

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Фонд оценочных средств
по дисциплине «Акушерство и гинекология»

Специальность 31.05.01 Лечебное дело

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично):
ОПК-4, ОПК-7, ПК-3, ПК-12

Код и наименование компетенции	Индикаторы достижения компетенции
<i>общепрофессиональные (ОПК):</i>	
<p>ОПК-4 Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследование пациента с целью установления диагноза.</p>	<p>ИД 1 Умеет применять медицинские изделия при диагностических исследованиях, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи.</p> <p>ИД 2 Умеет применять методы диагностики, в том числе с применением инструментальных методов, при проведении обследования пациента с целью установления диагноза.</p>
<p>ОПК-7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.</p>	<p>ИД 1 Знает современные схемы медикаментозного и комбинированного лечения в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи.</p> <p>ИД 2 Умеет распознавать признаки типичных осложнений при проведении фармакотерапии с целью ее своевременной коррекции.</p> <p>ИД 3 Знает схемы назначения безопасных сочетаний лекарственных препаратов в соответствии с клиническими рекомендациями.</p>
<i>профессиональные (ПК)</i>	
<p>ПК-3 Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности.</p>	<p>Трудовые действия.</p> <p>ИД 1 Разработка плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>ИД 2 Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни.</p> <p>ИД 3 Назначение немедикаментозного лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни.</p> <p>ИД 4 Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения.</p> <p>ИД 5 Оказание паллиативной медицинской помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками.</p> <p>ИД 6 Организация персонализированного лечения пациента, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, оценка эффективности и безопасности лечения.</p> <p>Необходимые умения.</p> <p>ИД 7 Составлять план лечения заболевания и состояния пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом</p>

	<p>стандартов медицинской помощи.</p> <p>ИД 8 Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни.</p> <p>ИД 9 Назначать немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни.</p> <p>ИД 10 Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания.</p> <p>Необходимые знания.</p> <p>ИД 11 Современные методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применением.</p> <p>ИД 12 Современные методы немедикаментозного лечения болезней и состояний у пациента.</p> <p>Механизм действия немедикаментозного лечения; медицинские показания и противопоказания к его назначению; побочные эффекты, осложнения, вызванные его применением.</p> <p>ИД 13 Порядок оказания паллиативной медицинской помощи.</p>
<p>ПК - 12 Готовность к ведению физиологической беременности, приему родов.</p>	<p>ИД 1 Провести расспрос пациентки и/или родственников /сопровождающих с целью сбора анамнеза (анамнеза настоящего заболевания, анамнеза жизни, акушерско-гинекологического анамнеза).</p> <p>ИД 2 Овладеть методами общего и специального акушерского обследования с целью диагностики и дифференциальной диагностики основной акушерской патологии, ведения физиологической беременности и родов.</p> <p>ИД 3 Обследовать больную (общее и специальное акушерское обследование).</p> <p>ИД 4 Владеть алгоритмом лабораторного, инструментального, морфологического и аппаратного обследования и интерпретацией их результатов при физиологической беременности и подозрении на акушерскую патологию.</p> <p>ИД 5 Составить план лабораторных и инструментальных исследований и интерпретировать их результаты.</p> <p>ИД 6 Вести физиологическую беременность и роды, заподозрить осложнения беременности, сопутствующую патологию.</p>

2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	Количество заданий на 1 компетенцию
ОПК-4	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: ситуационные задачи, вопросы для собеседования, задания на дополнения	75 с эталонами ответов

ОПК-7	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: ситуационные задачи, вопросы для собеседования, задания на дополнения	75 с эталонами ответов
ПК-3	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: ситуационные задачи, вопросы для собеседования задания на дополнения	75 с эталонами ответов
ПК-12	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: ситуационные задачи, вопросы для собеседования задания на дополнения	75 с эталонами ответов

ОПК-4:

Задания закрытого типа

Тесты

1). Достоверными признаками беременности являются:

1. прекращение менструаций,
2. сердечные тоны плода,
3. двигательная активность плода,
4. обнаружение плода,
5. размягчение матки.

Эталон ответа: 2, 3, 4

2). Верхний угол ромба Михаэлиса соответствует:

1. первому крестцовому позвонку,
2. верхушке крестца,
3. остистому отростку 5 поясничного позвонка,
4. остям подвздошных костей.

Эталон ответа: 3

3). Наружное акушерское исследование во 2-й половине беременности предполагает:

1. определение положения, позиции, размеров плода,
2. анатомическую оценку таза,
3. определение срока беременности,
4. функциональную оценку таза,
5. определение готовности родовых путей.

Эталон ответа: 1, 2, 3

4). При влагалищном исследовании в 1 триместре беременности определяют:

1. величину матки,
2. состояние нижнего сегмента матки,
3. состояние плодного пузыря,
4. консистенцию матки,
5. форму матки.

Эталон ответа: 1, 4, 5

5). Для тазового предлежания плода при наружном акушерском исследовании нехарактерно:

1. высокое расположение дна матки матки,
2. баллотирующая часть в дне матки матки,
3. выслушиваемое выше пупка сердцебиение плода,
4. плотная предлежащая часть, прижатая ко входу в таз.

Эталон ответа: 4

6). Объективные критерии эффективности родовой деятельности не включают:

1. характер схваток,
2. динамику раскрытия маточного зева,
3. время излития околоплодных вод,
4. продвижение плода по родовому каналу.

Эталон ответа: 3

7). Установите последовательность диагностических мероприятий при предраковом состоянии шейки матки (по протоколу):

1. биопсия,
2. онкомаркеры,
3. исследование на ВПЧ,
4. К^о и АК (цитограмма),
5. бактериологическое исследование.

Эталон ответа: 4, 5, 3, 2, 1.

8). Основное значение в нормальной инволюции послеродовой матки имеет:

1. естественное вскармливание новорожденного
2. нормальное функционирование кишечника и мочевого пузыря родильницы
3. гигиена родильницы
4. бинтование нижних конечностей
5. правильное питание

Эталон ответа: 1, 2, 3

9). К анатомо-динамическим факторам, обуславливающим биомеханизм родов относится:

1. сократительная активность матки
2. мускулатура и связочный аппарат таза
3. форма и размеры таза
4. сыровидная смазка плода
5. форма головки плода

Эталон ответа: 1, 2

10). Основные условия для проведения пальпации живота беременной женщины:

1. проводят в положении женщины лёжа на спине
2. мочевой пузырь должен быть освобождён
3. прямая кишка должна быть освобождена
4. врач находится справа от беременной
5. проводят в положении женщины стоя
6. врач находится слева

Эталон ответа: 1, 2, 3, 4

11). При влагалищном исследовании во 2 триместре определяют:

1. величину матки
2. консистенцию шейки матки
3. форму матки
4. зрелость шейки матки
5. предлежащую часть

Эталон ответа: 2, 4, 5

12). О начале второго периода родов свидетельствует:

1. полное раскрытие шейки матки
2. излитие околоплодных вод
3. появление у роженицы желания тужиться
4. ослабление родовой деятельности

Эталон ответа: 1

13). Влагалищное исследование в родах проводят по следующим показаниям:

1. при поступлении роженицы в акушерский стационар
2. при излитии околоплодных вод
3. кровотечение в родах
4. изменение в состоянии плода
5. желание женщины
6. для определения срока родов

Эталон ответа: 1, 2, 3, 4

14). Признаками начавшихся родов служат:

1. регулярные схватки
2. динамическое открытие шейки матки
3. болевые ощущения внизу живота
4. нарушение режима сна и бодрствования

Эталон ответа: 1, 2

15). Выслушивание сердцебиения плода в периоде раскрытия (при отсутствии мониторинга) при целом плодном пузыре проводится:

1. каждые 15-20 мин
2. каждые 2-3 мин
3. каждые 5-7 мин
4. каждые 10-12 мин

Эталон ответа: 1

16). При наружном акушерском исследовании о поперечном положении плода свидетельствует:

1. окружность живота более 100 см
2. высота дна матки свыше 39 см
3. уменьшение вертикального размера пояснично-крестцового ромба
4. матка имеет шарообразную форму
5. живот имеет поперечно-растянутую форму
6. головка прощупывается слева или справа от средней линии живота

Эталон ответа: 4, 5, 6

17). Основными клиническими симптомами многоплодной беременности являются:

1. несоответствие величины матки сроку беременности в первые месяцы беременности
2. указания беременной на частые шевеления плода
3. выявление при наружном акушерском исследовании 3-х и более крупных частей плода

Эталон ответа: 1, 3

18). Основными компонентами «созревания» шейки матки являются:

1. гидратация
2. разрыхление
3. размягчение
4. уплотнение
5. увеличение ригидности

Эталон ответа: 1, 2, 3

19). Клиническая картина при полном предлежании плаценты не включает:

1. повторяющиеся кровотечения
2. наличие болевого синдрома

3. отсутствие гипертонуса матки
4. хроническую или острую анемию у беременной

Эталон ответа: 2

20). При разрыве промежности II степени остаются неповрежденными:

1. кожа
2. мышцы промежности
3. фасция
4. слизистая оболочка прямой кишки

Эталон ответа: 4

21). Установите последовательность действий при измерении таза:

1. измерение наружной конъюгаты
2. измерение дистанции кристарум
3. измерение диагональной конъюгаты
4. измерение дистанции спинарум
5. измерение дистанции трохантерика

Эталон ответа: 4, 2, 5, 1, 3

22). Тесты функциональной диагностики (ТФД) позволяют определить:

1. двуфазность менструального цикла
2. уровень эстрогенной насыщенности организма
3. наличие овуляции
4. полноценность лютеиновой фазы цикла
5. все перечисленное

Эталон ответа: 5

23). В диагностике послеродового мастита имеют значение:

1. характерные жалобы больной
2. данные осмотра и пальпации больной
3. наличие предрасполагающих факторов к его развитию
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

Эталон ответа: 4

24). Дифференциальную диагностику гиперпластических процессов и рака эндометрия проводят с:

1. субмукозным узлом миомы
2. аденомиозом
3. гормонально-активной опухолью яичника
4. правильные ответы 1 и 2
5. все ответы правильные

Эталон ответа: 5

25). Скрининг-методом для выявления патологии шейки матки является:

1. визуальный осмотр
2. кольпоскопия
3. радионуклеидный метод
4. цитологическое исследование мазков

Эталон ответа: 2, 4

26). Для диагностики трофобластической болезни наиболее эффективно определение:

1. хорионического гонадотропина
2. трофобластического б-глобулина
3. хорионического соматотропина
4. правильные ответы 1 и 2
5. все ответы правильные

Эталон ответа: 1

Задания открытого типа.

Ситуационные задачи

Задача 1.

Больная О., 29 лет, поступила в гинекологическую клинику с жалобами на повышение температуры тела, общую слабость, боли в низу живота. Менструальный цикл регулярный, последняя менструация за 3 месяца до поступления в клинику. Инструментальный аборт 8 дней назад. Общее состояние удовлетворительное, пульс 92 уд./мин, АД 120/70 мм рт. ст. Температура тела 38,2°C.

Осмотр гинекологический: шейка матки и слизистая влагалища чистые. Во влагалище и из цервикального канала – гнойные выделения, тело матки несколько больше нормы, мягкой консистенции, болезненное при пальпации и смещении. Влагалищные своды свободные, глубокие. Придатки с обеих сторон не пальпируются.

ПОСТАВЬТЕ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ПРЕДЛОЖИТЕ ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОЙ.

Эталон ответа:

Острый метроэндометрит после медицинского аборта. Остатки плодного яйца после мед.аборта?

ОАК, ОАМ, биохимические исследования, УЗИ органов малого таза, мазок из «V», «C», «Uг» на флору, посев выделений из «C» на флору и чувствительность к антибиотикам.

Задача 2.

Больная З., 36 лет, машиной «скорой помощи» доставлена в гинекологический стационар. Жалобы при поступлении на резкие боли в низу живота, озноб, повышение температуры тела до 38°C, общую слабость. Последняя менструация была за 12 дней до поступления в стационар.

В анамнезе: С/А-1, осложнился повторным выскабливанием и воспалением придатков. Общее состояние удовлетворительное, пульс 88 уд./мин, АД 110/70 мм рт.ст., температура тела 37,6°C. Язык влажный, слегка обложен белым налётом, живот не вздут, при пальпации в нижних отделах – нерезко выраженное напряжение передней брюшной стенки, больше слева.

Влагалищное исследование: шейка матки чистая, смещение её резко болезненное, тело матки нормальных размеров, несколько сдвинуто вправо, ограничено в подвижности, чувствительное при пальпации. Правые придатки не определяются, слева и несколько сзади от матки пальпируется образование, ограниченной подвижности, резко болезненное, плотной консистенции, с участками размягчения, размерами 4х9 см, влагалищный свод слева укорочен.

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

ПОСТАВЬТЕ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОЙ.

Эталон ответа:

Воспалительная опухоль левых придатков матки. Пельвиоперитонит?

ОАК, ОАМ, биохимические исследования, УЗИ органов малого таза, мазок из «V», «C», «Uг» на флору, посев выделений из «C» на флору и чувствительность к антибиотикам. Пункция заднего свода влагалища под в/в наркозом.

Задача 3.

Больная С., 25 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные

пенистые выделения из половых путей с неприятным запахом, жжение, зуд в области наружных половых органов. Половую жизнь ведёт с 16 лет, две недели назад имела случайное половое сношение.

Гинекологический осмотр: имеется резкая гиперемия слизистой оболочки влагалища, ярко-красная пятнистость в верхней его части. В заднем влагалищном своде имеется скопление жёлтого гноя зеленоватого оттенка, жидкой консистенции, пенистого вида; матка плотная, подвижная и безболезненная, нормальной величины. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды влагалища глубокие.

ПОСТАВЬТЕ ДИАГНОЗ И ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОЙ .

Эталон ответа:

Трихомонадный кольпит.

Мазок из «V», «C», «Uг» на флору.

Задача 4

Больная И., 56 лет, поступила в гинекологическую клинику с жалобами на кровотечение из половых путей. Менопауза 2 года. Пятнадцать дней назад у больной началось кровотечение, которое продолжается до настоящего времени.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей женщины, шейка матки цилиндрической формы, тело матки нормальных размеров, безболезненное при пальпации, придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные, выделения кровянистые, обильные.

ДИАГНОЗ? ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.

Эталон ответа:

Кровотечение в менопаузе.

Дифференциальная диагностика проводится с доброкачественными и злокачественными опухолями матки.

Задача 5

Больная Н., 15 лет, поступила в отделение гинекологии с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей. Менструации с 12 лет, половую жизнь не ведёт. Заболела 8 дней назад, когда после 2-месячного отсутствия менструации появились умеренные кровяные выделения из половых путей. В последующие дни интенсивность кровотечения нарастала, появились слабость, головокружение.

Анализ крови: гемоглобин 65г/л, эритроцитов – 2,7.

Ректальное исследование: при осмотре наружных половых органов отмечается гипоплазия больших и малых половых губ, оволосение на лобке по женскому типу. Девственная плева не нарушена. Тело матки плотное, меньше нормальной величины, безболезненное, подвижное, соотношение между шейкой и телом матки 1:1, придатки с обеих сторон не определяются.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ?

Эталон ответа:

ДМК ювенильного периода. Генитальный инфантилизм. Анемия III–IV степени.

ОАК, ОАМ, биохимические исследования, УЗИ органов малого таза, мазок из «V», «Uг» на флору.

Задача 6

Больная Г., 29 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на раздражительность, плаксивость, головную боль, головокружение, приступы тахикардии, нагрубание молочных желез. Эти симптомы появляются за 6-14 дней до менструации и исчезают накануне или в первые дни её. Считает себя больной в течение 3 лет, когда после травмы черепа появи-

лись вышеуказанные симптомы. Больная правильного телосложения, повышенного питания. Патологии со стороны внутренних органов нет.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, шейка матки конической формы, чистая, тело матки нормальной величины, подвижное, безболезненное, находится в правильном положении. Придатки с обеих сторон не определяются, своды влагалища глубокие.

ПОСТАВЬТЕ ДИАГНОЗ, НАЗНАЧЬТЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ.

Эталон ответа:

Предменструальный синдром.

Определение концентрации пролактина, Е2, прогестерона, ФСГ, ЛГ, альдостерона; краниограмма или МРТ черепа, ЭЭГ, РЭГ сосудов головного мозга, состояние глазного дна и периферических полей зрения. Консультация терапевта, невропатолога и психиатра.

Задача 7

Больная Д., 46 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на ноющие боли внизу живота, частое мочеиспускание. Последние 2 года менструации по 7-10 дней, обильные. Последние 12 лет к гинекологу не обращалась.

Влагалищное обследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище – рожавшей женщины. Шейка матки деформирована старыми разрывами, имеется выворот цервикального канала. Матка увеличена до 14 недель беременности, бугристая, неоднородной консистенции, из передней стенки матки исходит узел до 8,0 см в диаметре. Придатки отдельно от матки не определяются. Сводь свободные, выделения слизистые.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ?

Эталон ответа:

Множественная миома матки, осложнённая болевым синдромом и нарушением функции смежных органов. Рубцовая деформация шейки матки. Эктропион шейки матки.

ОАК, ОАМ, биохимические исследования, УЗИ органов малого таза, мазок из «V», «С», «Ur» на флору; флюорограмма органов грудной клетки, ЭКГ; консультация терапевта, кровь на RW, ВИЧ, гепатиты, группа крови и резус-фактор, кровь на онкомаркеры.

Задача 8

Больная С., 32 лет поступила в отделение гинекологии с жалобами на кровяные выделения из половых путей в умеренном количестве. Последние нормальные месячные были 2 месяца назад. Половую жизнь ведёт с 20 лет, имела 9 беременностей, из них Р-2, М/А-7, без осложнений. Перенесённые гинекологические заболевания отрицает. Объективное состояние больной удовлетворительное, пульс 78 в мин, АД 110/70 мм.рт.ст.

Влагалищное исследование: шейка матки чистая, цилиндрической формы, наружный зев закрыт, имеется цианоз шейки матки. Тело матки мягкое, подвижное, безболезненное, округлой формы, увеличено в размерах до 8-9 недель беременности. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Выделения тёмные, кровяные, умеренные.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ?

Эталон ответа

Угрожающий самоаборт 8-9 недель беременности.

ОАК, ОАМ, биохимические исследования, УЗИ органов малого таза, мазок из «V», «С», «Ur» на флору.

Задача 9

Больная И., 38 лет обратилась в женскую консультацию по поводу отсутствия месячных в

течение 8 недель. Менструальный цикл нормальный, месячные установились сразу-
Имела 6 беременностей, из них Р-1, М/А – 5.

Влагалищное исследование: Шейка матки чистая, рубцово деформирована, цианотична.
Матка при пальпации округлой формы, напряжена, болезненна во всех отделах, увеличена
до 15-16 недель беременности, с обеих сторон пальпируются увеличенные, безболезнен-
ные яичники, выделения слизистые. Установлено, что ХГЧ=330 000 мкм/мл.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ?

Эталон ответа:

Пузырный занос.

ОАК, ОАМ, биохимические исследования, УЗИ органов малого таза, мазок из «V»,
«С», «Ur» на флору, рентгенограмма лёгких для исключения метастазов хорионкарцино-
мы.

Задача 10

Больная Б., 57 лет поступила в гинекологическую клинику с жалобами на умеренные кро-
вянистые выделения из половых путей. Менопауза 4 года. Было 4 беременности, из них
Р - 2, М/А - 2. В последние 3 месяца беспокоят умеренные кровянистые выделения из по-
ловых путей.

ПОСТАВЬТЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Гистоанализ: множественные полипы эндометрия, без признаков атипии. Соскоб из цер-
викального канала скудный, в нём выявляются сгустки крови, обрывки слизистой.

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Эталон ответа:

Кровомазание в менопаузе.

Полипоз матки.

Задача 11.

Больная Д., 31 года поступила в больницу с жалобами на внезапно возникшие боли внизу
живота схваткообразного характера, задержку месячных на 2-3 недели, умеренные кро-
вянистые выделения из половых путей.

Влагалищное исследование: шейка матки цианотична, деформирована старыми разрыва-
ми, из цервикального канала умеренные тёмные выделения. При пальпации смещения за
шейку матки болезненные. Тело матки чуть больше нормы, мягковато, слегка болезненно
при исследовании. Придатки с обеих сторон в спайках, слева в области придатков пальпи-
руется опухолевидное образование, ограниченной подвижности, туго-эластической конс-
систенции, размерами 4-4-5 см. Выделения кровянистые, умеренные.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

Дифференциальную диагностику следует проводить между начавшимся самоабортom
малого срока на фоне левостороннего хронического аднексита с гидросальпинксом и ле-
восторонней внематочной беременностью.

В пользу левосторонней внематочной беременности свидетельствуют следующие призна-
ки: величина матки не соответствует сроку задержки месячных, слева определяется туго-
эластической консистенции образование, размерами 4x4x5 см, болезненные девиации за
шейку матки.

Задача 12

Больная А., 56 лет, поступила в больницу с жалобами на ноющую боль в левой подвздош-
ной области, которая иррадирует в поясницу, болезненное мочеиспускание. Боли воз-

никли 8 часов назад, после физической нагрузки, принимала дома обезболивающие, без эффекта. Менопауза 6 лет.

Влагалищное исследование: шейка матки цилиндрической формы, чистая, смещение за шейку безболезненное. Тело матки меньше нормы, безболезненное, подвижное. Придатки справа не определяются. Слева и кзади от матки в области придатков пальпируется опухолевидное образование размерами 10-12-12 см, мягковатой консистенции, с гладкой поверхностью, болезненное, между маткой и опухолью выявляется резко болезненная ножка новообразования. Инфильтраты в малом тазу не обнаружены. Своды влагалища свободные.

ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

Перекрут ножки кистомы левого яичника.

Задача 13.

Больная О., 25 лет доставлена в больницу с жалобами на боли в низу живота, подъем температуры до 38°C, тошноту, жидкий стул.

Менструальная функция не нарушена, последние месячные закончились 3 дня назад.

Единственная беременность закончилась искусственным абортом 5 лет назад, отмечает в анамнезе воспаление придатков матки. Страдает вторичным бесплодием. Язык сухой, обложен белым налетом, живот умеренно вздут, болезненный в нижних отделах, напряжён. Перистальтика кишечника вялая, газы отходят с трудом.

Влагалищное исследование: шейка матки конической формы, из цервикального канала гнойное отделяемое. Матка болезненная при пальпации, неоднородной консистенции, в области придатков с обеих сторон пальпируются опухолевидные образования, плотной консистенции с участками размягчения, болезненные при исследовании. Пункция влагалища через задний свод: получено 10,0 мл зловонного гноя.

ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

Воспалительные опухоли придатков матки. Пельвиоперитонит.

Задача 14

В гинекологическое отделение доставлена больная В., 58 лет с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей, боли в левой паховой области, болезненное мочеиспускание. В моче присутствует кровь. Болеет больше года, к врачам не обращалась. Менопауза 5 лет. Больная истощена, кожа и видимые слизистые бледные.

Влагалищное исследование: влагалище укорочено, в куполе его на месте шейки имеется кратер с некротическими массами. Выделения из влагалища имеют цвет «мясных помоев». Стенки влагалища на протяжении 2/3 инфильтрированы, в малом тазу определяется конгломерат опухоли плотной консистенции, достигающий до стенок таза с двух сторон, болезненный.

ДИАГНОЗ? НАЗНАЧЬТЕ УТОЧНЯЮЩЕЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ.

Эталон ответа:

Рак шейки матки, эндофитная форма.

Для верификации диагноза необходимо провести биопсию шейки матки с последующим гистологическим исследованием.

Задача 15.

Больная О., 23 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на чувство жжения, зуд во влагалище. При осмотре в зеркалах слизистая влагалища гиперемирована, выделения из влагалища «творожистого» характера, обильные.

ДИАГНОЗ? ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ? ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ?

Эталон ответа:

Вульвовагинальный кандидоз.

