

Электронная цифровая подпись



Утверждено 29 августа 2024 г.
протокол № 8

председатель Ученого Совета Прохоренко И.О.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ.
РЕАЛИЗУЕМОЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЕТЕВОЙ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ,
ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»**

**Специальность 31.05.01 Лечебное дело
(уровень специалитета)**

Направленность: Лечебное дело

Квалификация (степень) выпускника: Врач –лечебник

Форма обучения: очная

Срок обучения: 6 лет

Год поступления 2024

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

1. Самостоятельная работа как важнейшая форма учебного процесса по дисциплине «Акушерство и гинекология»

Самостоятельная работа - планируемая учебная, учебно-исследовательская, научно-исследовательская работа студентов, выполняемая во внеаудиторное (аудиторное) время по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия (при частичном непосредственном участии преподавателя, оставляющем ведущую роль за работой студентов).

Самостоятельная работа студентов в ВУЗе является важным видом учебной и научной деятельности студента. Самостоятельная работа студентов играет значительную роль в рейтинговой технологии обучения. В связи с этим, обучение в ВУЗе включает в себя две, практически одинаковые по объему и взаимовлиянию части – процесса обучения и процесса самообучения. Поэтому СРС должна стать эффективной и целенаправленной работой студента.

Концепцией модернизации российского образования определены основные задачи высшего образования - "подготовка квалифицированного работника соответствующего уровня и профиля, конкурентоспособного на рынке труда, компетентного, ответственного, свободно владеющего своей профессией и ориентированного в смежных областях деятельности, способного к эффективной работе по специальности на уровне мировых стандартов, готового к постоянному профессиональному росту, социальной и профессиональной мобильности".

Решение этих задач невозможно без повышения роли самостоятельной работы студентов над учебным материалом, усиления ответственности преподавателей за развитие навыков самостоятельной работы, за стимулирование профессионального роста студентов, воспитание творческой активности и инициативы.

К современному специалисту в области медицины общество предъявляет достаточно широкий перечень требований, среди которых немаловажное значение имеет наличие у выпускников определенных

Навыков (компетенций) и умения самостоятельно добывать знания из различных источников, систематизировать полученную информацию, давать оценку конкретной профессиональной ситуации. Формирование такого умения происходит в течение всего периода обучения через участие студентов в практических занятиях, выполнение контрольных заданий и тестов, написание курсовых и выпускных квалификационных работ. При этом самостоятельная работа студентов играет решающую роль в ходе всего учебного процесса.

2. Компетенции, вырабатываемые в ходе самостоятельной работы обучающихся по дисциплине «Акушерство и гинекология»

Код компетенции	Содержание компетенции
ОПК-4	Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза
иОПК-4.1.	Демонстрирует применение медицинских технологий, медицинских изделий, при решении профессиональных задач
иОПК-4.2.	Демонстрирует умение применять диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза
ПК-1	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
иПК-1.2.	Распознавание состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме
иПК-1.3.	Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента
ПК-2	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
иПК-2.1.	Сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента
иПК-2.2.	Проведение полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
иПК-2.3.	Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента
иПК-2.4.	Направление пациента на лабораторное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими

	рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
иПК-2.5.	Направление пациента на инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
иПК-2.6.	Направление пациента на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
иПК-2.7.	Направление пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
иПК-2.8.	Проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными Установление диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
ПК-3	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности у конкретного больного, в том числе с сочетанной патологией
иПК-3.1.	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
иПК-3.2.	Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
иПК-3.3.	Назначение немедикаментозного лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
иПК-3.4.	Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения
иПК-3.6.	Организация персонализированного лечения пациента, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, оценка эффективности и безопасности лечения

3. Цели и основные задачи СРС

Ведущая цель организации и осуществления СРС должна совпадать с целью обучения студента – подготовкой специалиста (или бакалавра) с высшим образованием. При организации СРС важным и необходимым условием становятся формирование умения самостоятельной работы для приобретения знаний, навыков и возможности организации учебной и научной деятельности.

Целью самостоятельной работы студентов является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю (компетенциями), опытом творческой, исследовательской деятельности. Самостоятельная работа студентов способствует развитию самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

Задачами СРС в плане формирования вышеуказанных компетенций являются:

- систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений студентов;
- углубление и расширение теоретических знаний;
- формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу;
- развитие познавательных способностей и активности студентов: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развитие исследовательских умений;

- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании контрольных (и выпускной квалификационной работ), для эффективной подготовки к итоговым зачетам, экзаменам, государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалиста

4. Виды самостоятельной работы

В образовательном процессе по дисциплине «Акушерство и гинекология» выделяется два (один) вид(а) самостоятельной работы – аудиторная, под руководством преподавателя, и внеаудиторная.

Внеаудиторная самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его непосредственного участия.

Основными видами самостоятельной работы студентов без участия преподавателей являются:

4.1. Написание рефератов и презентаций по темам:

1	Акушерство как наука. Организация работы акушерского стационара. Регуляция менструального цикла.	1. Организация работы акушерского стационара. 2. Основные показатели его работы.
2	Беременность. Диагностика беременности и её сроков. Физиологические изменения в организме женщины при беременности. Методы исследования в акушерстве.	1. Методы акушерского исследования. 2. Таз с акушерской точки зрения. Тахоизмерение. 3. Диагностика беременности. 4. Лабораторные и инструментальные обследования при беременности
3	Физиологические роды.	1. Клиническое течение и ведение родов (по периодам). 2. Физиологические роды. Управление родовым актом.
4	Послеродовой период. Период новорожденности.	1. Физиологический послеродовой период 2. Период новорожденности. 3. Лактация, диета.
5	Аномалии родовой деятельности.	1. Аномалии родовой деятельности. Слабость родовой деятельности, методы лечения. 2. Дискоординированная родовая деятельность. 3. Быстрые и стремительные роды
6	Беременность и роды при тазовом предлежании. Диагностика. Тактика врача.	1. Беременность при тазовом предлежании. Диагностика. Тактика врача. 2. Ведение родов при тазовом предлежании. Возможные осложнения.
7	Невынашивание и перенашивание беременности.	1. Невынашивание и перенашивание беременности. Тактика ведения.
8	Послеродовые инфекционные заболевания.	1. Послеродовые септические заболевания. Классификация Бартельса-Сазонова. Клиника. Диагностика. Лечение. 2. Метроэндометрит. Клиника. Диагностика. Лечение.
9	Узкий таз в современном акушерстве.	1. Узкий таз в современном акушерстве. Этиология. Патогенез. 2. Современное представление об узком тазе. Тактика ведения беременности и родов. 3. Клинически узкий таз.
10	Родовой травматизм матери и плода.	1. Родовой травматизм матери. Разрывы промежности, влагалища, шейки матки. 2. Родовой травматизм плода. 3. Разрывы матки.

11	Иммунологическая несовместимость матери и плода.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гемолитическая болезнь. Диагностика. Лечение. 2. Иммунологическая несовместимость матери и плода. Ведение беременности и родов.
12	Кровотечения во II половине беременности. Предлежание плаценты. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Предлежание плаценты. 2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты 3. Геморрагический шок.
13	Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах. 2. Геморрагический шок. 3. ДВС-синдром в акушерстве.
14	Экстрагенитальные заболевания и беременность.	<ol style="list-style-type: none"> 1.Сахарный диабет и беременность. 2.Заболевания ССС и беременность 3. Заболевания почек и беременность 4..Грипп и беременность 5.Сахарный диабет и беременность.
15	Многоплодная беременность. Аномальные положения и вставления плода..	<ol style="list-style-type: none"> 1. Многоплодная беременность. Диагностика. Тактика врача. 2. Многоплодная беременность. Ведение беременности и родов. 3. Неправильные положения плода. Акушерская тактика.
16	Оперативное родоразрешение. Вакуум экстракция. Акушерские щипцы.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Плодоразрушающие операции. 2. Акушерские щипцы 3. Вакуум-экстракция плода.
17	Оперативное родоразрешение. Кесарево сечение в современном акушерстве.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кесарево сечение в современном акушерстве. Классификация 2. Кесарево сечение Показания, противопоказания, условия. 3. Техника операции кесарево сечение.
18	Преэклампсия.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Преэклампсия. Клиника. Диагностика. Тактика ведения. 2. Эклампсия. Диагностика. Тактика ведения.
19	Перинатальная охрана плода. Хроническая плацентарная недостаточность. Гипоксия плода. Асфиксия новорожденного.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хроническая и острая гипоксия плода, Диагностика. 2. Хроническая и острая гипоксия плода, тактика ведения 3. Асфиксия новорождённого. Неотложная помощь.
20	Роль женской консультации. Планирование семьи. Методы контрацепции.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Организация работы женской консультации. Физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам. 2. Планирование семьи. 3. Методы контрацепции.
21	Пропедевтика гинекологических заболеваний. Регуляция менструального цикла. Методы исследования в гинекологии	<ol style="list-style-type: none"> 1 Организация работы гинекологического стационара. 2 Общая симптоматология гинекологических заболеваний и методы исследования. 3 Регуляция менструального цикла

22	Нарушения функции репродуктивной системы.	1.Аменорея и гипоменструальный синдром. 2.Аномальные маточные кровотечения. 3.Дисменорея.
23	Нейроэндокринные синдромы в гинекологии.	1. Гиперпластические заболевания эндометрия 2. Предраковые заболевания эндометрия 3. Рак тела матки. Саркома.
24	Аномалии развития и положения женских половых органов.	1. Аномалии развития женских половых органов. 2. Аномалии положения женских половых органов. 3. Аномалии положения женских половых органов. Лечение.
25	Кровотечения в I половине беременности. Самопроизвольный аборт. Пузырный занос.	1.Самопроизвольный аборт. 2.Пузырный занос 3.Внематочная беременность
26	Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии.	1.Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии. Этиология, патогенез. 2.Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии. Лечение. 3.Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии. Клиника. Диагностика.
27	Воспалительные заболевания женских половых органов специфической этиологии.	1. Трихомониаз. Гонорея. 2. Хламидиоз. Кандидоз. 3.Туберкулез женских половых органов
28	Миома матки. Эндометриоз.	1. Миома матки. 2. Эндометриоз 3.Экстрагенитальный эндометриоз. 4.Экстрагенитальный эндометриоз. 5.Экстрагенитальный эндометриоз.
29	Опухоли яичников.	1. Кисты и кистомы яичников. 2. Доброкачественные опухоли яичников. 3. Злокачественные опухоли яичников.
30	Фоновые, предраковые заболевания и рак шейки матки.	1. Фоновые заболевания шейки матки. 2.Предраковые заболевания шейки матки. 2. Рак шейки матки.
31	Фоновые, предраковые заболевания и рак эндометрия.	1. Гиперпластические заболевания эндометрия 2.Предраковые заболевания эндометрия 3.Рак тела матки. Саркома.

32	Острый живот в гинекологии.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Апоплексия яичника. 2. Внематочная беременность. 3. Апоплексия яичника. 4. Внематочная беременность. Перекрут ножки опухоли
33	Типичные гинекологические операции.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Типичные гинекологические операции. Показания, противопоказания. 2. Предоперационная подготовка. 3. Техника оперативного вмешательства на влагалищной части шейки матки, при опущении и выпадении половых органов, на придатках матки и матке. Надвлагалищная ампутация матки, экстирпация матки
34	Бесплодный брак. Алгоритм обследования супружеской пары. Планирование беременности. Контрацепция.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Женское бесплодие, причины. Диагностика. Методы лечения. Профилактика. 2. Организация и методика обследования бесплодной супружеской пары. 3. Мужское бесплодие. Основные причины. Характеристика спермограммы

4.2 Решение ситуационных задач по темам:

Тема 1. Акушерство как наука. Организация работы акушерского стационара. Регуляция менструального цикла.

Задача № 1

Беременная 26 лет, с жалобами на повышение температуры до 38,0 С и одышку доставлена машиной скорой помощи в физиологическое акушерское отделение. Беременность 2. 36 недель. Какой план маршрутизации данной пациентки? Какие были допущены ошибки?

Эталон ответа: План маршрутизации – наблюдательное родильное отделение многопрофильной больницы. Пациентка с повышением температуры не госпитализируется в физиологическое отделение.

Тема 2 Беременность. Диагностика беременности и её сроков. Физиологические изменения в организме женщины при беременности. Методы исследования в акушерстве.

Задача № 1

Беременность 16 недель. За последние 2 месяца матка не только не увеличилась, но даже уменьшилась, по величине соответствует 10-недельному сроку беременности. Шейка закрыта, выделений нет. Самочувствие и общее состояние вполне удовлетворительное.

Анамнез? План ведения?

Задача №2

Повторнобеременная, 30 лет, в анамнезе срочные роды. Последняя менструация 3 месяца назад, периодически появляются мажущие кровянистые выделения. Матка по размерам соответствует 22 неделям беременности, напряжена. Шевеление и сердцебиение плода отсутствует.

План ведения беременной.

Задача №3

Беременная 17 лет состоит на учёте в женской консультации с диагнозом: беременность 24 недели. В крови повышено содержание α -ФР, направлена на УЗИ. На УЗИ: одноплодная беременность, плод в головном предлежании, 1 позиция, передний вид. БПР - 59 мм, ДБК - 44 мм, ОЖ - 60 мм, ОГ - 59 мм. Органы плода без патологии, сердцебиение ритмичное - 142 в мин, двигательная активность плода нормальная. В шейном отделе позвоночника имеется дефект дужек позвонков на протяжении 20 мм. Количество вод повышено. Плацента по передней стенке, 0 степени зрелости.

Заключение? Прогноз в отношении ведения беременности?

Задача №4

Последняя менструация у первобеременной женщины 8.01, дата первого шевеления плода 21.05, первая явка 26.02. в сроке беременности 8 нед.

Определите предполагаемый срок родов у первобеременной.

Задача №5

Первородящая 20 лет обратилась в женскую консультацию. Срок родов по данным женской консультации - неделю тому назад. Родовой деятельности нет. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 146 уд. в мин. Влагалище нерожавшей, шейка матки длиной 3 см, плотная, отклонена к крестцу. Цервикальный канал с трудом проходим для 1 пальца до внутреннего зева. Через своды определяется головка плода, прижата ко входу в таз.

Дальнейшая тактика?

Задача №6

Первобеременная 38 лет направлена на ультразвуковое исследование при сроке беременности 31-32 нед. Окружность живота 110 см, высота стояния дна матки 34 см, масса женщины 70 кг.

Предположительный диагноз. Методы исследования.

Задача №7

Беременная 36 лет. Беременность 35 недель. В анамнезе 1 самопроизвольный аборт при сроке 10 недель без осложнений. Головка плода в подреберье, слева от входа в таз определяется тазовый конец плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд в мин.

Диагноз? План ведения?

Задача №8

У первобеременной срок беременности 8 недель. При пельвиометрии размеры таза 23-26-30-15 см. Диагональная конъюгата 8 см.

Диагноз? План ведения?

Задача №9

Беременная 32 лет, беременность доношенная. В анамнезе 1 роды, масса ребёнка 4200, 3 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 исследования необходимо провести?

Задача №10

Роды длятся более 10 часов. Начался второй период. Внутреннее исследование: раскрытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка плода в плоскости входа в малый таз. Стрелевидный шов в прямом размере выхода, малый родничок у лона.

Какое вставление головки? Метод родоразрешения?

Эталоны ответов:

Задача №1

Неразвивающаяся беременность. Необходимо УЗ-исследование. При подтверждении диагноза опорожнение матки при развёрнутой операционной при тщательном контроле и коррекции гемостаза.

Задача №2

Беременность 12 недель. Пузырный занос. УЗИ, определение хорионического гонадотропина в крови и моче.

Задача №3

Врождённое уродство плода – spina bifida в шейном отделе позвоночника. Прерывание беременности по медицинским показаниям.

Задача №4

Срок родов – 15.10.

Задача №5

Беременность 41 неделя. Головное предлежание. «Незрелая» шейка матки. Необходимо срочно направить в отделение патологии беременности.

Задача №6

Беременность 1, 31-32 недель. Первородящая старшего возраста. Многоводие. Необходимо УЗ-исследование.

Задача №7

Беременность 2, 35 недель. ОАА. Первородящая старшего возраста. Тазовое предлежание. Дородовая госпитализация в 38 недель. Планировать родоразрешение путём операции кесарево сечение.

Задача №8

Беременность 1, 8 недель. Общеравномерносуженный таз 2 степени. Наблюдение, дородовая госпитализация в 38-39 недель и кесарево сечение в плановом порядке.

Задача №9

Беременность 4, 40 недель. Головное предлежание. Крупный плод. ОАА. Необходимо рассчитать массу плода, провести УЗ-исследование.

Задача №10

2 период родов. Высокое прямое вставление головки. Кесарево сечение.

Тема 3 Физиологические роды.

Задача №1

Первородящая 20 лет с доношенной беременностью поступила с жалобами на схваткообразные боли в животе в течение 6 часов. Размеры таза: 25-27-30-20. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Тоны плода ясные, ритмичные до 140 в мин. При влагалищном исследовании: шейка матки укорочена, размягчена, цервикальный канал длиной 2 см, свободно проходим для 1 п/п, валика в области внутреннего зева нет. Плодный пузырь цел. Предлежит головка ко входу в малый таз. На протяжении трёх последующих часов наблюдения схватки остались прежние. При повторном влагалищном исследовании структурных изменений шейки матки нет.

Диагноз? План ведения беременности и родов?

Задача №2

В родильное отделение поступила женщина с жалобами на подтекание околоплодных вод в течение 2 часов. Беременность первая, 37-38 недель. Родовой деятельности нет. Положение плода продольное. Сердцебиение плода 130 уд. в мин, ясное, ритмичное. Внутреннее исследование: шейка матки укорочена до 1 см, мягкая, цервикальный канал проходим для 1 пальца. Плодного пузыря нет. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается.

Диагноз? Тактика?

Задача №3

Первородящая 24 лет, беременность доношенная. Схватки начались 4 часа назад. Воды излились 2 часа назад. Таз 25-28-32-21 см. Предлежит тазовый конец плода. Предполагаемая масса плода 3200,0. Сердцебиение плода ясное, 140 уд. в мин. Шейка матки сглажена, раскрытие 6 см, края тонкие, податливые. Плодного пузыря нет. Предлежат ягодичы во входе в малый таз.

Клинический диагноз? Возможные осложнения? План ведения родов?

Задача №3

У повторнородящей 24 часа назад диагностировано начало родовой деятельности. В настоящее время женщина отмечает 1 шевеление плода за 10 минут, сердцебиение плода 100 уд/мин, после шевеления 80-90 уд/мин.

Диагноз. Его обоснование. Тактика.

Задача №4

Повторнородящая 23 лет, с нормальным тазом и доношенной беременностью. 2 схватки за 10 минут продолжают 9 часов, слабые, по 25 сек., температура тела 36,6°C. Пульс 70 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердечные тоны плода 140 уд. в мин. Околоплодные воды не изливались. Внутреннее исследование: шейка матки сглажена, края маточного зева тонкие, раскрытие 4 см. Плодный пузырь цел, плоский. Головка плода прижата ко входу в малый таз.

Диагноз, его обоснование. Тактика врача.

Задача №5

Беременная С., 21 год, поступила в связи с началом родовой деятельности. На основании наружного и внутреннего акушерского исследования выставлен диагноз: роды 1 срочные. Задний вид лицевого предлежания. Что делать?

- 1) кесаревосечение;
- 2) роды вести консервативно;
- 3) амниотомия;
- 4) мед. стимуляция;
- 5) акушерские щипцы.

Задача №6

Беременность 40 недель. Роды начались 10 часов назад. Схватки каждые 15-20 минут по 10-15 секунд, слабые. Таз 26-28-32-20 см. При влагалищном исследовании установлено: шейка матки сглажена, раскрытие 2 см. Головка плода прижата ко входу в малый таз.

Диагноз? План ведения?

Задача №7

Поступила повторнородящая 32 лет в начале 1 периода родов с доношенной беременностью. В анамнезе 1 роды, масса ребёнка 4200, 3 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 профилактические мероприятия Вы проведёте?

Задача №8

Повторнородящая 35 лет. Беременность доношенная, размеры таза нормальные. Положение плода продольное, тазовый конец над входом в малый таз. Головка определяется в дне матки предполагаемая масса плода 3100,0. Сердцебиение плода до 130 уд в мин, ясное слева, выше пупка. Схватки через 4 мин по 35/40 сек. Влагалищное исследование - шейка сглажена. Открытие маточного зева на 6-7 см. Воды целы - предлежат обе стопы.

Диагноз? План ведения?

Задача №9

Первородящая 25 лет. Поступила на роды с доношенной беременностью. Схватки начались 3 часа назад, воды излились по пути в роддом. Рост 170 см, масса тела 78 кг. Размеры таза 25-28-31-20 см. Предполагаемая масса плода 3400 г. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Схватки регулярные, через 5-6 мин. по 40-45 сек., средней силы и болезненности. Шейка матки сглажена, открытие 3 см, плодного пузыря нет. Подтекают светлые воды.

Диагноз? План ведения?

Задача №10

Роды двойней. Первый плод только что родился. Второй плод в головном предлежании. Плодный пузырь цел. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту.

Диагноз? План ведения?

Эталоны ответов:

Задача №1

Беременность 40 недель. Головное предлежание. Патологический прелиминарный период. Медикаментозный сон-отдых с последующей амниотомией и родовозбуждением.

Задача №2

Беременность 38 недель. Головное предлежание. Преждевременное излитие околоплодных вод. «Зрелая» шейка матки. Создание ГЭФ с последующим родовозбуждением путём внутривенного введения сокращающих средств.

Задача №3

Беременность 40 недель. Чистоягодичное предлежание. 1 период родов. Раннее излитие околоплодных вод. Роды вести через естественные родовые пути.

Задача №4

Беременность 40 недель. Головное предлежание. 1 период родов. Плоский плодный пузырь. Амниотомия с последующей оценкой родовой деятельности.

Задача №5

Показано кесарево сечение.

Задача №6

Беременность 40 недель. 1 период родов. Первичная слабость родовой деятельности. Родоусиление с оценкой эффективности.

Задача №7

Беременность 4, 40 недель. Головное предлежание 1 период родов. Крупный плод. ОАА. Профилактика слабости родových сил и кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах.

Задача №8

Беременность 40 недель. Ножное предлежание плода. 1 период родов. Роды вести через естественные родовые пути. Сохранение околоплодных вод. 2 период вести по методу Цовьянова.

Задача №9

Беременность 40 недель. Головное предлежание. Раннее излитие околоплодных вод. Роды вести через естественные родовые пути.

Задача №10

Роды двойней. 2 период родов второго плода. Произвести вскрытие плодного пузыря.

