<p>5. Соблюдение правил использования ВМС, своевременное лечение воспалительных заболеваний половых органов и бактериального вагиноза, упорядочение половой жизни.</p>		
45	<p>Больная И., 42 лет пришла на проф. осмотр. У гинеколога не была на осмотре 5 лет. Месячные приходят регулярно. В анамнезе 1 роды, 2 мед. аборта, 2 самопроизвольных выкидыша. Неоднократно лечилась по поводу хронического аднексита. При осмотре: кожные покровы бледные, тургор ткани снижен. Пульс 72. АД 110/70 мм рт. ст. Температура тела нормальная. Живот шаровидной формы, "распластан", симптом флюктуации (+). Печень не увеличена. Физиологические оправления в норме.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Двухсторонние опухоли яичников. 2. Пункция заднего свода с цитологическим исследованием асцитической жидкости, мазки на атипию клеток влагалищной части шейки матки, выскабливание полости матки с гистологическим исследованием, УЗИ гениталий с ЦДК, УЗИ внутренних органов и почек, ФЛГ грудной клетки, цистоскопия, колоноскопия, маммография, общеклинические анализы крови и мочи, МРТ органов малого таза, лапароскопия. 3. С опухолью ЖКТ или молочных желез, 	ТК ГИА	УК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-8, ПК-11

	<p>В анализе крови: НЬ 90 г/л, Л - $7 \cdot 10^9$ г/л, СОЭ 35 мм/час.</p> <p>Вагинально: матка не увеличена, обычной консистенции, ограничено подвижная. Придатки справа: пальпируются опухолевидное образование, плотной консистенции 5*6 см, безболезненное, слева: опухолевидное образование, плотной консистенции, бугристое, органичено подвижное 12*8*8 см. Задний свод инфильтрирован, безболезненный.</p> <p>Выделения из половых путей слизистые. Шейка без видимой патологии.</p> <p>1. Предварительный диагноз?</p> <p>2. Какое дообследование необходимо для уточнения диагноза?</p> <p>3. Дифференциальный диагноз?</p> <p>4. Тактика врача?</p> <p>5. Объем оперативного лечения при малигнизации процесса? Где должно проводиться оперативное лечение в случае малигнизации?</p>	<p>опухолью тела матки, тубоовариальными воспалительными образованиями.</p> <p>4. Оперативное лечение после полного клинико-лабораторного обследования.</p> <p>5. Лапаротомия или лапароскопия. Тотальная гистерэктомия с придатками с обеих сторон. Оментэктомия. Лимфаденэктомия.</p> <p>В онкологическом диспансере.</p>		
46	<p>Бригадой скорой помощи в гинекологический стационар доставлена пациентка 51 года с жалобами на интенсивные тянущие боли в низу живота, тошноту, рвоту дважды, повышение температуры тела до 38 градусов. Болеет в течение 2-х суток, когда резко после изменения положения тела появились сильные боли в нижних отделах живота, через сутки присоединилась гипертермия, тошнота и</p>	<p>1. Перекрут ножки опухоли правого яичника. Миома матки.</p> <p>2. Развернутый и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, тест на ХГЧ, УЗИ органов малого таза с ЦДК, кульдоцентез, лапароскопия,</p> <p>3. Эктопическая беременность, перекрут миоматозного узла на ножке, опухоль кишечника, аппендикулярный</p>	ТК ГИА	УК-3, ПК-3, ПК-5, ПК-8, ПК-12