Для постановки диагноза необходимо сочетание трёх из названных симптомов: зуд, творожистые выделения, местные признаки воспаления, присутствие в мазках спор или мицелия.

Обследование: микроскопия мазков вагинального отделяемого (нативные и окрашенные по Грамму препараты); культуральный метод (определяет количество, родовую и видовую принадлежность, чувствительность к противогрибковым препаратам, а также характер и степень колонизации другими микроорганизмами).

Задача 16.

Больная Н., 22 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на задержку месячных на 2 недели, нагрубание молочных желёз, тошноту по утрам. Влагалищное исследование: слизистая влагалища цианотична, матка чуть больше нормы, шаровидной формы, мягкой консистенции.

ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА. НЕОБХОДИМОЕ ДООСЛЕДОВАНИЕ.

Эталон ответа:

Беременность малого срока? НМЦ?

Предварительный диагноз выставлен на основании сомнительных признаков беременности: задержка месячных, нагрубание молочных желёз, тошнота по утрам; вероятных признаков беременности: цианоз слизистой влагалища, увеличение размера и консистенции матки.

Для подтверждения диагноза необходимо проведение УЗИ органов малого таза, исследование крови на ХГЧ.

Задача 17.

Больная В., 62 лет обратилась к гинекологу с жалобами на зуд, сукровичные выделения из влагалища. Менопауза 12 лет. При осмотре в зеркалах слизистая влагалища бледно-розового цвета, складки сглажены, на поверхности вульвы имеются следы расчёсов.

ДИАГНОЗ? ЭТИОЛОГИЯ?

Эталон ответа:

Атрофический (сенильный кольпит).

Атрофические процессы, развивающиеся вследствие возрастного дефицита эстрогенов, приводят к истончению слизистой влагалища, в результате чего в ней образуются трещины, которые легко инфицируются и изъязвляются. Кровянистые выделения при сенильных кольпитах всегда скудные.

Задача 18.

Больная Д., 53 лет поступила в клинику гинекологии с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей, которые появились 3 дня назад, внезапно. Из анамнеза: менопауза 3 года. Год назад была произведена гистероскопия, по поводу маточного кровотечения, удалён железисто-фиброзный полип. При осмотре: матка нормальных размеров, придатки не определяются, выделения кровянистые, обильные.

ДИАГНОЗ?

Кровотечение в менопаузе. Учитывая данные анамнеза, можно предположить наличие у пациентки рецидива полипа эндометрия.

Задача 19.

Больная С., 24 лет обратилась к гинекологу с жалобами на обильные выделения из влагалища с неприятным запахом, напоминающий запах тухлой рыбы. При осмотре влагалища в зеркалах слизистая нормального розового цвета, без признаков воспаления. Аминотест положительный, рН влагалищного отделяемого больше 4,5.

ОБОСНОВАНИЕ И ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ВЫСТАВЛЕННОГО ДИАГНОЗА.

Эталон ответа:

На основании трёх клинических симптомов (неприятный запах, напоминающий тухлую рыбу, положительный аминотест, увеличение рН влагалищного содержимого) можно поставить диагноз бактериальный вагиноз. Для подтверждения диагноза необходимо обнаружение в мазках из влагалища ключевых клеток.

Задача 20.

Больная М., 48 лет обратилась к врачу гинекологу с жалобами на кровянистые выделения из влагалища после полового контакта. Последний раз на приёме у гинеколога была 8 лет назад. При осмотре в зеркалах: шейка матки гипертрофирована, на передней губе имеется мелкобугристая опухоль в виде «цветной капусты», 2,0-2,0 см, кровоточащая при дотрагивании инструментами. Тело матки обычных размеров, область придатков свободная.

ДИАГНОЗ? ДООБСЛЕДОВАНИЕ?

Эталон ответа:

Рак шейки матки?

Для подтверждения диагноза необходимо проведение расширенной кольпоскопии, со взятием биопсии. После верификации диагноза направить пациентку к онкогинекологу.

Задача 21.

Больная К., 46 лет обратилась к врачу гинекологу с жалобами на обильные менструации, слабость, головокружение. Отмечает, что последние 8 лет менструации стали более длительными, обильными, появились тянущие боли внизу живота.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей женщины, шейка матки резко деформирована, отклонена вправо. Матка размерами как при 24 недельной беременности, малоподвижная, умеренно болезненная, с бугристой поверхностью, придатки не определяются, своды свободные, выделения слизистые.

ДИАГНОЗ? ОБСЛЕДОВАНИЕ?

Эталон ответа:

Миома матки больших размеров, осложнённая болевым синдромом и кровотечениями.

Для подтверждения диагноза необходимо проведение УЗИ органов малого таза, полное обследование пациентки (ОАК, ОАМ, биохимия крови, ЭКГ, флюорограмма, консультация терапевта).

Задача 22.

Больная Ш., 32 лет обратилась к гинекологу с жалобами на тёмнокоричневые выделения из половых путей накануне менструации. Менструации с 12 лет, установились сразу, по 3-4 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет. Р-2, М/А-5.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей женщины, шейка матки имеет цилиндрическую форму, наружный зев закрыт. На шейке видны узелковые, мелко-кистозные образования багрово-синего цвета, матка шаровидной формы, чуть больше нормы, безболезненная. Придатки не определяются, своды свободные.

ДИАГНОЗ? УТОЧНЯЮЩЕЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ?

Эталон ответа:

Генитальный эндометриоз.

Для подтверждения диагноза необходимо проведение УЗИ органов малого таза, раздельного лечебно-диагностического выскабливания полости матки и цервикального канала, проведение биопсии мелко-кистозных образований на шейке матки.

Задача 23.

Больная Ф., 42 лет доставлена бригадой скорой помощи в отделение гинекологии с жалобами на боли внизу живота. Менструации с 12 лет, установились сразу, по 3-4 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет. Р-2, М/А-2. Последние месячные закончились три дня назад.

Влагалищное исследование: тело матки нормальных размеров, безболезненное, отклонено вправо, слева пальпируется округлое толстостенное образование, размерами 34,0 на 22,0 см с неровной поверхностью, болезненное при исследовании. Влагалищные своды уплощены, выделения слизистые.

ДИАГНОЗ? ОБСЛЕДОВАНИЕ?

Эталон ответа:

Опухоль левого яичника (муцинозная?).

Для подтверждения диагноза необходимо проведение УЗИ органов малого таза. Стандарты обследования включают обязательное исследование ЖКТ у всех больных с новообразованием яичника для исключения метастазов рака желудка в яичник и вовлечения в процесс прямой и сигмовидной кишки. Больной показано проведение эзофагогастроскопии, колоноскопии (при невозможности провести колоноскопию допустима ирригоскопия).

Задача 24.

Больная Ц., 25 лет обратилась с жалобами на беспорядочные маточные кровотечения, интервал между которыми 1,5-2 месяца, периодически снижение гемоглобина, слабость, утомляемость. Менархе в 12 лет, с 13 лет ювенильные маточные кровотечения, по поводу которых лечилась у детского гинеколога. Половая жизнь с 17 лет, в беременности была не заинтересована, принимала новинет в контрацептивном режиме, приём которого решила прекратить в связи с замужеством. Через три дня после отмены препарата начались ациклические кровянистые выделения из половых путей.

УЗИ: матка 50x32x49 мм, эндометрий 7 мм, с нечёткими контурами, полость матки незначительно расширена. Яичники: правый – 35x26x32 мм, левый – 36x25x30мм, фолликулы 5–7мм в диаметре, доминантного фолликула нет.

ДИАГНОЗ? ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.

Эталон ответа:

ДМК ? (дисфункциональное маточное кровотечение) репродуктивного возраста.

Дифференциальную диагностику проводят с целью исключения других причин маточных кровотечений в репродуктивном возрасте: связанных с беременностью (самопроизвольные аборты, эктопическая беременность, плацентарный полип, трофобластическая болезнь); вследствие инфекции (цервициты, эндометриты); доброкачественных заболеваний эндо- и миометрия (полипы, субмукозная миома матки, внутренний эндометриоз); предраковых и злокачественных заболеваний шейки матки; системных заболеваний (тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, анемия Фалькони, болезни щитовидной железы, печени). «Золотым стандартом» среди диагностических процедур считается проведение гистероскопии и раздельного лечебно-диагностического выскабливания полости матки и цервикального канала.

Задача 25.

Больная Я., 28 лет обратилась с жалобами на редкие менструации, через 2-4 месяца, первичное бесплодие в течение 10 лет, прогрессирующее ожирение и гирсутизм. Менархе с 12,5 лет, менструации всегда были нерегулярные, редкие и обильные. Гинекологические заболевания отрицает. Увеличение массы тела отмечает с 16 лет. Базальная температура монофазная, ЛГ – 14,5 МЕ/л, ФСГ – 4,8 МЕ/л на фоне аменореи. Проба с гестагенами положительная.

ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

Синдром поликистозных яичников.

Задача 26.

Роженица переведена в родзал в потужном периоде. Потуги регулярные, по 50 сек через 2 мин. После последней потуги сердцебиение плода приглушенное, аритмичное до 100 ударов в минуту. Положение плода продольное. Головка в полости малого таза. С целью выяснения акушерской ситуации проведено влагалищное исследование: открытие полное, головка на третьей плоскости, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева, кпереди.

ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

2-й период родов, внутриутробная интранатальная гипоксия плода (тахикардия).

Задача 27.

Последовый период, через 10 мин после рождения плода появились кровянистые выделения из матки в достаточном количестве. Признак Кюстнера-Чукалова отрицательный.

ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

Последовый период, частичное интимное прикрепление плаценты.

Задача 28.

Потужной период длится 30 минут; потуги ритмичные, по 50 секунд через 1-2 минуты. После последней потуги сердцебиение плода стало аритмичным, приглушенным, до 90 ударов в минуту. Положение плода продольное, головка в полости малого таза. Влагалищное исследование -открытие полное, стреловидный шов в прямом размере выхода, малый родничок кзади.

ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

2-й период родов, интранатальная гипоксия плода, задний вид затылочного предлежания.

Задача 29.

Последовый период, через 10 минут появились кровянистые выделения из родовых путей. Признак Кюстнера-Чукалова положительный.

ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

Последовый период. Задержка отделившейся плаценты в полости матки.

Задача 30.

Поступила первородящая 38 лет со схватками, которые начались 7 часов назад; воды отошли 3 часа назад. Схватки по 25 секунд через 7 минут. Положение плода продольное, 1 позиция, передний вид. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 136 ударов в минуту. Влагалищное исследование – шейка матки сглажена, края умеренно податливы, открытие 3 см. Плодного пузыря нет, подтекают, светлые воды. Головка над 1 плоскостью.

ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

Роды 1-е, в срок, первый период родов, несвоевременное излитие околоплодных вод, первичная слабость родовой деятельности, возрастная первородящая.

Задача 31.

Первородящая 23 лет, в родах 5 часов, схватки регулярные, болезненные по 35 секунд через 4-5 минут; положение плода продольное; предлежит головка, прижата ко входу в малый таз; сердцебиение плода ясное, ритмичное до 130 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка матки сглажена, края умеренно податливые, открытие 4 см; во время схватки шейка уплотняется, плодного пузыря нет, подтекают светлые околоплодные воды; головка на 1 плоскости, стреловидный шов в поперечном размере входа в малый таз, малый родничок слева, кпереди.

ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

Роды 1-е, первый период родов, дискоординированная родовая деятельность.

Задача 32.

Потужной период длится 40 минут, потуги регулярные по 50 секунд через 2 минуты; головка не продвигается, прижата ко входу в малый таз; сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. С целью выяснения акушерской ситуации сделано влагалищное исследование - открытие полное, головка на 1 плоскости, стреловидный шов ближе к лонному сочленению, задняя теменная кость ниже передней.

ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

Клинически узкий таз, задний асинклитизм.

Задача 33.

Первородящая 25 лет в потужном периоде, потуги регулярные по 50 секунд через 1-2 минуты; положение плода продольное; предлежащая часть - тазовый конец; сердцебиение плода приглушенное до 110 ударов в минуту. Влагалищное исследование - открытие полное, предлежащая часть - ягодичы на 3 плоскости, линия trochanterica в прямом размере выхода малого таза.

ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

Роды 1-е в срок, второй период родов, чисто-ягодичное предлежание, интранатальная гипоксия плода.

Задача 34.

Поступила первородящая 26 лет в сроке беременности 30 недель с обильными кровянистыми выделениями из половых путей; положение плода продольное, 1 позиция, передний вид; сердцебиение плода до 130 ударов в минуту; на УЗИ - полное предлежание плаценты.

ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

Беременность 30 недель. Полное предлежание плаценты. Кровотечение.

Задача 35.

Поступила повторнородящая 28 лет в сроке беременности 32 недели с незначительными кровянистыми выделениями из половых путей. Положение плода продольное, 2-я позиция, передний вид. Предлежащая часть - головка, над входом в малый таз; сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Анализ крови: Hb=120 г/л, АД=110/70, на УЗИ - полное предлежание плаценты.

ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

Беременность - 32 недели. Полное предлежание плаценты.

Задача 36.

Поступила беременная с жалобами на ноющие боли внизу живота, поясничной области. Последняя менструация 2 месяца назад. Удовлетворительное состояние. АД=115/70, ЧСС=76 ударов в минуту. Влагалищное исследование - наружные половые органы без особенностей, матка увеличена до 8 недель беременности. Признаки Горвиц-Гегара и Пескачека положительные. Зев закрыт. Выделений из половых путей нет.
ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

Беременность 8 недель. Угрожающий самопроизвольный аборт.

Задача 37.

Поступила беременная со схваткообразными болями внизу живота, обильными кровянистыми выделениями. Последняя менструация 3 месяца назад. Состояние средней степени тяжести, АД=100/60, ЧСС=90 ударов в минуту. Влагалищное исследование - наружные половые органы без особенностей, матка мягкая, увеличена до 11-12 недель беременности; зев зияет, в области зева определяется часть плодного яйца. Обильные кровянистые выделения.
ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

Беременность 12 недель. Аборт в ходу.

Задача 38.

Поступила беременная с жалобами на боли внизу живота, обильные кровянистые выделения. Последняя менструация 3 месяца назад. Состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, АД=95/60, ЧСС=90 ударов в минуту. Влагалищное исследование - наружные половые органы без особенностей; матка мягкая, увеличена до 9 недель; зев зияет, обильные кровянистые выделения.
ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

Беременность 12 недель. Аборт в ходу.

Задача 39.

Поступила первородящая со схватками в течении 4 часов, с целыми водами. В течение последних 2-х дней не слышит шевеление плода. Размеры таза: 20-22-24-12см. Положение плода продольное, передний вид, 1-я позиция. Предлежащая головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода отсутствует. Влагалищное исследование - шейка сглажена, открытие 4 см, плодный пузырь цел, головка над 1-й плоскостью. С.diagonale 8 см.
ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

Роды 1-е в срок, первый период родов. Общеравномерно суженный таз 4 степени (абсолютно узкий таз). Антенатальная гибель плода.

Задача 40.

Поступила первобеременная с доношенной беременностью со схватками в течение 4 часов, воды отошли 3 часа назад, состояние удовлетворительное. Схватки по 35 секунд через 4-5 минут. Положение плода продольное, спинка слева, кпереди. Предлежащая головка малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка сглажена, края умеренно податливы, открытие 5 см, головка на 2-й плоскости, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок кпереди.
ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

Роды 1-е в срок, первый период родов. Передний вид затылочного вставления.

Задача 41.

Головка плода малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере таза, малый родничок спереди слева, большой – сзади справа выше малого.
ОПРЕДЕЛИТЬ ПОЛОЖЕНИЕ, ПОЗИЦИЮ И ВИД ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА.

Эталон ответа:

Продольное положение, головное предлежание, 1-я позиция, передний вид.

Задача 42.

Головка плода малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в левом косом размере таза, большой родничок спереди справа, малый родничок сзади слева. Ниже большого.

ОПРЕДЕЛИТЬ ПОЛОЖЕНИЕ, ПОЗИЦИЮ И ВИД ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА.

Эталон ответа:

Продольное положение, головное предлежание, 1-я позиция, задний вид.

Задача 43.

Плод расположен в 1-ой позиции, переднем виде затылочного предлежания. Головка плода – в полости таза.

ГДЕ БУДУТ РАСПОЛОЖЕНЫ МАЛЫЙ РОДНИЧОК И СТРЕЛОВИДНЫЙ ШОВ ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ?

Эталон ответа:

Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди.

Задача 44.

Плод расположен во 2-ой позиции, переднем виде затылочного предлежания. Головка плода – малым сегментом в плоскости входа в малый таз.

КАКИЕ ДАННЫЕ ВЛАГАЛИЩНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БУДУТ СООТВЕТСТВОВАТЬ ДАННОЙ АКУШЕРСКОЙ СИТУАЦИИ?

Эталон ответа:

Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди.

Задача 45.

Плод расположен во 2-ой позиции, заднем виде затылочного предлежания. Головка плода – большим сегментом в плоскости входа в малый таз.

КАКИЕ ДАННЫЕ ВЛАГАЛИЩНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БУДУТ СООТВЕТСТВОВАТЬ ДАННОЙ АКУШЕРСКОЙ СИТУАЦИИ?

Эталон ответа:

Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок справа сзади.

Задача 46.

Больная 62-х лет предъявляет жалобы на мажущие кровянистые выделения из влагалища. Постменопауза 10 лет. При осмотре в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, чистая; из цервикального канала - кровянистые выделения. При двуручном исследовании: матка увеличена до 8-9 недель беременности, плотная, бугристая; придатки не определяются, своды и параметрии свободны.

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ? МЕРОПРИЯТИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА?

Эталон ответа:

Кровомазание в менопаузе. Рак тела матки(?).

УЗИ, отдельное диагностическое выскабливание. По результатам гистоанализа – окончательный диагноз.

Задача 47.

Больная 48 лет поступила в терапевтическое отделение с жалобами на общую слабость, недомогание, похудание, тошноту, изжогу, периодически возникающие боли в эпигастрии. При консультации гинеколога в области малого таза обнаружены две опухоли, рас-

положенные с обеих сторон неизменной матки, бугристые, подвижные, безболезненные. ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

Метастазы Крукенберга, основное заболевание – рак желудка.

Задача 48

Пациентка Т. 47 лет обратилась к врачу с жалобами на контактные кровянистые выделения из влагалища. 5 лет назад лечилась консервативно по поводу эрозии шейки матки. Последние 2 года гинекологом не осматривалась. При осмотре в зеркалах: шейка матки представляет собой папиллярные разрастания типа «цветной капусты», контактно кровоточит. При бимануальном исследовании: тело матки нормальной величины, своды и параметрии свободны.

ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

Подозрение на экзофитный рак шейки матки, I стадия.

Задача 49

В гинекологическое отделение поступила пациентка К., 54 лет, с кровянистыми выделениями из половых путей. Менопауза 3 года. В последние 3 месяца из влагалища периодически (2-3 раза в месяц) отмечает умеренные кровянистые выделения. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания. АД 160/90 мм рт.ст. При проведении гинекологического исследования патологии не обнаружено.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

В этом возрасте менее вероятен гиперпластический процесс эндометрия (гиперплазия, полипы), гораздо более вероятен рак полости матки.

Вопросы для собеседования

Вопрос 1. Что такое ТФД (тесты функциональной диагностики)?

Эталон ответа:

Это комплекс диагностических маркеров, характеризующих фазы менструального цикла, наличие или отсутствие овуляции. А именно: симптом «зрачка», симптом растяжения шеечной слизи, симптом кристаллизации (арборизации) шеечной слизи, базальная температура, цитология влагалищного мазка, состояние эндометрия (по пайпель-тесту).

Вопрос 2. Какие органы являются органами-мишенями для яичниковых гормонов?

Эталон ответа:

Это эндометрий, слизистая цервикального канала, слизистая влагалища, молочные железы и, в некоторой степени, уроэпителий.

Вопрос 3. Какая локализация миоматозных узлов является типичной?

Эталон ответа:

Субмукозная, интрамуральная, субсерозная.

Вопрос 4. Каковы этиологические факторы формирования эндометриоза?

Эталон ответа:

Это имплантационный (транслокационный) фактор, метастатический фактор, метапластический фактор, дисэмбриогенетический фактор.

Вопрос 5. В каких клетках гонококк может находиться внутриклеточно?

Эталон ответа:

Это клетки крови - фагоциты, лейкоциты (нейтрофилы и, редко, лимфоциты), а также трихомонады.

Вопрос 6. Какая группа симптомов характерна для СПКЯ (синдром поликистозных яичников)?

Эталон ответа:

Типичными жалобами являются: нарушение менструального цикла, гирсутизм, бесплодие, ожирение.

Вопрос 7. Для диагностики какой формы бесплодия проводится посткоитальный тест?

Эталон ответа:

ПКТ необходим при подозрении на биологическую несовместимость, т.е. иммунную форму бесплодия.

Вопрос 8. Что такое резервные клетки в зоне стыка цилиндрического и многослойного плоского эпителия на шейке матки?

Эталон ответа:

Это расположенная под зоной стыка (в области наружного зева) группа недифференцированных, поливалентных клеток типа стволовых, обладающих способностью к доброкачественной метаплазии как в клетки цилиндрического, так и многослойного плоского эпителия.

Вопрос 9. Какую патологию относят к генитальным причинам самоабортов?

Эталон ответа:

Это аномалии развития (двурогая матка и т.д.), ИЦН, воспалительная патология, инфантилизм, недостаточность функции желтого тела.

Вопрос 10. Какая пренатальная диагностика врожденных пороков развития и ХА осуществляется по протоколу при беременности?

Эталон ответа:

Это генетическая «двойка» (ХГЧ и РаРР) и УЗИ в 9-11 недель; при отклонениях в ней – генетическая «тройка» (ХГЧ, эстриол и АФП) и УЗИ в 15-18 недель; при показаниях - амниоцентез с последующей диагностикой геномных патологий по синдромам Дауна, Эдвардса, Патау. Возможен неинвазивный тест (НИПТ) из крови беременной на патологию 21 хромосомы или НИПТ ToTal по всем хромосомам.

Вопрос 11. Какой аппаратный метод является основным в диагностике гипоксии плода (острой и хронической)?

Эталон ответа:

Этим методом является кардиотокография.

Вопрос 12. В какой период беременности ставится диагноз клинически узкого таза?

Эталон ответа:

Этот диагноз возможно поставить только в родах, при открытии шейки матки не менее 6 см (до полного) и отсутствии плодного пузыря.

Вопрос 13. Какие типы головного предлежания существуют?

Эталон ответа:

Это затылочное, переднеголовное, лобное, лицевое.

Вопрос 14. При каком типе головного предлежания роды через естественные родовые пути невозможны?

Эталон ответа:

При лобном предлежании.

Вопрос 15. Каким образом оцениваются характеристики костного таза?

Эталон ответа:

Оценить костный таз и диагностировать его патологию возможно путем наружных и внутренних измерений. Это dist. spinarum, dist.cristarum, dist.trochanterica, наружная конъюгата (все это тазомером) и диагональная конъюгата – при влагалищном исследовании.

Задания на дополнения

Задание 1. Инструкция. Вместо прочерка впишите только одно слово.