Тема 4 Послеродовой период. Период новорожденности

Задача №1

Вторые сутки после родов. Общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,6 С, пульс 86 уд. в 1 мин. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Молочные железы несколько увеличились, гиперемии нет, соски чистые. Дно матки на уровне пупка. Лохии кровянистые, умеренные. Мочеиспускание свободное, диурез положительный. Стула не было.

Диагноз? Соответствует ли высота стояния матки суткам послеродового периода?

Задача №2

Родильница А. 3 сутки после родов. Общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,7 С, пульс 76 уд. в 1 мин. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Молочные железы несколько увеличены, плотноваты, гиперемии нет, соски чистые. Дно матки на середине расстояния между лоном и пупком. Лохии кровянисто-серозные, в небольшом количестве. Мочеиспускание свободное, диурез положительный. Стул самостоятельный 1 раз в сутки.

Диагноз? Соответствует ли высота стояния матки суткам послеродового периода?

Задача №3

На 4-е сутки после родов родильница 22 лет предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 39 °С. Молочные железы умеренно нагрудли, плохо сцеживаются, гиперемии нет, соски чистые. Лохии кровянисто-серозные.

Какой диагноз наиболее вероятен?

Задача №4

Родильница А. 5 сутки после родов. Общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,7 С, пульс 76 уд. в 1 мин. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Молочные железы несколько увеличены, соски чистые. Выделение молока скудное. Лохии серозно-кровоянистые, в небольшом количестве. Мочеиспускание свободное, диурез положительный. Стул самостоятельный 1 раз в сутки.

Задача №5

Через минуту после рождения при осмотре новорожденного выявлено: акроцианоз кожных покровов, крик слабый, сердцебиение 140 ударов в минуту, мышечный тонус и рефлексы снижены. Масса плода 2400 г, длина новорожденного 45 см, на коже выраженный пушковый покров и обильная сыровидная смазка, низкое расположение пупочного кольца и ушных раковин, большие половые губы не прикрывают малые.

Оцените состояние новорожденного.

Задача №6

Беременная 26 лет поступила в роддом при сроке беременности 43 недели с начавшейся родовой деятельностью. Родоразрешение живым доношенным ребенком мужского пола, 3900, длина 50 см. Кожные покровы ребенка розовые, чистые, закричал сразу, рефлексы хорошо выражены, движения активные, сердцебиение 134 уд в минуту. На голове в области малого родничка – родовая опухоль. Пушковые волосы на плечиках. Кожа мацерирована. Ногтевые пластинки выходят за края ногтевого ложа. Послед осмотрен – множество петрификатов.

Диагноз. Оцените зрелость новорожденного.

Задача №7

Через 1 минуту после рождения при осмотре новорожденного выявлено: акроцианоз, крик громкий, сердцебиение 146 ударов в минуту, тонус мышц несколько снижен, рефлексы живые.

Оцените состояние новорожденного по шкале Апгар.

Задача №8

Родился доношенный ребенок с двукратным тугим обвитием пуповины вокруг шеи. Резкая бледность кожных покровов, отсутствие дыхания и рефлексов, сердцебиение 60 ударов в минуту.

Оценка по шкале Апгар? План ведения?

Задача №9

У новорожденного при первом кормлении обнаружено вытекание молока из носа.

Какой врожденный дефект ротовой полости приводит к такому осложнению?

Задача №10

На третьи сутки после срочных, самопроизвольных родов появилось желтушное окрашивание кожи ребёнка. Состояние ребенка удовлетворительное, печень и селезенка не увеличены. Общий билирубин в крови 170 мкмоль/л, Нв – 150 г/л.

Поставьте диагноз. Тактика.

Эталонные ответов:

Задача №1

2-е сутки после родов. Субинволюция матки. Утеротонические средства.

Задача №2

3-е сутки после родов. Инволюция матки.

Задача №3

4-е сутки после родов. Лактостаз. После каждого кормления – сцеживание остатков молока, ограничение приёма жидкости, физиотерапевтическое лечение.

Задача №4

5-е сутки после родов. Гипогалактия. Применение препаратов, стимулирующих лактацию.

Задача №5

Роды недоношенным новорождённым.

Задача №6

Запоздалые роды переношенным плодом.

Задача №7

Оценка по Шкале Апгар 8 баллов.

Задача №8

Оценка по шкале Апгар 1 балл. Проведение реанимационных мероприятий.

Задача №9

Описанное явление происходит в результате врожденного дефекта - несращения небных валиков верхней челюсти. Этот порок получил название "волчья пасть".

Задача №10

Транзиторная гипербилирубинемия. Контроль общего билирубина крови.

Тема 5 Аномалии родовой деятельности.

Задача №1

Повторнородящая 23 лет, с нормальным тазом и доношенной беременностью. Схватки продолжаются 9 часов, слабые, через 7-8 мин по 25 сек, температура 36,6 С. Пульс 70 уд. в мин, удовлетворительного наполнения. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердечные тоны плода 140 в мин. Околоплодные воды не изливались. Внутреннее исследование: шейка матки сглажена, края маточного зева тонкие, раскрытие на 4 см. Плодный пузырь цел. Головка плода прижата ко входу в малый таз.

Диагноз? Как вести роды дальше?

Задача №2

Повторнобеременная, первородящая, 28 лет. В анамнезе 2 самопроизвольных выкидыша. В родах - 14 ч. Открытие шейки 6 см. Соразмерность головки плода и таза матери полная. Предлежание - тазовое. Безводный промежуток 10 ч. На КТГ - гипоксия плода. Схватки редкие, короткие, слабые. Показана следующая акушерская тактика:

1)начать	антибактериальную		терапию;
2)провести	профилактику	асфиксии	плода;
3)начать	стимуляцию	родовой	деятельности;
4)произвести	операцию	кесарева	сечения;
5)ничего из перечисленного.			

Задача №3

В каком случае при аномалиях родовой деятельности целесообразно проведение родостимуляции?

1)наличие	сниженного	базального	тонуса	матки;	
2)наличие	повышенного	базального	тонуса	матки;	
3)начальная	степень	дискоординации	сокращений	мышц	матки;
4)спастическая		сегментарная			дистония;
5)спастическая	тотальная	дистоция.			

Задача №4

У первородящей 23 лет с нормальным тазом и доношенной беременностью схватки продолжают 8 часов. Роженица утомлена. Температура 36,7 С, пульс 70 уд. в мин, удовлетворительного наполнения. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердечные тоны плода 130 уд. в мин. Внутреннее исследование: шейка матки сглажена, края зева тонкие, открытие на 4 см, плодный пузырь цел, головка плода прижата ко входу в малый таз

Диагноз? Тактика?

Задача №5

Повторнородящая 23 лет. Схватки продолжаются 6 часов, повторяются через 5-6 мин по 20-30 сек, малоэффективные. Температура 36,6 С, пульс 70 уд. в мин, удовлетворительного наполнения. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердечные тоны плода 140 в мин. Околоплодные воды не изливались. Внутреннее исследование: шейка матки сглажена, края маточного зева тонкие, раскрытие на 4 см. Плодный пузырь цел. Головка плода прижата ко входу в малый таз.

Диагноз? Тактика врача?

Задача №6

Первородящая 30 лет. Роды срочные, продолжаются 8 часов. Размеры таза: 25-28-30-20 см. Положение плода продольное, головка большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода 130 уд. в мин, ритмичные. Воды целы. После длительной хорошей родовой деятельности схватки стали редкими, слабыми и болезненными. При влагищном исследовании открытие шейки матки 6 см, края шейки плотно охватывают головку плода. Диагноз? План ведения родов?

Задача №7

Повторнобеременная 30 лет. Роды третьи, в срок. В первой половине беременности перенесла грипп с высокой температурой. ОЖ 110 см, ВДМ 42 см. Матка в повышенном тонусе, увеличена как при доношенной беременности. Части плода определить трудно, определяются симптом «флюктуации», головка плода баллотирует над входом в малый таз. Размеры таза: 25-28-32-21 см. В течение 3 часов отмечает слабые схватки. При влагищном исследовании шейка сглажена, открытие зева 4 см, плодный пузырь цел, напряжён.

Диагноз? План ведения родов?

Задача №8

Повторнородящая 23 лет, с нормальным тазом и доношенной беременностью. 2 схватки за 10 минут продолжаются 9 часов, слабые, по 25 сек., температура тела 36,6°С. Пульс 70 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердечные тоны плода 100 уд. в мин. Околоплодные воды не изливались. Внутреннее исследование: шейка матки сглажена, края маточного зева тонкие, раскрытие 4 см. Плодный пузырь цел. Головка плода прижата ко входу в малый таз.

Диагноз, его обоснование. Тактика врача.

Задача №9

Повторнобеременная, первородящая, 28 лет. В анамнезе 2 самопроизвольных выкидыша. В родах - 14 ч. Открытие шейки матки 6 см. Соразмерность головки плода и таза матери полная. Предлежание - тазовое. Безводный промежуток 10 ч. На КТГ - гипоксия плода. Схватки редкие, короткие, слабые.

Диагноз, план ведения?

Задача №10

Первый период повторных родов длится более 10 часов. После медикаментозного сна-отдыха начался второй период, однако потуги очень слабые, редкие. Роженица дремлет. Воды подтекают окрашенные меконием. Сердцебиение плода 100 уд. в мин, глухое, аритмичное. Внутреннее исследование: раскрытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка плода в выходе малого таза. Стреловидный шов в прямом размере выхода, малый родничок у лона.

Диагноз? Метод родоразрешения?

Эталоны ответов:

Задача №1

1 период срочных родов в головном предлежании. Первичная слабость родовой деятельности. Необходимо предоставить медикаментозный сон-отдых с последующим решением вопроса о необходимости родоусиления.

Задача №2

1 период родов. Тазовое предлежание. Слабость родовой деятельности. Гипоксия плода. Кесарево сечение в экстренном порядке.

Задача №3

Наличие сниженного базального тонуса матки.

Задача №4

1 период своевременных родов. Первичная слабость родовой деятельности. Амниотомия, предоставление медикаментозного сна-отдыха.

Задача №5

Беременность 40 недель. Головное предлежание. 1 период родов. Первичная слабость родовой деятельности. Амниотомия, родоусиление путём внутривенного капельного дозированного введения сокращающих средств на фоне спазмолитиков.

Задача №6

Беременность 40 недель. Головное предлежание. 1 период родов. Дискоординация родовой деятельности. Предоставление медикаментозного сна-отдыха.

Задача №7

Беременность 40 недель. Головное предлежание. 1 период родов. Многоводие. Первичная слабость родовой деятельности. Амниотомия с последующим наблюдением за характером родовых сил.

Задача №8

Беременность 2, 40 недель. 1 период родов. Первичная слабость родовых сил. Гипоксия плода. Кесарево сечение в экстренном порядке.

Задача №9

Беременность 2, 40 недель. Тазовое предлежание. ОАА. 1 период родов. Раннее излитие околоплодных вод (б.п.-10 часов). Вторичная слабость родовой деятельности. Гипоксия плода. Тактика: родоразрешение путём операции кесарево сечения в экстренном порядке.

Задача №10

2 период родов. Слабость потуг. Острая внутриутробная гипоксия плода. Тактика: наложение выходящих акушерских щипцов.

Тема 6 Беременность и роды при тазовом предлежании. Диагностика. Тактика врача.

Задача №1

В отделение патологии на дородовую госпитализацию поступила первобеременная 26 лет. Срок беременности 39 недель. Размеры таза 24-26-29-18 см. ОЖ - 110 см, ВДМ - 40 см. Матка в нормотонусе, положение плода продольное, предлежание тазовое. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 уд. в мин слева выше пупка. При влагалищном исследовании: шейка укорочена, цервикальный канал проходим для 1 п/п, в области внутреннего зева валик уплотнения. Предлежат ягодичи, прижаты ко входу в малый таз. Диагональная конъюгата 12 см.

Диагноз? План ведения родов?

Задача №2

Повторнобеременная 30 лет. Состояние хорошее. Таз 25-28-32-20 см. Индекс Соловьёва 15 см. Срок беременности 35 нед. Положение плода продольное, тазовое предлежание. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 132 уд. В мин. Диагноз. Тактика врача.

Задача №3

Повторнородящая 25 лет. Состояние роженицы хорошее. Таз нормальный. Потуги хорошие, сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 132 уд. В мин. Положение плода продольное, тазовое предлежание. Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, плодный пузырь вскрылся при исследовании, отошли светлые околоплодные воды. Ягодицы плода на тазовом дне, межвертельная линия в прямом размере плоскости выхода таза. Диагноз. Тактика врача.

Задача №4

Первородящая 22 года, роды в срок в тазовом предлежании. Общее состояние роженицы хорошее. Таз нормальный. Схватки хорошие по силе. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 134 уд. В мин. Влагалищное исследование: открытие маточного зева 6 см, края хорошо растяжимы, плодный пузырь цел. Ножки плода над входом в малый таз. Мыс не достигим. Диагноз. Тактика врача.

Задача №5

Повторнородящая 30 лет, роды в срок в ножном предлежании велись по методу Цовьянова. Состояние роженицы и плода хорошее. Плод родился до нижнего угла нижней лопатки. В течение двух последующих потуг продвижения плода нет. Сердцебиение стало 110 уд. В мин, глухое, ритмичное. Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, обе ручки плода над входом в малый таз. Диагноз. Какое возникло осложнение в родах. Тактика врача.

Задача №6

Первородящая 21 год, роды в срок в тазовом предлежании. Общее состояние роженицы хорошее. Таз 23, 25, 28, 18 см. Индекс Соловьёва 15 см. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 136 в мин. Окружность живота 110 см, высота дна матки 40 см. Влагалищное исследование: открытие зева 8 см. Края зева тонкие, плодный пузырь цел. Ягодицы плода над входом в малый таз. Диагноз. Тактика врача.

Задача № 7

Повторнобеременная 31 год, роды в срок. Продольное положение плода, тазовое предлежание. Таз 25, 28, 31, 20 см. Состояние роженицы и плода хорошее. Воды отошли за 4 часа до схваток, схватки слабые. Терапия не эффективна. Безводный период 6 час. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие шейки матки 5 см, плодного пузыря нет, ягодицы плода прижаты ко входу в малый таз. Диагноз. Тактика врача.

Задача №8

Повторнородящая 36 лет. Предыдущие 5 родов закончились нормальными родами в срок. Настоящие роды в срок, продолжаются 22 часа, воды отошли в большом количестве за час до схваток. Схватки умеренные. Доставлена из дома с родившимся туловищем плода. Сердечные тоны плода не выслушиваются. Диагноз. Какое возникло осложнение. Тактика врача.

Задача №9

Повторнобеременная, первородящая 28 лет. Поступила на дородовую госпитализацию на сроке беременности 39 нед. В анамнезе 1 самопроизвольный выкидыш, после которого в течение 5 лет лечилась по поводу бесплодия. Положение плода продольное, предлежат ягодицы. Сердечные тоны плода ясные, 132 уд в мин. Воды целы. Диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо произвести? План ведения беременности и родов.

Задача №10

Повторнородящая женщина 26 лет, 40 нед., находится во 2 периоде родов. Размеры таза нормальные. Потуги через 3-3,5 мин по 30-35 сек, слабой силы. Положение плода продольное, ягодицы плода в полости малого таза. Сердечные тоны плода глухие, 160 уд в мин, ритмичные. Диагноз. Что делать?

Эталоны ответов:

Задача №1

Беременность 39 недель. Тазовое предлежание. Крупный плод. Общеравномерносуженный таз 1 степени. «Созревающая» шейка матки. Родоразрешение путём операции кесарево сечение в плановом порядке.

Задача №2

Беременность 2, 35 нед. Положение продольное. Тазовое предлежание. Тактика врача: готовить беременную на консервативное родоразрешение, при этом не допустить 1) развития крупного плода, 2) перенашивания, 3) преждевременного излития вод. Необходимо провести полное клиническое обследование беременной, т.к. роды в тазовом предлежании чреваты осложнениями. Необходимо дородовая госпитализация в 38 нед. беременности.

Задача №3

Диагноз: Беременность 2, 40 нед. Продольное положение плода. Чистоягодичное предлежание. 2 период родов. Тактика врача: оказать пособие по Цовьянову при ножном предлежании.

Задача №4

Беременность 1, 40 нед. Ножное предлежание плода. 1 период родов. Тактика врача: оказать пособие по Цовьянову при ножном предлежании.

Задача №5

Беременность 2, 39-40 нед. Ножное предлежание плода. Запрокидывание ручек плода. Острая гипоксия плода. 2 период родов. Осложнение: Запрокидывание ручек плода. Тактика: Оказать классическое ручное пособие по выведению ручек и плода.

Задача №6

Беременность 1, 40 нед. Чисто ягодичное предлежание. Равномерносуженный таз, сужение 1 ст. Крупный плод, 1 период родов. Тактика врача: у первородящей беременной с узким тазом и крупным плодом показано кесарево сечение.

Задача №7

Беременность 2, 40 нед. Продольное положение плода. Чисто ягодичное предлежание. 1 период родов. Преждевременное излитие околоплодных вод. Слабость родовой деятельности, не поддающаяся лечению. Тактика: кесарево сечение.

Задача №8

Беременная 6, 40 нед. Продольное положение. Ножное предлежание. 2 период родов. Преждевременное излитие вод. Запрокидывание ручек плода. Интранатальная гибель плода. Тактика: наркоз, краниотомия последующей головки.

Задача №9

Беременность 2, 39 нед. Положение продольное. Тазовое предлежание плода. ОАА (бесплодие 2). Необходимо определить размеры таза и плода. Полное клиническое обследование беременной после чего решить вопрос о методе родоразрешения.

Задача №10

Беременность 2, 40 нед. Положение продольное. Чисто ягодичное предлежание. 2 период родов. Слабость потужного периода. Острая гипоксия плода. Необходимо провести экстракцию плода за тазовый конец.

Тема 7 Невынашивание и перенашивание беременности.

Задача №1

Повторнобеременная, 27 лет, поступила с маточным кровотечением при сроке беременности 12 недель. Первая и вторая беременность закончилась самопроизвольными выкидышами. При влагалищном исследовании: наружный зев закрыт, матка увеличена до 11-12 недель беременности, плотноватая при пальпации. Выделения из влагалища кровянистые, умеренные. Обоснуйте диагноз и дальнейшие действия.

Задача №2

Первородящая 30 лет поступила в отделение патологии беременных. Срок родов по данным женской консультации - неделю тому назад. Родовой деятельности нет. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 146 уд. в мин. Влагалище нерожавшей, шейка матки длиной 3 см, плотная, отклонена к крестцу. Цервикальный канал с трудом проходим для 1 пальца до внутреннего зева. Через своды определяется головка плода, прижата ко входу в таз.

Клинический диагноз? Определите степень готовности к родам. Какие ошибки допущены врачом женской консультации?

Задача №3

Повторнобеременная 27 лет поступила на профилактическую госпитализацию. Беременность 3. Первая и вторая закончилась самопроизвольными выкидышами. Последняя менструация была 4,5 месяца назад. Внутреннее исследование: шейка матки цилиндрической формы, укорочена, наружный зев приоткрыт. Матка соответствует 16-17 нед беременности, в нормотонусе, своды свободные. Придатки без изменений. Выделения из влагалища скудные, слизистые. Диагноз? Лечение?

Задача №4

Первая беременность 41-42 недели. Дородовое излитие вод, окрашенных меконием. Сердцебиение плода ритмичное, приглушено. Головка прижата ко входу в малый таз. Родовой деятельности нет. Шейка матки сохранена, длиной до 3 см, наружный зев закрыт.

Диагноз? План ведения родов?

Задача №5

Роженица находится во втором периоде родов в течение 1 ч. Беременность пятая, роды четвертые, предполагаемая масса плода 4200 г. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 160 уд/мин. Схватки натужного характера через 3 мин по 35—40 с. Размеры таза 25—28—31—20 см. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, головка плода отталкивается от входа в малый таз. Кости черепа плода плотные, швы и роднички выражены плохо. Мыс недостижим, подтекают воды, окрашенные меконием.

Диагноз? Ваша тактика?

Задача №6

Беременность 42 недели. Преждевременное излитие околоплодных вод. Сердцебиение плода ритмичное, приглушенное, 120 уд/мин. Головка прижата ко входу в малый таз. Родовой деятельности нет. Шейка матки сохранена, длиной 3 см, отклонена кзади, плотной консистенции, цервикальный канал с трудом проходим для пальца.

Диагноз? План ведения?

Задача №7

Беременность 42 недели. Первородящая 34 лет. Предполагаемый вес плода 4200 гр. Размеры таза 25-28-31-20 см. Положение плода продольное. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд/мин. Головка плода над входом в малый таз. Пастозность голеней.

Диагноз? План ведения?

Задача №8

Первородящая 35 лет, в родах 10 часов. Устала. Срок беременности 41-42 недели. Предполагаемая масса плода - 3900 г. Сердцебиение - 160 в минуту. При влагалищном исследовании: шейка матки

сглажена, открытие 5 см. Плодный пузырь цел, плоской формы. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Размеры таза нормальные.

Диагноз, план ведения?

Задача №9

Больная 30 лет поступила в стационар в связи с жалобами на боли внизу живота и мажущие кровянистые выделения из половых путей. В анамнезе два самопроизвольных аборта. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, цианотична, симптом “зрочка” отрицательный, наружный зев пропускает кончик пальца, матка тестоватой консистенции, увеличена до 6-7 недель беременности, придатки не определяются, своды глубокие. Последняя менструация 2 месяца назад. Ваш предположительный диагноз? Что следует предпринять для уточнения диагноза? Дальнейшая тактика врача?

Задача №10

В женскую консультацию обратилась беременная 28 лет с жалобами на ноющие боли внизу живота и в пояснице. Срок беременности 15—16 недель. В анамнезе одни роды и три искусственных аборта. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 2,5 см, в центре малого таза, канал шейки матки проходим для 1 пальца, матка увеличена соответственно сроку беременности, выделения из половых путей слизистые, в умеренном количестве. Какой диагноз наиболее вероятен? Тактика врача женской консультации?

Эталоны ответов:

Задача №1

Беременность 12 недель. Привычное невынашивание. Начавшийся аборт. Сохраняющая беременность терапия.

Задача №2

Беременность 1, 41 недель. Головное предлежание. «Незрелая» шейка матки. Подготовка шейки матки к родам в течении 5-7 дней, при отсутствии эффекта родоразрешение путём операции кесарево сечение. Необходима была дородовая госпитализация в 39-40 недель.

Задача №3

Беременность 16-17 недель. Привычное невынашивание. Истмико-цервикальная недостаточность. Наложение кругового шёлкового шва на шейку матки.

Задача №4

Беременность 42 недели. Перенашивание беременности. Дородовое излитие околоплодных вод. Гипоксия плода. «Незрелая» шейка матки. Родоразрешение путём операции кесарево сечение.

Задача №5

2 период запоздалых родов. Крупный плод. Гипоксия плода. ОАА. Родоразрешение путём операции кесарево сечение в экстренном порядке.