<p>рвота. Из анамнеза: менструации в течение последних 2 лет нерегулярные, через 1-3 месяца по 4-5 дней. Последняя менструация была 35 дней назад. В анамнезе 2 родов и 5 мед. аборт без осложнений. При проф. осмотре гинекологом 3 года назад диагностирована миома матки до 6 недель, после этого гинекологом не наблюдалась.</p> <p>Объективно: кожные покровы обычной окраски, чистые. Температура тела 38,5 градусов, пульс 90 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. АД 130/70 мм.рт.ст. Язык сухой. Живот не вздут, напряжен и болезнен в нижних отделах. Здесь же положительные симптомы раздражения брюшины.</p> <p>При гинекологическом осмотре: слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, выделения слизистые. Вагинально: шейка цилиндрическая, зев закрыт, тело матки увеличено до 6-7 недель беременности, бугристая, безболезненная; придатки слева не пальпируются, справа и кзади от матки пальпируется опухолевидное образование, плотной консистенции, подвижное, резко болезненное, до 12 см в диаметре. Своды глубокие.</p> <p>1. Предположите льный диагноз? 2. Составьте</p>	<p>инфильтрат, кишечная непроходимость, апоплексия яичника, почечная колика, нагноение или малигнизация опухоли яичника.</p> <p>4. Оперативное лечение в экстренном порядке. Предполагаемый объем операции: тотальная гистерэктомия с правыми придатками и левой трубой, вопрос об удалении левого яичника решается индивидуально (с учетом возраста больной и интраоперационной картины).</p> <p>5. Проведение профилактических осмотров с целью своевременной диагностики опухолей яичников, своевременное их оперативное лечение, диагностика и лечение воспалительных заболеваний органов малого таза.</p>		
---	--	--	--

	<p>план обследования больной для уточнения диагноза.</p> <p>3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?</p> <p>4. Какова лечебная тактика? Объем операции?</p> <p>5. Профилактика данного заболевания?</p>			
47	<p>У больной 42 лет, внезапно развился приступ острых болей в нижних отделах живота. Менструации регулярные, через 28-30 дней по 5-7 дней, обильные, безболезненные. Последняя менструация началась 20 дней назад. В анамнезе 3 беременности: 2 родов и 1 мед. аборт. В течение последних 5 лет пациентка наблюдается нерегулярно в женской консультации по поводу миомы матки.</p> <p>Объективно: температура тела 37,1 градус, АД 120/80 мм.рт.ст., пульс 78 уд/мин., удовлетворительного наполнения. Живот не вздут, мягкий, резко болезненный в нижних отделах, над лоном пальпируется нижний полюс плотной опухоли, исходящей из малого таза. Бимануальное исследование: матка увеличена до 16 недель беременности, бугристая за счет множества узлов, один из них спереди, 13*8 см, резко болезненный при пальпации. Своды глубокие. Шейка матки без</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Миома матки больших размеров с нарушением трофики миоматозного узла. 2. Общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ гениталий с ЦДК, лапароскопия, анализ крови или мочи на ХГЧ. 3. Эктопическая беременность, перекрут ножки опухоли яичника, опухоль мочевого пузыря или кишечника с нарушением трофики, саркома матки. 4. Оперативное лечение после предоперационной подготовки. 5. Регулярное диспансерное наблюдение больной (не реже 1 раза в 6 месяцев), проведение гормональной терапии с целью стабилизации роста узлов миомы, своевременное оперативное лечение миомы матки или проведение эмболизации маточных артерий. 	ТК ГИА	УК-3, ПК-3, ПК-5, ПК-8, ПК-12

	<p>патологических изменений.</p> <p>1. Диагноз?</p> <p>2. План обследования больной?</p> <p>3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?</p> <p>4. Лечение?</p> <p>5. В чем заключается профилактика данного заболевания?</p>			
<p>Организация акушерской и гинекологической помощи женскому населению</p>				
48	<p>На профилактическом осмотре у пациентки В., 43 лет на передней губе шейки матки обнаружено опухолевое образование размерами 2*2 см. белесоватого цвета, с плотными папилломатозными разрастаниями, неровными контурами, но с четкими границами.</p> <p>В анамнезе 2 беременности: 1 срочные роды, 1 мед. аборт. Гинекологические заболевания отрицает. Менструальная функция не нарушена. Последний раз у гинеколога была 5 лет назад. Общее состояние удовлетворительное. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный.</p> <p>Вагинально: шейка цилиндрической формы, деформирована за счет старых разрывов, бугристой консистенции, подвижная. Тело матки обычных размеров, подвижно, безболезненное. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Своды глубокие, безболезненные. Область параметриев свободна. Инфильтратов в малом тазу нет.</p> <p>1. Предположительный диагноз?</p> <p>2. План обследования</p>	<p>1. Инвазивный рак шейки матки.</p> <p>2. Биопсия шейки матки с гистологическим исследованием, фракционное диагностическое выскабливание слизистой матки с гистологическим исследованием, лимфография, цистоскопия, ректومانоскопия, УЗИ органов малого таза, ФЛГ грудной клетки, общеклиническое обследование.</p> <p>3. С CIN и доброкачественными заболеваниями шейки матки (полипом и, кондиломами, лейкоплакией).</p> <p>4. Комбинированное: расширенная экстирпация матки с придатками и тазовой лимфаденэктомией с последующей лучевой терапией.</p> <p>5. Упорядочение половой жизни, барьерная контрацепция, своевременная диагностика и лечение доброкачественных заболеваний шейки матки. Диспансерное наблюдение в условиях ж/к.</p>	ТК ГИА	УК-3, ПК-1, ПК-5, ПК-8, ПК-10