Структурно-функциональной единицей плаценты считают _____

Эталон ответа: котиледон

Задание 2. Инструкция. Вместо прочерка впишите только два слова:

Совокупность всех движений, которые совершает плод, проходя через родовые пути называется _____

Эталон ответа: «биомеханизм родов», биомеханизмом родов

Задание 3. Инструкция. Вместо прочерка впишите окончание предложения:

Допустимая кровопотеря при физиологических родах не должна превышать _____

Эталон ответа: 0,5 % от массы тела

Задание 4. Инструкция. Вместо прочерка впишите ответ:

Длительность 3 периода родов не должна превышать _____

Эталон ответа: 15 минут

Задание 5. Инструкция. Вместо прочерка впишите только одно слово:

Изменение формы головки при прохождении её через родовые пути называется _____

Эталон ответа: «конфигурация», конфигурацией

Задание 6. Инструкция. Вместо прочерка впишите два слова:

Отёк мягких тканей головки в области проводной точки, образующийся в период изгнания называется _____

Эталон ответа: «родовая опухоль», родовой опухолью

Задание 7. Инструкция. Вместо прочерка впишите только одно слово:

Кровоизлияние под надкостницу теменной кости у новорождённого называется _____

Эталон ответа: «кефалогематома», кефалогематомой

Задание 8. Инструкция. Вместо прочерка впишите только одно слово:

Появление головки из половой щели только во время потуги называется _____

Эталон ответа: «врезывание», врезыванием

Задание 9. Инструкция. Вместо прочерка впишите только одно слово:

После рождения последа женщина называется _____

Эталон ответа: «родильница», родильницей

Задание 10. Вместо прочерка впишите только одно слово:

Беременность, при которой в организме развивается два или большее число плодов, называется _____

Эталон ответа: «многоплодная», многоплодной

ОПК - 7

Задания закрытого типа:

Тесты

1). При дискоординированной родовой деятельности не показано:

1. введение утеротоников
2. применение бета-адреномиметических препаратов
3. медикаментозный сон в родах
4. кесарево сечение

Эталон ответа: 1

2). Амниотомия показана при:

1. раскрытии шейки матки не менее чем на 5–6 см
2. гестозе и начале родовой деятельности

3. дискоординированной родовой деятельности
4. неполном предлежании плаценты в родах
5. всех перечисленных условиях

Эталон ответа: 5

3). Стимуляция родовой деятельности противопоказана при:

1. несоответствии размеров таза размерам головки плода
2. наличию рубца на матке
3. неполном предлежании плаценты
4. подозрении на преждевременную отслойку плаценты
5. всех перечисленных условиях

Эталон ответа: 5

4). При обнаружении матки Кувелера на операции кесарева сечения необходимо:

1. продолжать вводить утеротоники
2. провести выскабливание полости матки кюреткой
3. перевязать сосуды матки по методу Цицинашвили
4. выполнить операцию удаления матки и возместить кровопотерю

Эталон ответа: 4

5). Основной метод остановки кровотечения в последовом периоде:

1. введение утеротоников
2. инфузионно-трансфузионная терапия
3. выскабливание полости матки
4. ручное обследование полости матки
5. ручное отделение плаценты и выделение последа

Эталон ответа: 5

6). При лечении ранних токсикозов не используют:

1. седативные препараты
2. инфузионную терапию
3. физиотерапию
4. противорвотные препараты
5. диуретики

Эталон ответа: 5

7). Инфузионная терапия при тяжелых формах гестоза направлена на:

1. уменьшение гиповолемии
2. улучшение реологических свойств крови
3. снятие генерализованного спазма сосудов
4. дегидратацию
5. все перечисленное

Эталон ответа: 5

8). Объем оперативного вмешательства при разрыве матки определяется:

1. состоянием роженицы
2. степенью повреждения матки при ее разрыве
3. состоянием плода
4. отягощенностью акушерского анамнеза
5. всеми перечисленными факторами

Эталон ответа: 5

9). Показаниями для назначения обезболивающих препаратов в I периоде родов являются:

1. раскрытие шейки матки до 4 см
2. слабость родовой деятельности
3. болезненные схватки
4. начало активной фазы родов

5. состояние плода

Эталон ответа: 3, 4

10). Режим поведения роженицы в родах зависит от:

1. предлежания плода
2. целостности околоплодного пузыря
3. состояния роженицы
4. желания роженицы
5. желания медперсонала

Эталон ответа: 1, 2, 3

11). К оказанию ручного пособия по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании приступают с момента:

1. врезывания ягодич
2. рождения плода до пупка
3. рождения плода до нижнего угла лопаток
4. прорезывания ягодич
5. рождения плечевого пояса

Эталон ответа: 4

12). Установите последовательность этапов операции наложения акушерских щипцов:

1. введение ложек
2. анестезиологическое пособие
3. внутреннее исследование
4. замыкание щипцов
5. собственно тракция
6. пробная тракция
7. снятие щипцов
8. перинеотомия

Эталон ответа: 3, 2, 1, 4, 6, 8, 5, 7

13). После рождения первого плода в матке обнаружен второй плод в продольном положении. Установите последовательность действий:

1. определить состояние плода
2. определить положение и предлежащую часть второго плода наружными приемами
3. вскрыть плодный пузырь второго плода
4. перевязать пуповину первого плода
5. управление потужной деятельностью
6. прием родов

Эталон ответа: 4, 2, 1, 3, 5, 6

14). Установите последовательность проведения ручного обследования полости матки:

1. освободить полость матки от сгустков и задержавшихся частей последа
2. подготовить операционное поле, внутривенный наркоз
3. определить целостность стенок матки и ее тонус
4. оценить объем кровопотери и общее состояние
5. внутривенно ввести утеротоники
6. осмотреть мягкие родовые пути
7. ввести руку во влагалище и далее в полость матки

Эталон ответа: 2, 7, 1, 3, 5, 6, 4

15). Последовательность лечебных мероприятий при хронических формах гонореи женских половых органов (по протоколу):

1. санаторно-курортное лечение,
2. местное,
3. физиотерапия,

4. антибактериальная терапия,
5. иммуноадьювантная терапия,
6. рассасывающая терапия.

Эталон ответа: 5, 4, 2, 6, 3, 1

16). Последовательность действий при послеродовых гипотонических кровотечениях (по протоколу):

1. баллонирование;
2. гемостатические швы на матку,
3. перевязка подвздошных сосудов,
4. ручной контроль полости матки и массаж на кулаке,
5. утеротоники,
6. перевязка маточных сосудов,
7. ревизия родовых путей.

Эталон ответа: 4, 5, 7, 1, 6, 2, 3.

17). У больных с эндокринным бесплодием применяют кломифен, если:

1. базальная температура повысилась до 37°C
2. КПИ в пределах 10 – 20 %
3. имеется хороший эстрогенный уровень
4. все перечисленное

Эталон ответа: 3

18). Принципы лечения послеродовых воспалительных заболеваний заключаются:

1. в выборе антибиотика с учетом формы и локализации заболевания
2. в локальном воздействии на очаг инфекции
3. в повышении неспецифической активности организма
4. во всем перечисленном
5. ни в чем из перечисленного

Эталон ответа: 4

19). Госпитальная инфекция чаще всего обусловлена:

1. золотистым стафилококком
2. грамотрицательной флорой
3. анаэробами
4. ассоциацией микроорганизмов
5. ничем из перечисленного

Эталон ответа: 4

20). Для лечения кандидозного кольпита у беременных в III триместре применяют:

1. антибиотики
2. Клион-Д
3. настой календулы
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

Эталон ответа: 2

21). Наиболее часто встречающееся осложнение при использовании ВМС:

1. истмико-цервикальная недостаточность
2. внематочная беременность
3. привычный выкидыш
4. острая инфекция малого таза
5. тромбоз вен таза

Эталон ответа: 4

22). Больным с кистой бартолиниевой железы рекомендуется:

1. УФО
2. лечение только в стадии обострения воспалительного процесса
3. оперативное лечение – вылушивание кисты бартолиниевой железы в стадии ремиссии
4. правильные ответы 1 и 2
5. все ответы правильные

Эталон ответа: 3

23). Радикальным оперативным вмешательством при миоме матки является:

1. надвлагалищная ампутация матки
2. экстирпация матки
3. миомэктомия
4. правильно 1 и 2
5. все ответы правильные

Эталон ответа: 4

24). При подозрении на злокачественное поражение яичника у больной 55 лет показано:

1. удаление придатков матки на стороне поражения
2. экстирпация матки с придатками и резекцией большого сальника
3. экстирпация матки с придатками
4. удаление матки с придатками с обеих сторон
5. надвлагалищная ампутация матки с придатками

Эталон ответа: 2

25). При небольшом кровотечении из яичника, обнаруженном лапароскопически, производится:

1. лапаротомия и ушивание яичников
2. диатермокоагуляция яичника
3. лапаротомия и резекция яичника
4. лапаротомия и удаление придатков на стороне поражения

Эталон ответа: 2

Задания открытого типа

Ситуационные задачи

Задача 1.

Больная 25 лет, доставлена экстренно с жалобами на сильные схваткообразные боли внизу живота. Боли появились через 5 часов после медицинского аборта, проведенного в дневном стационаре при сроке беременности 8 недель. Ранее было 2-е родов и 2 искусственных аборта. Гинекологические заболевания отрицает. Объективно: состояние удовлетворительное, пульс 80 в мин., А/Д – 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, болезненный при пальпации над лоном. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. В зеркалах: Влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт, выделения кровянистые, мажущие. Бимануально: Своды влагалища свободны. Матка увеличена до 12 недель беременности, округлая, болезненная при пальпации, подвижная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная.

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ? ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ? ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ?

Эталон ответа:

Гематометра. Подострый метроэндометрит после медаборта?

Общее клинико-лабораторное обследование с обязательным ультразвуковым исследованием органов малого таза.

Бужирование цервикального канала под интраоперационным введением антибиотиков широкого спектра действия, в дальнейшем проведение антибактериальной, противовоспалительной, сокращающей матку терапии, спазмолитики.

Задача 2.

Больная К., 34 лет поступила с жалобами на боли внизу живота, которые появились во время последней менструации, повышение температуры тела до 38°C. Менархе с 13 лет, установились сразу, половая жизнь с 17 лет, без контрацепции, беременностей не было, по поводу чего к гинекологу не обращалась.

Влагалищное исследование: шейка матки конической формы, из цервикального канала выделяется гной, тело матки чётко не контурируется из-за выраженной болезненности. Справа и слева от матки определяются образования 12x8 см, плотные, туго-эластической консистенции с участками размягчения.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ? ЛЕЧЕНИЕ?

Эталон ответа:

Воспалительные опухоли придатков матки, метрит. Пельвиоперитонит?

ОАК, ОАМ, биохимические исследования, УЗИ органов малого таза, мазок из «V», «C», «Uг» на флору, посев выделений из «C» на флору и чувствительность к антибиотикам. Пункция заднего свода влагалища под в/в наркозом.

При наличии осумкованного гнойного образования придатков матки базовым компонентом, определяющим исход заболевания, является хирургическое лечение в объёме: ревизия органов брюшной полости, санация очагов инфекции. Антибактериальная терапия (цефалоспорины 3 поколения + фторхинолоны), препараты группы имидазола, дезинтоксикационная, инфузионная терапия.

Задача 3. У больной Т., 21 года жалобы на задержку месячных на 2 недели, нагрубание молочных желёз, тест на беременность положительный. УЗИ: в полости матки плодное яйцо не определяется, в проекции правых придатков определяется округлое эхонегативное образование в диаметре 26 мм.

ДИАГНОЗ? ЛЕЧЕНИЕ?

Эталон ответа:

Прогрессирующая правосторонняя трубная беременность. Необходимо проведение исследования крови на ХГЧ, диагностической лапароскопии.

В случае подтверждения диагноза «прогрессирующая трубная беременность», необходимо провести удаление плодного яйца с сохранением маточной трубы (по возможности), возможна консервативная терапия метатрексатом..

Задача 4.

Больная М., 24 лет доставлена в отделение гинекологии с жалобами на боли внизу живота, которые появились после полового контакта. Состояние больной удовлетворительное, пульс 82 в мин., АД 110/70 мм РТ ст, живот мягкий, умеренно болезненный в нижних отделах, симптом раздражения брюшины отрицательный. Менархе с 12 лет, последние месячные закончились две недели назад.

Влагалищное исследование: тело матки нормальной величины, плотное, подвижное, безболезненное. Справа придатки слегка увеличены в размере, умеренно болезненные, слева не определяются, своды свободные, выделения слизистые.

ДИАГНОЗ? ЛЕЧЕНИЕ?

Эталон ответа:

Апоплексия правого яичника, болевая форма. Для подтверждения диагноза необходимо провести УЗИ органов малого таза, анализ крови на ХГЧ, тест на беременность.

Консервативная терапия включает: покой, холод на низ живота (способствующий спазму сосудов), препараты гемостатического действия (этамзилат, транексам), витамины В₁, В₆, В₁₂. При признаках внутрибрюшного кровотечения - лапароскопия и коагуляция кровоточащих сосудов.

Задача 5. Больная А., 64 лет обратилась к гинекологу с жалобами на неприятные ощущения в области влагалища, на затруднённое мочеиспускание. Менопауза 12 лет. В анамнезе роды крупным плодом, осложнившиеся разрывом промежности II степени. Соматический анамнез не отягощён.

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

Тело матки не увеличено, придатки не определяются.

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ?

Эталон ответа:

Опущение матки 3 степени.

Оперативное лечение в объёме чрезвлагалищной экстирпации матки.

Задача 6.

Больная Л., 32 лет обратилась с жалобами на отсутствие месячных, вторичное бесплодие, головные боли, периодическое повышение АД, повышенный аппетит. Менархе в 13 лет, менструальный цикл до 18 лет неустойчивый, через 21–45 дней, по 3–5 дней. Половая жизнь в браке с 22 лет. Беременность наступила через 2,5 года и осложнилась гестозом с повышением АД до 150/100 мм рт. ст. В течение года после родов прибавила 22 кг, через год после этого развилась вторичная аменорея. Прогрессировали гирсутизм и ожирение, на коже живота, бёдер, молочных желёз появились багровые полосы растяжения.

ДИАГНОЗ?

Эталон ответа:

Диагноз: послеродовой метаболический синдром. Вторичный СКПЯ?

Задача 7.

Больная 25 лет, поступила для искусственного прерывания беременности в дневной стационар. Менструации с 14 лет, регулярные. Последняя менструация была 2 месяца назад. Половая жизнь с 20 лет в браке. Имела 2 беременности – роды и искусственный аборт в сроке 10 нед., осложнившийся метроэндометритом. В зеркалах: влагалищная часть шейки матки цианотичная, выделения светлые. Бимануально: Матка увеличена до 8 недель беременности, мягковата, подвижна. Придатки не определяются, область их безболезненна. Была начата операция под внутривенным наркозом. При зондировании матки зонд как бы «провалился» в брюшную полость, его верхний конец определяется на уровне пупка беременной.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Перфорация матки.

С целью диагностики и лечения показана лапароскопия, во время которой хирург проводит ревизию органов малого таза и брюшной полости для оценки состояния внутренних органов. Объём оперативного вмешательства: сшивание краёв раны и промывание брюшной полости. Произведение инструментального обследования полости матки и удаление плодного яйца под лапароскопическим контролем. При повреждении органов брюшной полости показана консультация хирурга и/или уролога в зависимости от локализации повреждения.

Задача 8.

Больная 41 г., поступила с жалобами на кровяные выделения в умеренном количестве. Менструации с 14 лет, установились сразу, по 3-4 дня через 28 дней, безболезненные, умеренные. Последняя – 3 месяца назад. Половая жизнь с 20 лет в браке. Имела 9 беременностей: Р-3, М/А-6, без осложнений. Объективно: состояние удовлетворительное, пульс – 72 в мин., АД – 110/70 мм рт.ст. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Живот мягкий, безболезненный. В зеркалах: Влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, без эрозий. Цианоз слизистых. Выделения темные кровянистые. Бимануально: Тело матки мягкое, подвижное, безболезненное увеличено до 11–12 недель беременности. Наружный зев пропускает кончик пальца. Придатки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненна.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Угрожающий самоаборт при беременности 11–12 недель? Неразвивающаяся беременность с гестационным сроком 11–12 недель? Для уточнения диагноза необходимо проведение клинико-лабораторного обследования с обязательным ультразвуковым исследованием малого таза, крови на ХГЧ.

В случае подтверждения диагноза угрожающий самоаборт, тактика лечения будет

определяться желанием пациентки. В случае, если беременность является желанной, возможно проведение сохраняющей беременность терапии при наличии жизнеспособного плода

Задача 9.

Больная 24 лет доставлена в стационар бригадой СМП с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные со сгустками кровянистые выделения из половых путей, слабость. АД 100/60 мм рт.ст., пульс 90 в мин., температура 37°C. Последняя нормальная менструация 2 мес назад.

Гинекологический статус: влагалищная часть шейки матки цианотичная, наружный зев пропускает палец. Матка увеличена до 6 недель беременности, болезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, безболезненные.

ДИАГНОЗ? ОБОСНОВАНИЕ? НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ?

Эталон ответа:

Самоаборт в ходу сроком 8 недель беременности. Вероятные признаки беременности: цианоз влагалищной части шейки матки, задержка месячных на 2 месяца, увеличение размеров матки. Для подтверждения диагноза необходимо проведение УЗИ органов малого таза.

Инструментальное удаление плодного яйца, превентивная противовоспалительная и антибактериальная терапия. Операцию следует проводить под наркозом.

Задача 10.

Больная 17 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на повышение температуры до 38°C, озноб, небольшие боли внизу живота и незначительное кровотечение из половых путей. Считает себя больной в течение 3 дней. Последняя нормальная менструация 4 месяца назад. Общее состояние средней тяжести. Пульс – 100 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Гинекологический статус: шейка матки укорочена, цервикальный канал проходим для 1 пальца до внутреннего зева. Матка увеличена до 10 недель беременности, мягковатая, резко болезненная при осмотре. Придатки не определяются. Выделения кровянистые с примесью гноя.

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Инфицированный самоаборт по типу неразвивающейся беременности.

Назначают системные антибиотики. Выбор препарата определяется спектром предполагаемых возбудителей и их чувствительностью к антимикробным препаратом. Учитывая полимикробную этиологию заболевания, чаще применяют комбинированную антибактериальную терапию, например комбинацию цефалоспоринов III–IV поколения и метронидазола, линкозамидов и аминогликозидов II–III поколения. В качестве монотерапии можно использовать ингибиторзащищенные амино-пенициллины (амоксициллин / клавулоновая кислота и др.) и карбапенемы (имипенем/циластатин, меропенем). При подозрении на хламидийную инфекцию дополнительно пациенткам назначается доксициклин или макролиды.

Задача 11. 36

У повторнوبرеменной 29 лет по данным ж. к. беременность должна соответствовать 18 неделям. За последние 2 месяца матка не только не увеличилась, но и уменьшилась – соответствует 10 неделям.

Бимануально: цервикальный канал закрыт. Выделений нет. Самочувствие и общее состояние беременной удовлетворительное.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Неразвивающаяся беременность 10 недель (гестационный срок 18 недель). Для подтверждения диагноза необходимо проведение УЗИ органов малого таза.

В случае подтверждения диагноза необходима госпитализация, полное клинико-лабораторное обследование, инструментальное удаление частей плодного яйца в условиях развёрнутой операционной. Профилактика ДВС синдрома, инфекционно-токсического шока.

Задача 12.

Б-ная 45 лет жалуется на ноющие боли внизу живота, больше слева. 14 лет назад у неё обнаружена миома матки (около 6 недель беременности). За последние два года матка увеличилась до 10 недель, менструации стали обильными и болезненными. Последние menses в срок, продолжаются 5 дней. Половая жизнь с 30 лет, вне брака, было две беременности, окончившиеся искусственными абортами, после чего страдала вторичным бесплодием.

Объективно: состояние удовлетворительное, пульс – 76 в мин. Кожные покровы и видимые слизистые розовые. Живот мягкий, безболезненный. На 6 см выше лона пальпируется верхний полюс плотного образования. Мочеиспускание без особенностей. В зеркалах: влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, без эрозий. Выделения слизистые, умеренные. Бимануально: матка увеличена до 16 недель беременности, бугристая, плотная, безболезненная, подвижная. Придатки с обеих сторон слегка увеличены, плотные, болезненные при пальпации.

ДИАГНОЗ? ЛЕЧЕНИЕ?

Эталон ответа:

Множественная миома матки больших размеров, вторичные изменения в узлах?

Необходимо полное клинико-лабораторное обследование, проведения антибактериальной, противовоспалительной терапии, с последующими рекомендациями об оперативном лечении в плановом порядке в объёме надвлагалищной ампутации матки.

Задача 13.

Б-ная 52 года поступила с жалобами на ациклические кровянистые выделения в течение 2 лет, по поводу чего ранее к гинекологу не обращалась. Рост 155 см., масса 112 кг. Страдает сахарным диабетом и гипертонической болезнью. В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки без выраженных изменений, из цервикального канала кровянистые выделения со сгустками. Бимануально: матка четко не контурируется, придатки не определяются. Проведено раздельное диагностическое выскабливание – гистология: атипическая гиперплазия эндометрия.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ?

Эталон ответа:

У женщин периода пре- и постменопаузы при наличии гиперплазии эндометрия с атипией предпочтительным остаётся радикальное хирургическое вмешательство (экстирпация матки). Вопрос об удалении яичников каждый раз решают индивидуально, это определяется возрастным состоянием яичников, а также отношением женщины к их удалению, выраженностью экстрагенитальной патологии. При наличии тяжелой сопутствующей патологии (как в данном случае – артериальная гипертензия, ожирение, сахарный диабет) возможно консервативное лечение. Используют 3 группы препаратов: гестагены (оксипрогестерона капронат, медроксипрогестерон), антигонадотропины (даназол, гестринон), агонисты Гн-Рг (гозерелин, трипторелин, бусерелин). Допускается также абляция эндометрия под контролем гистероскопии.

Задача 14.

Больная 55 лет. Постменопауза 3 года. Не наблюдалась гинекологом в течение последних 5 лет. Обратилась с жалобами на увеличение живота, похудание, отсутствие аппетита, общую слабость. Объективно: живот увеличен в размерах, имеет куполообразную форму. При пальпации определяется опухоль, исходящая из малого таза и доходящая верхним полюсом до пупка.

В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки без видимых изменений. Бимануально: пальпируется конгломерат тугоэластической, местами неравномерной консистенции, безболезненный, малоподвижный. По величине соответствует 22 – 24 нед. беременности. Матка и придатки отдельно не пальпируются. Стенки таза свободны.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ? ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ?

Эталон ответа:

Киста яичника гигантских размеров? Рак яичника?

Необходимо полное клинико-лабораторное обследование с обязательным исследованием крови на онкомаркёры, консультацией онкогинеколога, с последующим оперативным лечением.

Задача 15.

Женщине 28 лет при задержке менструации на 4 недели в гинекологическом отделении было произведено выскабливание полости матки с целью прерывания беременности по желанию пациентки. При гистологическом исследовании соскоба обнаружена децидуальная реакция без ворсин хориона. После выскабливания состояние больной оставалось удовлетворительным, пульс – 76 уд. в мин., АД – 110/60 мм Нг, температура – 36,8°C. Кровянистые выделения из половых путей продолжаются.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ? ПЛАН ДАЛЬНЕЙШЕГО ОБСЛЕДОВАНИЯ? ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ?

Эталон ответа:

Прогрессирующая трубная беременность?

Необходимо проведение трансвагинального УЗИ и определение уровня ХГЧ в сыворотке крови. Для внематочной беременности характерно содержание ХГЧ несколько ниже, чем при маточной беременности аналогичного срока; в области придатков пальпируют болезненное опухолевидное образование тестоватой консистенции. Достоверные диагностические признаки: УЗИ (определение плодного яйца в трубе или отсутствия его в матке) и лапароскопия. В современных условиях основное лечение прогрессирующей трубной беременности – органосохраняющая операция эндоскопическим доступом или консервативная терапия (метатрексат).

Задача 16. Пациентка 20 лет обратилась в женскую консультацию с целью профилактики нежелательной в настоящее время беременности. Из анамнеза: менструальный цикл регулярный, стабильный, менструации по 3 – 4 дня умеренные, болезненные. Половая жизнь с 18 лет регулярная, в браке. Предохранение от беременности: прерванный половой акт. Беременность 1 прервана искусственным абортом без осложнений 3 месяца назад.

ПРЕДЛОЖИТЕ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ В ДАННОМ СЛУЧАЕ

Эталон ответа:

Показаны микродозированные КОК - мерсилон, новинет, логест, линдинет; кольцо Нова- Ринг.

Задача 17.