Задача №6

Беременность 42 недели. Преждевременное излитие околоплодных вод. «Незрелая» шейка матки. Гипоксия плода. Родоразрешение путём операции кесарево сечение.

Задача №7

Беременность 1, 42 недели. Головное предлежание. Крупный плод. Гестоз лёгкой степени. Первородящая старшего возраста. Родоразрешение путём операции кесарево сечение.

Задача №8

Беременность 1. 41-42 недели. Головное предлежание. 1 период родов. Слабость родовой деятельности. Плоский плодный пузырь. Относительно крупный плод. Амниотомия, медикаментозный сон-отдых, при отсутствии эффекта - кесарево сечение.

Задача №9

Беременность 3, 6-7 недель. Привычное невынашивание. Начавшийся аборт. УЗ-исследование. Сохраняющая беременность терапия.

Задача №10

Беременность 5, 15-16 недель. ОАА. Угроза прерывания беременности. Сохраняющая беременность терапия.

Тема 8 Послеродовые инфекционные заболевания.

Задача №1

У роженицы на 9 день после родов дома появились температура до 39 и значительные кровянистые выделения из половых путей.

Обоснуйте диагноз и тактику врача.

Задача №2

Родильница на 5 день после родов пожаловалась на боли в правом бедре, ознобы. Температура 39,2 С. Пульс 110 уд. в мин, ритмичный. Живот мягкий. Матка несколько болезненная, дно её на 1 п/п ниже пупка. Выделения из влагалища сукровичные, без запаха. Правое бедро утолщено, активные и пассивные движения ноги болезненны.

Диагноз? Терапия

Задача № 3

Родильница 34 лет на 5-е сутки после 3 родов пожаловалась на слабость, небольшие боли в области левой голени. На следующий день боль усилилась, появился озноб, температура повысилась до 38°C. Данные роды, осложнившиеся вторичной слабостью родовой деятельности, были закончены наложением выходных акушерских щипцов. Предыдущие 2 родов и 1 искусственный аборт протекали без осложнений. После 2-х родов появилось варикозное расширение вен нижних конечностей. Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 37,6°C. Пульс 92 уд. в мин. АД 140/90 мм. рт. ст. на обеих руках. Кожные покровы лица умеренно гиперемированы. Живот мягкий, безболезненный. Дно матки на середине расстояния между пупком и лоном. Матка безболезненная. Лохи серозно-кровянистые, незначительные, без запаха. Имеется выраженное расширение вен обеих стоп и голеней. На внутренней поверхности левой голени по ходу большой подкожной вены имеется покраснение кожи. Сама вена на протяжении около 10 см. уплотнена и болезненная. Паховые лимфатические узлы увеличены и болезненные. Левая стопа пастозна.

Сформулируйте клинический диагноз?

Задача №4

На 3-и сутки после родов родильница 32 лет предъявляет жалобы на боли внизу живота, озноб, головную боль, повышение температуры тела до 39 °С. В родах в связи с частичным плотным прикреплением плаценты произведено ручное отделение плаценты и выделение последа. В анамнезе одни роды и два медицинских аборта, хронический пиелонефрит. Молочные железы умеренно нагрудли.

Какой диагноз наиболее вероятен? Какие исследования показаны для уточнения диагноза?

Задача №5

На 6 день после родов у родильницы повысилась температура до 39,6 С и появились боли в правой молочной железе. При осмотре: на соске глубокая трещина, молочная железа уплотнена. Кожа в наружно-внутреннем квадранте гиперемирована с инфильтрацией подлежащей ткани. Лимфоузлы в правой подмышечной ямке болезненные.

Диагноз? Лечение? Возможно ли кормление ребёнка грудью?

Задача №6

У родильницы на 12 сутки повысилась температура до 38,2 С. Жалобы на озноб, боль в молочной железе в течение двух суток. В молочной железе пальпируется болезненное уплотнение 2 на 3 см с гиперемией кожи. Диагноз:

- 1) гнойный мастит;
- 2) лактостаз;
- 3) серозный мастит;
- 4) инфильтративный мастит;
- 5) флегмонозный мастит.

Задача №7

3 сутки послеродового периода. Подъем температуры до 38,3 С, познабливание. Обе молочные железы увеличены в объеме, отечны, сцеживание затруднено. Диагноз:

- 1) гнойный мастит;
- 2) лактостаз;
- 3) серозный мастит;
- 4) инфильтративный мастит;
- 5) флегмонозный мастит.

Задача №8

17 сутки послеродового периода. Родильница высоко лихорадит пять суток. Ознобы, слабость. Молочная железа гиперемирована, отечна, с плотным инфильтратом 6 на 5 см с флюктуацией. Диагноз:

- 1) гнойный мастит;
- 2) лактостаз;
- 3) серозный мастит;

4)инфильтративный мастит;

5) флегмонозный мастит.

Задача №9

Во время обхода на 4-е сутки после первых срочных родов крупным плодом роженица предъявляет жалобы на боль во влагалище, АД 115/70 мм рт. ст. При осмотре болезненность и жжение в области вульвы. Температура 36,9С в нижней трети правой боковой стенки влагалища обнаружена раневая поверхность до 2-х см, покрытая грязно-серым налетом, с трудом снимающимся с подлежащей ткани. Рана легко кровоточит, ткани вокруг нее - отечные и гиперемированные.

Диагноз? Что делать?

Задача №10

5-е сутки после операции кесарева сечения. Состояние средней тяжести. Температура тела 38"С. Пульс 100 уд./мин. Умеренный парез кишечника. Болезненность над лоном. При УЗИ определяется свободная жидкость в брюшной полости, в области швов на матке - "ниша".

Диагноз? Тактика врача?

Эталоны ответов:

Задача №1

9-е сутки после родов. Острый метроэндометрит. Кровотечение. Необходимо в условиях септической гинекологии под общим наркозом на фоне мощной антибактериальной, инфузионной терапии, введение кортикостероидов произвести инструментальную ревизию полости матки.

Задача №2

Послеродовой метроэндометрит. Илеофemorальный тромбоз справа. Комплексное консервативное лечение (строгий постельный режим, возвышенное положение конечности, антибактериальная, инфузионная терапия, венотоники и т.д.).

Задача №3

5 сутки послеродового периода. Острый тромбофлебит поверхностной вены левой голени. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Консультация хирурга. Постельный режим в течение 7-8 дней с возвышенным положением левой нижней конечности, антибиотики, антикоагуляторы, гепарин, спазмолитики, курантил, десенсибилизирующая терапия, местная терапия.

Задача №4

3-е сутки после родов. Острый метроэндометрит. Необходимо сделать ОАК, ОАМ, УЗИ-исследование для исключения остатков плацентарной ткани.

Задача №5

Правосторонний лактационный мастит в стадии инфильтрации. Консервативное лечение мастита. Кормление возможно из здоровой молочной железы при взятии молока на флору.

Задача №6

Инфильтративный мастит.

Задача №7

Серозный мастит.

Задача №8

Гнойный мастит.

Задача №9

4-е сутки после срочных самопроизвольных родов крупным плодом. Послеродовая язва стенки влагалища. Местное применение антисептиков и противовоспалительных средств.

Задача №10

5-е сутки после операции кесарево сечение. Перитонит вследствие несостоятельности швов на матке. Лапаротомия. Удаление матки с придатками. Посиндромная терапия.

Тема 9 Узкий таз в современном акушерстве.

Задача №1

У первородящей в возрасте 20 лет родовая деятельность в течение 10 часов. Таз: 23-26-28-20 см. Воды излились 2 часа тому назад. В течение 40 мин потуги через 2 мин по 45 сек. При влагалищном исследовании открытие маточного зева полное, предлежит головка, остаётся прижатой ко входу в малый таз, стреловидный шов в прямом размере входа в малый таз, большой родничок спереди у лона. Мыс не достигим.

Диагноз? Как вести роды дальше?

Задача №2

Повторнородящая, 35 лет, пятые роды. Состояние хорошее. Размеры таза: 26, 27, 32, 17 см. Индекс Соловьёва 15 см. Предыдущие четвёртые роды продолжались около 2 суток и осложнились пузырно-влагалищным свищом, который был ушит. Настоящие роды в срок, продольное положение, головное предлежание, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 138 уд. в мин. Влагалищное исследование: влагалище свободное, шейка матки укорочена, открытие маточного зева 4 см, края зева хорошо растяжимы, плодный пузырь цел. Диагональная конъюгата 10,5 см.

Диагноз? Что делать?

Задача №3

Первобеременная 20 лет. Поступила в женскую консультацию в срок беременности 28 недель. В детстве перенесла рахит. Состояние хорошее. Размеры таза: 26, 27, 32, 17 см. Индекс Соловьёва 16 см. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 132 уд. в мин. Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки сформирована, длина влагалищной части шейки матки 3 см, зев закрыт. Крестцовая кость уплощена, высота лонного сочленения 4 см, мыс легко достижим. Диагональная конъюгата 9 см.

Диагноз? Тактика врача женской консультации?

Задача №4

Повторнородящая 37 лет, роды 4. Состояние роженицы хорошее. Размеры таза 26, 27, 31, 18 см. Индекс Соловьёва 16 см. Предыдущие роды продолжались 36 ч, закончились образованием влагалищно-прямокишечного свища, который ушит год назад. Настоящие роды в срок, положение плода продольное, предлежание ягодичное, ягодицы находятся над входом в малый таз. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 136 уд. в мин. Влагалищное исследование: шейка матки укорочена, открытие маточного зева 5 см, края податливые, плодный пузырь цел, ягодицы над входом в малый таз. Диагональная конъюгата 10 см.

Диагноз? Тактика врача?

Задача №5

Первобеременная поступила в потугах. Схватки начались 2 суток назад. Воды отошли за 10 ч до начала родовой деятельности. Температура 39 С. Пульс 110 уд. в мин. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Симптом Вастена положительный. Сердечные тоны плода не выслушиваются. Выделения из влагалища гнойные. Таз: 26, 27, 30, 17 см. Индекс Соловьёва 15 см. Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка плода прижата к плоскости входа в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, смещён к лону. Крестцовая впадина уплощена, мыс резко выделяется кпереди. Диагональная конъюгата 10 см.

Какой таз? Диагноз? Какое возникло осложнение? Что делать?

Задача №6

Повторнобеременная, 32 лет, роды в срок. Размеры таза: 23, 25, 29, 17 см. Индекс Соловьёва 15 см. Окружность живота 108 см. ВДМ- 40 см. Головное предлежание. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 138 уд. в мин. Состояние роженицы хорошее. Безводный период 6 часов, потуги хорошие. Симптом Вастена положительный. Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Головка плода прижата ко входу в малый таз, малый родничок спереди слева от лона, стреловидный шов в правом косом размере.

Диагноз? Тактика врача.

Задача №7

Поступила роженица 29 лет, роды повторные. Положение плода продольное. Головное предлежание, головка прижата к плоскости входа в малый таз. Размеры таза: 25, 27, 31, 20 см. Индекс Соловьёва 15 см. Состояние роженицы и плода хорошее. Через 3 часа отошли околоплодные воды и начались потуги, которые продолжаются 3 часа. Влагалищное исследование: влагалище свободное, открытие зева полное, головка малым сегментом в плоскости входа в малый таз. Определяется лоб, корень носа, надбровные дуги и передний угол большого родничка.

Диагноз? Тактика врача?

Задача №8

Поступила роженица 30 лет, роды повторные, головка плода над входом в малый таз. При наружном исследовании спинка плода определяется слева, между спинкой плода и затылком определяется угол, открытый кнаружи. Сердечные тоны плода яснее выслушиваются со стороны грудки плода справа ниже пупка, 136 уд. в мин. Схватки хорошие. Околоплодные воды только что отошли и начались потуги. Влагалищное исследование: маточного зева полное, головка плода прижа-

та к плоскости входа в малый таз. Определяются надбровные дуги, корень носа, спинка носа, верхняя челюсть, подбородок, обращённый к крестцу. Плодный пузырь отсутствует.
Диагноз? Возможны ли роды? Тактика врача

Задача №9

Повторнобеременная. Таз: 24, 26, 26, 18 см. Околоплодные воды отошли 12 ч назад. Головка плода крупная, плотно прижата ко входу в малый таз. Схватки бурные, резко болезненные, частые. Поведение роженицы беспокойное, жалобы на постоянные боли внизу живота, кровянистые выделения из влагалища. Пульс 96 уд. в мин. АД - 120/70 мм. рт. ст. Спустя 2 часа схватки прекратились, роженица дремлет. Пульс 130 уд. в мин. слабого наполнения и напряжения. АД - 80 и 40 мм. рт. ст. Сердцебиение плода не прослушивается, кровянистые выделения из влагалища усилились.
Диагноз? Какое возникло осложнение? Тактика врача?

Задача №10

Повторнобеременная, 31 год. Роды в срок, продолжаются сутки. Воды отошли 6 часов назад. Размеры таза: 23, 26, 29, 18 см. Родовая деятельность за последние 3 часа не прогрессирует. Признак Вастена положительный. Головка плода прижата к плоскости входа в малый таз. Нижний сегмент болезненный при пальпации. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное, 136 уд. в мин. Влагалищное исследование: открытие шейки матки полное, края отёчны. Диагональная конъюгата 10,5 см.

Диагноз? Тактика врача.

Эталонные ответов:

Задача №1

Беременность 40 недель. Головное предлежание. Высокое прямое стояние стреловидного шва. Задний вид. Поперечносуженный таз. 2 период родов. Срочная операция кесарево сечение.

Задача №2

Беременность 5, 40 нед. Продольное положение. Головное предлежание. Плоско-рахитический таз, сужение 2 степени. ОАА. 1 период родов. Тактика врача: Показана операция кесарева сечения по абсолютным показаниям.

Задача №3

Беременность 1, 28 недель. Продольное положение, головное предлежание. Плоско-рахитический таз, 3 степень сужения. Тактика врача: Предупредить беременную, что роды возможны при помощи операции кесарево сечение. Необходимо провести полное клиническое обследование, не допустить перенашивания плода (госпитализировать в 38 нед.), крупного плода, преждевременного излития околоплодных вод.

Задача №4

Беременность 4, 40 нед. Продольное положение. Чисто ягодичное предлежание. Плоско-рахитический таз, сужение 2 степени. 1 период родов. ОАА. Тактика врача: В плановом порядке - операция кесарево сечение.

Задача №5

Беременность 1, 40 нед. Продольное положение плода, головное предлежание. Плоско-рахитический таз, сужение 2 степени. Клинически узкий таз. Преждевременное излитие околоплодных вод. Мёртвый плод. Эндометрит в родах. 2 период родов. Осложнение - клинически узкий таз. Тактика врача: провести плодоразрушающую операцию - краниотомию. В послеродовом периоде провести массивную антибактериальную терапию.

Задача №6

Беременность 2, 40 нед. Головное предлежание. Крупный плод. Равномерносуженный таз, сужение 2 ст. Клинически узкий таз. Раннее излитие вод (б.п. 6 ч). 2 период родов. Тактика врача: Кесарево сечение.

Задача №7

Беременность 3, 40 нед. Положение плода продольное. Лобное вставление. Клинически узкий таз. 2 период родов. Тактика врача: Кесарево сечение. Роды через естественные родовые пути живым доношенным плодом невозможны.

Задача №8

Беременность 2, 40 недель. Продольное положение плода. Передний вид лицевого вставления (по Жордания). Клинически узкий таз. 2 период родов. Роды живым плодом невозможны через естественные родовые пути. Тактика врача: Показана операция кесарево сечение.

Задача №9

Беременность 3, 40 недель. Продольное положение плода, головное предлежание. Равномерно-суженный таз, сужение 2 степени. Крупный плод. Клинически узкий таз. 2 период родов. Свершившийся разрыв матки. Геморрагический шок 3 степень. Мертвый плод. Осложнение: клинический таз привёл к разрыву матки. Тактика врача: Немедленная операция. Удаление плода, последа. Вопрос о матке решить в ходе операции.

Задача №10

Беременность 3, 40 нед. Продольное положение плода. Головное предлежание. Равномерно-суженный таз, сужение 2 степени. Клинически узкий таз. Раннее излитие вод (безводный период 6 ч). 2 период родов. Угрожающий разрыв матки. Тактика врача: Наркоз. Кесарево сечение.

Тема 10 Родовой травматизм матери и плода.

Задача №1

Первородящая 20 лет. Таз 23-26-28-18, ОЖ 101, ВДМ 39 см. В родах 12 часов. Воды излились 4 часа назад. Головка плода плотно прижата ко входу в малый таз. Лобно-затылочный размер 13 см. Сердцебиение плода 140 уд. в мин, ясное, ритмичное. Схватки бурные, болезненные. Поведение роженицы беспокойное. Контракционное кольцо на 2 п/п ниже пупка, расположено косо. Под обезболиванием произведено внутреннее исследование: раскрытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. На головке родовая опухоль размером 4×5 см. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок в центре по проводной оси таза. Мыс достижим, диагональная конъюгата 11 см.

Диагноз? План ведения родов?

Задача №2

У повторнородящей после бурных, резко болезненных схваток с постоянными болями в животе схватки внезапно прекратились. Отмечается общая слабость, пульс 130 ударов в минуту, слабого наполнения, напряжения. АД 80/40 мм рт. ст. Сердцебиение плода не прослушивается. Появились кровянистые выделения из влагалища.

Обоснуйте диагноз и тактику врача.

Задача №3

Повторнородящая с размерами таза 24-26-28-18 см, доставлена машиной скорой помощи. Поведение роженицы беспокойное, жалобы на боли внизу живота, кровянистые выделения из влагалища. Пульс 96 ударов в минуту. АД 120/70 мм рт. ст. Схватки бурные, резко болезненные, частые. Головка плода крупная, плотно прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушенно, 146 ударов в минуту, ритмичное.

Диагноз, его обоснование. Дальнейший план ведения родов?

Задача №4

Доставлена из района врачом повторнородящая, 44 года, в тяжелом состоянии. Час тому назад во время попытки к классическому повороту плода роженица потеряла сознание. Кожа и слизистые резко бледные. Пульс малый 140 уд/мин. Через брюшную стенку определяются части плода. Отдельно прощупывается матка. Умеренные кровянистые выделения. Ваш диагноз?

- 1)начавшийся разрыв матки;
- 2)совершившийся разрыв матки;
- 3)отслойка плаценты;
- 4)ДВС-синдром;
- 5)геморрагический шок.

Задача №5

Роды вторые в срок длятся 16 часов. Первые роды закончились рождением мертвого плода. Преждевременное излитие вод. Таз 24-26-29-17 см. Сердцебиение плода не выслушивается. Судорожные схватки. Матка в промежутках между схватками не расслабляется. Контракционное кольцо выше пупка. Резкая болезненность нижнего сегмента матки. Открытие шейки матки полное. Головка плода малым сегментом во входе в таз. Признак Вастена положительный.

Диагноз? План ведения? Какая ошибка при ведении беременности и родов?

Задача №6

Через 30 мин после начала второго периода родов у повторнородящей появились кровянистые выделения из половых путей. АД 120/65 мм рт. Схватки через 2—3 мин по 50—55 с. Матка плохо расслабляется вне схватки, болезненна при пальпации в нижнем сегменте, размеры таза 26—27—33—18 см. Сердцебиение плода глухое. При кардиотокографии выявлены поздние децелерации до 70 уд/мин. Попытка произвести катетеризацию мочевого пузыря не удалась из-за механическо-

го препятствия. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное; головка плода прижата ко входу в малый таз, на головке большая родовая опухоль.

Наиболее вероятный диагноз? Тактика врача?

Задача №7

Беременная А., 33 лет поступила в отделение патологии в плановом порядке, по направлению врача женской консультации при сроке беременности 37 недель. Предыдущая беременность 2 года закончилась операцией кесарева сечения по поводу клинически узкого таза. Послеоперационный период осложнился эндометритом метритом, по поводу чего проводилась соответствующая терапия. Выписана на 15 день после операции, вместе с ребенком. Общее состояние при поступлении удовлетворительное. АД 120/70, пульс 86 в минуту, ритмичный. На брюшной стенке по средней линии рубец после бывшей операции. Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное. При пальпации слева над лоном - болезненность и углубление.

Диагноз? План ведения?

Задача №8

Роды III, в срок. В анамнезе диатермокоагуляция по поводу эрозии шейки матки, 2 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 яркие кровяные выделения. Кровопотеря достигла 300 мл, кровотечение продолжается. Признаков отделения плаценты нет.

Диагноз? С какими состояниями нужно дифференцировать?

Задача №9

Беременная С., 34 лет. I беременность закончилась чревосечением по Пфанненштилю, кесаревым сечением в нижнем маточном сегменте по поводу тазового предлежания, первичной слабости родовой деятельности, затем II и III беременности - искусственные аборты, без осложнений. Данная беременность IV, сроком 37 недель. Обратилась в поликлинику с жалобами на тошноту, рвоту, боли в животе. Общее состояние удовлетворительное. АД 120/70 мм. рт. ст., пульс 80 ударов в минуту, температура 36,7°. При осмотре отмечается локальная болезненность в области послеоперационного рубца, болезненность при шевелении плода иррадиирующая в область послеоперационного рубца.

Диагноз? План ведения?

Задача №10

Первые роды у 30-и летней женщины, родила ребенка массой 4000г. Послед отделился самостоятельно, цел. Кровопотеря в послеродовом периоде 400,0, кровотечение из половых путей продолжается и после рождения последа, матка хорошо сократилась, плотная.

Диагноз? План ведения?

Эталоны ответов:

Задача №1

Беременность 40 недель. Головное предлежание. Крупный плод. Общеравномерносуженный таз I степени. 2 период родов. Клинически узкий таз. Угроза разрыва матки. Наркоз. Кесарево сечение в экстренном порядке.

Задача №2

Разрыв матки. Гибель плода. Геморрагический шок 2 ст. Срочная лапаротомия. Противошоковые мероприятия. Объем оперативного вмешательства решить с учетом характера разрыва.

Задача №3

Беременность 40 недель. 1 период родов. Общеравномерносуженный таз I степени. Крупный плод. Клинически узкий таз. Начинаящийся разрыв матки. Наркоз. Срочная операция кесарево сечение.

Задача №4

Совершившийся разрыв матки. Лапаротомия.

Задача №5

2 период родов. Общеравномерносуженный таз 2 степени. ОАА. Мёртвый плод. Угроза разрыва матки. Наркоз. Кесарево сечение в экстренном порядке. Необходима была дородовая госпитализация в 38-30 недель.

Задача №6

2 период. Анатомически и клинически узкий таз. Гипоксия плода. Угроза разрыва матки. Наркоз. Кесарево сечение в экстренном порядке.

Задача №7

Беременность 2, 37 недель. Головное предлежание. Гистопатический разрыв матки по рубцу. Срочная операция кесарево сечение.

Задача №8

Последовый период. Разрыв шейки матки. Кровотечение. Дифдиагностика с аномалиями прикрепления плаценты, разрывом матки.