	<p>больной?</p> <p>3. С чем необходимо проводить дифференциальную дифференцировать?</p> <p>4. План лечения?</p> <p>5. В чем заключается профилактика данного заболевания?</p>			
49	<p>Больная 27 лет обратилась с жалобами на слабость, одышку, кашель, кровянистые выделения из половых путей в течение недели.</p> <p>Менструации с 14 лет по 3-4 дня через 21 день, безболезненные, умеренные. Последняя менструация была 5 месяцев назад. В анамнезе 4 беременности, 1 срочные роды, 2 мед. аборта без осложнений, 1 самопроизвольный выкидыш в 7 недель, который произошел 3 месяца назад. Произведено выскабливание полости матки, после чего в течение недели были кровянистые мажущие выделения из половых путей, к врачу не обращалась. Через месяц по поводу задержки менструации обратилась к гинекологу и с диагнозом: "Беременность 7 недель" вновь направлена на выскабливание. В соскобе элементов плодного яйца не обнаружено. Через неделю после выскабливания появился кашель и одышка. Больная обратилась к терапевту. При рентгенологическом исследовании грудной клетки диагностирован туберкулез, назначено лечение, но состояние больной продолжало</p>	<p>1. Трофобластическая болезнь. Хорионкарцинома?</p> <p>2. Фракционное диагностическое выскабливание полости матки, УЗИ органов малого таза, почек и внутренних органов, МРТ органов малого таза, тазовая ангиография, анализ крови на уровень ХГЧ, цистоскопия, ирригоскопия, рентгенография грудной клетки, биопсия узлового образования влагалища с гистологией.</p> <p>3. Трофобластическая болезнь: хорионкарцинома матки III ст. с метастазами во влагалище и легкие.</p> <p>4. Химиотерапия (метатрексат) на фоне дезинтоксикационной, общеукрепляющей, десенсибилизирующей, гемостатической, седативной, иммунокорректирующей терапии. При отсутствии эффекта — экстирпация матки с придатками и в последующем — химиотерапия до регресса метастаза.</p> <p>5. В легкие.</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12

	<p>ухудшаться, появились боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей.</p> <p>При осмотре у гинеколога: состояние больной средней степени тяжести. Пульс 98, ритмичный. Кожа и слизистые бледные. Живот мягкий, безболезненный, физиологические опрвления в норме. Анализ крови: НЬ 47 г/л, СОЭ 47 мм/час, формула б/о.</p> <p>Вагинально: у входа во влагалище в толще его задней стенки — узел 4*5*4 см цианотичный, с изъязвлением, шейка цилиндрическая, зев щелевидный, тело матки увеличено до 14 недель, бугристое, мягковатой консистенции. Придатки не увеличены, своды глубокие. Выделения кровянистые, темные, умеренные.</p> <p>1. Предварительный диагноз?</p> <p>2. Какое обследование необходимо провести?</p> <p>3. Поставьте клинический диагноз?</p> <p>4. План ведения больной?</p> <p>5. Где появляются первые метастазы при трофобластической болезни?</p>			
50	<p>Больная 46 лет обратилась в ж/к с жалобами на кровянистые выделения из влагалища после коитуса.</p> <p>В анамнезе 5 беременностей: 2 нормальных родов, 3 мед. аборта без осложнений. Последний раз у гинеколога была 6 лет назад.</p>	<p>1. Рак шейки матки I ст.</p> <p>2. Биопсия шейки матки с гистологическим исследованием, фракционное диагностическое выскабливание слизистой матки и цервикального канала, ФЛГ грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и малого</p>	ТК ГИА	УК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-6, ПК-9