В женскую консультацию обратилась 28-летняя замужняя женщина, имеющая одного полового партнера, с просьбой подобрать метод контрацепции. Половая жизнь регулярная. Менструальная функция не нарушена. Имеет одного ребенка. Гинекологические заболевания отрицает. Состоит на учете по поводу хронического тромбоза нижних конечностей. Гинекологический статус без особенностей.

КАКУЮ КОНТРАЦЕПЦИЮ ЛУЧШЕ ПРИМЕНИТЬ ЭТОЙ ПАЦИЕНТКЕ? ОБОСНУЙТЕ НАЗНАЧЕНИЕ.

Эталон ответа:

Учитывая наличие у пациентки тромбоза нижних конечностей, наличие в анамнезе 1 родов, а так же наличие одного полового партнёра, можно порекомендовать ВМС.

Задача 18.

КАКУЮ КОНТРАЦЕПЦИЮ МОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ 40-ЛЕТНЕЙ ЗАМУЖНЕЙ ЖЕНЩИНЕ, ИМЕЮЩЕЙ 3 ДЕТЕЙ? Половая жизнь регулярная. Менструальная функция не нарушена. Соматически и гинекологически здорова.

Эталон ответа:

В этом случае можно порекомендовать различные способы контрацепции: хирургическую стерилизацию, использование ВМС, а также КОК. Что касается КОК, они должны быть низкодозированными.

Задача 19.

Больная 38 лет оперирована по поводу множественной миомы матки с интралигаментарным расположением миоматозного узла. Выполнена экстирпация матки с правыми придатками. К концу первых суток после операции стала жаловаться на боли в поясничной области справа, интенсивность болей нарастает. Состояние средней тяжести. Пульс – 96 в

мин. АД 120/80 мм рт.ст. Температура 39°C. Язык суховатый, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, в дыхании участвует. При пальпации отмечается выраженная болезненность в гипогастральной области, больше справа, где отмечаются симптомы раздражения брюшины. Перистальтика вялая. С-м Пастернацкого положительный справа. Диурез 400 мл. Моча концентрированная.

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Травма мочеточника.

Необходима консультация уролога, в случае подтверждения диагноза релапаротомия, ревизия органов брюшной полости, восстановление пассажа мочи.

Задача 20. Девочку 13,5 лет в течение 5 месяцев беспокоят периодические боли в нижней половине живота. Вторичные половые признаки развиты правильно. Половая формула: АЗРЗМаЗМе0. При пальпации живота определяется тугоэластичное образование, верхний полюс которого на 2 пальца выше лона. При осмотре наружных половых органов: девственная плева выбухает, синюшно-багрового цвета. При ректальном исследовании: в малом тазу определяется тугоэластичное образование.

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ? ОБСЛЕДОВАНИЕ? ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ?

Эталон ответа:

Заращение девственной плевы.

Необходимо клинико-лабораторное обследование, с обязательным ультразвуковым исследованием, с последующим оперативным лечением (крестообразное рассечение девственной плевы) для устранения гематокольпоса и гематометры.

Задача 21.

Больная 20 лет предъявляет жалобы на задержку очередной менструации на 10 дней. Нарушение менструальной функции отмечает впервые. Половая жизнь регулярная, от беременности не предохраняется. При осмотре: состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 72 в мин., живот мягкий, безболезненный.

Гинекологический статус: шейка матки несколько цианотичная, выделения слизистые. Матка несколько больше нормы, ровная, безболезненная, подвижная. Справа от матки пальпируется веретенообразное образование, слегка болезненное при пальпации. Слева без особенностей.

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Прогрессирующая правосторонняя трубная беременность. Характерные изменения: цианоз шейки матки, увеличение тела матки, задержку месячных. Достоверные диагностические признаки: УЗИ (отсутствие плодного яйца в матке), наличие повышенного ХГЧ и лапароскопия.

В современных условиях основное лечение прогрессирующей трубной беременности – органосохраняющая операция эндоскопическим доступом, консервативная терапия метотрексатом

Задача 22.

Больная 32 лет доставлена в гинекологическое отделение машиной СМП. Заболела остро, появились сильные боли внизу живота, внезапно потеряла сознание. Последняя менструация началась 8 недель назад. Объективно: состояние средней тяжести, бледная, вялая, холодный пот. Пульс 115 в мин., АД – 80/40 мм рт. ст. Живот несколько вздут, в акте дыхания не участвует. При пальпации резко болезненный в нижних отделах, где определяются выраженные симптомы раздражения брюшины. При перкуссии – притупление в отлогих местах, перкуссия болезненная.

В зеркалах: влаглищная часть шейки цилиндрической формы, слизистая цианотичная, из наружного зева мажущие кровянистые выделения. Осмотр в зеркалах болезненный. Своды нависают. Бимануально: четко пропальпировать тело матки и придатки не удается из-за сильной боли. Пальпация сводов болезненная, своды укорочены.

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Внематочная беременность, прервавшаяся по типу разрыва трубы. Внутривнутрибрюшное кровотечение. Геморрагический шок II степени.

Экстренное оперативное лечение в объёме лапаротомии, ревизии органов брюшной полости, остановки кровотечения, удаления трубы на стороне поражения; противошоковые мероприятия.

Задача 23.

Девушка 17 лет обратилась к врачу женской консультации с просьбой подобрать ей надёжный способ предохранения от беременности, в браке не состоит, имеет постоянного полового партнёра. Менархе с 12,5 лет, установились сразу, по 4–5 дней через 28 дней, умеренно, безболезненно. Рост 168 см, масса тела 57 кг. Соматически здорова, гинекологический статус в пределах нормы.

КАКУЮ КОНТРАЦЕПЦИЮ ЛУЧШЕ ПРИМЕНИТЬ ЭТОЙ ПАЦИЕНТКЕ?

Эталон ответа:

Наиболее приемлемым способом контрацепции для пациентки являются микродозированные КОК, гормонсодержащее влагалищное контрацептивное кольцо НоваРинг.

Задача 24.

Девушка 18 лет обратилась к гинекологу с просьбой подобрать ей надёжный способ предохранения от беременности. Менархе с 16 лет, по 7–9 дней, обильные, через 26–45 дней. В анамнезе одна беременность, которая закончилась М/А по желанию пациентки. Рост 168 см, масса тела 103 кг. Гинекологический статус в пределах нормы, иногда беспокоят головные боли. Соматически считает себя здоровой.

КАКУЮ КОНТРАЦЕПЦИЮ ЛУЧШЕ ПРИМЕНИТЬ ЭТОЙ ПАЦИЕНТКЕ? ОБОСНУЙТЕ НАЗНАЧЕНИЕ.

Эталон ответа:

Учитывая данные анамнеза, массу тела пациентки, ей необходимо предложить обследование, для исключения скрытого латентного сахарного диабета, а также различных гипоталамо-диэнцефальных синдромов, СНМК. Для контрацепции оптимальны низкодозированные КОКи с гестагенами антиандрогенного эффекта (диане, жанин, ярина), что будет сопровождаться эффектом «воспитания цикла».

Задача 25 .

Больная 42 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота, подъём температуры до 39°C. Менархе с 12 лет, менструации в последнее время стали длительными по 8-10 дней и обильными, последняя менструация закончилась 2 дня назад. Заболела 3 дня назад, появились ноющие боли внизу живота, озноб, стала подниматься температура. Общее состояние удовлетворительное, в крови лейкоцитоз 17,2x10⁹/л, СОЭ 42 мм/час. Бимануальное исследование: матка увеличена до 12–13 недель беременности, бугристая, болезненная, особенно по левому ребру матки. Придатки не определяются, своды свободные, инфильтратов в полости малого таза нет. Выделения слизистые, шейка матки в зеркалах чистая.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОЙ?

Эталон ответа:

Миома матки больших размеров со вторичными изменениями в узлах. Флебит сосудов матки?

Необходимо полное клиничко-лабораторное обследование, антибактериальная, инфузионная, противовоспалительная терапия, с последующим оперативным лечением в объёме надвлагалищной ампутации матки.

Задача 26.

Повторнородящая поступила со схватками в течение 5 часов, беременность доношенная, схватки по 35-40 секунд через 4-5 минут, воды отошли 2 часа назад. Окружность живота - 105 см., ВДМ 41 см. Положение плода продольное, спинка кпереди, слева; предлежит тазовый конец; головка определяется у дна матки; сердцебиение ясное, ритмичное слева выше пупка. Влагалищное исследование - шейка матки укорочена, края податливы, от-

крытие 6 см; предлежащая часть - ягодицы на 1-й плоскости, линия trochanterica в правом косом размере, копчик слева.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Роды 2-е в срок, первый период родов, чисто-ягодичное предлежание, крупный плод.
Показана операция – кесарево сечение.

Задача 27.

Поступила повторнородящая с доношенной беременностью в потужном периоде, потуги регулярные через 1-2 минуты по 45-50 секунд; положение плода продольное, спинка кзади. Предлежащая часть в полости малого таза; сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование - открытие полное, головка на 4-й плоскости, стреловидный шов в прямом выходе из малого таза, малый родничок кзади.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Роды 2-е в срок, второй период родов, задний вид затылочного предлежания.
Продолжить роды консервативно.

Задача 28.

Поступила первородящая с доношенной беременностью. Схватки регулярны, по 35 секунд через 5 минут. Положение плода продольное. Предлежащая головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка сглажена, края умеренно податливы, открытие 5 см, плодного пузыря нет; головка на 1-й плоскости, определяется лобный шов, надбровные дуги.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Роды 1-е в срок, первый период родов, головное предлежание, лобное вставление.
Операция кесарева сечение, роды невозможны.

Задача 29.

Поступила повторнородящая с доношенной беременностью в потужном периоде, потуги регулярны через 1-2 минуты по 45-50 секунд; положение плода продольное, спинка кпереди, предлежащая часть – тазовый конец - в полости малого таза. В дне матки определяется головка. Сердцебиение ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование - открытие полное, предлежащая часть - ягодицы на 4 плоскости, линия trochanterica в прямом размере выхода малого таза.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Роды 2-е в срок, второй период родов, чисто-ягодичное предлежание.
Оказать пособие по Цовьянову.

Задача 30.

Поступила первородящая с доношенной беременностью со схватками с течением 5 часов, с отхождением вод 2 часа назад. Положение плода продольное, спинка слева. Предлежащая головка прижата ко входу в малый таз; сердцебиение ясное, ритмичное до 130 уд в минуту. Влагалищное исследование - шейка сглажена, края умеренно податливы, открытие 6 см.; плодного пузыря нет; определяются корень носа, надбровные дуги, подбородок; лицевая линия в правом косом направлении, подбородок кпереди.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Роды 1-е в срок, первый период родов; лицевое вставление, передний вид.
Тактика оперативная, кесарево сечение.

Задача 31.

После рождения новорожденного прошло 30 минут, состояние роженицы удовлетворительное. АД=115/70, ЧСС=72 ударов в минуту. Кровотечения нет. Признак Кюстнера-

Чукалова отрицательный.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Третий период родов. Полное интимное прикрепление плаценты.

Производится ручное отделение плаценты, удаление последа (с обезболиванием).

Задача 32.

Повторнородящая с доношенной беременностью поступила в потужном периоде. В анамнезе трое родов (все закончились ручным отделением плаценты), 2 аборта, осложненных эндометритом. После рождения ребенка прошло 30 минут, состояние женщины удовлетворительное; жалоб, кровотечений нет. Признак Кюстнера-Чукалова отрицательный.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Последовый период, полное интимное прикрепление плаценты. Учитывая ОАА - возможно имеется истинное приращение плаценты.

Необходимо провести попытку ручного отделения плаценты при развернутой операционной.

Задача 33.

Беременная поступила с жалобами на ноющие боли внизу живота и поясничной области. Регулярной родовой деятельности нет. Сроки беременности 39-40 недель. Положение плода продольное, спинка слева, кпереди. Предлежащая головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту, слева, ниже пупка. Влагалищное исследование - шейка отклонена кзади, плотная; цервикальный канал до 2,5 см, зев закрыт, головка над 1-й плоскостью.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Беременность 39-40 недель. Незрелая шейка, предвестники родов.

Начать подготовку шейки к родам, снять болевой синдром.

Задача 34.

Поступила первобеременная с доношенной беременностью, без регулярной родовой деятельности, с отхождением околоплодных вод 6 часов назад. Положение плода продольное, спинка справа, кпереди; предлежащая часть – головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка центрирована, мягкая, до 1 см, свободно проходима для пальца; плодного пузыря нет. Головка над 1-й плоскостью.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Беременность 40 недель. Дородовое излитие околоплодных вод, зрелая шейка.

Развести оболочки, начать родовозбуждение окситоцином.

Задача 35.

Поступила первобеременная со сроком беременности 34 недели. Жалобы на головные боли, мелькание мушек перед глазами, боли в эпигастральной области; на ногах – выраженные отеки. АД=160/100, 170/120. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 150 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка отклонена кзади, плотная; канал до 2 см, зев закрыт, головка над 1-й плоскостью таза.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Беременность 34 недели. Преэклампсия тяжелой степени.

Немедленное родоразрешение путем операции кесарева сечения с продолжением лечения позднего гестоза.

Задача 36.

Повторнородящая поступила со схватками в течение 5 часов, воды отошли 2 часа назад. Схватки по 35-40 секунд через 4 минуты. Положение плода продольное, спинка справа, кзади. Предлежащая часть – головка - малым сегментов во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка укорочена, податлива, открытие 6 см.; головка на 2-й плоскости, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок справа, кзади.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Роды 2-е в срок, первый период родов, задний вид затылочного предлежания, 2-я позиция.

Продолжить роды через естественные родовые пути.

Задача 37.

Поступила беременная на дородовую госпитализацию. Срок беременности 39-40 недель, размеры таза 24-26-28-18, индекс Соловьева 16 см. Положение плода продольное, спинка справа, кпереди; предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Окружность живота 102 см, ВДМ 40 см. Влагалищное исследование - шейка центрирована, диффузно размягчена; канал до 1 см, пропускает палец. Предлежащая головка над 1-й плоскостью. Плодный пузырь цел. Con.diagonale 9 см.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Беременность 39-40 недель, общеравномерносуженный таз 1-й степени, крупный плод.

Показана операция кесарево сечение в плановом порядке.

Задача 38.

Повторнородящая поступила с доношенной беременностью. Схватки начались 7 часов назад, воды не отошли. Схватки по 25 секунд через 7 минут. Положение плода продольное, спинка слева, кзади. Предлежащая головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка укорочена, края умеренно податливы, открытие 3 см. Плодный пузырь цел, плоский. Предлежащая часть головки на 1-й плоскости, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок слева, кзади.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Роды 2-е в срок, первый период родов, первичная слабость родовой деятельности.

Плоский плодный пузырь. Задний вид затылочного предлежания, 1-я позиция.

Сделать амниотомию и начать стимуляцию родовой деятельности при помощи окситоцина, роды вести консервативно.

Задача 39.

Первобеременная с доношенной беременностью поступила со схватками в течении 4 часов, с отошедшими водами 2 часа назад, схватки по 20 секунд через 5 минут. Положение плода продольное, спинка кпереди, влево. Окружность живота 99 см. ВДМ-39 см. Предлежащая часть -тазовый конец, прилежит ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка сглажена, края умеренно податливы, открытие 4 см.; плодного пузыря нет, предлежат ножки плода.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Роды 1-е в срок, первый период родов, ножное предлежание, крупный плод.

Показана операция кесарева сечения.

Задача 40.

Больная 48 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на ациклические кровяные выделения. Рост - 155 см, вес - 112 кг. Страдает сахарным диабетом в течение 7

лет, а также гипертонической болезнью. АД 180/110 мм рт.ст. При гинекологическом исследовании обнаружены кровяные выделения из цервикального канала. По поводу ациклических кровяных выделений произведено раздельное диагностическое выскабливание. Результат гистологического исследования: атипическая пролиферация эндометрия.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Атипическая пролиферация эндометрия – облигатный предрак эндометрия.

Подлежит оперативному лечению в объеме экстирпации матки с придатками. Дальнейшее лечение (химиотерапия, лучевая терапия) – на усмотрение онколога по результатам гистоанализа. В связи с сопутствующей патологией возможна абляция эндометрия при гистероскопии.

Задача 41.

Через 15 минут после рождения последа из половых путей появились обильные кровяные выделения, кровопотеря одномоментно достигла 500,0 мл и продолжается. Матка при наружном массаже дряблая, слабость, бледность родильницы. Пульс 100 ударов в минуту. АД 90/60 мм рт.ст.

ДИАГНОЗ? ЭКСТРЕННЫЕ МЕРЫ?

Эталон ответа:

Атоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде.

На I этапе: ручной контроль полости матки с наружно-внутренним массажем, в/в введение утеротоников, ГЭКов и простагландинов per rectum.

Задача 42.

Первые своевременные роды длятся 6 часов. Явления позднего гестоза I ст. Схватки хорошей силы через 4-5 минут по 35-40 секунд, болезненные. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное. Воды не изливались. Открытие шейки матки 3 см.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Роды I-е, в срок, I-й период родов, поздний гестоз первой степени.

Роды вести консервативно, через естественные родовые пути на фоне гипотензивной терапии. В настоящий момент – амниотомия (в качестве профилактики слабости родовой деятельности, отслойки плаценты, затяжных родов).

Задача 43.

Прошло 30 минут после рождения плода. Признаков отделения плаценты и кровотечения нет. Состояние роженицы удовлетворительное.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Интимное приращение или истинное приращение плаценты.

Ручное отделение плаценты и выделение последа. При обнаружении истинного вращения плаценты – лапаротомия и метрорастриция после перевязки подвздошных сосудов или наложения турникета, либо – удаление матки.

Задача 44.

Больная 51 года. Жалобы на приливы жара и покраснение головы и верхней части туловища до 10 раз в сутки, повышенную потливость, нарушение сна, раздражительность, плаксивость, эпизодические подъемы артериального давления. Из анамнеза: сопутствующие заболевания: ожирение 2, хронический холецистит. Последняя менструация 1,5 года назад. Гинекологических заболеваний не было. Вышеперечисленные жалобы появились год назад, в последние месяцы усилились.

ДИАГНОЗ? МЕТОДЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Постменопауза, перименопаузальный синдром.

Определение гормонов крови (ФСГ, АМГ), денситометрия. Показана менопаузальная гормонотерапия без восстановления цикла: это ливиа, овестин и их аналоги. Перед

назначением – маммография, УЗИ гениталий, кольпоскопия, коагулограмма, печеночные пробы.

Задача 45.

Больная 24 лет, доставлена в гинекологическое отделение машиной “скорой помощи” с жалобами на кровяные выделения из половых путей на фоне 2-х недельной задержки менструации, тянущие боли внизу живота в течение суток. Нб - 85 г/л. Менструальная функция без особенностей. В анамнезе 2 преждевременных родов путем операции кесарева сечения. При осмотре выявлено: во влагалище имеется полная перегородка, две шейки матки без видимой патологии. Выделения кровяные со сгустками, обильные. Правая матка несколько больше нормы, мягковатой консистенции. Левая - не увеличена. Область придатков пальпаторно - без особенностей.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Начавшийся самоаборт или аборт в ходу при беременности 6 недель. Патология развития половых органов (2 матки).

Для уточнения диагноза – тест на беременность, УЗИ. При подтверждении диагноза – инструментальное опорожнение полости матки, стимуляторы гемопоэза, препараты железа.

Задача 46.

Пациентка В., 46 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей. Последние 2 года интервал между менструациями составляет 2-3 месяца. Пятнадцать дней назад у пациентки после 2 мес. отсутствия менструации началось кровотечение, которое продолжается до настоящего времени. Перенесенные гинекологические заболевания отрицает. В день поступления произведено раздельное диагностическое выскабливание матки и цервикального канала: длина матки по зонду 8 см, стенки гладкие, без деформации. Получен обильный соскоб, результат его гистологического исследования: простая, без атипии, гиперплазия эндометрия.

ПОСТАВЬТЕ ДИАГНОЗ, НАЗНАЧЬТЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Эталон ответа:

Гиперпластический процесс эндометрия.

В качестве профилактики рецидивов с формированием облигатного предрака проводится терапия гестагенами (мирена) или по схеме подавления менструального цикла (депо-провера, 17 ОК).

Задача 47.

Больная 41 г., поступила с жалобами на кровяные выделения в умеренном количестве. Менструации с 14 лет, установились сразу, по 3-4 дня через 28 дней, безболезненные, умеренные. Последняя – 3 месяца назад. Половая жизнь с 20 лет в браке. Имела 9 беременностей: Р-3, М/А-6, без осложнений. Объективно: состояние удовлетворительное, пульс – 72 в мин., АД – 110/70 мм рт.ст. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Живот мягкий, безболезненный. В зеркалах: влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, без эрозий. Цианоз слизистых. Выделения темные кровянистые. Бимануально: тело матки мягкое, подвижное, безболезненное, увеличено до 11–12 недель беременности. Наружный зев пропускает кончик пальца. Придатки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненна.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Начавшийся самоаборт при беременности 11-12 недель.

Тактика врача зависит от репродуктивных планов женщины: если это желанная беременность и плод жив, то сохраняющая терапия, если нет – то выскабливание полости матки.

Вопросы для собеседования

Вопрос 1. На чем основывается лечение атрофического (сенильного) кольпита?

Эталон ответа:

После кратковременного устранения воспалительных реакций антибактериальными, дезинфицирующими веществами, базовым лечением являются эстрогены (преимущественно местно, в виде кремов, мазей, свечей).

Вопрос 2. Что означает вертикальный путь передачи инфекции в случае с гонореей?

Эталон ответа:

В данном случае это передача гонококка при прохождении плодом родовых путей матери; через плаценту (внутриутробно) гонококк к плоду не проникает.

Вопрос 3. Осложнением какой патологии является синдром Шихана?

Эталон ответа:

Он возникает вследствие кровотечения в родах, связан с глубокой ишемизацией гиперплазированного при беременности гипофиза в процессе кровопотери.

Вопрос 4. Какие существуют варианты гиперпластических процессов в эндометрии?

Эталон ответа:

Это гиперплазии железистые, железисто-кистозные, аденоматозные (атипические) и полипы железистые, фиброзные, смешанные (железисто-фиброзные) и аденоматозные.

Вопрос 5. Какая патология яичников может быть отнесена к кистам яичника?

Эталон ответа:

Кистами являются фолликулярная, киста желтого тела, паровариальная и эндометриодная.

Вопрос 6. Каким образом осуществляется лечение ИЦН (истмико-цервикальной недостаточности) как причины самоабортов?

Эталон ответа:

Это наложение швов на шейку с 8 до 24 недель беременности (циркулярный, П-образный и др.), либо введение акушерского разгружающего пессария типа «бабочка» или Арабин (при противопоказаниях к оперативному лечению, отказу от него, в более поздних сроках беременности).

Вопрос 7. Какие препараты являются по протоколу ведущими в лечении угрожающего и начавшегося самоаборта, связанного с наиболее частой гормональной недостаточностью?

Эталон ответа:

Ведущими препаратами в лечении наиболее частой недостаточности функции желтого тела беременности являются утрожестан (микродозиованный прогестерон) и дюфастон (дидрогестерон).

Вопрос 8. Какие варианты лечения прогрессирующей трубной беременности предпочтительны в настоящее время?

Эталон ответа:

Возможны 2 варианта подходов к терапии этой патологии: консервативная терапия метатрексатом (по протокольной схеме) или лапароскопическая органосохраняющая (конструктивно-пластическая) операция

Вопрос 9. С какими осложнениями можно столкнуться при применении метатрексата?

Эталон ответа:

Возможными осложнениями этого цитостатика являются лейкопения, язвенный стоматит, язвенный колит.

Вопрос 10. Осложнением какого заболевания является опухоль Крукенберга в яичниках?

Эталон ответа:

Это метастатическая двусторонняя опухоль при раке желудка

Вопрос 11. Что такое ранний послеродовой период, какими осложнениями он чреват?