Задача №9

Беременность 4, 37 недель. Неполюценный рубец на матке после кесарева сечения. ОАА. Угроза разрыва матки по рубцу. Кесарево сечение в экстренном порядке.

Задача №10

Роды крупным плодом. Кровотечение в раннем послеродовом периоде. Травма родовых путей. Необходимо провести осмотр родовых путей в зеркалах.

Тема 11 Иммунологическая несовместимость матери и плода**Задача №1**

Первобеременная 24 лет обратилась в женскую консультацию при сроке беременности 12 недель. Группа крови - А(II), Rh (-).
Обследование? Тактика врача?

Задача №2

Повторнобеременная. Х, проходит курс лечения в палате патологии беременности по поводу иммуно-конфликтной беременности. Срок гестации 20 недель. Число шевелений плода 8-10 за 10 минут, сердцебиение 180-200 уд/мин, после самопроизвольного шевеления плода 210-240 уд/мин. Диагноз. Его обоснование..

Задача №3

Повторнобеременная 32 лет направлена в отделение патологии беременных с диагнозом: беременность 35-36 недель. Резус-конфликтная беременность (титр АТ 1:32).
Диагностика? Тактика врачей стационара?

Задача №4

Беременность 37 недель, вторая. Первая беременность закончилась своевременными нормальными родами. При обследовании беременной: головка плода над входом в таз, сердцебиение плода ясное. Установлена резус-отрицательная принадлежность крови, титр антител 1:64.
Диагноз?

Задача №5

В женскую консультацию обратилась первобеременная женщина в сроке 10 недель. У беременной и отца ребенка В(III) группа крови.
Может быть у ребенка 0(I) группа крови?

Задача №6

При обследовании беременной женщины на группу крови агглютинация произошла во всех четырех стандартных сыворотках (по системе АВ0).
Что можно сказать о группе крови женщины?

Задача №7

Роды у пациентки 32 лет. Первая беременность закончилась срочными родами без осложнений, вторая — мед аборт, третья — родами в 38 недель, ребенок умер на седьмые сутки от желтухи. Во время настоящей беременности обнаружены резус-антитела в титре 1:8. Проведены 2 курса общеукрепляющей и антианемической терапии, в 18 и 27 недель — подсадки лимфоцитов мужа. В 36—37 недель проведено родовозбуждение. Родовая деятельность развивалась удовлетворительно, родилась живая девочка массой 3350 г. Состояние ребенка удовлетворительное, кожа бледная. Оценка по Апгар 7 баллов, через 5 минут — 8 баллов. Билирубин в пуповинной крови 56 мкмоль/л, Нв — 130 г/л
Поставьте диагноз. Тактика.

Задача №8

Повторнобеременная 25 лет, группа крови А (II) Rh (-), у мужа А (II) Rh (+), находится в отделении патологии беременности. Срок беременности 35-36 недель. Положение плода продольное, предлежит головка. Титр антител три дня назад -1: 16, сейчас 1: 64. На УЗИ - у плода легкие зрелые, печень увеличена. Плацента 2 ст. зрелости.
Диагноз. Тактика.

Задача №9

Беременная 30 лет, группа крови O () Rh (-), у мужа A (II) Rh (+), поступила в отделение патологии беременности. Срок беременности 34 недели. Положение плода продольное, предлежит головка. Титр антител 1: 64 и нарастает. На УЗИ - у плода, печень увеличена, асцит, двойные контуры головки и туловища плода. Плацента 2 ст. зрелости. Сердцебиение плода 120 ударов в мин.

Диагноз. Тактика.

Задача №10

Роды у пациентки 27 лет. В анамнезе мед аборт, роды в 39 недель, ребенок умер от желтухи. При обследовании обнаружены резус-антитела в титре 1:64. Родилась живая девочка массой 3350 г. Состояние ребенка удовлетворительное, кожа и видимые слизистые с желтушным окрашиванием, отмечается увеличение печени и селезенки. Общий билирубин в пуповинной крови 100 мкмоль/л, почасовой прирост 10 мкмоль/л, Нв – 110 г/л.

Поставьте диагноз. Тактика.

Эталонные ответы:

Задача №1

Обследование: группа крови, резус-фактор партнёра; титр резус-антител (непрямая реакция Кумбса); УЗИ-исследование. Наблюдение, титр антител 1 раз в 2 месяца.

Задача №2

Беременность 2, 20 недель. Резус-конфликт. Гипоксия плода. Титр резус-антител для определения тяжести иммунного конфликта, УЗИ для исключения гемолитической болезни плода.

Задача №3

УЗИ для исключения гемолитической болезни плода, КФМ-исследование, десенсибилизирующая терапия, роды через естественные родовые пути в 38-39 недель.

Задача №4

Беременность 2, 37 недель. Головное предлежание. Резус-конфликт. Родоразрешение в 38-39 недель.

Задача №5

У ребёнка может быть 0(I) группа крови или B(III) группа крови.

Задача №6

У женщины диагностирована 0(I) группа крови.

Задача №7

Гемолитическая болезнь новорождённого, анемическая форма. Асфиксия лёгкой степени. Определение группы крови и Rh ребенка, прямая проба Кумбса для подтверждения диагноза, почасовой прирост билирубина. Вводятся препараты железа (феррлатум), эссенциале, ребенка облучают лучистым теплом.

Задача №8

Беременность 2, 35-36 недель. Прогрессирующий резус-конфликт. Родоразрешение через естественные родовые пути.

Задача №9

Гемолитическая болезнь плода тяжёлой степени. Профилактика СДР плода, кесарево сечение в срочном порядке.

Задача №10

Гемолитическая болезнь новорождённого, желтушная форма. Заменное переливание крови в первые сутки в условиях ПИТ.

Тема 12 Кровотечения во II половине беременности. Предлежание плаценты. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

Задача №1

Женщина, 30 лет, имеет беременность на 9-м лунном месяце. В анамнезе срочные роды и 5 искусственных абортов. Жалобы на обильные кровянистые выделения из влагалища, появившиеся ночью. Родовой деятельности нет. Матка в обычном тоне. Положение плода продольное, головка высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 ударов в минуту. Воды не отходили. В настоящее время кровотечение обильное. Диагноз, его обоснование. Неотложные мероприятия.

Задача №2

Повторнородящая с нормальными размерами таза и доношенной беременностью поступила через 4 часа от начала схваток и появления кровянистые выделения из влагалища. При исследовании: матка в обычном тоне, положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом

в малый таз. Сердцебиение плода 140 уд. в мин, справа ниже пупка. Схватки через 7-8 мин по 30 сек. При развёрнутой операционной произведено внутреннее исследование: шейка матки сглажена, раскрытие зева 5 см, плодный пузырь цел. Слева и спереди определяется край плаценты. Кровотечение в умеренном количестве. Диагноз, его обоснование. План ведения родов.

Задача №3

У роженицы роды продолжаются около 10ч. Околоплодные воды не изливались. Внезапно женщина побледнела, появились сильные распирающие боли в животе. Сердцебиение плода 100—110 уд/мин. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева 8 см, плодный пузырь цел, напряжен, предлежащая головка над входом в малый таз, выделения кровянистые. Диагноз? Тактика ведения?

Задача №4

Повторнобеременная при сроке беременности 37-38 недель поступила через 2 часа после начала появления постоянных болей в животе. Общее состояние средней тяжести. АД 100 и 60 мм рт. ст., пульс 100 уд. в мин, ритмичный, ясный. Шоковый индекс = 1. Бледность кожи и видимых слизистых; на голених, передней брюшной стенке обширные отёки. Живот увеличен соответственно доношенной беременности, матка напряжена, что исключает возможность определения положения и предлежания плода. На передней стенке матки имеется участок локальной болезненности при пальпации. Сердцебиение плода не выслушивается. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, зев закрыт, через передний свод определяется головка над входом в малый таз, подвижна. Из половых путей скудные кровянистые выделения.

Диагноз? Метод родоразрешения? Возможный объём оперативного вмешательства?

Задача №5

У беременной с длительно текущим гестозом в сроке 32 недели беременности появились признаки прогрессирующей преждевременной отслойки плаценты. Произведена срочная госпитализация в роддом. Диагноз. Акушерская тактика.

Задача №6

Беременность 32 недели. Неделю назад в течение 3 дней были кровяные выделения без видимой причины. Сейчас выделения в умеренном количестве. Головка высоко над входом в малый таз. Схваток нет. Диагноз? План ведения?

Задача №7

У повторнобеременной первородящей с неполным предлежанием плаценты при открытии шейки матки на 4 см диагностировано тазовое предлежание плода. Предполагаемая масса плода - 3900 г. Диагноз. Тактика ведения.

Задача №8

Повторнобеременная при сроке 36 недель поступила в дородовое отделение с незначительными яркими кровянистыми выделениями из половых путей. Тонус матки не повышен. Сердцебиение плода ясное.

Предполагаемый диагноз: 1) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты; 2) неполное предлежание плаценты; 3) полное предлежание плаценты; 4) разрыв матки.

Задача №9

У беременной в 36 недель с незначительными яркими кровянистыми выделениями при обследовании установлено, что плацента перекрывает область внутреннего зева. Предполагаемая масса плода 2200 г. Диагноз. Тактика врача при поступлении беременной.

Задача №10

Беременная на восьмом лунном месяце. Поступила с маточным кровотечением, которое в течение последнего месяца было 3 раза. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледные, пульс 112 уд. в мин, ритмичный, удовлетворительного качества. АД – 90/60 мм рт.ст. Живот правильной формы, контуры матки чёткие. Окружность матки 85 см, высота дна матки 30 см. Положение плода косое, головка в левой подвздошной области, сердцебиение плода глухое, слева ниже пупка. При влагалищном исследовании: влагалище заполнено сгустками крови, маточный зев пропускает 1 палец, пальпируется губчатая ткань, располагающаяся во всех направлениях.

Диагноз. Лечение.

Эталонные ответы:

Задача №1

Доношенная беременность. Отягощенный акушерский анамнез. Полное предлежание плаценты. Кесарево сечение в экстренном порядке.

Задача №2

Беременность 40 недель. Головное предлежание. 1 период родов. Краевое предлежание плаценты. В условиях развёрнутой операционной амниотомия. Роды вести через естественные родовые пути. При продолжающемся кровотечении кесарево сечение.

Задача №3

1 период родов. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Острая гипоксия плода. Амниотомия. Кесарево сечение в экстренном порядке.

Задача №4

Беременность 37-38 недель. Гестоз тяжёлой степени. ПОНРП. Антенатальная гибель плода. Геморрагический шок. Кесарево сечение в экстренном порядке. При наличии матки Кувелера – экстирпация матки с трубами, перевязка внутренних подвздошных артерий.

Задача №5

Беременность 32 недели. Раноначавшийся длительно текущий гестоз тяжёлой степени. ПОНРП. Кесарево сечение в экстренном порядке.

Задача №6

Предлежание плаценты. УЗ-исследование, КФМ-контроль состояния плода. Консервативное лечение с оценкой эффективности

Задача №7

Беременность 2, 40 недель. Тазовое предлежание. 1 период родов. Неполное предлежание плаценты. Относительно крупный плод. Родоразрешение путём операции кесарево сечение.

Задача №8

Неполное предлежание плаценты.

Задача №9

Беременность 36 недель. Неполное предлежание плаценты. Наблюдение; введение спазмолитиков, глюкокортикоидов, антианемическая терапия.

Задача №10

Беременность 36 недель. Косое положение плода. 1 позиция. Полное предлежание плаценты. Кровотечение. Геморрагический шок 2 степени. Интенсивная инфузионная терапия, восполнение ОЦК. Кесарево сечение в экстренном порядке.

Тема 13 Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах

Задача №1

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

Диагноз? План ведения?

Задача №2

У роженицы с массой тела 60 кг через 20 минут после рождения плода началось кровотечение. Кровопотеря 250,0 мл. Признаков отделения плаценты нет.

Диагноз? План ведения?

Задача №3

У рожильницы 28 лет с преждевременным излитием вод возникло упорная слабость родовой деятельности. Применена активация родовой деятельности, наступила интранатальная гибель плода. Через 10 минут после рождения мёртвого плода самостоятельно отделилась плацента - цела, оболочки все. Матка сократилась, плотная, кровопотеря в течение 10 минут достигла 1100 мл. Предприняты меры - ручное обследование стенок полости матки, бережный дозированный наружно-внутренний массаж матки на кулаке, лёд на низ живота, сокращающие матку средства - эффекта не дали, кровотечение продолжается. Кровь, вытекающая из половых путей, - не свёртывается. Проба Ли-Уайта больше 15 минут.

Диагноз? План ведения?

Задача №4

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

Диагноз? Ваша дальнейшая тактика?

Задача №5

Роженица 38 лет. Роды 4-ые. Родоразрешена в родильном стационаре живой девочкой, весом 2400 г, длиной 44 см: крик сразу громкий. Через 10 мин. самостоятельно отделился и выделился послед.

Плацента цела, оболочки рваные, в остатках оболочек видны сосуды, прерывающие в месте разрыва. Матка сократилась хорошо. Кровянистые выделения в небольшом количестве.

Диагноз? Что делать?

Задача №6

Через 15 минут после рождения последа, который при осмотре оказался целым, появилось кровотечение, кровопотеря 400 мл. Матка дряблая. Слабость, бледность родильницы. Пульс 100 ударов в минуту. АД 90/60 мм рт.ст.

Диагноз? План ведения?

Задача №7

Повторнобеременная 27 лет, роды первые в срок. Через 10 минут после рождения плода началось кровотечение сильной струей, роженица потеряла около 600 мл крови. Пульс 110 ударов в минуту. АД 100/60 мм рт. ст. Признаки отделения последа отрицательные.

Вероятные причины кровотечения и неотложные мероприятия.

Задача №8

Первородящая, 23 лет, родила ребёнка весом 3900,0. Сразу же после рождения началось кровотечение. Послед был немедленно выжат по Креде-Лазаревичу. При осмотре плацента цела, оболочки все. Матка хорошо сократилась, но кровотечение продолжается.

Предполагаемая причина кровотечения? Неотложная помощь?

Задача №9

Срочные роды. В анамнезе 4 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. Определены признаки отделения плаценты. Выделилось 250 мл крови, кровотечение продолжается.

Диагноз? План ведения?

Задача №10

Роженице 28 лет, поступила с начавшейся родовой деятельностью, роды 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 проведена профилактика кровотечения. 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?

Эталоны ответов:

Задача №1

Последовый период. Аномалия прикрепления плаценты. Ручное отделение плаценты и выделение последа.

Задача №2

Последовый период. Аномалия прикрепления плаценты. Кровотечение. Ручное отделение плаценты и выделение последа. Утеротонические средства.

Задача №3

Роды мёртвым плодом. Кровотечение в раннем послеродовом периоде. Острый ДВС_синдром. Лапаротомия. Экстирпация матки с трубами, перевязка внутренних подвздошных артерий, коррекция гемостаза, восполнение ОЦК.

Задача №4

Геморрагический шок 2 ст. после гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде. Инфузионно-трансфузионная терапия, восполнение ОЦК, наблюдение.

Задача №5

Ранний послеродовый период. Добавочная доля плаценты. Обследование полости матки.

Задача №6

Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде. Геморрагический шок 1 ст. Ручное обследование полости матки, массаж матки на кулаке, утеротонические средства, восполнение ОЦК.

Задача №7

Кровотечение в последовом периоде. Аномалия прикрепления плаценты. Ручное отделение плаценты и выделение последа.

Задача №8

Ранний послеродовый период. Разрыв шейки матки. Осмотр шейки матки, мягких родовых путей в зеркалах, ушивание.

Задача №9

Роды крупным плодом. 3 период родов. Кровотечение. Выделить послед наружными методами. Осмотр мягких родовых путей.

Задача №10

Роды двойней. Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде. Наружный массаж матки, в/в утеротонические средства, инфузионная терапия, при отсутствии эффекта – ручное обследование полости матки.

Тема 14 Экстрагенитальные заболевания и беременность

Задача №1

Первобеременная 27 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу задержки менструации. При осмотре обнаружена беременность 8 недель и подвижная опухоль туго-эластичной консистенции, исходящая из правых придатков размером 10×12 см.

Диагноз и действия врача?

Задача №2

Повторнобеременная, 38 лет, обращалась в женскую консультацию по поводу незначительных кровотечений в сроках 22 недель и 28 недель беременности. Влагалищного исследования не проводилось, назначался покой на 3 дня, кровянистые выделения прекращались. На 39 неделе беременная поступила в больницу с обильным кровотечением. Размеры таза нормальные, положение плода продольное, головка плода над входом малого таза. При обследовании обнаружен рак шейки матки 1 стадии.

Обоснуйте действия и оцените тактику ведения беременной.

Задача №3

Первобеременная 24 лет поступила в клинику с жалобами на боль в надчревной области, зуд кожи, снижение аппетита, обесцвеченный кал, мочу тёмного цвета. Заболела две недели назад, к врачу не обращалась. При осмотре выраженная желтуха кожи. АД 120/80 мм рт. ст., пульс 60 уд. в мин. Язык влажный. Живот увеличен за счёт беременности сроком 36 недель, при пальпации живота обнаружена увеличенная печень, край её острый, болезненный. Положение плода продольное, головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное.

Предположительный диагноз? Пути его уточнения и врачебная тактика.

Задача №4

Первобеременная 28 лет обратилась в женскую консультацию по поводу задержки менструации. Таз 25-29-31-21 см. При влагалищном исследовании врач обнаружил беременность около 8 недель в сочетании с плотным образованием, расположенным в области дна матки, величиной 5×4 см, безболезненным при пальпации.

Диагноз? Тактика врача?

Задача №5

Беременная внезапно почувствовала боли в животе. Была однократная рвота. Беременность первая в сроке 29-30 нед. Температура 37,6 С. Язык суховат, чистый, живот слегка напряжён. Симптом Щёткина-Блюмберга положительный. Матка в нормотонусе, болезненная при пальпации. Сердцебиение плода 136 уд. в мин, ясное, ритмичное, слева ниже пупка. Воды не изливались.

Диагноз? Консультация соответствующего специалиста? Тактика ведения?

Задача №6

В отделение патологии поступила первобеременная 24 лет с жалобами на сильный кожный зуд, желтушное окрашивание кожи. Выше указанные жалобы появились 7 дней назад. Сроки беременности 37 недель. Матка в нормальном тонусе, положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 в мин. Кожные покровы с желтушным оттенком. Данные биохимического исследования крови: билирубин - 30,4 мкмоль/л (норма: 8,6-20,5 мкмоль/л), холестерин - 8,2 ммоль/л (3,7-7,0), ЩФ - 180 ед/мл (30-120), ПТИ - 100%, сулемовая проба - 0,5 Ед (1,6-2,2), тимоловая проба - 1,6 Ед (0,5), АЛАТ - 1,8 ммоль/л (0,1-1,5), АСАТ - 1,9 ммоль/л (0,1-1,3), маркёры к вирусу А и В отрицательные.

Диагноз? Дифференциальный диагноз? Тактика?

Задача №7

Первобеременная 25 лет, доставлена «машиной скорой помощи» в наблюдательное отделение клиники с беременностью сроком 24-25 недель и с жалобами на резкую боль в правой поясничной

области, повышение температуры тела до 38,5°C, озноб, частое болезненное мочеиспускание. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Симптом Пастернацкого справа положительный. Живот мягкий. Матка в обычном тонусе. Положение плода неустойчивое. Сердцебиение плода ясное, 140 уд. в мин.

Диагноз. Принципы лечения.

Задача №8

Повторнобеременная 27 лет при сроке беременности 30 недель впервые обратилась к врачу акушеру-гинекологу с жалобами на слабость, повышенный аппетит, жажду, полиурию. В анамнезе преждевременные роды мёртвым плодом массой 2800,0. При осмотре подкожная клетчатка развита слабо. Пульс 82 уд. в мин., АД 110/70 мм. рт. ст. на обеих руках. Тоны сердца ясные. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Матка в обычном тонусе, сердцебиение плода ясное, ритмичное.

Какие обследования необходимо провести в первую очередь? Диагноз, его обоснование. Тактика врача.

Задача №9

Родильница 34 лет на 5-е сутки после 3 родов пожаловалась на слабость, небольшие боли в области левой голени. На следующий день боль усилилась, появился озноб, температура повысилась до 38°C. Предыдущие 2 родов и 1 искусственный аборт протекали без осложнений. После 2-х родов появилось варикозное расширение вен нижних конечностей. Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 37,6°C. Пульс 92 уд. в мин. АД 140/90 мм. рт. ст. на обеих руках. Кожные покровы лица умеренно гиперемированы. Живот мягкий, безболезненный. Дно матки на середине расстояния между пупком и лоном. Матка безболезненная. Лохи серозно-кровянистые, незначительные, без запаха. Имеется выраженное расширение вен обеих стоп и голеней. На внутренней поверхности левой голени по ходу большой подкожной вены имеется покраснение кожи. Сама вена на протяжении около 10 см. уплотнена и болезненная. Паховые лимфатические узлы увеличены и болезненные. Левая стопа пастозна.

Сформулируйте клинический диагноз?

Задача №10

Беременная Х., 29 лет, живет в сельской местности. При беременности 26 недель обратилась в консультацию к врачу акушеру-гинекологу и была направлена в отделение палаты патологии беременных с жалобами на слабость, жажду, чувство ненасытного голода, повышенное потребление жидкости (до 5-6 литров в сутки), кожный зуд, обильное мочеиспускание. Беременная желает сохранить беременность, но опасается, так как в прошлом году при таких же явлениях у неё на 7 месяце беременности произошли преждевременные роды мертвым плодом массой 3000г. Объективно: патологии не выявлено. Положение плода продольное II позиция, головное предлежание. ЧСС 136 ударов в минуту, окружность живота 96 см., высота стояния дна матки 30 см. При влагалищном исследовании определяется «незрелая» шейка матки. Клинические показатели крови и мочи в норме. Уровень глюкозы в крови 10,2 ммоль/л, в моче 5 ммоль/л. Реакция мочи на ацетон отрицательная.

Диагноз? Тактика? Возможные осложнения?

Эталонные ответы:

Задача №1

Беременность 8 недель и опухолевидное образование яичников. Пролонгировать беременность до 16 недель с последующим оперативным удалением образования. При перекруте – экстренная операция.

Задача №2

Доношенная беременность и рак шейки матки 1 ст. Кесарево сечение с последующей расширенной экстирпацией матки и лучевой терапией. Ошибка врача женской консультации – необходимо было при первом обращении обследование и лечение в условиях стационара с обязательным осмотром шейки матки в зеркалах и взятием биопсии при подозрении.

Задача №3

Беременность 36 недель. Вирусный гепатит. Обследование и лечение в условиях инфекционной больницы, пролонгирование беременности. Роды в срок в специализированном стационаре через естественные родовые пути.