	<p>При осмотре: Шейка матки гипертрофирована. На передней губе ее мелкобугристая опухоль в виде "цветной капусты" 2*2 см, контактно кровоточит.</p> <p>Вагинально: Шейка гипертрофирована, плотная, подвижна. Тело матки не увеличено. Область придатков свободна. Своды влагалища свободные, безболезненные. В малом тазу опухолей и инфильтратов не определяется, ампула кишки свободная, слизистая эластична.</p> <p>1. Предварительный диагноз?</p> <p>2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза?</p> <p>3. Какое лечение Вы предлагаете?</p> <p>4. Объем операции?</p> <p>5. Сколько времени больная должна находиться на учете у онкогинеколога?</p>	<p>таза, МРТ органов малого таза, цистоскопия, общеклиническое обследование.</p> <p>3. Комбинированный метод лечения: оперативное лечение и лучевая терапия после операции.</p> <p>4. Расширенная экстирпация матки с тазовой лимфаденэктомией.</p> <p>5. Не менее 5 лет больная должна находиться на учете у онкогинеколога.</p>		
51	<p>Больная, 44 лет. Обратилась к врачу женской консультации с жалобами на задержку менструации на 5 недель, периодические ноющие боли внизу живота, тошноту.</p> <p>Из анамнеза: менструации с 12 лет, регулярные через 28-30 дней по 3-4 дня, умеренные, безболезненные. В последний год менструальный цикл неустойчивый, через 28-60 дней, по 3 - 10 дней, последняя менструация 9 недель назад. Половая жизнь с 18 лет, в браке. Всего было 6 беременностей, 2 из</p>	<p>1. Беременность 8-9 недель;</p> <p>2. Для уточнения диагноза необходимо провести УЗИ органов малого таза. При решении вопроса о прерывании беременности - мазки из уретры, влагалища и цервикального канала на флору; кровь из вены на реакцию Вассермана, ВИЧ и австралийский антиген. При желании сохранить беременность - поставить на диспансерный учет, проведя соответствующее обследование.;</p> <p>3. Нарушение трофики в миоматозном узле, аденомиозом.;</p> <p>4. Тактика ведения данной пациентки зависит от ее</p>	ТК ГИА	УК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-8, ПК-11

<p>которых закончились родами, 4 - искусственными абортами. Последний аборт 5 лет назад, осложнившийся двусторонним аднекситом. От беременности предохраняется с помощью презерватива.</p> <p>В зеркалах: шейка матки цилиндрической формы. Слизистая влагалища и шейки матки цианотична. Симптом зрачка отрицательный. Выделения слизистые, незначительные.</p> <p>Бимануально: тело матки увеличено до 8-9 недель беременности, мягковато; на пальпацию реагирует сокращением. Область перешейка размягчена. Придатки матки с обеих сторон не пальпируются. Параметральная клетчатка мягкая.</p> <p>1. Диагноз?</p> <p>2. План обследования больной?</p> <p>3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?</p> <p>4. Тактика ведения беременной?</p> <p>5. Какие методы контрацепции можно посоветовать?</p>	<p>желания. Если она планирует сохранить данную беременность, то она должна быть взята на диспансерный учет. При этом проводится соответствующее обследование, согласно приказа №572. Если же она планирует прерывание беременности, то это можно сделать до 12 недель хирургическим или медикаментозным путем.;</p> <p>5. В качестве метода контрацепции можно рекомендовать: КОК или ВМС, возможны также чистые гестагены или операция стерилизации;</p>		
--	--	--	--