Эталон ответа:

Ранний послеродовой период – это первые 2 часа после завершения родов, когда наиболее часто встречаются гипо- и атонические кровотечения, требует пристального внимания врача, профилактики кровотечения.

Вопрос 12. С какой целью вводят антирезусиммуноглобулин Д женщинам с Rh(-) кровью после родов, в какие сроки?

Эталон ответа:

Это осуществляется в ближайшие 72 часа после родов, с целью профилактики резус-конфликта при последующих беременностях.

Вопрос 13. Какие наружные приемы существуют для отделения плаценты?

Эталон ответа:

Таких приемов не существует. Ручное отделение плаценты с последующим выделением последа производится только путем внутриматочного вмешательства.

Вопрос 14. Какие причины кровотечений характерны для II половины беременности?

Эталон ответа:

Для этого периода беременности характерны кровотечения, связанные с предлежанием плаценты и преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, что, при обильной кровопотере, требует немедленного завершения беременности путем операции кесарева сечения.

Вопрос 15. Как проводится родоразрешение беременной при абсолютно узком тазе?

Эталон ответа:

При абсолютно узком тазе роды через естественные родовые пути невозможны даже при уменьшенных размерах плода (недоношенность), поэтому – только абдоминальное родоразрешение (кесарево сечение).

Задания на дополнение

Задание 1. *Инструкция.* Вместо прочерка впишите 2 слова.

Антибиотикотерапия по любому поводу может осложниться обострением _____

Эталон ответа: генитального кандидоза.

Задание 2. *Инструкция.* Вместо прочерка впишите 2 слова.

Женское бесплодие одновременно эндокринного, трубно-перитонеального, маточного и иммунного генеза характерно для _____

Эталон ответа: генитального эндометриоза.

Задание 3. *Инструкция.* Вместо прочерка впишите 2 слова.

Стабильно - регрессионные методы лечения миом, это _____

Эталон ответа: эмболизация, фузабляция.

Задание 4. *Инструкция.* Вместо прочерка впишите 2 слова.

При синдроме Шершевского-Тернера в яичниках отсутствует _____

Эталон ответа: яичниковая ткань.

Задание 5. *Инструкция.* Вместо прочерка впишите 1 слово.

При неуспешности консервативного и оперативного лечения трубно-перитонеального бесплодия методом выбора является _____

Эталон ответа: ЭКО

Задание 6. Инструкция. Вместо прочерка впишите 2 слова.

По протоколу в периоде изгнания при чистоягодичном предлежании оказывают пособие

Эталон ответа: по Цовьянову

Задание 7. Инструкция. Вместо прочерка впишите 2 слова.

Родоразрешение при поперечном положении плода осуществляется путем _____

Эталон ответа: кесарева сечения.

Задание 8. Инструкция. Вместо прочерка впишите 1 слово.

Ведение последового (III) периода родов осуществляется _____

Эталон ответа: выжидательно.

Задание 9. Инструкция. Вместо прочерка впишите 2 слова.

Послеродовой период продолжается _____

Эталон ответа: 42 дня.

Задание 10. Инструкция. Вместо прочерка впишите 1 слово.

Полноценная лактация начинается на _____ сутки послеродового периода.

Эталон ответа: третьи

ПК – 3:

Задания закрытого типа

Тесты

1). При возникновении беременности у женщин с имплантированным водителем ритма ее необходимо:

1. пролонгировать только в зависимости от состояния женщины,
2. прерывать,
3. сохранять,
4. все ответы неверны,
5. вопрос о возможности пролонгирования решается после консультации врача-реабилитолога.

Эталон ответа: 1

2). При пороках сердца для прерывания беременности в поздние сроки (больше 12 недель) противопоказано применение:

1. кесарева сечения,
2. влагалищного кесарева сечения,
3. интраамниального введения гипертонического раствора хлорида натрия,
4. правильно 1, 2, 3
5. правильно 2

Эталон ответа: 3

3). Абсолютным показанием для прерывания беременности является заболевание беременной краснухой в сроке беременности:

1. 8-12 недель,
2. 12-16 недель,
3. 16-20 недель,
4. 20-24 недели,
5. правильно 1 и 2.

Эталон ответа: 5

4). При тяжелом состоянии больной с прервавшейся трубной беременностью показано:

1. немедленное переливание крови,
2. безотлагательное удаление источника кровотечения (беременной трубы),
3. надежный гемостаз,
4. верно 1, 2, 3
5. верно 2, 3

Эталон ответа: 4

5). При лапароскопии выявлена прогрессирующая трубная беременность. Состояние больной вполне удовлетворительное. Тактика врача:

1. немедленная операция,
2. операцию можно произвести в плановом порядке,
3. возможно консервативное лечение больной,
4. верно 1, 2, 3
5. верно 2, 3

Эталон ответа: 1

6). Наиболее целесообразная последовательность мероприятий при диагностике нарушенной внематочной беременности:

1. гемотрансфузия, операция,
2. консультация терапевта, анестезиолога, операция,
3. ультразвуковое исследование, гемотрансфузия, операция,
4. операция, гемотрансфузия,
5. применение сердечных средств, гемотрансфузия, операция.

Эталон ответа: 4

7). Тактика врача при небольшом дефекте матки (во время чревосечения по поводу перфорации матки) включает все перечисленное, кроме:

1. надвлагалищной ампутации матки,
2. иссечения краев перфорационного отверстия,
3. ушивания перфорационного отверстия,
4. ревизии органов малого таза,
5. ревизии кишечника, прилежащего к матке.

Эталон ответа: 1

8). Особенности операции у больной с tuboовариальным образованием в стадии острого воспаления:

1. дренирование брюшной полости,
2. опасность травмы кишечника и мочевого пузыря,
3. технические трудности при выполнении операции необходимого объема,
4. верно 1 и 3
5. верно 1, 2, 3

Эталон ответа: 5

9). При перитоните у гинекологической больной показана операция в объеме:

1. экстирпация матки с придатками,
2. надвлагалищная ампутация матки с придатками,
3. экстирпация матки с трубами,
4. надвлагалищная ампутация матки с трубами,
5. двусторонняя сальпингэктомия.

Эталон ответа: 3

10). При операции по поводу перекрута ножки дермоидной кисты яичника:

1. перекрученную ножку опухоли яичника надо обязательно раскрутить, чтобы разобраться в анатомии,
2. производят экстирпацию матки с придатками,
3. удаляют оба яичника.
4. верно 2 и 3

5. удаление дермоидной кисты яичника.

Эталон ответа: 5

11). При развитии перитонита после операции у гинекологической больной, как правило, отмечается:

1. возвратность пареза кишечника
2. недостаточная эффективность комплексной противовоспалительной терапии
3. нарастание признаков интоксикации
4. верно 1, 2, 3
5. верно 1, 3

Эталон ответа: 4

12). Акушерский перитонит чаще всего возникает после:

1. родов
2. раннего самопроизвольного выкидыша
3. кесарева сечения
4. искусственного аборта
5. позднего самопроизвольного выкидыша

Эталон ответа: 3

14). Факторы, которые влияют на выбор способа родоразрешения:

1. возраст беременной
2. акушерский анамнез
3. рубец на матке
4. локализация плаценты
5. пол плода
6. масса беременной

Эталон ответа: 1, 2, 3, 4

15). Наиболее частой формой послеродовой инфекции является:

1. мастит
2. тромбофлебит
3. эндометрит
4. септический шок
5. перитонит

Эталон ответа: 3

16). Для послеродового мастита не характерно:

1. повышение температуры тела с ознобом
2. нагрубание молочных желез
3. ограниченный инфильтрат
4. свободное отделение молока
5. гиперемия кожи в области инфильтрата

Эталон ответа: 4

16). Акушерский перитонит чаще всего возникает после:

1. родов
2. раннего самопроизвольного выкидыша
3. кесарева сечения
4. искусственного аборта
5. позднего самопроизвольного выкидыша

Эталон ответа: 3

17). Риск развития послеродовой септической инфекции определяется наличием у роженицы:

1. урогенитальной инфекции
2. экстрагенитальной патологии
3. невосполненной кровопотери
4. длительного безводного промежутка

5. все ответы правильные

Эталон ответа: 5

18). Источником инфекции при послеродовом мастите является:

1. микробная флора зева и носа новорожденного
2. очаг инфекции в организме родильницы
3. нарушение санэпид. режима
4. правильные ответы 2 и 3
5. все ответы правильные

Эталон ответа: 5

19). Наиболее тяжелой формой лактационного мастита является:

1. флегмонозный
2. гангренозный
3. абсцедирующий
4. инфильтративно-гнойный
5. инфильтративный

Эталон ответа: 2

20). Критерий излеченности больных гонореей устанавливается после лечения в течение:

1. 1 месяца
2. 2 месяцев
3. 3 месяцев
4. 4 месяцев
5. 5 месяцев

Эталон ответа: 3

21). При сформировавшемся гнойном воспалительном образовании придатков матки показано:

1. пункция образования через задний влагалищный свод, опорожнение гнойной полости и введение в нее антибиотиков
2. хирургическое лечение
3. терапия пирогеналом
4. терапия гоновакциной
5. электрофорез цинка по брюшно-крестцовой методике

Эталон ответа: 2

22). При обострении хрон. сальпингоофорита по типу невралгии тазовых нервов не эффективны:

1. антибиотикотерапия
2. электрофорез новокаина
3. диадинамические токи
4. ультрафиолетовая эритемотерапия
5. амплипульсотерапия

Эталон ответа: 1

23). У больных с хроническим сальпингоофоритом и абсолютной гиперэстрогенией противопоказано применение:

1. фонофореза с нафталаном
2. электрофореза иодистого калия
3. родоновых и иодобромных ванн
4. переменного магнитного поля низкой частоты
5. ультразвука в импульсном режиме

Эталон ответа: 1

24). Возникновению послеоперационного перитонита способствует все, кроме:

1. недостаточности швов
2. инфицирование брюшной полости после операции

3. некроза ткани культи дистальнее лигатуры (при больших культях)
4. недостаточно тщательного гемостаза
5. продолжительности операции до 2,5 – 3 часов

Эталон ответа: 5

25). При токсической стадии гинекологического перитонита отмечается все, кроме:

1. тахикардия (до 120 в мин)
2. выраженной одышки
3. отсутствия болезненности при пальпации передней брюшной стенки
4. гипотонии
5. олигурии

Эталон ответа: 3

Задания открытого типа

Ситуационные задачи

Задача 1.

В гинекологическую клинику поступила больная И., 32 лет с жалобами на повышение температуры тела, общую слабость, боли в низу живота. Менструальный цикл регулярный, последняя менструация за 3 месяца до поступления в клинику. Инструментальный аборт 8 дней назад. Общее состояние удовлетворительное, пульс 92 уд./мин, АД 120/70 мм рт. ст. Температура тела 38,2°C.

Осмотр гинекологический: шейка матки и слизистая влагалища чистые. Во влагалище и из цервикального канала – гнойные выделения, тело матки несколько больше нормы, мягкой консистенции, болезненное при пальпации и смещении. Влагалищные своды свободные, глубокие. Придатки с обеих сторон не пальпируются.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО У БОЛЬНОЙ? ПРЕДЛОЖИТЕ ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ.

Эталон ответа:

Острый метроэндомиометрит после медицинского аборта. Остатки плодного яйца после мед. аборта?

Немедикаментозное лечение: назначают постельный режим, легко усвояемую диету, богатую витаминами и не нарушающую функций кишечника; периодически холод на низ живота. Медикаментозное лечение: - антибиотики – цефалоспорины 3 поколения; препараты группы имидазола; дезинтоксикационная, инфузионная терапия; в случае подтверждения наличия остатков плодного яйца – инструментальное обследование полости матки на фоне антибактериальной противовоспалительной терапии, согласно чувствительности к антибиотикам.

Задача 2.

Машиной «скорой помощи» доставлена больная К., 37 лет в гинекологический стационар. Жалобы при поступлении на резкие боли в низу живота, озноб, повышение температуры тела до 38°C, общую слабость. Последняя менструация была за 12 дней до поступления в стационар.

В анамнезе: С/А-1, осложнился повторным выскабливанием и воспалением придатков. Общее состояние удовлетворительное, пульс 88 уд./мин, АД 110/70 мм рт.ст., температура тела 37,6°C. Язык влажный, слегка обложен белым налётом, живот не вздут, при пальпации в нижних отделах – нерезко выраженное напряжение передней брюшной стенки, больше слева.

Влагалищное исследование: шейка матки чистая, смещение её резко болезненное, тело матки нормальных размеров, несколько смещено вправо, ограничено в подвижности,

чувствительное при пальпации. Правые придатки не определяются, слева и несколько позади от матки пальпируется образование, ограниченной подвижности, резко болезненное, плотной консистенции, с участками размягчения, размерами 4x9 см, влагалищный свод слева укорочен.

Анализ крови: определяется лейкоцитоз, повышенная СОЭ, палочкоядерные нейтрофилы. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО У ПАЦИЕНТКИ? ПРЕДЛОЖИТЕ ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ.

Эталон ответа:

Имеет место осумкованное гнойное образование придатков матки. Базовым компонентом, определяющим исход заболевания, является хирургическое лечение в объёме: ревизия органов брюшной полости, удаление инфекции. Антибактериальная терапия (цефалоспорины III поколения + фторхинолоны), препараты группы имидазола, дезинтоксикационная, инфузионная терапия.

Задача 3.

Больная З., 52 лет, поступила в гинекологическую клинику с жалобами на кровотечение из половых путей. Менопауза 2 года. Пятнадцать дней назад у больной началось кровотечение, которое продолжается до настоящего времени.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей женщины, шейка матки цилиндрической формы, тело матки нормальных размеров, безболезненное при пальпации, придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные, выделения кровянистые, обильные. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОЙ.

Эталон ответа:

При кровотечении в менопаузе на I этапе лечения необходимо осуществить гемостаз, предварительно провести минимальное обследование больной. Гемостаз осуществляют путём проведения раздельного лечебно-диагностического выскабливания полости матки, затем симптоматическая терапия до получения результатов гистологического анализа. II этап лечения будет проводиться после получения результатов гистологического исследования, которое определит тактику врача.

Задача 4.

Больная Н., 15 лет, поступила в отделение гинекологии с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей. Менструации с 12 лет, половую жизнь не ведёт. Заболела 8 дней назад, когда после 2-месячного отсутствия менструации появились умеренные кровяные выделения из половых путей. В последующие дни интенсивность кровотечения нарастала, появились слабость, головокружение.

Анализ крови: гемоглобин 65г/л, эритроцитов – 2,7.

Ректальное исследование: при осмотре наружных половых органов отмечается гипоплазия больших и малых половых губ, оволосение на лобке по женскому типу. Девственная плева не нарушена. Тело матки плотное, меньше нормальной величины, безболезненное, подвижное, соотношение между шейкой и телом матки 1:1, придатки с обеих сторон не определяются.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ.

Эталон ответа:

Лечение ювенильных маточных кровотечений проводят в несколько этапов. I этап – остановка кровотечения, что в данном случае (анемия IIIIV степени, Hb 65г/л) достигается с помощью раздельного лечебно-диагностического выскабливания полости матки и «С» канала. Во избежание разрыва девственной плевы следует произвести её обкалывание 0,25% раствором новокаина с 64ЕД лидазы.

II этап – активная антианемическая терапия: препараты железа пероральные (сорбифер дурулес, ферроплекс), внутримышечные (феррум-лек); витамины (В12 по 200мкг в день с фолиевой кислотой, В6 в таблетках по 0,005г в день или в/м по 1 мг 5% раствора 1 раз в день; в/м 1мл 5% раствора витамина С 1 раз в день, витамин Р по 0,02 г 3 раза в день.

Задача 5.

Больная Г., 29 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на раздражительность, плаксивость, головную боль, головокружение, приступы тахикардии, нагрубание молочных желез. Эти симптомы появляются за 6-14 дней до менструации и исчезают накануне или в первые дни её. Считает себя больной в течение 3 лет, когда после травмы черепа появились вышеуказанные симптомы. Больная правильного телосложения, повышенного питания. Патологии со стороны внутренних органов нет.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, шейка матки конической формы, чистая, тело матки

нормальной величины, подвижное, безболезненное, находится в правильном положении.

Придатки с обеих сторон не определяются, своды влагалища глубокие.

ОПРЕДЕЛИТЕ ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ

Эталон ответа:

Тактика лечения предменструального синдрома:

1. Общесоматическое воздействие: режим труда и отдыха, диета с ограничением кофе, чая, поваренной соли, жидкости, особенно во второй половине цикла.
2. Психологическое воздействие – психотерапия и аутогенная тренировка.
3. Электросон или электроаналгезия.
4. Гормональная терапия: гестагены - дюфастон с 11-го по 25-й день цикла по 10 мг 2 раза, КОКи.

Задача 6.

Больная С., 32 лет поступила в отделение гинекологии с жалобами на кровяные выделения из половых путей в умеренном количестве. Последние нормальные месячные были 2 месяца назад. Половую жизнь ведёт с 20 лет, имела 9 беременностей, из них Р-2, М/А-7, без осложнений. Перенесённые гинекологические заболевания отрицает. Объективное состояние больной удовлетворительное, пульс 78 в мин, АД 110/70 ммрт.ст.

Влагалищное исследование: шейка матки чистая, цилиндрической формы, наружный зев закрыт, имеется цианоз шейки матки. Тело матки мягкое, подвижное, безболезненное, округлой формы, увеличено в размерах до 8-9 недель беременности. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Выделения тёмные, кровяные, умеренные.

ТАКТИКА ВРАЧА.

Эталон ответа:

При угрожающем самоаборте по протоколу возможна сохраняющая терапия: постельный режим (физический и сексуальный покой), утрожестан или дюфастон, спазмолитические препараты (дротаверина гидрохлорид, ректальные свечи с папаверином гидрохлоридом, препараты магния), растительные седативные лекарственные препараты (отвар пустырника, валерианы), гемостатики (этамзилат натрия, транексам). Условием для сохранения беременности является заинтересованность женщины в беременности и наличие живого плода.

Задача 7.

Больная И., 38 лет обратилась в женскую консультацию по поводу отсутствия месячных в

течение 8 недель. Менструальный цикл нормальный, месячные установились сразу- Имела 6 беременностей, из них Р-1, М/А – 5.

Влагалищное исследование: Шейка матки чистая, рубцово деформирована, цианотична. Матка при пальпации округлой формы, напряжена, болезненна во всех отделах, увеличена до 15-16 недель беременности, с обеих сторон пальпируются увеличенные, безболезненные яичники, выделения слизистые. Установлено, что ХГЧ=330 000 мкМ/мл.

ПЛАН ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОЙ.

Эталон ответа:

При пузырьном заносе единственный способ лечения - раздельное лечебно–диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала. Метотрексат.

Задача 8.

Больная Б., 57 лет поступила в гинекологическую клинику с жалобами на умеренные кровянистые выделения из половых путей. Менопауза 4 года. Было 4 беременности, из них Р - 2, М/А - 2. В последние 3 месяца беспокоят умеренные кровянистые выделения из половых путей.

Гистоанализ: множественные полипы эндометрия, без признаков атипии. Соскоб из цервикального канала скудный, в нём выявляются сгустки крови, обрывки слизистой.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ.

Эталон ответа:

При полипозе матки необходимо проведение антибактериального, противовоспалительного лечения, согласно исследованию выделений на флору и чувствительность к антибиотикам. Вторым этапом – проведение противорецидивной терапии гестагенами, желательно с пролонгированным действием (депо-провера, ОПК) или агонистами-антагонистами РГ; Третий этап – контроль эффективности по УЗИ и, по необходимости, - контрольная гистероскопия с раздельным лечебно-диагностическим выскабливанием через 6 месяцев.

Задача 9.

Больная А., 28 лет поступила в больницу с жалобами на внезапно возникшие боли внизу живота схваткообразного характера, задержку месячных на 2-3 недели, умеренные кровянистые выделения из половых путей.

Влагалищное исследование: шейка матки цианотична, деформирована старыми разрывами, из цервикального канала умеренные тёмные выделения. При пальпации смещения за шейку матки болезненные. Тело матки чуть больше нормы, мягковато, слегка болезненно при исследовании. Придатки с обеих сторон в спайках, слева в области придатков пальпируется опухолевидное образование, ограниченной подвижности, туго-эластической консистенции, размерами 4-4,5 см. Выделения кровянистые, умеренные.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ.

Эталон ответа:

При подозрении на трубный аборт тактика ведения: стрип-тест, УЗИ, лапароскопия, ревизия органов брюшной полости, рассечение спаек, удаление левой маточной трубы.

Задача 10.

Больная В., 52 лет, поступила в больницу с жалобами на ноющую боль в левой подвздошной области, которая иррадирует в поясницу, болезненное мочеиспускание. Боли возникли 8 часов назад, после физической нагрузки, принимала дома обезболивающие, без эффекта. Менопауза 6 лет.

Влагалищное исследование: шейка матки цилиндрической формы, чистая, смещение за

шейку безболезненное. Тело матки меньше нормы, безболезненное, подвижное. Придатки справа не определяются. Слева и кзади от матки в области придатков пальпируется опухолевидное образование размерами 10-12-12 см, мягковатой консистенции, с гладкой поверхностью, болезненное, между маткой и опухолью выявляется резко болезненная ножка новообразования. Инфильтраты в малом тазу не обнаружены. Своды влагалища свободные.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ.

Эталон ответа:

При перекруте ножки кистомы яичника тактика ведения – лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, одностороннее удаление придатков без раскручивания перекрута (хирургической ножки).

Задача 11.

Больная У., 56 лет поступила в клинику гинекологии с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей, которые появились 3 дня назад, внезапно. Из анамнеза: менопауза 3 года. Год назад была произведена гистероскопия, по поводу маточного кровотечения, удалён железисто-фиброзный полип. При осмотре: матка нормальных размеров, придатки не определяются, выделения кровянистые, обильные.

ЛЕЧЕНИЕ.

Эталон ответа:

В связи с возможностью рецидива полипоза для остановки кровотечения необходимо проведение раздельного лечебно-диагностического выскабливания цервикального канала и полости матки под контролем гистероскопии. В дальнейшем противорецидивное лечение пролонгированными гестагенами (депо-провера, ОПК), агонистами и антагонистами релизинг – гормонов.

Задача 12.

Больная К., 46 лет обратилась к врачу гинекологу с жалобами на обильные менструации, слабость, головокружение. Отмечает, что последние 8 лет менструации стали более длительными, обильными, появились тянущие боли внизу живота.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей женщины, шейка матки резко деформирована, отклонена вправо. Матка размерами как при 24 недельной беременности, малоподвижная, умеренно болезненная, с бугристой поверхностью, придатки не определяются, своды свободные, выделения слизистые.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ.

Эталон ответа:

При миоме матки больших размеров, осложнённой болевым синдромом и кровотечениями, с сопутствующей деформацией шейки матки, нужно рекомендовать оперативное лечение в объёме экстирпации матки.

Задача 13.

Больная Ц., 25 лет обратилась с жалобами на беспорядочные маточные кровотечения, интервал между которыми 1,5-2 месяца, периодически снижение гемоглобина, слабость, утомляемость. Менархе в 12 лет, с 13 лет ювенильные маточные кровотечения, по поводу которых лечилась у детского гинеколога. Половая жизнь с 17 лет, в беременности была не заинтересована, принимала новинет в контрацептивном режиме, приём которого решила прекратить в связи с замужеством. Через три дня после отмены препарата начались ациклические кровянистые выделения из половых путей. УЗИ: матка 50x32x49 мм, эндометрий 7 мм, с нечёткими контурами, полость матки незначительно расширена. Яичники: правый – 35x26x32 мм, левый – 36x25x30мм, фолликулы 5–7мм в диаметре, доминантного фолли-

кула нет.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ.