Задача №4

Беременность 8 недель в сочетании с субсерозной миомой матки. Пролонгирование беременности и наблюдение. Роды вести через естественные родовые пути.

Задача №5

Беременность 29-30 недель. Острый аппендицит. Срочная аппендэктомия в хирургическом отделении с последующей сохраняющей беременность терапией.

Задача №6

Беременность 37 недель. Холестатический гепатоз. Дифференциальный диагноз с острым жировым гепатозом беременных, вирусным гепатитом. Беременность можно пролонгировать, при отсутствии эффекта родоразрешение через естественные родовые пути.

Задача №7

Беременность I, 24-25 недель. Острый пиелонефрит. Лечение пиелонефрита. Лечение, направленное на сохранение беременности.

Задача №8

Беременность II, 30 недель. Сахарный диабет. ОАА (мёртворождение в I родах). Провести анализ крови на сахар, консультация эндокринолога, окулиста. Госпитализация в акушерский стационар в палату патологии беременных с последующим обследованием и лечением, назначенным эндокринологом и окулистом.

Задача №9

5 сутки послеродового периода. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Острый тромбоз поверхностной вены левой голени.

Задача №10

Беременность II, 26 недель. Положение плода продольное, II позиция, головное предлежание. Сахарный диабет. Необходимо в первую очередь проконсультировать беременную с эндокринологом для уточнения диагноза и тактики ведения беременности. Осложнения во время беременности: невынашивание, многоводие, тяжёлый гестоз, воспаление мочевыводящих путей, ретинопатия, аномалии развития плода, крупный плод. Осложнения в родах – слабость родовых сил, гипоксия плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, клинически узкий таз. В послеродовом периоде – инфекционные осложнения, гипогалактия.

Тема 15 Многоплодная беременность. Аномальные положения и вставления плода..

Задача №1

Повторнородящая с нормальными размерами таза и доношенной беременностью поступила через 6 часов после схваток с целыми околоплодными водами. Диагностирована двойня. Предлежит головка первого плода над входом в малый таз. Через 30 мин родился живой плод массой 3000,0, второй плод в поперечном положении, сердцебиение плода ясное, до 140 уд. В мин.

Диагноз? Как вести роды дальше?

Задача №2

Повторнородящая 23 лет с нормальными размерами таза и доношенной беременностью поступила через 4 часа после начала родовой деятельности. Воды не изливались. ОЖ 120 см, ВДМ 40 см. Вторым приёмом Леопольда-Левицкого определяется много мелких частей. Предлежит головка, подвижная над входом в малый таз, небольших размеров. При аускультации определяется сердцебиение плода слева выше пупка 132 уд. в мин и справа ниже пупка 128 уд. в мин. Внутреннее исследование: шейка матки сглажена. Открытие зева на 4 см. Плодный пузырь цел. Головка подвижная над входом в малый таз.

Диагноз? План ведения родов?

Задача №3

В род. дом поступила повторнородящая с доношенной беременностью. Третьи роды у роженицы 26 лет. Первая беременность закончилась рождением мёртвого плода в связи с тазовым предлежанием плода и слабостью родовой деятельностью, вторая - самопроизвольным выкидышем при сроке 15 недель. Положение плода косое. Головка в левой подвздошной области. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 150 уд. в мин. Плодный пузырь цел. Размеры таза: 25-28-30-19 см. Схватки средней силы, ритмичные. Внутреннее исследование: шейка матки сглажена, края тонкие, легко растяжимые, раскрытие маточного зева 4 см, в момент исследования излились околоплодные воды.

Диагноз? План ведения родов?

Задача №4

Повторнобеременная, 26 лет. Беременность 4, роды 3, в срок, начались 10 ч назад, 30 мин назад отошли воды. Размеры таза 25, 28, 31, 20 см. Схватки по силе хорошие. Положение плода поперечное. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 в мин. на уровне пупка. Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, определяется плечико плода. Диагноз? Тактика врача.

Задача №5

Повторнобеременная, 30 лет. Роды 3 в срок, продолжаются 15 ч. Воды отошли 3 ч назад. Размеры таза 25, 28, 31, 21 см. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд. в мин. на уровне пупка. Состояние роженицы хорошее, схватки средней силы, температура нормальная. Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, определяется спинка плода. Диагноз? Тактика врача.

Задача №6

МногOROжавшая беременная, 36 лет. Роды пятые, беременность 36 нед. Обратилась к врачу женской консультации. Таз нормальный. Трижды находилась на стационарном лечении с угрозой прерывания беременности. Положение плода поперечное, сердцебиение ясное, ритмичное, 138 уд. в мин. Состояние роженицы хорошее. Диагноз? Тактика врача.

Задача №7

Первобеременная 22 года. Беременность 40 нед. Схватки начались 15 ч назад, воды целы. Положение плода поперечное, крупная головка определяется справа. Длина овоида плода 27 см, окружность живота 110 см. Сердцебиение плода ясное, ритмичное. Размеры таза 26, 27, 30, 17 см. Индекс Соловьёва 15 см. Состояние роженицы хорошее. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие зева 6 см, плодный пузырь цел, предлежащая часть не определяется. Диагональная конъюгата 10 см. Диагноз? Тактика врача.

Задача №8

Роженица 27 лет, поступила в 17.00 29 марта. Потуги хорошие по силе. Последние месячные с 15 по 17 июня. Роженица правильного телосложения. Со стороны костной системы изменений нет. По органам без особенностей. Температура 36,8 С. Размеры таза 25, 28, 31, 21 см. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки над лоном 34 см. При наружном исследовании обращает внимание несколько необычная форма живота - матка растянута в поперечном направлении. Вторым наружным приёмом определяется сбоку и справа на уровне пупка крупная, плотная, баллотирующая часть плода - головка, слева вторая крупная часть, но менее плотная и небаллотирующая - ягодицы. Третьим и четвёртым приёмами над входом таза предлежащей части пальпировать не удаётся. Пограничная борозда на 5 поперечных пальцев над верхним краем лона. Сердцебиение плода прослушивается на уровне пупка справа, 132 уд. в мин., ритмичное. Потуги хорошие. Воды только что отошли. Влагалищное исследование: влагалище свободное, открытие зева полное, плодного пузыря нет, предлежащей части не определяется, мыс не достигается, в малом тазу костных выступов и других изменений не обнаруживается. Диагноз? Тактика врача

Задача №9

Роженица 28 лет. Поступила в 17.15 Срочные четвёртые роды. Настоящая беременность протекала без осложнений. В 16.30 отошли воды в значительном количестве и начались схваткообразные боли внизу живота. Размеры таза 26, 29, 32, 20 см. Форма живота - растянута в ширину, окружность живота 110 см. Кожа дряблая, с многочисленными рубцами беременности. Высота дна матки 39 см. Над входом таза предлежащая часть отсутствует. В боковых отделах матки выше гребней подвздошных костей определяются: справа - круглая, более крупная, плотная, слева - также крупная часть, но более мягкая, с менее резкими контурами, не баллотирующая. Мягкие части не определяются. Сердцебиение плода справа ниже пупка, 140 уд. в мин., ритмичное. Схватки средней силы, через 5-6 мин, по 30 сек. Влагалищное исследование: влагалище свободное, шейка матки укорочена, плодного пузыря нет, открытие зева 4 см, предлежащей части не определяется. Диагноз? Тактика

Задача №10

Повторнородящая с нормальными размерами таза и доношенной беременностью поступила через 2 часа после начала схваток с целыми околоплодными водами. Диагностирована двойня. ОЖ - 110 см, ВДМ - 40 см. Положение 1 и 2 плодов поперечное по данным УЗИ и наружного обследования. Определяются 2 головки плода - справа и слева. Сердцебиение плодов выслушивается слева и справа на уровне пупка, ясное, ритмичное до 140 и 136 уд. в мин. Схватки средней силы через 5-6 мин по 35 сек. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие зева 2 см. плодный пузырь цел. Предлежащие части 1 плода не определяются.

Диагноз? Метод родоразрешения? В чём ошибка женской консультации?

Эталоны ответов:

Задача №1

Роды двойней. Поперечное положение второго плода. Под глубоким наркозом после амниотомии произвести классический комбинированный наружно-внутренний поворот плода на ножку с последующей экстракцией плода за ножку.

Задача №2

Роды двойней. Головное предлежание 1 плода. 1 период родов. Роды вести через естественные родовые пути. После родов 1 плода влагалищное исследование, амниотомия 2 плода, после чего роды вести соответственно акушерской ситуации. Профилактика гипотонического кровотечения.

Задача №3

Беременность 40 недель. Косое положение плода. 1 позиция. 1 период родов. Раннее излитие околоплодных вод. Отягощённый акушерский анамнез. Операция кесарево сечение в экстренном порядке.

Задача №4

Беременность 4, 40 нед. Поперечное положение плода, 2 период родов. Тактика врача: Под общим наркозом провести операцию классического поворота плода на ножку с последующей экстракцией плода за ножку. Далее провести ручное отделение плаценты, выделение последа, ревизию полости матки, чтобы убедиться в целостности её стенок.

Задача №5

Беременность 3, 40 нед. Запущенное поперечное положение плода, 2 период родов. Тактика врача: Дать наркоз. Провести операцию кесарево сечение.

Задача №6

Беременность 5, 36 нед. Поперечное положение плода. ОАА. Тактика врача: Не допустить преждевременного излития околоплодных вод (дать совет о режиме). Предупредить о возможности рождения живого ребёнка при помощи операции кесарево сечение. Госпитализация в 38 нед. Полное клиническое обследование.

Задача №7

Беременность 1, 40 нед. Поперечное положение плода. Крупный плод. Плоскорихитический таз, сужение 2 степени. 1 период родов. Тактика врача: Кесарево сечение.

Задача №8

Беременность 3, 40 недель. Поперечное положение плода, 2 позиция, передний вид, 2 период родов. Тактика врача: Классический внутренний поворот плода на ножку.

Задача №9

Беременность 4 Поперечное положение плода, 2 позиция, передний вид. Крупный плод. Раннее излитие околоплодных вод. 1 период родов. Тактика врача: Кесарево сечение.

Задача №10

Беременность 39 недель. Двойня. Поперечное положение обоих плодов. 1 период родов. Родоразрешение путём операции кесарево сечение. Необходима была дородовая госпитализация.

Тема 16 Оперативное родоразрешение. Вакуум экстракция. Акушерские щипцы.

Задача №1

Первородящая, 20 лет, с доношенной беременностью. Родовая деятельность началась 10 часов назад. Роженица жалуется на головную боль, мелькание «мушек» перед глазами. АЖД 160/100 мм рт. ст. Схватки сильные, каждые 3-4 минуты, болезненные, воды излились. Сердцебиение плода ясное, ритмичное. При внутреннем исследовании: шейка матки сглажена, открытие зева полное, плодного пузыря нет. Головка плода в полости малого таза, стреловидный шов в правом косом размере. Во время исследования у роженицы внезапно появился припадок судорог.

Диагноз, его обоснование. Как вести роды дальше?

Задача №2

Первый период повторных родов длится более 10 часов. После медикаментозного сна-отдыха начался второй период, однако потуги очень слабые, редкие. Роженица дремлет. Воды подтекают окрашенные меконием. Сердцебиение плода 100 уд. в мин, глухое, аритмичное.

Внутреннее исследование: раскрытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка плода в выходе малого таза. Стреловидный шов в прямом размере выхода, малый родничок у лона. Диагноз? Метод родоразрешения?

Задача №3

Имеются показания к наложению полостных акушерских щипцов. Плод живой, средних размеров. При влагалищном исследовании: открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Головка плода в полости малого таза. Стреловидный шов в левом косом размере. Малый родничок справа спереди.

В каком размере малого таза надо наложить щипцы и какая ложка щипцов при этом будет "блуждающей"?

Задача №4

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Состояние роженицы средней тяжести. Симптомы внутреннего кровотечения нарастают. Открытие полное. Сердцебиение плода глухое. Плодного пузыря нет. Головка в узкой части полости малого таза. Что делать?

Задача №5

МногOROжавшая (7 роды), беременность доношенная. Размеры таза: 26-29-31-20. Окружность живота 102 см. Имеется диастаз прямых мышц живота: после отхождения вод прошло 5 часов. Период изгнания продолжается 2 часа, в последующий час потуги резко уменьшились. Сердцебиение плода глуховатое, до 145 уд/мин., аритмичное. При внутреннем исследовании: головка плода в выходе таза. Стреловидный шов в прямом размере. Диагноз? Что делать?

Задача №6

Своевременные роды длятся 12 часов. Воды излились 3 часа назад. Схватки стали редкими и слабыми. Сердцебиение плода меняется от 100 до 90 ударов в минуту. Открытие шейки матки полное. Головка плода в узкой части полости малого таза. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок справа и сзади, большой слева и спереди, выше малого.

Диагноз? Акушерская тактика?

Задача №7

У первобеременной на фоне отеков, артериальное давление 140/90 мм.рт.ст во время потуг появились боли в животе, слабость, головокружения, кровяные выделения из половых путей. Пульс участился до 100 ударов в минуту, артериальное давление 100/60 мм.рт.ст. Матка напряжена, болезненна при пальпации больше справа, между потугами расслабляется. Головка плода в полости малого таза. Сердцебиение плода 100 ударов в мин. Влагалищное исследование: открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет, головка плода в широкой части малого таза. Малый родничок слева, спереди и ниже большого.

Диагноз? План ведения?

Задача №8

Роды 1 срочные. Схватки в течение 12 часов. Воды излились 2 часа назад. Схватки стали редкими и слабыми. Сердцебиение плода меняется от 140 до 100 ударов в минуту. Открытие зева полное. Головка в полости малого таза. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева, сверху. Диагноз? План ведения?

Задача №9

Повторнородящая с затянувшимся вторым периодом родов до 2,5 часов при слабой родовой деятельности. Таз нормальных размеров. При влагалищном исследовании: головка плода на тазовом дне, с/б плода ясное, 120уд. в мин., температура - 36,5С.

Каков диагноз? Как вести дальше роды?

Задача №10

В родильный дом поступила роженица со сроком беременности 38 недель. В анамнезе ревматизм, неактивная фаза; митральный порок сердца с преобладанием недостаточности митрального клапана. Недостаточность кровообращения IIБ стадии. Таз нормальных размеров. Сердцебиение плода 100 ударов в мин. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, головка плода в узкой части малого таза.

Диагноз? План ведения?

Эталонные ответы:

Задача №1

Беременность 40 недель. 2 период родов. Гестоз тяжелой степени. Эклампсия. Под общим наркозом роды закончить путём наложения полостных акушерских щипцов.

Задача №2

2 период срочных родов. Слабость потуг. Острая внутриутробная гипоксия плода. Операция – выходящие акушерские щипцы.

Задача №3

В правом косом размере, "блуждающая" левая ложка.

Задача №4

Наложение полостных акушерских щипцов.

Задача №5

Беременность 7, 40 недель. 2 период родов. Слабость потуг. Гипоксия плода. Наложение выходных акушерских щипцов.

Задача №6

2 период родов. 2 позиция, задний вид. Слабость потуг. Острая гипоксия плода. Наложение полостных акушерских щипцов.

Задача №7

2 период родов. 1 позиция, передний вид головного предлежания. Гестоз средней степени тяжести. ПОНРП. Острая гипоксия плода. Наложение полостных акушерских щипцов.

Задача №8

2 период родов. Слабость потуг. Начавшаяся гипоксия плода. Вакуум-экстракция плода.

Задача №9

2 период родов. Слабость потуг. Вакуум-экстракция плода.

Задача №10

Беременность 38 недель. Головное предлежание. 2 период родов. Ревматизм, неактивная фаза. Недостаточность митрального клапана, сердечная недостаточность IIБ стадии. Острая гипоксия плода. Наложение полостных акушерских щипцов.

Тема 17 Оперативное родоразрешение. Кесарево сечение в современном акушерстве.**Задача №1**

В отделение патологии поступила повторнобеременная 32 лет, со сроком беременности 39 недель. Настоящая беременность 3. Первая закончилась нормальными родами, вторая - 4 года назад - операцией кесарева сечения по поводу упорной слабости родовой деятельности. Ребёнок жив. В послеоперационном периоде было повышение температуры до 38. Заживление шва происходило вторичным натяжением. Общее состояние при поступлении удовлетворительное, на передней брюшной стенке от лона до пупка звёздчатый рубец с участками углубления. Предлежит головка, подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плода 140 уд. в мин, ясное.

Диагноз? План ведения родов?

Задача №2

Повторнородящая с нормальными размерами таза и беременностью 38 недель поступила на дородовую госпитализацию. Диагностирована двойня. ОЖ - 110 см, ВДМ - 40 см. Положение 1 и 2 плодов поперечное по данным УЗИ и наружного обследования. Определяются 2 головки плода - справа и слева. Сердцебиение плодов выслушивается слева и справа на уровне пупка, ясное, ритмичное до 140 и 136 уд. в мин

Диагноз? Метод родоразрешения?

Задача №3

В отделение патологии на дородовую госпитализацию поступила первобеременная 26 лет. Срок беременности 39 недель. Размеры таза 24-26-29-18 см. ОЖ - 110 см, ВДМ - 40 см. Матка в нормотонусе, положение плода продольное, предлежание тазовое. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 уд. в мин слева выше пупка. При влагалищном исследовании: шейка укорочена, цервикальный канал проходим для 1 п/п, в области внутреннего зева валик уплотнения. Предлежат ягодицы, прижаты ко входу в малый таз. Диагональная конъюгата 12 см.

Диагноз? План ведения родов?

Задача №4

Первородящая 26 лет с нормальным тазом и доношенной беременностью поступила через 4 часа после начала схваток. Предлежит головка, подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плода 140 уд. в мин, ясное. Ритмичное. Предполагаемая масса плода 3200,0 г. Внутреннее исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева на 2 см, плодный пузырь цел. Головка подвижная над входом в малый таз, предлежит петля пульсирующей пуповины.

Диагноз? План ведения родов?

Задача №5

Первородящая 21 года. Роды продолжаются 12 часов, околоплодные воды излились одновременно с наступлением потуг час тому назад. Размеры таза: 26-27-31-17 см. Положение плода продольное, вторая позиция. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердечные тоны плода 140 уд. в

мин справа ниже пупка, ясные, ритмичные. Внутреннее исследование: раскрытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, смещён ближе к лону. Диагональная конъюгата 10 см, мыс резко выступает в просвет таза.

Диагноз? Тактика врача?

Задача №6

Первобеременная 20 лет. Срочные роды. Родовая деятельность началась 6 часов назад. На фоне комплексной терапии гестоза роженицу беспокоят головная боль, тошнота. Схватки через 3-5 мин, по 55 сек. Околоплодные воды излились 3 часа назад. АД 160/110 мм рт. ст. сердцебиение плода 140 уд. в мин. Внутреннее исследование под обезболиванием: раскрытие маточного зева 4 см, плодного пузыря нет. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева спереди.

Диагноз? Как вести роды дальше?

Задача №7

Поступила роженица 27 лет, роды первые. Положение плода продольное, головное предлежание, головка плода прижата ко входу в малый таз. Схватки хорошие. Размеры таза: 25, 28, 32, 20 см. Индекс Соловьёва 15 см. Состояние роженицы и плода хорошее. Воды отошли 14 ч назад с началом схваток. Потуги продолжаются 3 часа. Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, определяются: передний угол большого родничка, лоб, корень носа, надбровные дуги. Выделения гнойные. Диагноз? Тактика врача.

Задача №8

Роженица 37 лет. Третьи роды в срок, продолжаются сутки. Через 30 мин после появления схваткообразных болей внизу живота отошли воды в значительном количестве. Размеры таза 26, 29, 32, 20 см. Форма живота - растянут в ширину, окружность живота 100 см. Над входом таза предлежащая часть отсутствует. В боковых отделах матки выше гребней подвздошных костей определяются: справа - круглая, более крупная, плотная, слева - также крупная часть, но более мягкая, с менее резкими контурами, не баллотирующая. Сердцебиение плода не выслушивается. Потуги продолжаются 3 часа. Нижний сегмент болезненный при пальпации. Температура 39 С. Пульс 110 уд. в мин. Влагалищное исследование: из влагалища свисает ручка плода, плодного пузыря нет, открытие маточного зева полное. Выделения гнойные. Диагноз? Тактика врача.

Задача №9

Повторнородящая 36 лет. Предыдущие 5 родов закончились нормальными родами в срок. Настоящие роды в срок, продолжаются 22 часа, воды отошли в большом количестве за час до схваток. Схватки умеренные. Доставлена из дома с родившимся туловищем плода. Сердечные тоны плода не выслушиваются.

Диагноз. Какое возникло осложнение. Тактика врача.

Задача №10

Повторнобеременная, 30 лет. Роды 3 в срок. Воды отошли 20 ч назад до начала регулярной родовой деятельности. Размеры таза 25, 28, 31, 21 см. Сердцебиение плода не выслушивается. Состояние роженицы средней тяжести, температура 38 С. Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, определяется спинка плода, выделения гнойные.

Диагноз? Тактика врача.

Эталоны ответов:

Задача №1

Беременность 39 недель. Головное предлежание. Неполноценный рубец на матке после операции кесарево сечение. Родоразрешение путём операции повторного кесарева сечения в плановом порядке.

Задача №2

Беременность 38 недель. Двойня. Поперечное положение обоих плодов. Родоразрешение путем операции кесарево сечение в плановом порядке.

Задача №3

Беременность 39 недель. Тазовое предлежание. Крупный плод. Общеравномерносуженный таз 1 степени. «Созревающая» шейка матки. Родоразрешение путём операции кесарева сечения в плановом порядке.

Задача №4

Беременность 40 недель. Головное предлежание. 1 период родов. Предлежание пуповины. Срочная операция кесарево сечение.

Задача №5

Беременность 40 недель. Головное предлежание. 2 период родов. Плоскокрахитический таз 2 степени. Заднее асинклитическое вставление. Клинически узкий таз. Операция кесарево сечение в экстренном порядке.

Задача №6

Беременность 40 недель. 1 период родов. Раннее излитие околоплодных вод. Гестоз тяжёлой степени. Преэклампсия. Операция кесарево сечение в экстренном порядке.

Задача №7

Беременность 1, 40 нед. Положение плода продольное. Лобное вставление. Клинически узкий таз. Раннее излитие околоплодных вод (длительный безводный период - 14 ч). Эндометрит в родах. 2 период родов. Тактика врача: Необходимо немедленно дать наркоз для снятия родовой деятельности и провести краниотомию, т.к. роды живым плодом через естественные родовые пути невозможны.

Задача №8

Беременность 3, 40 нед. Запущенное поперечное положение плода с выпадением ручки. Мёртвый плод. Раннее излитие околоплодных вод. Угрожающий разрыв матки. Эндометрит в родах. 2 период родов. Тактика врача: Срочно - дать наркоз. Провести операцию - декапитацию головки. Провести ручное отделение плаценты и выделение последа с ручной ревизией стенок матки. Антибактериальная терапия.