Эталон ответа:

Лечение больных ДМК репродуктивного периода включает в себя несколько этапов. I-й этап – остановка кровотечения, путём проведения раздельного выскабливания полости матки. II-й этап – восстановление ритма менструаций и стимуляция овуляции. При недостаточности функции жёлтого тела используют гестагены с заместительной целью: утрожестан по 200–300 мг в день с 16 по 25 день цикла; дюфастон по 1–2 т. с 16 по 25 день цикла.

Задача 14.

Роженица переведена в родзал в потужном периоде. Потуги регулярные, по 50 сек через 2 мин. После последней потуги сердцебиение плода приглушенное, аритмичное до 100 ударов в минуту. Положение плода продольное. Головка в полости малого таза. С целью выяснения акушерской ситуации проведено влагалищное исследование: открытие полное, головка на третьей плоскости, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева, кпереди.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО В РОДАХ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Возникла внутриутробная интранатальная гипоксия плода (тахикардия).

Для быстрого завершения родов – родостимуляция.

Задача 15.

Последовый период, через 10 мин после рождения плода появились кровянистые выделения из матки в достаточном количестве. Признак Кюстнера-Чукалина отрицательный.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА ВОЗНИКЛО? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Частичное интимное прикрепление плаценты.

Показано ручное отделение плаценты, выделение последа, контроль полости матки (с обязательным обезболиванием).

Задача 16. 28.

Потужной период длится 30 минут; потуги ритмичные, по 50 секунд через 1-2 минуты. После последней потуги сердцебиение плода стало аритмичным, приглушенным, до 90 ударов в минуту. Положение плода продольное, головка в полости малого таза. Влагалищное исследование - открытие полное, стреловидный шов в прямом размере выхода, малый родничок кзади.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО В ПОТУЖНОМ ПЕРИОДЕ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Интранатальная гипоксия плода, задний вид затылочного предлежания, головка на тазовом дне.

С целью быстрого завершения родов – родостимуляция.

Задача 17

Последовый период, через 10 минут появились кровянистые выделения из родовых путей. Признак Кюстнера-Чукалова положительный.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО В ПОСЛЕДОВОМ ПЕРИОДЕ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Задержка отделившейся плаценты в полости матки.

Необходимо выделение последа наружными приемами (Абуладзе, Креде).

Задача 18.

Поступила первородящая 38 лет со схватками, которые начались 7 часов назад; воды отошли 3 часа назад. Схватки по 25 секунд через 7 минут. Положение плода продольное, 1 позиция, передний вид. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 136 ударов в минуту. Влагалищное исследование – шейка матки сглажена, края умеренно податливы, открытие 3 см. Плодного пузыря нет, подтекают, светлые воды. Головка над 1 плоскостью.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО В I ПЕРИОДЕ РОДОВ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Несвоевременное излитие околоплодных вод, первичная слабость родовой деятельности.
Показана родостимуляция.

Задача 19.

Первородящая 23 лет, в родах 5 часов, схватки регулярные, болезненные по 35 секунд через 4-5 минут; положение плода продольное; предлежит головка, прижата ко входу в малый таз; сердцебиение плода ясное, ритмичное до 130 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка матки сглажена, края умеренно податливые, открытие 4 см; во время схватки шейка уплотняется, плодного пузыря нет, подтекают светлые околоплодные воды; головка на 1 плоскости, стреловидный шов в поперечном размере входа в малый таз, малый родничок слева, кпереди.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО В I ПЕРИОДЕ РОДОВ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Дискоординированная родовая деятельность.
Показано адекватное обезболивание, спазмолитики.

Задача 20

Потужной период длится 40 минут, потуги регулярные по 50 секунд через 2 минуты; головка не продвигается, прижата ко входу в малый таз; сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. С целью выяснения акушерской ситуации сделано влагалищное исследование - открытие полное, головка на 1 плоскости, стреловидный шов ближе к лонному сочленению, задняя теменная кость ниже передней.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО В НАЧАЛЕ II ПЕРИОДА РОДОВ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Клинически узкий таз, задний асинклитизм.
Роды при заднем асинклитизме невозможны. Показано кесарево сечение.

Задача 21.

Первородящая 25 лет в потужном периоде, потуги регулярные по 50 секунд через 1-2 минуты; положение плода продольное; предлежащая часть - тазовый конец; сердцебиение плода приглушенное до 110 ударов в минуту. Влагалищное исследование - открытие полное, предлежащая часть - ягодицы на 3 плоскости, линия trochanterica в прямом размере выхода малого таза.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ПРИ ЧИСТО-ЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Возникла интранатальная гипоксия плода.
Показано извлечение плода за тазовый конец с оказанием классического ручного пособия.

Задача 22.

Поступила первородящая 26 лет в сроке беременности 30 недель с обильными кровянистыми выделениями из половых путей; положение плода продольное, 1 позиция, передний вид; сердцебиение плода до 130 ударов в минуту; на УЗИ - полное предлежание плаценты.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО ПРИ ПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Возникло обильное кровотечение.

Необходимо срочное кесарево сечение.

Задача 23.

Поступила повторнородящая 28 лет в сроке беременности 32 недели с незначительными кровянистыми выделениями из половых путей. Положение плода продольное, 2-я позиция, передний вид. Предлежащая часть - головка, над входом в малый таз; сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Анализ крови: Hb=120 г/л, АД=110/70, на УЗИ - полное предлежание плаценты.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО ПРИ ПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ В 32 НЕДЕЛИ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Возникло незначительное кровотечение.

Возможно пролонгирование беременности на койке патологии, назначение гемостатиков (транексам).

Задача 24.

Поступила беременная с жалобами на ноющие боли внизу живота, поясничной области.

Последняя менструация 2 месяца назад. Удовлетворительное состояние.

АД=115/70, ЧСС=76 ударов в минуту. Влагалищное исследование - наружные половые органы без особенностей, матка увеличена до 8 недель беременности. Признаки Горвиц-Гегара и Пескачека положительные. Зев закрыт. Выделений из половых путей нет.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО в I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Угрожающий самопроизвольный аборт.

Возможно сохранение беременности при наличии жизнеспособного плода и заинтересованности женщины в беременности.

Задача 25.

Поступила беременная со схваткообразными болями внизу живота, обильными кровянистыми выделениями. Последняя менструация 3 месяца назад. Состояние средней степени тяжести, АД=100/60, ЧСС=90 ударов в минуту. Влагалищное исследование - наружные половые органы без особенностей, матка мягкая, увеличена до 11-12 недель беременности; зев зияет, в области зева определяется часть плодного яйца. Обильные кровянистые выделения.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Аборт в ходу.

Сохранить беременность уже невозможно, необходимо инструментальное опорожнение матки.

Задача 26.

Поступила первородящая со схватками в течении 4 часов, с целыми водами. В течение последних 2-х дней не слышит шевеление плода. Размеры таза: 20-22-24-12см. Положение плода продольное, передний вид, 1-я позиция. Предлежащая головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода отсутствует. Влагалищное исследование - шейка сглажена, открытие 4 см, плодный пузырь цел, головка над 1-й плоскостью. С.diagonale 8 см.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ИМЕЕТ МЕСТО? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Аntenатальная гибель плода при абсолютно узком тазе.

Несмотря на антенатальную гибель плода, родоразрешение возможно только путем кесарева сечения.

Задача 27.

Пациентка Т. 47 лет обратилась к врачу с жалобами на контактные кровянистые

выделения из влагалища. 5 лет назад лечилась консервативно по поводу эрозии шейки матки. Последние 2 года гинекологом не осматривалась. При осмотре в зеркалах: шейка матки представляет собой папиллярные разрастания типа «цветной капусты», контактно кровоточит. При бимануальном исследовании: тело матки нормальной величины, своды и параметрии свободны.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ?

Эталон ответа:

Необходимо направление в онкологический стационар, взятие биопсии ткани для подтверждения ракового процесса и уточнения его гистологической характеристики. По результатам – выбор метода лечения.

Задача 28.

Больная К., 34 лет поступила с жалобами на боли внизу живота, которые появились во время последней менструации, повышение температуры тела до 38°C. Менархе с 13 лет, установились сразу, половая жизнь с 17 лет, без контрацепции, беременностей не было, по поводу чего к гинекологу не обращалась.

Влагалищное исследование: шейка матки конической формы, из цервикального канала выделяется гной, тело матки чётко не контурируется из-за выраженной болезненности. Справа и слева от матки определяются образования 12x8 см, плотные, туго-эластической консистенции с участками размягчения.

ЛЕЧЕНИЕ?

Эталон ответа:

При наличии осумкованного гнойного образования придатков матки базовым компонентом, определяющим исход заболевания, является хирургическое лечение в объёме: ревизия органов брюшной полости, санация очагов инфекции. Антибактериальная терапия (цефалоспорины 3 поколения + фторхинолоны), препараты группы имидазола, дезинтоксикационная, инфузионная терапия.

Задача 29.

У больной Т., 21 года жалобы на задержку месячных на 2 недели, нагрубание молочных желёз, тест на беременность положительный. УЗИ: в полости матки плодное яйцо не определяется, в проекции правых придатков определяется округлое эхонегативное образование в диаметре 26 мм.

ЛЕЧЕНИЕ?

Эталон ответа:

В случае подтверждения диагноза «прогрессирующая трубная беременность», необходимо провести удаление плодного яйца с сохранением маточной трубы (по возможности), возможна консервативная терапия метатрексатом..

Задача 30.

Больная М., 24 лет доставлена в отделение гинекологии с жалобами на боли внизу живота, которые появились после полового контакта. Состояние больной удовлетворительное, пульс 82 в мин., АД 110/70 мм РТ ст, живот мягкий, умеренно болезненный в нижних отделах, симптом раздражения брюшины отрицательный. Менархе с 12 лет, последние месячные закончились две недели назад.

Влагалищное исследование: тело матки нормальной величины, плотное, подвижное, безболезненное. Справа придатки слегка увеличены в размере, умеренно болезненные, слева не определяются, своды свободные, выделения слизистые.

ЛЕЧЕНИЕ?

Эталон ответа:

Консервативная терапия апоплексии яичника включает: покой, холод на низ живота (способствующий спазму сосудов), препараты гемостатического действия (этамзилат, транексам), витамины В₁, В₆, В₁₂. При признаках внутрибрюшного кровотечения - лапароскопия и коагуляция кровоточащих сосудов.

Задача 31.

Больная А., 64 лет обратилась к гинекологу с жалобами на неприятные ощущения в обла-

сти влагалища, на затруднённое мочеиспускание. Менопауза 12 лет. В анамнезе роды крупным плодом, осложнившиеся разрывом промежности II степени. Соматический анамнез не отягощен.

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

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ?

Эталон ответа:

При опущении матки 3-й степени - оперативное лечение в объёме чрезвлагалищной экстирпации матки.

Задача 32.

Больная 25 лет, доставлена экстренно с жалобами на сильные схваткообразные боли внизу живота. Боли появились через 5 часов после медицинского аборта, проведенного в дневном стационаре при сроке беременности 8 недель. Ранее было 2-е родов и 2 искусственных аборта. Гинекологические заболевания отрицает. Объективно: состояние удовлетворительное, пульс 80 в мин., А/Д – 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, болезненный при пальпации над лоном. Симптомов раздражения брюшины не выявлено.

В зеркалах: Влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт, выделения кровянистые, мажущие. Бимануально: Своды влагалища свободны. Матка увеличена до 12 недель беременности, округлая, болезненная при пальпации, подвижная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО ПОСЛЕ АБОРТА? ТАКИКА ЛЕЧЕНИЯ?

Эталон ответа:

При гематометре: бужирование цервикального канала и опорожнение полости под интраоперационным введением антибиотиков широкого спектра действия, в дальнейшем - проведение антибактериальной, противовоспалительной, сокращающей матку терапии, спазмолитики.

Задача 33.

Больная 25 лет, поступила для искусственного прерывания беременности в дневной стационар. Менструации с 14 лет, регулярные. Последняя менструация была 2 месяца назад. Половая жизнь с 20 лет в браке. Имела 2 беременности – роды и искусственный аборт в сроке 10 нед., осложнившийся метрозэндометритом. В зеркалах: влагалищная часть шейки матки цианотичная, выделения светлые. Бимануально: Матка увеличена до 8 недель беременности, мягковата, подвижна. Придатки не определяются, область их безболезненна. Была начата операция под внутривенным наркозом. При зондировании матки зонд как бы «провалился» в брюшную полость, его верхний конец определяется на уровне пупка беременной.

КАКОЕ ВОЗНИКЛО ОСЛОЖНЕНИЕ? ТАКТИКА ВРАЧА?

При перфорации матки с целью диагностики и лечения показана лапароскопия, во время которой хирург проводит ревизию органов малого таза и брюшной полости для оценки состояния внутренних органов. Объём оперативного вмешательства: сшивание краёв раны и промывание брюшной полости. Произведение инструментального обследования полости матки и удаление плодного яйца под лапароскопическим контролем. При повреждении органов брюшной полости показана консультация хирурга и/или уролога в зависимости от локализации повреждения.

Задача 34.

Больная 41 г., поступила с жалобами на кровяные выделения в умеренном количестве. Менструации с 14 лет, установились сразу, по 3-4 дня через 28 дней, безболезненные, умеренные. Последняя – 3 месяца назад. Половая жизнь с 20 лет в браке. Имела 9 беременностей: Р-3, М/А-6, без осложнений. Объективно: состояние удовлетворительное, пульс – 72 в мин., АД – 110/70 мм рт.ст. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Живот мягкий, безболезненный. В зеркалах: Влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, без эрозий. Цианоз слизистых. Выделения темные кровянистые. Бимануально: Тело матки мягкое, подвижное, безболезненное увеличено до 11–12 недель

беременности. Наружный зев пропускает кончик пальца. Придатки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненна.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ИМЕЕТ МЕСТО БЫТЬ? ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ?

Эталон ответа:

Угрожающий самоаборт при беременности 11–12 недель? Неразвивающаяся беременность с гестационным сроком 11–12 недель?

В случае подтверждения диагноза угрожающий самоаборт, тактика лечения будет определяться желанием пациентки. Если беременность является желанной, возможно проведение сохраняющей беременности терапии при наличии жизнеспособного плода

Задача 35.

Больная 24 лет доставлена в стационар бригадой СМП с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные со сгустками кровянистые выделения из половых путей, слабость. АД 100/60 мм рт.ст., пульс 90 в мин., температура 37°C. Последняя нормальная менструация 2 мес назад.

Гинекологический статус: влагалищная часть шейки матки цианотичная, наружный зев пропускает палец. Матка увеличена до 6 недель беременности, болезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, безболезненные.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ?

Эталон ответа:

При аборте в ходу - инструментальное удаление плодного яйца, превентивная противовоспалительная и антибактериальная терапия. Операцию следует проводить под наркозом.

Задача 36.

Больная 17 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на повышение температуры до 38°C, озноб, небольшие боли внизу живота и незначительное кровотечение из половых путей. Считает себя больной в течение 3 дней. Последняя нормальная менструация 4 месяца назад. Общее состояние средней тяжести. Пульс – 100 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Гинекологический статус: шейка матки укорочена, цервикальный канал проходим для 1 пальца до внутреннего зева. Матка увеличена до 10 недель беременности, мягковатая, резко болезненная при осмотре. Придатки не определяются. Выделения кровянистые с примесью гноя.

ПРЕДПОЛАГАЕМОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

При инфицированном самоаборте по типу неразвивающейся беременности назначают системные антибиотики. Выбор препарата определяется спектром предполагаемых возбудителей и их чувствительностью к антимикробным препаратам. Учитывая полимикробную этиологию заболевания, чаще применяют комбинированную антибактериальную терапию, например комбинацию цефалоспоринов III–IV поколения и метронидазола, линкозамидов и аминогликозидов II–III поколения. В качестве монотерапии можно использовать ингибиторзащищенные амино-пенициллины (амоксциллин / клавулоновая кислота и др.) и карбапенемы (имипенем/циластатин, меропенем). При подозрении на хламидийную инфекцию дополнительно пациенткам назначается доксициклин или макролиды. После стабилизации состояния – опорожнение матки с профилактикой ДВС, инфекционно-токсического шока.

Задача 37.

У повторнوبرеменной 29 лет по данным ж. к. беременность должна соответствовать 18 неделям. За последние 2 месяца матка не только не увеличилась, но и уменьшилась – соответствует 10 неделям. Бимануально: цервикальный канал закрыт. Выделений нет. Самочувствие и общее состояние беременной удовлетворительное.

ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

В случае подтверждения диагноза неразвивающейся беременности необходима госпитализация, полное клинико-лабораторное обследование, инструментальное удаление частей плодного яйца в условиях развёрнутой операционной. Профилактика ДВС синдрома,

инфекционно-токсического шока.

Задача 38.

Б-ная 52 года поступила с жалобами на ациклические кровянистые выделения в течение 2 лет, по поводу чего ранее к гинекологу не обращалась. Рост 155 см., масса 112 кг. Страдает сахарным диабетом и гипертонической болезнью. В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки без выраженных изменений, из цервикального канала кровянистые выделения со сгустками. Бимануально: матка четко не контурируется, придатки не определяются. Проведено раздельное диагностическое выскабливание – гистология: атипическая гиперплазия эндометрия.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ?

Эталон ответа:

У женщин периода пре- и постменопаузы при наличии гиперплазии эндометрия с атипией предпочтительным остаётся радикальное хирургическое вмешательство (экстирпация матки). Вопрос об удалении яичников каждый раз решают индивидуально, это определяется возрастным состоянием яичников, а также отношением женщины к их удалению, выраженностью экстрагенитальной патологии. При наличии тяжелой сопутствующей патологии (как в данном случае – артериальная гипертензия, ожирение, сахарный диабет) возможно консервативное лечение. Используют 3 группы препаратов: гестагены (гидроксипрогестерона капронат, медроксипрогестерон), антигонадотропины (даназол, гестринон), агонисты Гн-Рг (гозерелин, трипторелин, бусерелин). Допускается также абляция эндометрия под контролем гистероскопии.

Задача 39.

Женщине 28 лет при задержке менструации на 4 недели в гинекологическом отделении было произведено выскабливание полости матки с целью прерывания беременности по желанию пациентки. При гистологическом исследовании соскоба обнаружена децидуальная реакция без ворсин хориона. После выскабливания состояние больной оставалось удовлетворительным, пульс – 76 уд. в мин., АД – 110/60 мм Hg, температура – 36,8°C. Кровянистые выделения из половых путей продолжаются.

ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ?

Эталон ответа:

В современных условиях основное лечение прогрессирующей трубной беременности – органосохраняющая операция эндоскопическим доступом или консервативная терапия (метатрексат).

Задача 40.

Больная 38 лет оперирована по поводу множественной миомы матки с интралигаментарным расположением миоматозного узла. Выполнена экстирпация матки с правыми придатками. К концу первых суток после операции стала жаловаться на боли в поясничной области справа, интенсивность болей нарастает. Состояние средней тяжести. Пульс – 96 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Температура 39°C. Язык суховатый, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, в дыхании участвует. При пальпации отмечается выраженная болезненность в гипогастральной области, больше справа, где отмечаются симптомы раздражения брюшины. Перистальтика вялая. С-м Пастернацкого положительный справа. Диурез 400 мл. Моча концентрированная.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Травма мочеточника.

Необходима консультация уролога, в случае подтверждения диагноза релапаротомия, ревизия органов брюшной полости, восстановление пассажа мочи.

Задача 41.

Девочку 13,5 лет в течение 5 месяцев беспокоят периодические боли в нижней половине живота. Вторичные половые признаки развиты правильно. Половая формула: АЗРЗМаЗМе0. При пальпации живота определяется тугоэластичное образование, верхний полюс которого на 2 пальца выше лона. При осмотре наружных половых органов: дев-

ственная плева выбухает, синюшно-багрового цвета. При ректальном исследовании: в малом тазу определяется тугоэластичное образование.

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ?

Эталон ответа:

Заращение девственной плевы.

Клинико-лабораторное обследование, с обязательным ультразвуковым исследованием, с последующим оперативным лечением (крестообразное рассечение девственной плевы) для устранения гематокольпоса и гематометры.

Задача 42.

Больная 20 лет предъявляет жалобы на задержку очередной менструации на 10 дней. Нарушение менструальной функции отмечает впервые. Половая жизнь регулярная, от беременности не предохраняется. При осмотре: состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 72 в мин., живот мягкий, безболезненный.

Гинекологический статус: шейка матки несколько цианотичная, выделения слизистые. Матка несколько больше нормы, ровная, безболезненная, подвижная. Справа от матки пальпируется веретенообразное образование, слегка болезненное при пальпации. Слева без особенностей.

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Прогрессирующая правосторонняя трубная беременность.

В современных условиях основное лечение прогрессирующей трубной беременности – органосохраняющая операция эндоскопии чресбрюшным доступом, консервативная терапия метатрексатом

Задача 43.

Повторнородящая поступила со схватками в течение 5 часов, беременность доношенная, схватки по 35-40 секунд через 4-5 минут, воды отошли 2 часа назад. Окружность живота - 105 см., ВДМ 41 см. Положение плода продольное, спинка кпереди, слева; предлежит тазовый конец; головка определяется у дна матки; сердцебиение ясное, ритмичное слева выше пупка. Влагалищное исследование - шейка матки укорочена, края податливы, открытие 6 см; предлежащая часть - ягодицы на 1-й плоскости, линия trochanterica в правом косом размере, копчик слева.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ИМЕЕТ МЕСТО? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Чисто-ягодичное предлежание при крупном плоде.

Показана операция – кесарево сечение.

Задача 44.

Поступила первородящая с доношенной беременностью. Схватки регулярны, по 35 секунд через 5 минут. Положение плода продольное. Предлежащая головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка сглажена, края умеренно податливы, открытие 5 см, плодного пузыря нет; головка на 1-й плоскости, определяется лобный шов, надбровные дуги.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ИМЕЕТ МЕСТО? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Головное предлежание, лобное вставление.

Операция кесарева сечение, роды невозможны.

Задача 45.

Поступила первородящая с доношенной беременностью со схватками с течение 5 часов, с отхождением вод 2 часа назад. Положение плода продольное, спинка слева. Предлежащая головка прижата ко входу в малый таз; сердцебиение ясное, ритмичное до 130 уд в минуту. Влагалищное исследование - шейка сглажена, края умеренно податливы, открытие 6 см.; плодного пузыря нет; определяются корень носа, надбровные дуги, подбородок; лицевая линия в правом косом направлении, подбородок кпереди.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ В РОДАХ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Лицевое вставление, передний вид.

Оперативная тактика, кесарево сечение. Роды через естественные родовые пути возможны, но очень травматичны для плода.

Задача 46.

После рождения новорожденного прошло 30 минут, состояние роженицы удовлетворительное. АД=115/70, ЧСС=72 ударов в минуту. Кровотечения нет. Признак Кюстнера-Чукалова отрицательный.

КАКАЯ ПАТОЛОГИЯ В III ПЕРИОДЕ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Полное интимное прикрепление плаценты.

Производится ручное отделение плаценты, удаление последа (с обезболиванием).

Задача 47.

Повторнородящая с доношенной беременностью поступила в потужном периоде. В анамнезе трое родов (все закончились ручным отделением плаценты), 2 аборта, осложненных эндометритом. После рождения ребенка прошло 30 минут, состояние женщины удовлетворительное; жалоб, кровотечений нет. Признак Кюстнера-Чукалова отрицательный.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО В III ПЕРИОДЕ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Полное интимное прикрепление плаценты. Учитывая ОАА - возможно имеется истинное приращение плаценты.

Необходимо провести попытку ручного отделения плаценты при развернутой операционной.

Задача 48.

Беременная поступила с жалобами на ноющие боли внизу живота и поясничной области. Регулярной родовой деятельности нет. Сроки беременности 39-40 недель. Положение плода продольное, спинка слева, кпереди. Предлежащая головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту, слева, ниже пупка. Влагалищное исследование - шейка отклонена кзади, плотная; цервикальный канал до 2,5 см, зев закрыт, головка над 1-й плоскостью.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО ПРИ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Незрелая шейка при доношенной беременности, предвестники родов.