Задача №9

Беременная 6, 40 нед. Продольное положение. Ножное предлежание. 2 период родов. Преждевременное излитие вод. Запрокидывание ручек плода. Интранатальная гибель плода. Тактика: наркоз, краниотомия последующей головки.

Задача №10

Беременность 3, 40 нед. Запущенное поперечное положение плода. Преждевременное излитие вод (безводный период - 20 ч). Эндометрит в родах. Мёртвый плод. 2 период родов. Тактика врача: Под общим обезболиванием провести операцию - спондилотомию с последующим отделением плаценты, выделение последа и ревизией полости матки. В послеродовом периоде - массивная антибактериальная терапия.

Тема 18 Преэклампсия.**Задача №1**

У беременной на 36 неделе появилась рвота до 10-15 раз в сутки, слабость, тошнота. Жалуется на потерю аппетита, слабость, резкое исхудание, в моче обнаружен ацетон. Артериальное давление 140 и 100 мм.рт.ст

Предполагаемый диагноз? Лечение?

Задача №2

Первобеременная 22 лет. Срок беременности 8 недель. Жалобы на частую рвоту (20-25 раз в сутки), общую слабость, жажду, сухость во рту, головокружение, головную боль, плохой аппетит (пищу практически не удерживает), бессонницу. За последние 5 дней потеряла в весе 5 кг. Кожные покровы бледные, отмечается их сухость. Язык сухой, при пальпации живота - печень выступает за край рёберной дуги на 2,5 см, край её безболезненный. Температура 37,6 С. Пульс 110 уд. в мин, АД 90/60 мм рт. ст. В моче белок 1,89‰, положительная реакция на ацетон.

Диагноз? Терапия?

Задача №3

У беременной в 36 недель ежедневная прибавка в весе 600-700 г. Со стороны внутренних органов изменений нет. Величина матки соответствует сроку беременности.

Диагноз? План ведения?

Задача №4

У женщины 29 лет при сроке беременности 34 нед. и наличии вялотекущего гестоза в течение 3 недель на фоне повышения АД до 170/100 мм рт. ст. появились головная боль и затрудненное носовое дыхание, уменьшился диурез. При эхографии выявлены отставание фетометрических показателей на 2 недели и маловодие, при доплерометрии: увеличение резистентности кровотока в обеих маточных артериях и "критическое" состояние плодово-плацентарного кровотока. При влагалищном исследовании — "зрелая" шейка матки.

Диагноз? Какова должна быть тактика ведения?

Задача №5

Беременная М., 27 лет, срок беременности 36 нед. доставлена в родильный дом бригадой "скорой помощи" с жалобами на головную боль, мелькание мошек перед глазами, тошноту. На приемном покое появились мелкие фибриллярные подергивания мышц лица, затем тонические сокращения всей скелетной мускулатуры, остановка дыхания, потеря сознания. Через 20-25 сек. возникли клонические судороги, изо рта выделилась пена.

Диагноз? Первые действия врача по окончании припадка

Задача №6

В отделение патологии беременных поступила женщина Н., срок беременности 32-33 нед. жалобы на головную боль, отеки. Объективно: нижние конечности, передняя брюшная стенка, лицо отечны. АД 190/120 мм.рт.ст.(исходное АД 110/70) при исследовании глазного дна обнаружены дистрофические изменения сосудов сетчатки, дефицит выделяемой жидкости 30%. Белок мочи-0,99%. Диагноз? В течение какого времени возможно консервативное лечение?

Задача №7

При обследовании беременной в женской консультации выявлено: беременность 36 недель, отеки нижних конечностей. В моче 0,09‰ белка, АД 160/90 мм рт ст. Самочувствие удовлетворительное.

Диагноз? План ведения?

Задача №8

Первородящая, 17 лет, с доношенной беременностью в бессознательном состоянии доставлена в стационар. Со слов родных, дома в течение 2 часов наблюдались 2 припадка, сопровождающиеся потерей сознания и судорогами. Пульс 86 уд. в мин, АД 160/100 мм рт. ст. Положение плода продольное, предлежит головка, малым сегментом во входе в малый таз. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные. Схватки продолжаются в течение 6 часов, ритмичные, хорошей силы. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 5 см, плодный пузырь цел. Головка плода прижита ко входу в малый таз.

Диагноз, его обоснование. Тактика врача.

Задача №9

Первобеременная 20 лет. Срочные роды. Родовая деятельность началась 6 часов назад. На фоне комплексной терапии гестоза роженицу беспокоят головная боль, тошнота. Схватки через 3-5 мин, по 55 сек. Околоплодные воды излились 3 часа назад. АД 160/110 мм рт. ст. сердцебиение плода 140 уд. в мин. Внутреннее исследование под обезболиванием: раскрытие маточного зева 4 см, плодного пузыря нет. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева спереди.

Диагноз? Как вести роды дальше?

Задача №10

В отделение патологии поступила первобеременная 20 лет. В анамнезе хронический пиелонефрит. Срок беременности 38 недель. Общее состояние средней тяжести. АД 150/100 мм. рт.ст., пульс 90 ударов в минуту, ритмичный. На голенях умеренные отеки, в моче белок 1,65 г/л. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода приглушено до 160 ударов в минуту. При кардиомониторном наблюдении за плодом отмечается тахикардия, аритмия. По УЗИ наличие большого количества петрификатов в плаценте. Влагалищное исследование: шейка матки сохранена, зев закрыт, выделения белые бели.

Поставьте диагноз. Оцените состояние внутриутробного плода. Выберите метод родоразрешения и обоснуйте его.

Эталоны ответов:

Задача №1

Беременность 36 недель. Тяжелая преэклампсия.. Посиндромная терапия в условиях стационара в течение 6-12 часов, с оценкой эффективности лечения. Экстренное родоразрешение

Задача №2

Беременность 8 недель. Ранний токсикоз тяжелой степени. Прерывание беременности по медицинским показаниям при отсутствии эффекта от проводимой терапии в течение суток.

Задача №3

Беременность 36 недель. Прегестоз. Лечение в условиях женской консультации, назначение «разгрузочных» дней, ограничение приема жидкостей.

Задача №4

Беременность 34 недели. Гестоз тяжёлой степени. Преэклампсия. Маловодие. ХФПН. Синдром задержки развития плода 1-2 степени. Лечение в условиях ПИТ, подготовка к родоразрешению путём операции кесарево сечение в срочном порядке.

Задача №5

Беременность 36 недель. После припадка сразу вдыхание кислородно-воздушной смеси 40-60% по 10 мин.; наркоз; транспортировка в операционную; родоразрешение операцией кесарево сечение в экстренном порядке.

Задача №6

Беременность 32-33 недели. Гестоз тяжёлой степени. Комплексное лечение в условиях ПИТ в течение 1-2 суток с оценкой эффективности.

Задача №7

Беременность 36 недель. Гестоз средней степени. Срочная госпитализация в отделение патологии. Посиндромная терапия.

Задача №8

Доношенная беременность у юной первородящей. Эклампсический статус. Кома. 1 период родов. Оказание неотложной помощи в условиях реанимационного отделения – интубация трахеи, посиндромная терапия с одновременным срочным родоразрешением путём операции кесарева сечения.

Задача №9

Беременность 40 недель. Головное предлежание. 1 период родов. Раннее излитие околоплодных вод. Гестоз тяжёлой степени. Преэклампсия. Операция кесарево сечение в экстренном порядке.

Задача №10

Беременность I, 38 недель. Положение плода продольное, головное предлежание. Сочетанный гестоз средней степени тяжести на фоне хронического пиелонефрита. Острая декомпенсированная гипоксия плода. Хроническая ФПН. Кесарево сечение в экстренном порядке. Реанимационные мероприятия для новорожденного.

Тема 19 Перинатальная охрана плода. Хроническая плацентарная недостаточность. Гипоксия плода. Асфиксия новорожденного.

Задача №1

Первобеременная, срок гестации 36 недель, в течение 2 недель проводится интенсивная терапия железодефицитной анемии беременной НВ 100 г/л. Число шевелений плода 6-7 за 10 минут, сердцебиение плода 150-160 уд/мин после самопроизвольного шевеления учащение до 170-180 уд/мин. Диагноз. Тактика.

Задача №2

Первая беременность 41-42 недели. Дородовое излитие вод, окрашенных меконием. Сердцебиение плода ритмичное, приглушено. Головка прижата ко входу в малый таз. Родовой деятельности нет. Шейка матки сохранена, длиной до 3 см, наружный зев закрыт.

Диагноз. План ведения родов.

Задача №3

У повторнобеременной с доношенной беременностью 18 часа назад диагностировано начало родовой деятельности. В настоящее время женщина отмечает 1 шевеление плода за 10 минут, сердцебиение плода 100 уд/мин, после шевеления 80-90 уд/мин. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева 4 см, плодный пузырь цел, головка плода над входом в малый таз.

Диагноз. Его обоснование. Тактика.

Задача №4

У первородящей 23 лет с нормальным тазом и доношенной беременностью схватки продолжаются 8 часов. Роженица утомлена. Температура 36,7 С, пульс 70 уд. в мин, удовлетворительного наполнения. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердечные тоны плода 100 уд. в мин.

Внутреннее исследование: шейка матки сглажена, края зева тонкие, открытие на 4 см, плодный пузырь цел, головка плода прижата ко входу в малый таз

Диагноз? Тактика?

Задача №5

Первый период повторных родов длится более 10 часов. После медикаментозного сна-отдыха начался второй период, однако потуги очень слабые, редкие. Роженица дремлет. Воды подтекают окрашенные меконием. Сердцебиение плода 100 уд. в мин, глухое, аритмичное. Внутреннее исследование: раскрытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка плода в выходе малого таза. Стреловидный шов в прямом размере выхода, малый родничок у лона.

Диагноз? Метод родоразрешения?

Задача №6

Повторнобеременная 27 лет, роды первые, в срок. Сердцебиение плода аритмичное, 100 уд. в мин. Потуги слабые. Терапия без эффекта. При влагалищном исследовании открытие маточного зева полное, плодный пузырь отсутствует. Ягодицы плода в полости малого таза, рядом с ними стопы плода.

Диагноз? Тактика врача?

Задача №7

Родился доношенный ребёнок с двукратным обвитием пуповины вокруг шеи. Резкая бледность кожных покровов, отсутствие дыхания и рефлексов, сердцебиение 60 ударов в минуту.

Оценка по шкале Апгар? Диагноз? План реанимационных мероприятий?

Задача №8

Родился живой переносенный мальчик массой 3100 грамм, длиной 51 см, с однократным тугим обвитием пуповины вокруг шеи. Оценён через 1 минуту после рождения на 2 балла по шкале Апгар.

Диагноз. Причины осложнения. Ваша тактика.

Задача №9

При ведении родов в чисто ножном предлежании по Цовьянову возникло осложнение-- запрокидывание ручек первой степени. Оказано классическое ручное пособие. Ребенок родился с оценкой по шкале Апгар 6-7 баллов.

Ваша тактика.

Задача №10

По поводу остро развившейся итранатальной гипоксии плода во 2 периоде родов проведено оперативное родоразрешение с помощью акушерских щипцов. Извлекли живого ребенка с двукратным тугим обвитием пуповины вокруг шеи. Мальчик оценен на 5 баллов по шкале Апгар.

Ваша тактика.

Эталоны ответов:

Задача №1

Беременность 1, 36 недель. Анемия беременных лёгкой степени. Хроническая внутриутробная гипоксия плода. Лечение анемии и гипоксии плода.

Задача №2

Беременность 42 недели. Хроническая внутриутробная гипоксия плода. Дородовое излитие околоплодных вод. «Незрелая» шейка матки». Родоразрешение путём операции кесарево сечение.

Задача №3

Беременность 2, 40 недель. Головное предлежание. 1 период затяжных родов. Острая гипоксия плода. Тактика: родоразрешение путём операции кесарево сечение.

Задача №4

Беременность 1, 40 недель. 1 период родов. Первичная слабость родовой деятельности. Острая гипоксия плода. Тактика: кесарево сечение в экстренном порядке.

Задача №5

2 период срочных родов. Слабость потуг. Острая внутриутробная гипоксия плода. Операция – выходящие акушерские щипцы.

Задача №6

2 период своевременных родов в смешанном ягодичном предлежании. Слабость потуг. Острая внутриутробная гипоксия плода. Операция – экстракция плода за тазовый конец.

Задача №7

Асфиксия новорождённого тяжёлой степени. Оценка по шкале Апгар 1-2 балла. Интубация трахеи, санация трахеобронхиального дерева, ИВЛ, посиндромная терапия в отделении интенсивной терапии.

Задача №8

Асфиксия новорождённого тяжёлой степени. Причины: перенашивание, обвитие пуповиной шеи плода. ИВЛ, посиндромная терапия в отделении интенсивной терапии.

Задача №9

Асфиксия новорождённого лёгкой степени. Санация трахеобронхиального дерева, оксигенотерапия, наблюдение и посиндромная терапия в отделении интенсивной терапии.

Задача №10

Асфиксия новорождённого средней степени. Интубация трахеи, санация трахеобронхиального дерева, при необходимости – ИВЛ; посиндромная терапия в отделении интенсивной терапии.

Тема 20 Роль женской консультации. Планирование семьи. Методы контрацепции.

Задача №1

1. Перечислить задачи женской консультации.
2. Составить план проведения первого группового занятия по психопрофилактической подготовке к родам.

Задача №2

1. Основной принцип работы женской консультации.
2. Составить план проведения второго группового занятия по психопрофилактической подготовке к родам.

Задача №3

1. Перечислить функции участкового врача акушера-гинеколога.
2. Составить план проведения третьего группового занятия по психопрофилактической подготовке к родам.

Задача №4

1. Назвать основные виды документации женской консультации.
2. Составить план проведения четвёртого группового занятия по психопрофилактической подготовке к родам.

Задача №5

1. Принцип ведения картотеки беременных.
2. Значение школы матерей для беременных.

Задача №6

1. Перечислить методику обследования беременной при первом обращении в женскую консультацию.
2. Составить план проведения первого группового занятия по психопрофилактической подготовке беременных к родам

Задача №7

1. Назвать основные качественные показатели работы женской консультации.
2. Составить план проведения второго группового занятия по психопрофилактической подготовке беременных к родам.

Задача №8

1. Оформление женщины для направления на аборт.
2. Составить план проведения третьего занятия по психопрофилактической подготовке беременных к родам

Задача №9

1. Социально-правовая помощь.
2. Составьте проведения 4-го занятия по психопрофилактической подготовке беременных к родам.

Задача №10

1. Методика обследования беременной в условиях женской консультации при очередной явке.
2. Частота посещения беременной к врачу.

Эталонные ответы:

Эталон №1

1. Оказание лечебно-профилактической помощи во время беременности, после родов; лечение гинекологических больных; внедрение среди женщин путём санитарной пропаганды гигиенических навыков; изучение условий труда женщин-работниц и охрана здоровья женщин; прове-

дение психопрофилактической подготовки; социально-правовая работа; профилактические осмотры женщин; диспансеризация; борьба с абортами.

2. 1-е занятие:

а) анатомическое строение матки, влагалища и наружных половых органов, мышц тазового дна и костного таза; б) менструальная функция, оплодотворение, развитие беременности; в) строение плаценты, значение околоплодных вод; г) периоды родов; д) роль коры головного мозга в формировании болевого ощущения.

Эталон №2

1. Принцип участковости, 1 акушерско-гинекологический участок равен 2 терапевтическим с числом женщин 4000-4500, оказание специализированной помощи женщинам.
2. Первый период родов: а) механизм раскрытия шейки матки; б) схватки; в) роль плодного пузыря в раскрытии шейки матки; г) важность правильного поведения роженицы.

Эталон №3

1. Обслуживание беременных женщин, родильниц, оказание помощи гинекологическим больным, профилактические осмотры женского населения, выявление групп риска и диспансеризация больных. Санитарно-просветительная работа, ведение отчётной документации.
2. 3 занятие: а) приёмы обезболивания родов; б) дыхание, сочетание глубокого дыхания с поглаживанием кожи нижней половины живота, прижатие «точек обезболивания».

Эталон №4

1. Индивидуальная карта беременной и родильницы, обменная карта (форма № 113), статистический талон, индивидуальная карта амбулаторного больного, контрольная карта диспансерного наблюдения, листок нетрудоспособности, дневник врача поликлиники, паспорт участка.
2. 4-е занятие: а) физиология 2 периода родов; б) физиология 3 периода родов; в) поведение роженицы во 2-ом и 3-ем периодах родов; г) показания к поступлению в родильный дом.

Эталон №5

1. Расположение карт беременных по датам явки, сигнальная картотека.
2. Подготовка беременных к родам специалистами: акушером-гинекологом, педиатром, юристом.

Эталон №6

1. Общее клиническое обследование и специальное:
анамнез, рост, вес, тазоизмерение, влагалищное исследование. Направление на обследование: анализ мочи, анализ крови, мазок на стафилококконосительство, степень чистоты влагалища и гонококк Нейсера, кровь на токсоплазмоз, кровь на резус-принадлежность. Консультация стоматолога, терапевта, ЛОР-врача, окулиста. Составление плана ведения беременной с учётом данных обследования.
2. 1-е занятие: а) анатомическое строение матки, влагалища и наружных половых органов, мышц тазового дна и костного таза; б) менструальная функция, оплодотворение, развитие беременности; в) строение плаценты, значение околоплодных вод; г) периоды родов; д) роль коры головного мозга в формировании болевого ощущения.

Эталон №7

1. Материнская и перинатальная смертность, мертворождаемость, число преждевременных родов, частота осложнений в родах, ранняя обращаемость, невынашиваемость, ошибки в выдаче родового отпуска.
2. Первый период родов: а) механизм раскрытия шейки матки; б) схватки; в) роль плодного пузыря в раскрытии шейки матки; г) важность правильного поведения роженицы.

Эталон №8

1. Анамнез, влагалищное исследование, определение срока беременности, обследование: анализ крови, кровь на сифилис, мазок на гонококк Нейсера и степень чистоты влагалища, флюорография.
2. 3 занятие: приёмы обезболивания родов; дыхание, сочетание глубокого дыхания с поглаживанием кожи нижней половины живота, прижатие «точек обезболивания».

Эталон №9

1. В работу юриста входит: а) юридическая консультация по законодательству прав матери и ребёнка; б) юридическая консультация незамужних (права и обязанности); в) оформление отказа от ребёнка и вопросы усыновления ребёнка; г) беседа с несовершеннолетними беременными, родителями, сожителями; д) оформление документов в суд по вопросу расторжения несовершеннолетних, определение отцовства и алиментов.
2. 4-е занятие: а) физиология 2 периода родов; б) физиология 3 периода родов; в) поведение роженицы во 2-ом и 3-ем периодах родов; г) показания к поступлению в родильный дом.

Эталон №10

1. Жалобы - опрос, взвешивание, измерение окружности живота и ВДМ, пальпация живота, аускультация.
2. До 20 недель - 1 раз в месяц, до 30 недель - 2 раза в месяц и каждые 7 дней во время дородового отпуска. 15-18 раз за беременность, протекающую без осложнений.

Тема 21. Пропедевтика гинекологических заболеваний. Регуляция менструального цикла.

Задача 1

Пациентка С., 22 лет, обратилась к врачу акушеру-гинекологу с жалобами на боли в низу живота, повышение температуры до субфебрильных цифр, появление белей желтого цвета с неприятным запахом. Какие обязательные методы исследования необходимо провести у данной пациентки для уточнения диагноза?

Эталон ответа

Анамнез. Специальное гинекологическое исследование, мазки из уретры и цервикального канала, влагалища, прямой кишки на микрофлору, в том числе специфическую; обследование на ИППП методом ПЦР; общий анализ крови; УЗИ органов малого таза.

Задача 2

Пациентка Н., 23 лет, обратилась на прием к врачу женской консультации с жалобами на отсутствие менструаций в течение года. Какие анамнестические данные необходимы для постановки диагноза? Составьте план обследования пациентки для уточнения диагноза.

Эталон ответа

Необходимые анамнестические данные: были менструации раньше, живет ли половой жизнью, перенесенные заболевания, репродуктивная функция (роды, аборт), потеря массы тела, стрессовая ситуация. Общий и гинекологический осмотр (ИМТ, щитовидная железа и молочные железы). План обследования: тесты функциональной диагностики, гормональные пробы, УЗИ органов малого таза, исследование глазного дна и полей зрения, МРТ турецкого седла, гормональный профиль (ФСГ, ЛГ, пролактин, тестостерон, кортизол, эстрогены, прогестерон, Т3, Т4, ТТГ), консультации специалистов (невропатолог, окулист, эндокринолог), по показаниям – гистероскопия, лапароскопия.

2. Маточная форма аменореи, эстрогеновая недостаточность

Тема 22. Нарушения функции репродуктивной системы.

Задача 1.

Пациентка И., 27 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на отсутствие менструаций в течение 7 месяцев, ежемесячные боли в низу живота приблизительно в одни и те же числа.

Считает себя больной после проведения медицинского аборта при сроке беременности 8 недель. Послеоперационный период осложнился развитием гематометры, в связи с чем проводилось повторное выскабливание матки. Через месяц после повторного выскабливания отмечались сильные боли в низу живота, кровянистых выделений из половых путей не было. В последующем ежемесячно в первые числа месяца отмечались боли в низу живота, но менструаций не было.

Три месяца назад обратилась в женскую консультацию. При осмотре в зеркалах: слизистая шейки матки чистая, розового цвета, наружный зев щелевидной формы, симптом «зрачка» положительный (+++), симптом натяжения шеечной слизи - 8 см. При бимануальном исследовании: матка слегка увеличена, плотной консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненна.

Результаты дополнительных методов исследования: базальная температура - двухфазная, с повышением выше 370 С примерно за 2 недели до появления болей ; УЗИ –эндометрий 2мм; содержание гормонов в плазме крови нормальное, гормональные пробы с прогестероном отрицательные. Диагноз. План обследования и лечения. Дифференциальная диагностика причин аменореи.

Эталон ответа

Диагноз: Вторичная аменорея, маточная форма, внутриматочные синехии. Тактика – гистероскопия, разрушение синехий, введение ВМС на 2-3 месяца, назначение циклической гормональной терапии.

Задача 2.

Пациентка Т., 24лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на отсутствие менструаций в течение 8месяцев,отделяемое белого цвета из молочных желез.

Из анамнеза: менструации с 12лет,установились сразу по 3-4 дня, через 28 дней, безболезненные, необильные. Роды одни, два года назад без особенностей. Объективно: умеренное выделение молозива из молочных желез. При гинекологическом осмотре: наружные половые органы слегка гипотрофичны. В зеркалах: симптом «зрачка» отрицательный. При бимануальном исследовании:влагалище узкое. Матка в anteversio-flexio, маленькая, плотной консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна.

Диагноз. Дополнительные методы исследования. Лечение.

Эталон ответа

Диагноз: Вторичная аменорея. Гиперпролактинемия. Дополнительные методы исследования – гормональный профиль (ФСГ, ЛГ, ТТГ,пролактин), МРТ турецкого седла, глазное дно и поля зрения. Лечение каберголином.

Задача 3

Пациентка М., 34 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровянистые выделения из половых путей.

Менструации с 13 лет, через 28 дней, по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Имела 2 родов без особенностей. Гинекологические заболевания отрицает. Последняя менструация началась 3 недели назад и не заканчивается до сих пор - кровянистые выделения периодически усиливаются.

При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки чистая. Выделения кровянистые, обильные. При бимануальном исследовании патологии не обнаружено.

Диагноз. План лечения.

Эталон ответа

Диагноз: Дисфункциональное маточное кровотечение в репродуктивном возрасте. Показано раздельное диагностическое выскабливание матки с последующей гормональной коррекцией менструальной функции (КОК, гестагены во вторую фазу менструального цикла).

Задача 4.

Пациентка А., 19лет, обратилась с жалобами на отсутствие менструаций в течение 1,5лет. Из анамнеза: менструации с 13лет,установились сразу,до 17 лет были регулярные, через 28 дней, по 4-5дней, умеренно болезненные, не обильные. С 17 лет начала ограничивать себя в еде, потому что считала свой вес избыточным. В течение года потеряла 10 кг веса, менструации прекратились. Самочувствие оставалось удовлетворительным. Ела очень мало, объясняя это отвращением к пище. Периодически принимала слабительные средства. Половой жизнью не живет.

Объективно:рост164 см, вес 43 кг. Кожа бледная, шелушится на локтях. Молочные железы дряб-

лые. АД 90/60 мм рт.ст. Температура тела–36,2 С. При гинекологическом обследовании наружные половые органы гипотрофичны, слизистая вульвы бледная, сухая. При ректоабдоминальном исследовании матка маленьких размеров, плотная, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна.По данным УЗИ тело матки размерами 30x30x21 мм, эндометрий не визуализируется, М-эхолинейное. Объем правого яичника–3,8 см ,левогояичника-3,2 см .Фолликулярный аппарат выражен слабо.

Объясните причину отсутствия менструаций у больной. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальную диагностику? Диагноз. План лечения.

Эталон ответа

Диагноз: Аменорея при нервной анорексии. Дифференциальная диагностика с гипофизарной, яичниковой и маточной формами аменореи. Лечение: нормализация массы тела, психотерапия, витаминотерапия, циклическая гормональная терапия 3-6 месяцев.

Тема 23. Нейроэндокринные синдромы в гинекологии

Задача 1.

К врачу женской консультации обратилась пациентка О., 16 лет, с жалобами на редкие, скудные менструации. При осмотре обращают на себя внимание небольшой рост пациентки, широкие плечи, узкий таз, короткие конечности, гипертрофированные мышцы тела, недоразвитость молочных желез, оволосение по мужскому типу. Менструации с 15 лет, через 38-49 дней, скудные, безболезненные.

При гинекологическом осмотре: наружные половые органы развиты по женскому типу, отмечаются увеличение клитора, гипоплазия малых и больших половых губ. При ректоабдоминальном исследовании: матка несколько меньше нормы, плотная, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна.

Диагноз, проведение дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Эталон ответа

Диагноз: Адреногенитальный синдром (пубертатная форма). Обследование: определение в крови – ДГЭ-сульфат, 17-ОП, тестостерона, проведение проб с дексаметазоном; УЗИ органов малого таза; компьютерная томография надпочечников, консультация эндокринолога. Лечение: глюкокортикоидные гормоны.

Задача 2

Пациентка К., 50 лет, обратилась к врачу акушеру-гинекологу с жалобами на «приливы жара» до 12 раз в сутки, потливость, сердцебиение, головную боль, головокружение, артериальную гипертензию, раздражительность, бессонницу, немотивированные страхи. Отмечает, что последний год менструации нерегулярные, через 2-3 месяца, скудные, безболезненные. Гинекологические заболевания отрицает.

При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки чистая, слизистая влагалища истончена, выделения светлые, скудные. При бимануальном исследовании патологии не обнаружено.

Вопросы: Предварительный диагноз. План обследования и лечения. Показания к немедикаментозной терапии.

Эталон ответа

Диагноз: Климактерический синдром средней степени тяжести. План обследования: гормональный профиль (ФСГ, ТТГ, эстрадиол), УЗИ органов малого таза, консультация невропатолога, терапевта, исследования для выявления риска развития атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний. Лечение: менопаузальная гормональная терапия при отсутствии противопоказаний, рациональный режим труда и отдыха, физические упражнения, водные процедуры.

Задача 3

Пациентка И., 38 лет, обратилась на прием к врачу женской консультации с жалобами на сухость и зуд во влагалище, боли при половом сношении. Считает себя больной в течение 3 лет, когда перенесла лапаротомию, гистерэктомию с двусторонним удалением придатков матки по поводу разлитого перитонита, метроэндометрита, двусторонних гнойных тубовариальных образований. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, дезинтоксикационная, десенсибилизирующая, общеукрепляющая терапия. Швы зажили первичным натяжением, выписана на 15 суток. Через 2 недели после операции появились «приливы», которые имели место в течение 8 месяцев, затем прекратились. Медикаментозное лечение не получала.

При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища истончена, с просвечивающейся сосудистой сетью, выделения светлые, скудные. При бимануальном исследовании: влагалище рожавшей. Шейка, тело матки и придатки отсутствуют, параметры не изменены.

Диагноз, план лечения.

Эталон ответа

Диагноз: Посткастрационный синдром. Лечение – заместительная гормональная терапия в сочетании с физиотерапевтическими методами.

Задача 4

Пациентка Ю., 23 лет, предъявляет жалобы на отсутствие менструаций в течение 2,5 месяцев, бесплодие.

Менструации с 13 лет, нерегулярные, с задержками на 2-3 мес., скудные, безболезненные. С 13 лет отмечает рост волос на задней поверхности бедер, голених, над верхней губой. В браке 3 года, от беременности не предохраняется, беременность не наступает.

При осмотре - гипертрихоз кожи; пигментация и гиперкератоз в подмышечных, паховых областях, под молочными железами; ожирение с равномерным распределением жировой ткани. При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. С обеих сторон пальпируются несколько увеличенные, плотные, безболезненные яичники.

Диагноз. План обследования. Проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями

Эталон ответа

Диагноз: Синдром поликистозных яичников. Первичное бесплодие. Обследование: гормональный профиль (ФСГ, ЛГ, эстрогены, прогестерон, тестостерон, ДГЭ-сульфат, 17-ОП), УЗИ органов малого таза, надпочечников, проба с дексаметазоном, компьютерная томография гипоталамо-гипофизарной области, стимуляция овуляции по показаниям.

Тема 24. Аномалии развития и положения женских половых органов.

Задача 1

Девочка 17 лет. Жалобы на отсутствие менструаций. Объективно: рост 180 см, вес 71 кг, нормостеническое телосложение. Гинекологическое исследование: наружные половые органы развиты по женскому типу, глубина влагалища по зонду 2 см. Клитор не гипертрофирован. При ректо-абдоминальном исследовании и УЗИ органов малого таза – матка отсутствует, яичники в виде рудиментов по 1,5см. В гормональном профиле повышены уровни ФСГ и ЛГ; уровень эстрадиола снижен

Вопросы: 1) Диагноз 2) Диагностические методы с целью установления диагноза. 3) План лечения

Эталон ответа

1. Аплазия влагалища и матки. Синдром Рокитанского-Кюстнера 2. Исследование кариотипа, УЗИ органов малого таза, МРТ органов малого таза 3. Кольпопоз

Задача 2.

Женщина 78 лет обратилась в гинекологическое отделение с жалобами на тянущие боли в низу живота, ощущение «инородного тела» во влагалище и затрудненное мочеиспускание, недержание газов. Из анамнеза: Работа была связана с подъемом тяжестей. Из экстрагенитальных патологии отмечает хронический бронхит, варикозную болезнь. Грыжесечение по поводу паховой грыжи в 45 лет. Менопауза в 52 года. Половая жизнь с 21 года, в браке. Было 6 беременностей, три из которых закончились срочными родами. Вес детей 3100 гр, 4350 гр, 4500 гр. После всех родов имели место разрывы шейки матки, влагалища и промежности. Три беременности закончились искусственным абортом, в сроках 7 – 9 недель, без осложнений.

В течение последних 5-и лет стали беспокоить тянущие боли в низу живота, позже появилось ощущение «инородного тела» во влагалище и затрудненное мочеиспускание. В последние месяцы без физической нагрузки за пределы половой щели выступает шейка матки. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Ps 72 удара в минуту, удовлетворительных свойств. АД = 125/80 мм. рт. ст. Кожные покровы и видимые слизистые розовые. Живот мягкий безболезненный при пальпации, без симптомов раздражения брюшины. Стул регулярный, оформленный. Периодическое недержание газов. Мочеиспускание затруднено, безболезненное. Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В области половой щели находится шейка матки, слизистая которой не изменена. При натуживании шейка и тело матки полностью выходят за пределы половой щели. Определяются выпавшие передняя и задняя стенки влагалища. В зеркалах: (после вправления тела матки) слизистая влагалища розовая. Выделения слизистые, незначительные. Бимануально: матка в правильном положении, не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки отдельно не определяются, область их безболезненная при пальпации. Своды свободные, параметральная клетчатка мягкая.

Ваш диагноз. Дополнительные методы обследования. Дифференциальная диагностика с другими причинами тазовой инконтиненции. Тактика ведения. Оцените анамнестические данные.

Эталон ответа

1. Диагноз: полное выпадение матки. 2. Дополнительные методы обследования. Учитывая необходимость оперативного лечения, необходимо провести: Анализ крови на группу и резус фактор, Анализ крови на RW, ВИЧ, HBsAg. Анализ крови клинический, тромбоциты, свертываемость, гематокрит. Биохимический анализ крови (общий белок, билирубин, креатинин, печеночные пробы), ПТИ, глюкоза. Анализ мочи общий. Мазки на гонококк и флору. Мазок на онкоцитологию шейки матки. УЗИ органов малого таза. УЗИ почек и мочевого пузыря. 3. учитывая возраст женщины, рекомендуется оперативное лечение. Операциями выбора могут быть: влагалищная экстирпация матки с кольпоперинеолеваторопластикой, пластикой мочевого пузыря и прямой кишки; или, при отсутствии половой жизни, операция влагалищной облитерации (по Лефору). При операции Лефора необходимо отсутствие патологии шейки матки и эндометрия. 4. Факторы риска – роды крупными плодами, разрывы мягких тканей в родах, заболевания, ассоциированные с дисплазией соединительной ткани.

Задача 3.

Пациентка 20 лет жалуется на боли в низу живота, усиливающиеся во время менструации, повышение температуры до 37,3С. Объективно: состояние удовлетворительное. Гемодинамика стабильная. При гинекологическом исследовании: влагалище свободное. Шейка матки цилиндрическая, без нарушения эпителия. Матка больше нормы, создается впечатление об ее асимметрии, плотная, подвижная, чувствительная при пальпации. Придатки не увеличены, область их безболезненная. Параметры свободные. Выделения светлые.

Ваш диагноз. Какие анамнестические данные могут помочь в постановке диагноза? Диагностические инструментальные методы с целью установления диагноза. Тактика ведения.

Эталон ответа

Рудиментарный рог матки. Исследование менструальной функции. УЗИ и КТ органов малого таза. Лапароскопия. Удаление рудиментарного рога матки.

Задача 4.

Девочка 14 лет. Жалобы на периодические темные мажущие выделения из половых путей с неприятным запахом, болезненные менструации. Интенсивность болевого синдрома нарастает (от тянуще-ноющего до распирающего характера), последние два цикла девочка принимала обезболивающие и спазмолитические препараты – без эффекта. Менструации с 13,5 лет, по 6-7 дней, через 28-30 дней, обильные, регулярные. Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты по женскому типу, *virgo intacta*, выделений из половых путей нет. При ректо-абдоминальном исследовании в проекции верхней трети влагалища пальпируется образование тугоэластической консистенции, верхний полюс которого на 2 см выше лона, ограничено подвижное, чувствительное при пальпации. Во время осмотра из половых путей выделилось 10 мл темной густой крови с неприятным запахом. В мазках отделяемого из влагалища эритроциты и лейкоциты сплошь покрывают все поля зрения.

Вопросы: 1) Диагноз, дифференциальная диагностика 2) План обследования 3) План лечения

Эталон ответа

1. Рудиментарный рог матки, гематометра, пиометра рудиментарного рога. 2. УЗИ, МРТ органов малого таза, вагиноскопия, УЗИ почек 3. Лапароскопия, удаление рога матки

Тема 25. Кровотечения в I половине беременности. Самопроизвольный аборт. Пузырный занос.

Задача № 1

Больной 32 года. В анамнезе 4 искусственных аборта без осложнений. Задержка менструации на 1 неделю. Заболела остро: от болей в низу живота кратковременно потеряла сознание. Бледная, вялая. Пульс 120 уд/мин. АД - 80 и 40 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Выражен симптом Щеткина. При влагалищном исследовании отмечается бледность слизистых оболочек. Смещение шейки матки болезненно, что не позволяет четко пропальпировать тело матки, придатки. Пастозность и резкая болезненность заднего свода. Выделений нет.

Сформулируйте предварительный диагноз. План ведения. Оценка жалоб больной.

Эталон ответа Трубная беременность, прервавшаяся по типу разрыва трубы. Геморрагический шок. Экстренное определение показателей красной крови, группы крови и резуса.

Пункция через задний свод влагалища.

Оперативное лечение в экстренном порядке.

Задача № 2

Больная 26 лет обратилась по поводу мажущих кровянистых выделений из половых путей и болей в низу живота, появившихся на 6 день после миниаборта, произведенного при задержке менструации на 15 дней. В моче обнаружен хорионический гонадотропин (1200 ЕД). Температура 37,4.

Диагноз. Тактика врача. Оценка жалоб и анамнеза больной.

Эталон ответа Прогрессирующая внематочная беременность.

УЗИ гениталий. Повторное определение ХГЧ. Динамическое наблюдение.

При подтверждении диагноза – оперативное лечение.

Задача № 3

Больной 30 лет. Последняя менструация 6 недель назад. Беспокоят боли в низу живота, больше справа. Температура 37,0. Синюшность шейки матки, смещение резко чувствительно. Матка больше нормы, мягковатая, чувствительная при пальпации. Правые придатки утолщены, болезненны. Своды свободны. Выделения скудные, темно-красные. В моче обнаружен хорионический гонадотропин (350 ЕД).

Сформулируйте предварительный диагноз. Тактика врача.

Эталон ответа

Правосторонняя трубная беременность, прервавшаяся по типу трубного аборта.

УЗИ гениталий. Кольпоцентез. Определение ХГЧ крови.

Оперативное лечение.

Задача № 4

Больной 26 лет. В анамнезе хроническое воспаление придатков матки, бесплодие в течение 4 лет. Задержка месячных на 4 недели. Жалоб нет. Смещение матки безболезненное, тело ее несколько увеличено, мягковатой консистенции, справа в области придатков образование 8х4х3 см, мягковатой консистенции, ограничено подвижное, чувствительное. Своды свободные. Выделения светлые.

Результаты обследования: В моче обнаружен хорионический гонадотропин. На УЗИ в полости матки плодного яйца не обнаружено. В ампулярном отделе трубы имеется ретрообразное утолщение, с неоднородной структурой.

Диагноз. План обследования. Оцените анамнестические данные. Разработайте план лечения

Эталон ответа

Прогрессирующая внематочная беременность.

Оперативное лечение.

Задача № 5

Больная 31 года обратилась по поводу схваткообразных болей в низу живота и мажущихся кровянистых выделений из половых путей, появившихся после задержки менструаций на 14 дней. Проведено диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки. В соскобе обнаружена децидуальная реакция без ворсин хориона.

Диагноз. Обследование. Разработайте план лечения

Эталон ответа

Полный самопроизвольный выкидыш. Нельзя исключить прогрессирующую внематочную беременность.

УЗИ гениталий. Определение ХГЧ крови в динамике. Наблюдение.

Утеротоническая, антибактериальная и противовоспалительная терапия.

При подтверждении внематочной беременности – оперативное лечение. При исключении - регуляция менструального цикла оральными контрацептивами.

Тема 26. Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии.

Задача № 1

Больная, 19 лет, оперирована по поводу разлитого перитонита. Во время операции обнаружены увеличенные гиперемированные маточные трубы с гноетечением из ампулярных отделов.

Обоснуйте объем операции. Назначьте медикаментозное лечение. Показания к физиотерапии в период реабилитации

Эталон ответа Гнойный двухсторонний сальпингит.

Промыть трубы р-ром антисептика. Санация и дренирование брюшной полости. Антибактериальная и противовоспалительная терапия в послеоперационном периоде. Физиотерапия показана.

Задача № 2

У больной 29 лет при наличии ВМС в течение 7 лет после 2-х нормальных родов, боли в низу живота и в пояснице, повышенная температура до 39,0, с ознобом, рвотой. При пальпации живот в нижних отделах несколько напряжен, болезненный, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Диагностировано образование в области придатков матки без четких контуров размером 8х6 см, болезненное, ограниченно подвижное. Из наружного зева - слизисто-гнойное отделяемое, виден усик ВМС.

Оцените анамнестические данные.

Диагноз, обоснование диагноза. Обследование, лечебные мероприятия. Оказание специализированной помощи.

Эталон ответа Двухсторонний тубоовариальный абсцесс.

Удаление ВМС. Обследование на ЗППП. УЗИ гениталий.

Антибактериальная терапия. При отсутствии эффекта – оперативное лечение. Лечение в условиях специализированного гинекологического отделения.

Задача № 3

Бригадой «Скорой помощи» в гинекологическое отделение доставлена женщина с жалобами на резкие боли в низу живота, однократную рвоту, повышение температуры до 37,8. Из анамнеза: страдает двусторонним хроническим аднекситом с частыми обострениями. Беременностей 8, родов 3, аборт 4, выкидыш 1. Живот болезненный в нижних отделах, симптом Щёткина положительный над лоном. При осмотре матка несколько больше нормы, справа и слева придатки пальпируются в виде конгломератов 4х5х5 см и 5х6х6 см в спайках, резко болезненные при пальпации. Выделения - кровянистые, умеренные (4 день месячных).

Оцените анамнестические данные.

Предполагаемый диагноз, дополнительное обследование. Оказание специализированной помощи. Лечение.

Эталон ответа Острый двухсторонний сальпингоофорит. Пельвеоперитонит..

Обследования на ЗППП. УЗИ гениталий.

Антибактериальная, противовоспалительная терапия. Лечение в условиях специализированного гинекологического отделения.

Задача № 4

Больная 27 лет обратилась на прием с жалобами на боли в области наружных половых органов, повышенную температуру, неловкость при ходьбе в течение 4-х дней. Связывает с работой на сельскохозяйственном участке. В анамнезе 2 родов, 1 аборт. Объективно: в нижней трети правой большой половой губы определяется образование размером 5х4 см, кожа над ним гиперемирована, при пальпации флюктуация и резкая болезненность.

Диагноз, его обоснование. Тактика врача. Показания к физиотерапевтическому лечению.

Эталон ответа

Абсцесс правой бартолиновой железы.

Вскрытие абсцесса, дренирование. Антибактериальная терапия. Физиолечение показано (УВЧ, электрофорез на промежность).

Тема 27. Воспалительные заболевания женских половых органов специфической этиологии.

Задача № 1

Больной 27 лет, поступила с жалобами на зуд, раздражение наружных половых органов, бели. Отмечается нарушение жирового обмена, жажда, повышенный аппетит. При осмотре зеркалами обнаружена гиперемия наружных половых органов, влагиалища.

Диагноз, план и методы обследования.

Эталон ответа

Острый Вульвовагинит

Взятие мазка на степень чистоты, на ЗППП. Кровь на сахар.

Противовоспалительная терапия.

Задача № 2

Больная 30 лет, страдает нарушением менструального цикла по типу гипоменструального синдрома. Беспокоят ноющие боли в низу живота и в пояснице в течение многих лет, бесплодие - в браке 6 лет. При осмотре пониженного питания, бледная, матка небольшая, придатки утолщены, в спайках, чувствительны. Выделения слизистые.

Обоснуйте диагноз. План обследования и лечения.

Эталон ответа

Хронический двухсторонний аднексит. Нельзя исключить туберкулез гениталий.

Посев менструальной крови на БК. УЗИ гениталий. Диоскин тест. Консультация фтизиогинеколога. Специфическое лечение.

Задача № 3

Больной 33 года, в анамнезе: 5 лет страдает воспалительными заболеваниями придатков матки с частыми обострениями(до 5-6 раз в год), лечилась неоднократно амбулаторно. При осмотре придатки утолщены, неподвижны, уплотнены, безболезненны.

Проведите полное физикальное обследование больной. Опишите возможное состояние органов брюшной полости при данной патологии. Обоснуйте план обследования.

Эталон ответа

Возможна болезненность при пальпации в гипогастральной области. Хронический двухсторонний аднексит. Нельзя исключить туберкулез гениталий.

Посев менструальной крови на БК. УЗИ гениталий. Консультация фтизиогинеколога.

Специфическое лечение. Санаторно-курортное и физиотерапевтическое лечение.

Задача № 4

Больной 20 лет, не замужем, не имеет постоянного партнера. Поступила с жалобами на зуд, раздражение половых органов и бели. При осмотре зеркалами обнаружена гиперемия стенок влагалища и явления эндоцервицита. Бели пенистые, серо-зеленого цвета. Матка и придатки не увеличены, безболезненные.

Проведите полное физикальное обследование больной. Опишите возможное состояние органов брюшной полости при данной патологии. Обоснуйте предполагаемый диагноз и дальнейшие действия.

Эталон ответа

Органы брюшной полости без патологии. Вагинит. Возможно специфической этиологии.

Мазок на степень чистоты, ИППП.

Специфическое противовоспалительное лечение.

Тема 28 Миома матки. Эндометриоз.

Задача № 1

В гинекологическое отделение поступила женщина 45 лет с жалобами на схваткообразные боли в низу живота и кровянистые выделения из половых путей. Из анамнеза: страдает миомой матки в течение 5 лет. Менструации последний год длительные, более обильные. При осмотре матка плотная, увеличенная до 6-7 недель беременности. Цервикальный канал приоткрыт, из маточного зева выступает плотное образование ярко-красного цвета. Кровянистые выделения умеренные.

Какие диагностические инструментальные методы нужны для постановки диагноза?

Эталон ответа

УЗИ органов малого таза. Зондирование матки. Гистероскопия. Гистеросальпингография. МРТ органов малого таза.