Начать подготовку шейки к родам, снять болевой синдром.

Задача 49.

Поступила первобеременная со сроком беременности 34 недели. Жалобы на головные боли, мелькание мушек перед глазами, боли в эпигастральной области; на ногах – выраженные отеки. АД=160/100, 170/120. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 150 ударов в минуту. Влагалищное исследование - шейка отклонена кзади, плотная; канал до 2 см, зев закрыт, головка над 1-й плоскостью таза.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Преэклампсия тяжелой степени.

Немедленное родоразрешение путем операции кесарева сечения с продолжением лечения позднего гестоза.

Задача 50.

Поступила беременная на дородовую госпитализацию. Срок беременности 39-40 недель, размеры таза 24-26-28-18, индекс Соловьева 16 см. Положение плода продольное, спинка справа, кпереди; предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Окружность живота 102 см, ВДМ 40 см. Влага-

лищное исследование - шейка центрирована, диффузно размягчена; канал до 1 см, пропускает палец. Предлежащая головка над 1-й плоскостью. Плодный пузырь цел. Con.diagonale 9 см.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ИМЕЕТ МЕСТО? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Общеравномерно суженный таз 1-й степени, при крупном плоде.

Показана операция кесарева сечения в плановом порядке.

Вопросы для собеседования.

Вопрос 1. Каковы патогенетические механизмы, поддерживающие формирование и развитие эндометриозных очагов?

Эталон ответа:

Это гормональный баланс (с гиперэстрогенией) и нарушения в иммунной системе (уменьшение Т-киллеров и подавляющего влияния на эктопические клетки).

Вопрос 2. Как проводится в настоящее время профилактика гонобленнорей?

Эталон ответа:

Это 2-х кратное закладывание за веки новорожденного (и в половую щель девочки) 1% мази тетрациклина, начиная с момента рождения.

Вопрос 3. Какой отдел полового аппарата женщины поражается туберкулезным процессом чаще всего и почему?

Эталон ответа:

В связи с гематогенной инсеминацией чаще всего поражаются маточные трубы; в связи с особенностями их кровообращения: питание конечными отделами двух сосудов (маточной и яичниковой артерии), следовательно, замедленный, встречный, турбулентный кровоток.

Вопрос 4. В чем проявляется и осложнением чего является синдром Киари-Фроммеля?

Эталон ответа:

Основные проявления – галакторея и аменорея, а связан с родами, т.е. является условно отдаленным «послеродовым» осложнением. Эти же проявления у нерожавших женщин называются «синдром аменореи-галактореи».

Вопрос 5. Какое осложнение может возникнуть при частых (в т.ч. необоснованных) выскабливаниях полости матки и сопутствующих этому эндометритах?

Эталон ответа:

Может возникнуть маточная аменорея, связанная с синехиями в полости матки, повреждением базального слоя эндометрия.

Вопрос 6. Какие вспомогательные репродуктивные технологии Вы можете назвать?

Эталон ответа:

Это инсеминация, ЭКО, ИКСИ, ЗИФТ, ГИФТ.

Вопрос 7. Какие формы патологии шейки матки относятся к более тяжелым, предраковым?

Эталон ответа:

Это дисплазия шейки матки, аденоматозный полип шейки матки, атипическая лейкоплакия.

Вопрос 8. Чем отличаются такая группа методов радикального аппаратного лечения патологии шейки матки как лазерная вапуоризация, криодеструкция и аргоновая абляция от радио-, электро- и хирургической конизации шейки матки?

Эталон ответа:

Эти две группы лечебных мероприятий отличаются тем, что при 1-й группе мы не получаем материал для гистоанализа, а при 2-й – получаем (что очень важно при предраках, старшем возрасте, сомнительных результатах предшествующей биопсии).

Вопрос 9. Типичное осложнение хорионэпителиомы?

Эталон ответа:

Это раннее и быстрое формирование отдаленных метастазов в легкие, мозг и т.д. Эту опухоль даже называют «опухоль метастазов».

Вопрос 10. Самое эффективное на данный момент времени лечение опущений и выпадений стенок влагалища?

Эталон ответа:

Сейчас во всем мире – это применение сетчатых протезов, следующая по эффективности – влагалищная экстирпация матки.

Вопрос 11. В чем заключается профилактика изосерологической несовместимости матери и плода по резус-фактору до беременности?

Эталон ответа:

До беременности – это профилактика первого аборта у нерожавших Rh (-) женщин, соблюдение интервала между родами в 3-4 года у рожавших.

Вопрос 12. Какая профилактика гемолитической болезни новорожденного осуществляется во время беременности у Rh(-) женщины при Rh(+) у отца?

Эталон ответа:

Это введение антирезусиммуноглобулина Д в сроках 28 и (при необходимости повторного введения) в 32 недели; условие – отсутствие антител в крови матери накануне введения.

Вопрос 13. Какое осложнение для плода возникает при изосерологической несовместимости по Rh фактору?

Эталон ответа:

Этим осложнением является гемолитическая болезнь плода и новорожденного в анемической, желтушной и отечной формах.

Вопрос 14. К каким осложнениям приводит пиелонефрит при беременности (гестационный или обострение хронического)?

Эталон ответа:

Типичными осложнениями являются сочетанный гестоз, гипоксия плода, задержка его развития, недонашивание беременности и внутриутробное инфицирование плода.

Вопрос 15. Какие методы коррекции дискоординации родовой деятельности являются эффективными, а какие – противопоказаны?

Эталон ответа:

Эффективное лечение дискоординации – это спазмолитики и рациональное обезболивание; противопоказанной является родостимуляция.

Задания на дополнения:

Задание 1. Инструкция. Вместо прочерка впишите одно слово.

Вульвовагинит в детском возрасте часто осложняется _____

Эталон ответа: синехиями.

Задание 2. Инструкция. Вместо прочерка впишите 3 слова.

Бессимптомная миома матки подлежит оперативному лечению в случае _____

Эталон ответа: достижения больших размеров.

Задание 3. Инструкция. Вместо прочерка впишите 3 слова.

Самыми тяжелыми, осложненными формами гонорейного процесса в женском организме являются _____

Эталон ответа: пельвеоперитонит, гонорейный сепсис.

Задание 4. Инструкция. Вместо прочерка впишите 2 слова.

Туберкулезная палочка попадает в половые пути женщины _____ путем.

Эталон ответа: гематогенным, лимфогенным.

Задание 5. Инструкция. Вместо прочерка впишите 2 слова.

При проведении ВРТ – ЗИФТ (перемещение зиготы в фаллопиевы трубы) и ГИФТ (перемещение гамет в фаллопиевы трубы) возможно осложнение в виде _____.

Эталон ответа: трубной беременности

Задание 6. Инструкция. Вместо прочерка впишите 1 слово.

_____ тип строения плаценты, характерный для человека, приводит к неизбежной кровопотере в родах и возможности интра- и постнатальных кровотечений.

Эталон ответа: гемохориальный.

Задание 7. Инструкция. Вместо прочерка впишите 2 слова.

Наиболее эффективной и распространенной контрацепцией в настоящее время являются _____

Эталон ответа: гормональные контрацептивы.

Задание 8. Инструкция. Вместо прочерка впишите 1 слово.

_____ форма гемолитической болезни плода и новорожденного некурабельна, несовместима с жизнью.

Эталон ответа: отечная.

Задание 9. Инструкция. Вместо прочерка впишите 2 слова.

Наиболее неблагоприятным по исходам родов для плода из тазовых предлежаний является _____

Эталон ответа: полное ножное

Задание 10. Инструкция. Вместо прочерка впишите 1 слово.

Самой тяжелой формой позднего гестоза является _____

Эталон ответа: эклампсия.

ПК-12:

Задания закрытого типа

Тесты

1). Длина плода в 9 см соответствует сроку беременности

1. 3 мес.
2. 4 мес.
3. 5 мес.
4. 6 мес.

Эталон ответа: 1

2). Длина плода, начиная с 24 недель, высчитывается путем умножения числа месяцев

1. на 5
2. на 4
3. на 3
4. на 2

Эталон ответа: 1

3). В 28 недель гестационного возраста длина плода равна

1. 35 см
2. 30 см
3. 24 см
4. 18 см

Эталон ответа: 1

4). В 36 недель гестационного возраста длина плода равна

1. 48 см
2. 45 см
3. 43 см
4. 40 см
5. 35 см

Эталон ответа: 2

5). В 40 недель беременности в среднем длина плода, как правило, составляет

1. 55 см
2. 53 см
3. 50 см
4. 45 см
5. 40 см

Эталон ответа: 3

6). Пик прироста объема циркулирующей крови при нормальной беременности приходится на срок

1. 16-20 недель
2. 22-24 недели
3. 26-36 недель
4. 38-40 недель

Эталон ответа: 3

7). В пищеварительной системе при беременности происходят следующие изменения

1. гипохлоргидрия
2. усиление моторной функции желудка
3. усиление перистальтики кишечника
4. увеличение секреции пепсина

Эталон ответа: 1

8). В период физиологически развивающейся беременности происходят следующие изменения в системе гемостаза

1. гиперкоагуляция
2. гипокоагуляция
3. коагулопатия потребления
4. активизация только сосудисто-тромбоцитарного звена
5. активизация только плазменного звена

Эталон ответа: 1

9). Наиболее частыми осложнениями в I триместре беременности являются все перечисленные, кроме

1. угрозы выкидыша
2. раннего токсикоза
3. анемии
4. гипотонии
5. нефропатии

Эталон ответа: 5

10). В 28 недель беременности плод имеет массу тела

1. 500 г
2. 800 г
3. 1000 г
4. 1400 г
5. 1800 г

Эталон ответа: 3

11). Дифференцировка наружных половых органов у плода происходит в срок гестационного возраста

1. 13-20 недель
2. 21-26 недель
3. 27-34 недели
4. 35-40 недель

Эталон ответа: 1

12). Генотип совпадает с фенотипом

1. всегда
2. не всегда
3. только на ранних стадиях развития
4. только после рождения

Эталон ответа: 2

13). Максимальное растяжение матки происходит при сроке беременности

1. 20-26 недель
2. 27-30 недель
3. 31-36 недель
4. 37-39 недель
5. 40 недель

Эталон ответа: 3

14). Высота дна матки в 32 недели беременности составляет

1. 25 см
2. 30 см
3. 35 см
4. 40 см

Эталон ответа: 2

15). Балльная оценка степени "зрелости" шейки матки предусматривает оценку всех следующих признаков, кроме

1. симптома "зрачка"
2. консистенции влагалищной части шейки матки
3. длины шейки
4. проходимости шейечного канала

Эталон ответа: 1

16). Для "зрелой" шейки матки характерно все перечисленное, кроме

1. размягчения шейки
2. открытия шейечного канала на 2-3 см
3. расположения наружного зева на уровне спинальных линий
4. плотности внутреннего зева

Эталон ответа: 4

17). Запоздалое созревание плаценты может приводить

1. к перенашиванию беременности
2. к преждевременной отслойке плаценты
3. к незрелости плода
4. 1 и 2
5. 3 и 4

Эталон ответа: 1

18). Визуальными признаками полного отделения плаценты в родах являются все перечисленные, кроме

1. изменения контуров и смещения дна матки
2. опускания отрезка пуповины
3. отсутствия втягивания пуповины при глубоком вдохе роженицы

4. прекращения пульсации пуповины
5. усиления кровотечения из половых путей

Эталон ответа: 5

19). Оптимальная продолжительность родов у первородящей, как правило, составляет

1. 2-4 ч
2. 5-7 ч
3. 8-10 ч
4. 12-14 ч
5. верно 1

Эталон ответа: 3

20). Оптимальная продолжительность родов у повторнородящей, как правило, составляет

1. 3-5 ч
2. 5-7 ч
3. 6-8 ч
4. 10-12 ч
5. верно 1

Эталон ответа: 3

21). При нарушении сократительной деятельности матки в родах миометральный кровоток

1. возрастает
2. снижается
3. не изменяется
4. временно прекращается
5. увеличивается в одних участках матки, уменьшается в других

Эталон ответа: 2

22). Нормальный подготовительный период характеризуется всем перечисленным, кроме

1. болезненности
2. формирования в ЦНС доминанты родов
3. увеличения уровня эстрогенов (эстриола), обеспечивающих биологическую готовность организма к родам
4. повышения тонуса симпатико-адреналовой системы
5. увеличения амплитуды сокращений матки

Эталон ответа: 1

23). Физиологической кровопотерей в родах считается кровопотеря

1. до 400 мл
2. до 500 мл
3. до 600 мл
4. до 800 мл

Эталон ответа: 1

24). Готовность фетоплацентарной системы к родам заключается

1. в усилении надпочечниками плода продукции кортизола
2. в повышении продукции тиреотропного гормона у плода
3. в снижении выработки прогестерона тканями плаценты
4. в усиленной продукции гистамина тканями плаценты
5. верно 2 и 3

Эталон ответа: 1

25). Масса тела плода в третьем триместре беременности характеризуется следующей закономерностью

1. удваивается каждые 4 недели

2. удваивается каждые 6 недель
3. утраивается каждые 5 недель
4. верно 1
5. верно 3

Эталон ответа: 2

Задания открытого типа

Ситуационные задачи

Задача 1.

В женскую консультацию обратилась повторнобеременная при сроке беременности 25-26 нед с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, появившиеся утром после сна. В анамнезе одни роды и два медицинских аборта. При наружном осмотре установлено, что размеры матки соответствуют сроку беременности, матка не возбудима при пальпации. Плод в тазовом предлежании, сердцебиение плода ясное, ритмичное. Кровянистые выделения из половых путей скудные.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ? ЛЕЧЕНИЕ?

Эталон ответа.

Беременность 25-26 нед. Предлежание плаценты?

Госпитализация в отделение патологии беременных, где будет произведен осмотр шейки матки при помощи зеркал. УЗИ.

Лечение - токолитическое, гемостатическое, антианемическое.

Задача 2.

В родильный дом поступила роженица с доношенной беременностью. Регулярная родовая деятельность в течение 3 ч. Предъявляет жалобы на кровянистые выделения из половых путей. Кровопотеря около 150 мл. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Частота сердечных сокращений плода 140-150 уд/мин. В условиях развернутой операционной произведено влагалищное исследование: шейка матки сглажена, края тонкие, открытие маточного зева 4-5 см. Плодный пузырь цел, головка плода прижата ко входу в малый таз, справа и спереди пальпируется нижний край плаценты, выделения кровяные, умеренные.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Беременность 40 нед. Первый период родов. Боковое предлежание плаценты. Кровотечение.

Амниотомия. При прекращении кровотечения роды вести консервативно, под контролем состояния плода и характера кровяных выделений из половых путей. При продолжении кровотечения - чревосечение, кесарево сечение.

Задача 3.

Первородящая 26 лет. Поступила в родильный дом с доношенной беременностью в связи с умеренными кровянистыми выделениями из половых путей. Схватки слабые, короткие. Тазовый конец плода определяется над входом в малый таз. При влагалищном исследовании: шейка матки укорочена, размягчена, канал шейки матки свободно пропускает один палец; за внутренним зевом определяется ткань плаценты.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Беременность 40 нед. Полное предлежание плаценты.

Чревосечение. Кесарево сечение.

Задача 4.

У роженицы со сроком беременности 36 нед, при полностью сглаженной шейке матки, открытии 4 см и целом плодном пузыре начались умеренные кровяные выделения. Слева, у края маточного зева определяется плацентарная ткань. Плодный пузырь «наливается» во

время схватки. Головка плода прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту.

ДИАГНОЗ? КАКОЙ ИЗ ВАРИАНТОВ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ИМЕЕТ МЕСТО? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Беременность 36 нед, I период родов, краевое предлежание плаценты.

Амниотомия. Роды вести через естественные родовые пути под контролем за состоянием плода и характером выделений из половых путей, при усилении кровяных выделений - кесарево сечение.

Задача 5.

Поступила первородящая 26 лет в сроке беременности 30 недель с обильными кровянистыми выделениями из половых путей; положение плода продольное, 1 позиция, передний вид; сердцебиение плода до 130 ударов в минуту; на УЗИ – полное предлежание плаценты.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА?

Эталон ответа:

Беременность 30 недель. Полное предлежание плаценты. Обильное кровотечение. Экстренное оперативное родоразрешение.

Задача 6.

Поступила повторнородящая 28 лет в сроке беременности 32 недели с незначительными кровянистыми выделениями из половых путей. Положение плода продольное, 2-я позиция, передний вид. Предлежащая часть - головка, над входом в малый таз; сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Анализы крови: Hb=120 г/л, АД=110/70, на УЗИ - полное предлежание плаценты.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО ПРИ ПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ В 32 НЕДЕЛИ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Незначительное кровотечение.

Возможно пролонгирование беременности на койке патологии, назначение гемостатиков (транексам).

Задача 7

Поступила первородящая 26 лет в сроке беременности 30 недель с обильными кровянистыми выделениями из половых путей; положение плода продольное, 1 позиция, передний вид, головка высоко над входом в малый таз; сердцебиение плода до 130 ударов в минуту. При влагалищном исследовании с развернутой операционной – зев закрыт, при пальпации через своды – губчатая ткань.

ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ? ДЕЙСТВИЯ ВРАЧА?

Эталон ответа:

Полное предлежание плаценты.

После подтверждения диагноза на УЗИ показано кесарево сечение в экстренном порядке.

Задача 8

Поступила повторнородящая 28 лет в сроке беременности 32 недели с незначительными кровянистыми выделениями из половых путей. Положение плода продольное, 2-я позиция, передний вид. Предлежащая часть - головка, над входом в малый таз; сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в минуту. Анализ крови: Hb=120 г/л, АД=110/70, на УЗИ - полное предлежание плаценты.

КАКОВА ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ТАКОМ ДИАГНОЗЕ?

Эталон ответа:

В связи с недоношенным сроком беременности и незначительными кровянистыми выделениями возможна пролонгация беременности. Показан тщательный мониторинг состояния плода, контроль анализа крови, гемодинамики беременной, выделений из половых путей, гемостатическая терапия.

Задача 9.

Родильница В., 27 лет, родила 15 минут назад здорового доношенного мальчика, весом 3450 г. В анамнезе 2 медицинских аборта. Соматически здорова. Признаки отделения последа отсутствуют, из половых путей умеренные кровянистые выделения. Кровопотеря 180 мл. А/Д 115/75, 115/70 мм ртутного столба, пульс 76 ударов в 1 минуту. Через 15 минут кровотечение продолжается в прежнем темпе. Признаков отделения последа нет. Кровопотеря 320 мл.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА?

Эталон ответа:

Роды 1-е в срок, 3-й период родов. Плотное прикрепление плаценты.

Ручной контроль полости матки. Ручное отделение плаценты и выделение последа.

Задача 10.

У родильницы О.1-е роды. В анамнезе метроэндометрит после медицинского аборта. После рождения здоровой доношенной девочки признаки отделения последа отсутствовали в течение 30 минут. Врач попытался произвести ручное отделение последа, установил тесную связь части плаценты со стенкой матки, вследствие чего усилилось кровотечение, кровопотеря составила 480 мл. А/Д 100/60, 110/70 мм рт ст., пульс 98 ударов в 1 минуту.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА?

Эталон ответа:

Роды 1-е в срок, 3-й период родов. Частичное вращение плаценты.

Лапаротомия. Удаление плаценты, метропластика на фоне турникета или перевязки сосудов (маточных, яичниковых, возможно – подвздошных).

Задача 11.

На учете по беременности женщина 30 лет, в анамнезе 2 родов, которые завершились операцией кесарева сечения. При очередном посещении женской консультации выполнено УЗИ, которое выявило вращение плаценты в рубец после КС в нижнем сегменте матки с формированием «аневризмы матки» на всем протяжении рубца, срок беременности 34 недели.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА?

Эталон ответа:

Беременность 3-я, 34 недели. Рубец на матке. Полное вращение плаценты.

Плановая госпитализация в 36-37 недель; лапаротомия, кесарево сечение донное; иссечение аневризмы матки, удаление плаценты, метропластика нижнего сегмента матки (на фоне перевязки сосудов); при отсутствии возможности – окклюзии сосудов и метропластики – необходимо выполнить гистерэктомию.

Задача 12.

В сроке беременности 29-30 недель у беременной отмечались кровянистые выделения из половых путей. При УЗИ и МРТ выявлена placenta percreta. В анамнезе 3 кесарева сечения без осложнений.

КАКОВА ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ДАННОЙ ПАТОЛОГИИ?

Эталон ответа:

Показана госпитализация в стационар 3 уровня, проведение клинико-лабораторного обследования, определение состояния плода. Решение вопроса о сроках и месте оперативного родоразрешения, включение в операционную бригаду, наряду с акушером-гинекологом, сосудистого хирурга, уролога. Использование аппарата для аутоотрансфузии крови Cell Saver.

Задача 13.

После рождения новорожденного прошло 10 минут, одномоментно выделилось 700 мл крови со сгустками, состояние роженицы резко ухудшилось. Кожные покровы и видимые

слизистые бледные. АД=80/40 мм рт. ст., ЧСС=100 ударов в минуту. Кровотечение продолжается. Признаки отделившегося последа отрицательные.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА?

Эталон ответа:

Это частичное интимное прикрепление плаценты или частичное вращение плаценты.

Одномоментно – восполнить ОЦК кристаллоидами и коллоидами, обезболивание, ручное отделение плаценты и выделение последа, утеротоники, гемостатическая терапия. При невозможности отделения плаценты (вращение) – прекратить манипуляцию, взять анализ крови, показатели гемостаза, перевести в операционную. После лапаротомии и перевязки сосудов или наложения турникета осуществить метропластику.

Задача 14.

В родильный дом бригадой скорой помощи доставлена беременная, предъявляющая жалобы на головную боль и боли в эпигастральной области. Пульс 100 ударов в 1 мин, отеки лица, живота, ног. Размеры матки соответствуют сроку доношенной беременности, матка в постоянном тонусе, болезненная, сердцебиение плода глухое.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Беременность 39-40 нед. Преэклампсия. Преждевременная отслойка плаценты. Острая гипоксия плода.

ИВЛ, экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения. Интенсивная терапия гестоза: инфузионная, гипотензивная терапия.

Задача 15.

У роженицы роды продолжаются около 10 ч. Околоплодные воды не изливались. Внезапно пациентка побледнела, появились сильные распирающие боли в животе, матка в постоянном тонусе. Сердцебиение плода 100-110 уд/мин. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, плодный пузырь цел, напряжен, предлежащая головка в узкой части полости малого таза.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА?

Эталон ответа:

Беременность 39-40 нед. Головное предлежание. II период родов. Преждевременная отслойка плаценты. Острая гипоксия плода.

Вскрытие плодного пузыря. Наложение полостных акушерских щипцов.

Задача 16.

В родильный дом доставлена беременная, предъявляющая жалобы на боли в животе, кровянистые выделения из половых путей. Срок беременности 35-36 нед. Беременность протекала с явлениями гестоза.

Общее состояние средней тяжести, пульс 90 уд/мин., АД 130/90 - 140/90 мм рт. ст. Матка увеличена соответственно сроку беременности, напряжена. Сердцебиение плода 160-170 уд/мин, глухое. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, из половых путей умеренные кровянистые выделения, головка плода слегка прижата ко входу в малый таз.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Беременность 35-36 нед. Головное предлежание. Гестоз. Преждевременная отслойка плаценты. Острая гипоксия плода.

Экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Задача 17.

У первобеременной на фоне отеков, артериального давления 140/90 мм. рт.ст, во время потуг появились боли в животе, слабость, головокружение, кровяные выделения из половых путей. Пульс участился до 100 ударов в минуту, артериальное давление 100/60 мм. рт.ст. Матка напряжена, болезненная при пальпации, больше справа, между потугами не расслабляется. Головка плода в полости малого таза. Сердцебиение плода - около 100 ударов в минуту. Влагалищное исследование: открытие шейки матки полное, плодного

пузыря нет, головка плода в узкой части малого таза. Малый родничок слева, спереди и ниже большого.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Беременность 40 нед. Затылочное вставление. Первая позиция. Передний вид. Второй период родов. Гестоз. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Операция наложения полостных акушерских щипцов, ручное отделение и выделение последа.

Задача 18.

Первая беременность, роды в срок. Регулярная родовая деятельность продолжается 3 часа. Таз нормальный. Симптомы гестоза. Внезапно появились боли в животе, обморочное состояние, падение артериального давления. Матка плотная, не расслабляется. По правому ребру резкая болезненность матки. Сердцебиение плода прекратилось. При влагалищном исследовании: шейка матки пропускает один палец, плодный пузырь цел. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз, незначительные кровяные выделения.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Беременность 40 нед. Головное предлежание. 1 период родов. Гестоз. Отслойка нормально расположенной плаценты. Интранатальная гибель плода.

Чревосечение. Кесарево сечение. Инфузионно-трансфузионная терапия.

Задача 19.

Первые срочные роды, крупным плодом (масса 4300,0).

Третий период родов продолжается 10 мин. Признаков отделения плаценты нет. Кровопотеря достигла 250 мл, кровотечение продолжается.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

III период первых срочных родов крупным плодом. Частичное плотное прикрепление плаценты. Кровотечение.

Ручное отделение плаценты и выделение последа.

Задача 20.

Срочные роды. В анамнезе четыре искусственных аборта, последний осложнился метроэндометритом, лечилась в стационаре. Родилась доношенная девочка весом 4100,0, длина 53 см. Моча выделена катетером. Через 10 минут после рождения плода началось кровотечение из половых путей. Признаков отделения плаценты нет. Выделилось 250 мл крови, кровотечение продолжается.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

III период первых срочных родов крупным плодом. Частичное плотное прикрепление плаценты. Кровотечение.

Ручное отделение и выделение последа, инфузионная терапия, утеротоническая терапия.

Задача 21.

Роды III, в срок. В анамнезе диатермокоагуляция по поводу эктопии шейки матки, два искусственных аборта, без осложнений, хроническое воспаление придатков матки. Общее состояние удовлетворительное. АД 120/80, пульс 80 в минуту, ритмичный. Матка плотная, на уровне пупка. Сразу после рождения плода из половых путей появились кровяные выделения. Кровопотеря достигла 300 мл, кровотечение продолжается. Признаков отделения плаценты нет. Проба Ли-Уайта 5'10".

ДИАГНОЗ? С КАКИМИ СОСТОЯНИЯМИ НУЖНО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ? КАКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ НЕОБХОДИМЫ?

Эталон ответа:

III период родов. Частичное плотное прикрепление плаценты. Кровотечение.

Разрыв шейки матки, разрыв матки.

Ручное отделение плаценты и выделение последа. Контрольное ручное обследование стенок полости матки, осмотр шейки матки и стенок влагалища с помощью зеркал.

Задача 22.

Прошло 30 минут после рождения плода. Признаков отделения плаценты и кровотечения нет. Состояние роженицы удовлетворительное.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Плотное прикрепление или истинное приращение плаценты.

Попытка ручного отделения плаценты и выделения последа. При обнаружении истинного вращения плаценты – лапаротомия и метропластика после перевязки подвздошных сосудов или наложения турникета, либо – удаление матки.

Задача 23.

Последовый период, через 10 мин после рождения плода появились кровянистые выделения из матки в достаточном количестве. Признак Кюстнера-Чукалова отрицательный.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Частичное плотное прикрепление плаценты.

Показано ручное отделение плаценты, выделение последа, контроль полости матки (с обязательным обезболиванием).

Задача 24.

Последовый период, через 10 минут появились кровянистые выделения из родовых путей. Признак Кюстнера-Чукалова положительный.

КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА ВОЗНИКЛО? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Задержка отделившейся плаценты в полости матки.

Необходимо выделение последа наружными приемами (Абуладзе, Креде).

Задача 25.

После рождения новорожденного прошло 30 минут, состояние роженицы удовлетворительное. АД=115/70, ЧСС=72 ударов в минуту. Кровотечения нет. Признак Кюстнера-Чукалова отрицательный.

КАКАЯ ПАТОЛОГИЯ В III ПЕРИОДЕ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Полное плотное прикрепление плаценты.

Производится ручное отделение плаценты, удаление последа (с обезболиванием).

Задача 26.

Повторнородящая с доношенной беременностью поступила в потужном периоде. В анамнезе трое родов (все закончились ручным отделением плаценты), 2 аборта, осложненных эндометритом. После рождения ребенка прошло 30 минут, состояние женщины удовлетворительное; жалоб, кровотечений нет. Признак Кюстнера-Чукалова отрицательный.

КАКАЯ ПАТОЛОГИЯ В III ПЕРИОДЕ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Полное плотное прикрепление плаценты. Учитывая ОАА (отягощенный акушерский анамнез) - возможно имеется истинное приращение плаценты.

Необходимо провести попытку ручного отделения плаценты при развернутой операционной

Задача 27.

Послеродовый период, через 10 минут после рождения плода удлинился наружный отрезок пуповины, изменилась форма матки. Наружного кровотечения нет.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Физиологическое течение родов, плацента отделилась.
Роженице предлагают потужиться для рождения последа.

Задача 28.

После рождения новорожденного прошло 30 минут, состояние роженицы удовлетворительное. АД=115/70, ЧСС=72 ударов в минуту. Кровотечения нет. Признаки отделения плаценты отрицательные.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Имеет место полное плотное прикрепление или истинное вращение плаценты.

Показано проведение операции: ручное отделение плаценты и выделение последа, при невозможности отделения (вращение) – оперативное лечение.

Задача 29.

Повторнородящая с доношенной беременностью поступила в потужном периоде. В анамнезе трое родов (все закончились ручным отделением плаценты), 2 аборта, осложненных эндометритом. После рождения ребенка прошло 30 минут, состояние женщины удовлетворительное; жалоб, кровотечений нет. Признаки отделения плаценты (Шредера, Альфельда, Кюстнера-Чукалова) - отрицательные.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Имеет место полное плотное прикрепление или истинное вращение плаценты.

Показано проведение операции: ручное отделение плаценты и выделение последа, при невозможности отделения (вращение) – оперативное лечение.

Задача 30.

Последовый период, через 10 мин после рождения плода появились кровянистые выделения из матки 200 мл. Признак Кюстнера-Чукалова положительный.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Имеет место задержка (ущемление) отделившегося последа.

Показано использование приемов выделения отделившегося последа (приемы Абуладзе, Гентера, Креде-Лазаревича).

Задача 31.

Последовый период, через 10 мин после рождения плода удлинился наружный отрезок пуповины, изменилась форма матки. Наружного кровотечения нет.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Отделение последа по типу ретроплацентарной гематомы, без наружного кровотечения.

Во избежание ущемления роженице предлагают потужиться для рождения последа.

Задача 32.

Первобеременная, 25 лет, поступила в роддом при сроке беременности 40 недель с регулярной родовой деятельностью. Положение плода продольное, головное предлежание. Сердцебиение плода 132 уд/мин, слева ниже пупка. Второй период родов продолжался 35 мин. Родилась живая доношенная девочка, массой 4300 г. Сразу после рождения ребенка началось струйное кровотечение алой кровью. Имеются признаки отделения плаценты.

ДИАГНОЗ? ТАКТИКА ВРАЧА?

Эталон ответа:

Роды I в сроке 40 нед. беременности, крупный плод, последовый период. Кровотечение в последовом периоде, задержка отделившейся плаценты, травма мягких тканей родовых путей?

Применение методов выделения последа и инфузионная терапия в зависимости от степени кровопотери. Ревизия родовых путей при помощи зеркал. Ушивание разрывов мягких тканей родовых путей.

Задача 33.

У родильницы 28 лет с преждевременным излитием вод возникла упорная слабость родовой деятельности. Применена активация родовой деятельности, наступила интранатальная гибель плода. Через 10 минут после рождения мертвого плода самостоятельно отделилась плацента - цела, оболочки все. Матка сократилась, плотная, кровопотеря в течение 10 минут достигла 800 мл, продолжается. Предприняты меры - ручное обследование стенок полости матки, бережный дозированный наружно-внутренний массаж матки, сокращающие матку средства - эффекта не дали, кровотечение продолжается. Кровь, вытекающая из половых путей, не свёртывается.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Диагноз. Ранний послеродовый период. Синдром ДВС крови. Кровотечение.

План ведения. Введение плазмы, ингибиторов фибринолиза. Чревосечение. Перевязка маточных артерий, внутренних подвздошных артерий. Удаление матки?

Задача 34.

У родильницы после родов переносимым плодом в раннем послеродовом периоде возникло гипотоническое кровотечение. После принятых мер кровотечение прекратилось, матка плотная, общая кровопотеря достигла 1000 мл. Состояние родильницы средней тяжести, кожные покровы бледные, пульс 112 уд. в мин., слабого наполнения. АД 80/50. Проба Ли-Уайта 8 мин.

ДИАГНОЗ? ВАША ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА?

Эталон ответа:

Ранний послеродовый период. Геморрагический шок.

Клинический, биохимический анализ крови, коагулограмма. Лечение шока: инфузионно-трансфузионная терапия; продолжить капельное введение окситоцина.

Задача 35.

Роды двойней, в срок. Сразу после рождения последа началось обильное кровотечение, в/в введен окситоцин, после чего матка сокращается, но затем опять расслабляется.

Кровотечение продолжается. Кровопотеря достигла 1000 мл. Родильница побледнела. АД 90/50, пульс 100 уд в мин.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ? СОСТАВ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ?

Эталон ответа:

Ранний послеродовый период. Гипотоническое кровотечение. Геморрагический шок.

Ручное обследование стенок полости матки. Бережный дозированный наружно-внутренний массаж матки, введение плазмы и ингибиторов фибринолиза, кристаллоидных и коллоидных растворов. При отсутствии эффекта чревосечение, перевязка внутренних подвздошных артерий, гемостатические швы на матку; при неэффективности - удаление матки.

Задача 36.

Роженице 28 лет, поступила с начавшейся родовой деятельностью, роды первые в срок. Через 5 часов родился живой доношенный мальчик массой 3100 г, через 20 минут родился второй мальчик массой 3000 г, в момент прорезывания головки второго плода в/в введен окситоцин. Сразу после рождения плода моча выпущена через катетер.

Послед выделился через 10 минут, сразу после рождения последа выделилось 250 мл. крови, кровотечение продолжается.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Первые срочные роды, двойня. Ранний послеродовый период. Кровотечение.

Утеротоническая терапия. Ручное обследование стенок полости матки, осмотр родовых путей при помощи зеркал.

Задача 37.

Беременная 32 лет, поступила в роддом с доношенной беременностью и начавшейся родовой деятельностью. Роды четвертые, трое предыдущих закончились рождением живых доношенных детей. Третьи роды осложнились кровотечением в последовом периоде, было произведено ручное отделение и выделение последа ввиду плотного прикрепления плаценты. Спустя 4 часа от момента поступления произошли роды живой девочкой массой 4200, дл. 52 см. В третьем периоде была произведена профилактика кровотечения окситоцином. Через 3 минуты отделилась плацента и выделился послед, цел. Оболочки все, матка хорошо сократилась, плотная. Кровопотеря 250 мл. Через 10 минут из половых путей выделилось еще 150 мл крови со сгустками. Матка расслабляется. Кровотечение продолжается.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Четвертые срочные роды, крупный плод. Ранний послеродовый период. Гипотоническое кровотечение

Катетеризация мочевого пузыря, ручное обследование стенок полости матки, наружно-внутренний дозированный массаж матки. Осмотр родовых путей при помощи зеркал. Внутривенное введение окситоцина. При отсутствии эффекта - оперативный этап.

Задача 38.

Через 15 минут после рождения последа из половых путей появились обильные кровяные выделения, кровопотеря одномоментно достигла 500,0 мл и продолжается. Матка при наружном массаже дряблая, слабость, бледность родильницы. Пульс 100 ударов в минуту. АД 90/60 мм рт.ст.

ДИАГНОЗ? ЭКСТРЕННЫЕ МЕРЫ?

Эталон ответа:

Атоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде.

На I этапе: ручной контроль полости матки с наружно-внутренним массажем, в/в введение утеротоников, ГЭКов и простагландинов per rectum.

Задача 39.

Беременная 32 лет, беременность доношенная. В анамнезе 1 роды, масса ребенка 4200, три аборта, последний осложнился кровотечением и повторным выскабливанием стенок полости матки. Настоящая беременность - четвертая. Окружность живота 110 см, высота дна матки 40 см. Головка прижата ко входу в таз.

ДИАГНОЗ? КАКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВОЗМОЖНЫ В РОДАХ? КАКИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ВЫ ПРОВЕДЕТЕ?

Эталон ответа:

Беременность 40 нед. Головное предлежание Крупный плод. Отягощенный акушерский анамнез.

Возможны: клинически узкий таз, разрыв матки, кровотечение в последовом и раннем послеродовом периодах, родовой травматизм плода.

Ведение родов с функциональной оценкой таза, сократительной активности матки, профилактика кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах. Своевременный переход к оперативному родоразрешению при возникших осложнениях.

Задача 40.

МногOROжавшая, 40 лет. В анамнезе 13 беременностей, 9 родов, 2 искусственных аборта, 2 самопроизвольных аборта в сроке 8 и 12 нед, с выскабливанием. Данная беременность 14-я, своевременные роды. В начале второго периода родов появились умеренные кровянистые выделения из половых путей, внезапно ухудшилось общее состояние, появился холодный пот, АД 80/60, пульс 100 ударов в минуту. Контуры матки нечеткие. Через переднюю брюшную стенку пальпируются части плода, сердцебиение плода не выслушивается.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

Эталон ответа:

Беременность 40 нед. II период родов. Отягощенный акушерский анамнез. Полный разрыв матки. Интранатальная гибель плода. Травматический и геморрагический шок.

Наркоз. Чревосечение. Извлечение плода. Удаление или ушивание матки. Инфузионная терапия

Вопросы для собеседования

Вопрос 1. Что такое предлежание плаценты, как часто встречается?

Эталон ответа:

Предлежание плаценты – расположение плаценты в нижнем маточном сегменте в области внутреннего зева или не выше, чем на 3 см от него. Встречается в одном случае на 250 беременных.

Вопрос 2. Какие варианты предлежания плаценты существуют?

Эталон ответа:

По одной из классификаций это полное (или центральное) предлежание, когда внутренний зев перекрыт полностью или неполное – внутренний зев перекрыт частично или плацента касается зева своим краем.

Вопрос 3. Что можно отнести к причинам предлежания плаценты?

Эталон ответа:

Это дистрофические изменения в матке на фоне воспалительных заболеваний, абортов, многократных родов, рубца на матке, гипотрофии эндометрия; наличие миоматозных узлов.

Вопрос 4. Какие кровотечения характерны для предлежания плаценты во время беременности, до родов? Какова их частота?

Эталон ответа:

Эти кровотечения повторяющиеся, появляющиеся спонтанно, безболезненные, ничем не спровоцированные. Объем кровопотери разный, зависит от степени предлежания. Кровь алая, материнского происхождения, ретроплацентарной гематомы нет. Частота таких кровотечений достигает 80%.

Вопрос 5. Какой метод диагностики предлежания плаценты является ведущим?

Эталон ответа:

Ведущим методом является УЗИ (трансвагинально и трансабдоминально).

Вопрос 6. При каких условиях допустимо внутреннее, пальцевое исследование при подозрении на предлежание плаценты?

Эталон ответа:

Такая манипуляция допустима только при развернутой операционной и готовности бригады, т.к. может сопровождаться резким усилением кровотечения.

Вопрос 7. Возможно ли родоразрешение через естественные родовые пути при предлежании плаценты?

Эталон ответа:

Такой исход возможен только при небольшой кровопотере (менее 250 мл), неполном предлежании плаценты и достаточной степени открытия шейки матки (5-6 см). что дает возможность сделать амниотомию.

Вопрос 8. Когда операция кесарево сечение выполняется при предлежании плаценты в обязательном порядке?

Эталон ответа:

Операция экстренно выполняется при массивном кровотечении независимо от срока беременности, вида предлежания, состояния плода (живой, мертвый, глубоконеодошен-

ный) и при полном предлежании в конце беременности планово, независимо от отсутствия кровотечения.

Вопрос 9. Что такое вращение плаценты?

Эталон ответа:

Это инвазия трофобласта в базальную оболочку, миометрий, периметрий, окружающие органы.

Вопрос 10. Можно ли заподозрить вращение плаценты по клиническим проявлениям во время беременности?

Эталон ответа:

Настораживающими моментами могут стать: тазовые боли, примесь крови в моче и кале, запоры (особенно у женщин, имеющих рубец на матке после предыдущего кесарева сечения).

Вопрос 11. Что на современном этапе считается информативным и рациональным в диагностике вращения?

Эталон ответа:

Это УЗИ тазовых органов, ЦДК - цветное доплеровское картирование, МРТ – пельвео-метрия и уровень АФП (альфа-фетопротеин).

Вопрос 12. Что можно отнести к основным причинам приращения тканей плаценты?

Эталон ответа:

Это рубцовые изменения маточной стенки (после операции и инвазивных манипуляций), заболевания матки (метроэндометриты разной этиологии, синдром Ашермана, деформация полости подслизистой миомой), высокая протеолитическая активность хориона.

Вопрос 13. По каким критериям осуществляется классификация вращения плаценты?

Эталон ответа:

Оценка варианта этой патологии осуществляется по площади аномального прикрепления (полное или частичное) и по глубине врастания в матку (плотное прикрепление, приращение к мышечному слою; вращение в миометрий, прорастание сквозь миометрий вплоть до серозы или сквозь нее).

Вопрос 14. Что характерно для частичного плотного прикрепления или вращения плаценты?

Эталон ответа:

Основной симптом - кровотечения в послеродовом периоде разной интенсивности.

Вопрос 15. Какова тактика врача при кровотечении в III периоде родов?

Эталон ответа:

Осуществляется попытка ручного отделения плаценты. При плотном прикреплении это удается и производится выделение последа. При истинном приращении попытка отделения не удается, необходимо переходить к оперативному лечению.

Вопрос 16. Какова тактика при антенатальной диагностике вращения плаценты?

Эталон ответа:

При антенатальной диагностике патологии естественные роды противопоказаны, операция выполняется планово в 37-39 недель в объеме донного кесарева сечения с последующей метропластикой либо гистеротомией.

Вопрос 17. Существуют ли органосохраняющие вмешательства при вращениях плаценты?

Эталон ответа:

Позволяет сохранить матку проведение донного кесарева сечения с последующей метропластикой. Возможность метропластики обеспечивается наложением турникета; перевязкой маточных, яичниковых, подвздошных сосудов или эмболизацией, баллонной временной окклюзией маточных артерий.

Вопрос 18. В какие сроки ставится диагноз ПОНРП?

Эталон ответа:

Это частичное или полное отделение нормально расположенной плаценты от стенок матки до рождения плода (во время беременности или в родах).

Вопрос 19. Какова классификация ПОНРП?

Эталон ответа:

В зависимости от площади отслойки бывает частичная (прогрессирующая и не прогрессирующая) и полная.

Вопрос 20. Какие типы кровотечений возможны при ПОНРП?

Эталон ответа:

Это наружное кровотечение (отслаивается край плаценты); ретроплацентарное кровотечение, скрытое (между стенкой матки и плацентой); смешанное кровотечение.

Вопрос 21. Когда возможна пролонгация беременности при ПОНРП?

Эталон ответа:

При недоношенной беременности (до 34-35 недель), легкой степени отслойки, кровопотере не > 250 мл, отсутствии прогрессирования, отсутствии ухудшения в состоянии плода, отсутствии признаков коагулопатии.

Вопрос 22. Какова тактика при обнаружении матки Кювеллера во время лапаротомии?

Эталон ответа:

Если в динамике операции и хирургического гемостаза (по показаниям) матка хорошо сокращается, вопрос о сохранении матки решается консилиумом врачей. При атонии, не поддающейся терапии утеротониками, отсутствии эффекта от хирургического гемостаза, при продолжении кровотечения – производится гистерэктомия.

Вопрос 23. Могут ли привести к нарушениям отделения плаценты и выделения последа неправильные действия врача?

Эталон ответа:

Да, могут, при несвоевременных: попытке выделения последа, массаже матки, потягивании за пуповину; введении больших доз утеротоников.

Вопрос 24. Какова эффективность ручного отделения плаценты и выделения последа при разных формах последовых кровотечений?

Эталон ответа:

При плотном прикреплении (частичном и полном), ущемлении последа можно полностью отделить все доли плаценты и выделить послед. При истинном вращении отделить плаценту невозможно без нарушения целостности стенки матки.

Вопрос 25. Какое место занимает гипотония матки в структуре кровотечений в родах и материнской смертности от кровотечений?

Эталон ответа:

Гипотония матки является ведущей причиной кровотечения и, в ряде стран, летальных исходов.

Вопрос 26. Что предпринимается хирургически до гистерэктомии при гипотоническом кровотечении?

Эталон ответа:

Это ревизия матки (и ушивание при необходимости); компрессионные швы на матку; перевязка маточных и яичниковых сосудов; перевязка внутренних подвздошных артерий.

Вопрос 27. Какие компрессионные сшивные технологии применяются в настоящее время?

Эталон ответа:

Это шов Перейра, шов В-lymch, модифицированный шов В-lymch, вертикальный шов, шов по Радзинскому и Рымашевскому, квадратный шов.

Вопрос 28. Какие преимущества дают компрессионные швы на матке?

Эталон ответа:

Они являются альтернативой гистерэктомии, позволяя сохранить матку и реализовать в дальнейшем репродуктивные планы женщины.

Задания на дополнение

Задания на дополнение

Задание 1. Инструкция. Вместо прочерка впишите 1 слово или цифру:

Расположение плаценты считается низким, если её нижний край не доходит до внутреннего зева на _____ сантиметров.

Эталон ответа: пять (5).

Задание 2. Инструкция. Вместо прочерка впишите 2 слова:

Поздний гестоз не является фактором риска развития _____.

Эталон ответа: предлежания плаценты.

Задание 3. Инструкция. Вместо прочерка впишите 1 слово:

Клиника ПОНРП не предполагает _____.

Эталон ответа: бессимптомность.

Задание 4. Инструкция. Вместо прочерка впишите 1 слово или цифру:

Поздними послеродовыми кровотечениями называются кровотечения, которые возникают более, чем через _____ часа после родов.

Эталон ответа: два (2).

Задание 5. Инструкция. Вместо прочерка впишите окончание предложения:

Допустимая кровопотеря при физиологических родах не должна превышать _____.

Эталон ответа: 0,5% от массы тела.

Задание 6. Инструкция. Вместо прочерка впишите 1 слово:

_____ тип плацентации создает особую опасность развития массивных акушерских кровотечений.

Эталон ответа: гемохориальный.

Задание 7. Инструкция. Вместо прочерка впишите 2 слова:

Методом профилактики акушерских кровотечений не является _____.

Эталон ответа: оперативное родоразрешение.

Задание 8. Инструкция. Вместо прочерка впишите 2 слова:

Лабораторные показатели _____ и _____ не являются непрямыми методами оценки объема кровопотери.

Эталон ответа: гемоглобин и гематокрит.

Задание 9. Инструкция. Вместо прочерка впишите 2 слова:

_____ не входит в комплекс клинических данных для определения величины кровопотери.

Эталон ответа: продолжительность родов.

Критерии оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.

Шкала оценивания тестового контроля:

Процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

Критерии оценивания собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; ло-	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа

	гичностью и последовательностью ответа		
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

Критерии оценивания ситуационных задач:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выпол-	удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	удовлетворительные навыки решения ситуации, сложности с выбором метода решения задачи	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последо-

	нены			вательности решения
неудовлетво- рительно	непонимание проблемы. Многие требова- ния, предъявляе- мые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	низкая способ- ность анализи- ровать ситуацию	недостаточные навыки решения ситуации	отсутствует