Задача № 2

Бригадой "скорой помощи" в гинекологическое отделение доставлена женщина 40 лет с жалобами на обильное кровотечение из половых путей, слабость, головокружение. 5 дней назад началась очередная менструация, которая приобрела профузный характер. Стоит на учете в женской консультации с диагнозом миома матки. Менструации с 14 лет, последние 5 лет очень обильные и болезненные, по поводу чего неоднократно производилось диагностическое выскабливание. Родов 4, аборт 2, выкидышей 1. Консервативно не лечилась. При осмотре бледность кожных покровов,

тахикардия 90 уд/мин. Матка бугристая, увеличена до 7-8 недель, умеренно болезненная при пальпации. Придатки не определяются. Выделения кровянистые, обильные.
Диагноз. Разработайте план лечения. Тактика врача.

Эталон ответа

Миома матки с субмукозной локализацией узла. Аномальное маточное кровотечение. Анемия.
УЗИ гениталий. Диагностическое выскабливание.
Гистерорезектоскопия и удаление миоматозного узла. Удаление матки.

Задача № 3

В женскую консультацию обратилась женщина 30 лет с жалобами на скудные кровянистые выделения (ржавого цвета) за 5 дней до и в течение 7 дней после менструации. Болей нет. Из анамнеза 2 родов, 3 искусственных аборта. Эрозированный эктропион матки. Диатермоэлектрокоагуляция шейки матки 4 месяца назад (произведена после очередной менструации). При осмотре на шейке матки по 9 и 12 часам – очаги красно-бордового цвета. Матка и придатки без особенностей.
Диагноз. Методы обследования больной.

Эталон ответа

Эндометриоз шейки матки.
Кольпоскопия. Гистероскопия. Мазки на онкоцитологию и ВПЧ. Биопсия шейки матки.
Коагуляция эндометриоидных очагов.

Задача № 4

К семейному врачу (участковому терапевту) обратилась женщина 42 лет с жалобами на одышку, кашель с мокротой, содержащей кровь, чувство тяжести за грудиной и боль под правой лопаткой при дыхании, чувство общего недомогания. Клиническая симптоматика появилась за 3 дня до очередной менструации, прогрессивно нарастала в течение 5 суток. В анамнезе менархе с 11 лет, установились через 1,5 года. Менструации через 28 дней по 7-8 дней обильные, болезненные. Родов 3, абортов 6. При консультации гинеколога матка шаровидной формы, увеличена до 6 недель беременности, умеренно болезненная при пальпации. Придатки без особенностей. Выделения кровянистые, обильные (2 день менструации).
Диагноз. Какие диагностические инструментальные методы нужны для постановки диагноза?

Эталон ответа

Эндометриоз легких. Диф. диагноз с туберкулезом, раком легких.
Микроскопия мокроты. Общеклиническое обследование. Обследование на БК. Рентген и КТ органов грудной клетки. УЗИ органов малого таза.

Задача № 5

Женщина 28 лет обратилась в консультацию "Семья и брак" с жалобами на привычное невынашивание. В анамнезе 3 выкидыша в сроке 10-12 недель. При обследовании обнаружен единичный миоматозный узел d=7 см в области дна матки. Другой патологии не выявлено.
Диагноз. Разработайте план лечения.

Эталон ответа

Миома матки. Привычное невынашивание.
УЗИ гениталий. Гистероскопия.
Лапароскопическая миомэктомия. Реабилитация. Планирование беременности.

Задача 6

Пациентка 33 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли в низу живота. После осмотра поставлен диагноз: Беременность 10 недель. Угроза прерывания беременности. Субсерозная миома матки (6 тип узла, размер узла 2 см.). Напишите лист назначений данной пациентке. Показания к прерыванию беременности.

Эталон ответа

Гестагены, спазмолитики.
Показания к прерыванию беременности – нет.

Тема 29. Опухоли яичников.

Задача № 1

Больная 52 лет. Менопауза 2 года. Жалобы на кровянистые выделения из половых путей в течение недели. Родов - 4, искусственных абортов - 3. Гинекологическое исследование: половые органы развиты правильно. Шейка матки без нарушения эпителиального покрова. Выделения кровянистые, умеренные. Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Справа придатки без особенностей. Слева в области придатков определяется плотное подвижное, безболезненное образование размером 6х6 см. Своды влагалища глубокие. Параметрии не инфильтрированы. Результаты морфологического исследования эндометрия - железисто-кистозная гиперплазия.

Предварительный диагноз? Разработайте план лечения..

Эталон ответа

Опухоль яичника. Гиперпластический процесс эндометрия.

Общеклиническое обследование. УЗИ малого таза. ФГДС, колоноскопия. Опухолевые маркеры.

Оперативное лечение. Ампутирование/экстирпация матки с придатками. Удаление сальника.

Задача № 2

У больной 42 лет за последние 2 года прекратились менструации, появились патологическое оволосение на груди, вокруг сосков молочных желез, на передней линии живота, в области наружных половых органов, бедер и нижних конечностей, выпадение волос, огрубение голоса. При гинекологическом исследовании матка небольших размеров, плотная, безболезненная. В области придатков справа имеется опухоль плотной консистенции, подвижна, безболезненна, размером 8х7 см. Слева придатки не определяются.

Предварительный диагноз? Дополнительное обследование. Проведите дифференциальную диагностику.

Эталон ответа

Андрогенпродуцирующая опухоль. Андробластома

Общеклиническое обследование. УЗИ гениталий. КТ надпочечников. Гормональный профиль крови. Оперативное лечение. Ампутирование/экстирпация матки с придатками, резекция сальника.

Задача № 3

Больная 35 лет. Жалобы на боли в низу живота, больше справа, тянущего характера. Из анамнеза: менструации с 15 лет, установились через 1,5 года, обильные и болезненные. Из перенесенных заболеваний отмечает хроническое воспаление придатков матки. Боли беспокоят в течение 3-х лет, последние 6 мес. - усилились. При двуручном исследовании: матка и левые придатки без особенностей. В области правых придатков определяется округлое образование, мягкоэластической консистенции, до 8-9 см в диаметре, безболезненное при пальпации. Данные УЗИ: матка и левый яичник без особенностей, правый яичник определяется в виде отдельного анатомического образования, рядом с ним - определяется тонкостенное образование с жидким гомогенным содержимым, округлое до 8 см в диаметре.

Диагноз? Разработайте план лечения

Эталон ответа

Параовариальная киста справа. Тактика – лапароскопическое вылущивание кисты.

Задача № 4

Больная 32 лет доставлена в больницу с жалобами на боли в животе, рвоту, задержку газов и мочеиспускание. Боли режущего характера, начались ночью. Из анамнеза - менструации регулярные, безболезненные. Последняя менструация 2 недели назад, пришла в срок. Беременностей - 2, окончились срочными родами. Из объективных данных обращает внимание учащение пульса до 110/мин, повышение температуры до 37,5 С, сухой язык, вздутие живота, резкая болезненность при пальпации. Через переднюю брюшную стенку пальпируется опухоль с нечеткими контурами в левой половине живота. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании обнаружено, что влагалище рожавшей, шейка плотная цилиндрической формы, зев закрыт, матка в anterversio-flexio, несколько увеличена, ограниченно подвижная, резко болезненная при пальпации. Через левый боковой свод определяется нижний полюс опухоли, 10х12 см, тугоэластической консистенции, резко болезненной при движении. Своды свободны.

Диагноз. Методы исследования. Тактика ведения. Проведите дифференциальную диагностику с внематочной беременностью и апоплексией яичника..

Эталон ответа

Д-з: Опухоль яичника (цистаденома?). Перекрут ножки опухоли? Разрыв опухоли? Внематочная беременность? Тактика – общие анализы крови (cito группа крови, резус), кольпоцентез, УЗИ, экстренная предоперационная подготовка, операция – лапаротомия, овариэктомия с одной стороны при явно доброкачественном процессе. Обязателен осмотр второго яичника на наличие в нем патологии, наличие сращений опухоли с соседними органами, по возможности провести срочное гистологическое исследование интраоперационно. При подозрении на злокачественность – экстирпация матки с придатками, удаление большого сальника.

Тема 30. Фоновые, предраковые заболевания и рак шейки матки.

Задача № 1

У больной, 27 лет, после диатермокоагуляции по поводу эндоцервикоза обнаружено изменение поверхностного покрова влагалищной порции шейки матки в виде красных очагов.

Оцените анамнестические данные. План ведения. Цель. Обоснуйте. Показания к физиотерапевтическому лечению.

Эталон ответа

Посткоагуляционный синдром. Эндометриоз шейки матки. Кольпоскопия. Взятие мазка на онкоцитологию. Биопсия шейки матки по показаниям. .

Тактика зависит от заключения обследования. Физиолечение не показано.

Задача № 2

Больная, 54 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на бели и контактные кровянистые выделения, появившиеся 3 месяца назад. Менопауза 3года.

Оцените анамнестические данные. .Возможный диагноз. Дополнительное обследование.

Эталон ответа

Рак шейки матки.

Мазки на онкоцитологию. Кольпоскопия. Диагностическое выскабливание с биопсией шейки матки.

Тактика зависит от полученных результатов обследования.

Задача № 3

В поликлинику обратилась больная, 60 лет, с жалобами на боли в левой паховой области и левом бедре, особенно по ночам, "грызущего" характера. Мочеиспускание также сопровождается болями, акт дефекации затруднен, в моче и кале кровь. Больна больше года, к врачу не обращалась. При исследовании гинекологом: влагалище укорочено, в куполе его на месте шейки матки виден кратер с некротическим налетом. Стенки влагалища инфильтрированы, в малом тазу определяется конгломерат опухоли плотной консистенции, достигающий до стенок таза с двух сторон, неподвижный. Слизистая прямой кишки неподвижна, на пальце - кровь при исследовании.

Диагноз. Тактика врача в соответствии с клиническими протоколами.

Эталон ответа

Рак шейки матки 4 ст.

Биопсия шейки матки для подтверждения диагноза. Консультация онколога. Ректороманоскопия, цистоскопия, УЗИ, МРТ органов малого таза и брюшной полости. Лучевая терапия.

Задача № 4

У женщины инвазивный плоскоклеточный рак шейки матки, распространяющийся на нижнюю треть влагалища. При исследовании, направленном на выявление метастазов, выявлен правосторонний гидронефроз.

Какая стадия рака соответствует данной клинике? Диагностическая и лечебная тактика врача в соответствии с клиническими протоколами

Эталон ответа

Рак шейки матки 4 ст.

Консультация онкогинеколога. Консультация онколога. Ректороманоскопия, цистоскопия, УЗИ, МРТ органов малого таза и брюшной полости

Сочетанно- лучевая терапия. Нефростомы.

Задача № 5

У больной 25 лет при осмотре в женской консультации обнаружено изменение покрова вокруг наружного зева шейки матки (имеется гиперемия, бархатистая поверхность). При дотрагивании кровотечения нет.

Предполагаемый диагноз? Диагностические и инструментальные методы для установления диагноза.

Эталон ответа

Эктопия шейки матки.

Кольпоскопия. Мазок на онкоцитологию и ВПЧ. В случае эктопии – наблюдение. По показаниям – выскабливание цервикального канала, биопсия шейки матки.

Тема 31. Фоновые, предраковые заболевания и рак эндометрия.

Задача № 1

Больная, 45 лет, поступила с дисфункциональным маточным кровотечением. При диагностическом выскабливании эндометрия обнаружена простая гиперплазия эндометрия. Укажите лечебную тактику врача в соответствии с клиническими протоколами.

Эталон ответа

Гестагены или ВМС с ЛНГ

Задача № 2

Больная, 27 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на общую слабость, одышку, сердцебиение, кашель. В анамнезе нормальные срочные роды и искусственный аборт, три месяца назад произошёл самопроизвольный аборт с последующим выскабливанием полости матки, после чего в течение 2 недель продолжались темные кровянистые выделения. Через 2 месяца вновь обнаружена беременность 7 недель и проведено выскабливание полости матки, но в соскобе элементов плодного яйца не обнаружено. Спустя неделю после выскабливания стенок матки у больной появился кашель, одышка. При рентгенологическом исследовании грудной клетки поставили диагноз туберкулеза обоих легких и назначили лечение. Однако состояние больной продолжало прогрессивно ухудшаться: кашель не прекращался, стали беспокоить боли, ноющие внизу живота, и скудные, темные кровяные выделения из половых путей.

Оцените жалобы и анамнестические данные. Обоснуйте предварительный диагноз и Ваши действия. Какие диагностические инструментальные методы нужны для постановки диагноза?

Эталон ответа

Хорионэпителиома.

Кровь на хориогонический гонадотропин. КТ или Рентген легких. Консультация онколога.

Лечение метатрексатом.

Задача № 3

Данные раздельного диагностического выскабливания цервикального канала и полости матки, проведенным в связи с кровотечением в постменопаузе 51-летней женщине: ДЛИНА ПОЛОСТИ матки 7 см, в эндоцервикальном соскобе патологии не выявлено, при исследовании ткани эндометрия обнаружена высокодифференцированная аденокарцинома. Метастазов нет.

План лечения пациентки в соответствии с клиническими протоколами.

Эталон ответа

Рак эндометрия.

Общеклиническое обследование. Исследование соседних с маткой органов.

Консультация онкогинеколога .

Экстирпация матки с придатками.

Задача № 4

47-летняя женщина предъявляет жалобы на менометроррагию. По её словам такие кровотечения начались 18 месяцев назад. При медосмотре индекс массы тела 33,1, АД 140 и 95 мм. рт. ст. Размеры матки в пределах нормы.

Оцените жалобы и анамнестические данные. Укажите факторы риска. Какие диагностические инструментальные методы нужны для постановки диагноза? Тактика врача.

Эталон ответа

Аномальное маточное кровотечение. Нельзя исключить рак эндометрия. Факторы риска- метаболический синдром.

УЗИ органов малого таза. Аспират из полости матки. Гормонотерапия при гиперплазии эндометрия. При атипической гиперплазии и раке эндометрия – консультация онколога.

Тема 32. Острый живот в гинекологии.

Задача 1

Больная 19 лет, доставлена в стационар машиной скорой помощи с диагнозом: Подострый двухсторонний сальпингоофорит. Жалобы на боли в левой подвздошной области, с иррадиацией в прямую кишку. Боли возникли резко, в левой подвздошной области, затем над лоном. Тошноты, рвоты не было. Последняя нормальная менструация - 2 недели назад. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа и слизистые нормальной окраски, АД 110/70 мм. рт. ст. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области. Перитонеальных симптомов нет. При исследовании матка не увеличена, плотная, безболезненная.

Слева - придатки без четких контуров, область их при пальпации болезненная.

Оцените стояние пациентки. Диагноз? План ведения, лабораторное обследование?

Эталон ответа

Диагноз: Апоплексия левого яичника.

План ведения: Исследования: а) клинический анализ крови, б) коагулограмма, в) ЭКГ, г) группа крови, Rh фактор. УЗИ - при обнаружении жидкости в дугласовом пространстве меньше 100 мл и отсутствии образования, исходящего из левого яичника, ведение консервативное (спазмолитики), контрольное УЗИ. При обнаружении при УЗИ больше 100 мл жидкости – лапароскопия. Кольпоцентез для определения характера перитонеальной жидкости.

Задача 2

Больная 36 лет. В анамнезе 4 аборта без осложнений, на момент поступления задержка менструации на 4 недели. Заболела остро: появились схваткообразные боли в низу живота, внезапно потеряла сознание. При осмотре: кожные покровы бледной окраски, вялая, пульс 120 уд/мин., АД 80/40 мм. рт. ст. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины положительные в гипогастриальной области. Притупление перкуторного звука в отлогих местах. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании смещения шейки матки резко болезненны, четко пропальпировать тело матки и придатки не удастся из-за напряжения мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность заднего свода, выделений из половых путей нет. Оцените стояние пациентки. Диагноз? План ведения, лабораторное обследование? Лечебные мероприятия

Эталон ответа

Клиника геморрагического шока. Исследования: а) клинический анализ крови, б) коагулограмма, в) ЭКГ, г) группа крови, Rh фактор.

Диагноз: Нарушенная внематочная беременность. Внутривнутрибрюшное кровотечение. Геморрагический шок. Тактика: Экстренное оперативное лечение (лапаротомия), удаление маточной трубы. Инфузионная, противошоковая терапия.

Задача 3

Больная 26 лет. Задержка менструации на 3 недели. Без проведения дополнительных методов обследования был произведен аборт по желанию пациентки. После выскабливания кровяные выделения из половых путей продолжались. При гистологическом исследовании в соскобе обнаружена децидуальная реакция без ворсин хориона. Предполагаемый диагноз? План дальнейшего обследования? Интерпретация результата гистологического исследования.

Эталон ответа

Диагноз: Внематочная беременность. Тактика:

- 1) УЗИ малого таза
- 2) Тест на ХГ
- 3) лапароскопия.

Задача 4

Больная 33 лет предъявляет жалобы на боли в низу живота, головокружение, задержку менструации на 2 недели, кратковременную потерю сознания. При осмотре найдено: кожные покровы бледные, пульс 120 уд/мин., АД 80/50 мм. рт. ст., живот болезненный в нижних отделах, отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки и положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

При гинекологическом исследовании матки и придатки четко определить невозможно из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки, задний свод сглажен, выделения кровяные, скудные, темного цвета.

Диагноз? Тактика? Дополнительные методы исследования?

Эталон ответа

Диагноз: Нарушенная внематочная беременность? Апоплексия яичника? Внутривнутрибрюшное кровотечение. Геморрагический шок.

Тактика:

Срочное оперативное лечение. Хирургический гемостаз. Противошоковые мероприятия.

Задача 5

Больная 25 лет, менструальная функция не нарушена. Готовилась на лапароскопическую операцию по поводу кисты правого яичника, диагностированной 5 месяцев назад при УЗИ. Доставлена «скорой помощью» с жалобами на резкие боли в низу живота, больше справа, которые возникли внезапно при подъеме с постели. Температура нормальная, $L - 6,2 \times 10^9$. при двуручном исследовании - влажлище, шейка матки без особенностей, справа в области придатков определяется округлое образование, тугоэластической консистенции, резко болезненное при исследовании, ограничено подвижное, размерами до 8 см в диаметре, своды свободны, выделения слизистые. Оцените состояние больной. Диагноз? Тактика ведения.

Эталон ответа

Диагноз: Перекрут или угроза разрыва кисты правого яичника.

Тактика ведения: Общеклиническое обследование, УЗИ малого таза, при необходимости - пункция брюшной полости через задний свод влажлища, лапароскопия.

Тема 33. Типичные гинекологические операции.

Задача 1.

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 гипогастриальной области, больше справа, где отмечаются симптомы раздражения брюшины. Перистальтика вялая. С-м Пастернацкого положительный справа. Диурез 400 мл. Моча концентрированная.

Эталон ответа. Тактика врача (разработка плана лечения). Лабораторное обследование

Ответ. Перевязка правого мочеточника. Обследование (УЗИ органов брюшной полости, почек, внутривенная урография, Анализ крови на группу и резус фактор, Анализ крови на RW, ВИЧ, HBsAg. Анализ крови клинический, тромбоциты, свертываемость, гематокрит. Биохимический анализ крови (общий белок, билирубин, креатинин, печеночные пробы), ПТИ, глюкоза. Анализ мочи общий). Нефростома справа.

Задача 2

Женщина 78 лет обратилась в гинекологическое отделение с жалобами на тянущие боли в низу живота, ощущение «инородного тела» во влажлище и затрудненное мочеиспускание, недержание газов.

Из анамнеза: Менопауза в 51 год.. Было 6 беременностей, три из которых закончились срочными родами. Вес детей 3900 гр, 4350 гр, 4500 гр. После всех родов имели место разрывы шейки матки, влажлища и промежности. Три беременности закончились искусственным абортom, в сроках 7 – 9 недель, без осложнений.

В течение последних 5-и лет стали беспокоить тянущие боли в низу живота, позже появилось ощущение «инородного тела» во влажлище и затрудненное мочеиспускание. В последние месяцы без физической нагрузки за пределы половой щели выступает шейка матки.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Ps 72 удара в минуту, удовлетворительных свойств. АД = 125/80 мм. рт. ст. Кожные покровы и видимые слизистые розовые. Живот мягкий безболезненный при пальпации, без симптомов раздражения брюшины. Стул регулярный, оформленный. Периодическое недержание газов. Мочеиспускание затруднено, безболезненное.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В области половой щели находится шейка

матки, слизистая которой не изменена. При натуживании шейка и тело матки полностью выходят за пределы половой щели. Определяются выпавшие передняя и задняя стенки влагалища.

В зеркалах: (после вправления тела матки) слизистая влагалища розовая. Выделения слизистые, незначительные.

Бимануально: матка в правильном положении, не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки отдельно не определяются, область их безболезненная при пальпации. Своды свободные, параметральная клетчатка мягкая.

Ваш диагноз. Дополнительные методы обследования. Разработка плана лечения. Ход предполагаемой операции.

Эталон ответа 1. Диагноз: полное выпадение матки. 2. Дополнительные методы обследования. Учитывая необходимость оперативного лечения, необходимо провести: Анализ крови на группу и резус фактор, Анализ крови на RW, ВИЧ, HBsAg. Анализ крови клинический, тромбоциты, свертываемость, гематокрит. Биохимический анализ крови (общий белок, билирубин, креатинин, печеночные пробы), ПТИ, глюкоза. Анализ мочи общий. Мазки на гонококк и флору. Мазок на онкоцитологию шейки матки. УЗИ органов малого таза. УЗИ почек и мочевого пузыря. 3. учитывая возраст женщины, рекомендуется оперативное лечение. Операциями выбора могут быть: влагалищная экстирпация матки с кольпоперинеолеваторопластикой, пластикой мочевого пузыря и прямой кишки; или, при отсутствии половой жизни, операция влагалищной облитерации (по Лефору). При операции Лефора необходимо отсутствие патологии шейки матки и эндометрия.

Задача 3.

Женщина 58 лет обратилась в гинекологическое отделение с жалобами на тянущие боли внизу живота, ощущение «инородного тела» во влагалище и затрудненное мочеиспускание. Из анамнеза: менструальный цикл был не нарушен. Менопауза в 51 год. Половая жизнь с 21 года, в браке. Было 3 беременности, закончившиеся срочными родами. Вес детей 3900 гр, 4350 гр, 4500 гр. После всех родов имели место разрывы шейки матки, влагалища и промежности.

В течение последних 3-х лет стали беспокоить тянущие боли внизу живота, позже появилось ощущение «инородного тела» во влагалище и затрудненное мочеиспускание. В последние месяцы отмечает нарастание данных симптомов.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Рс 72 удара в минуту, удовлетворительных свойств. АД = 125/80 мм. рт. ст. Кожные покровы и видимые слизистые розовые. Живот мягкий безболезненный при пальпации, без симптомов раздражения брюшины. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание затруднено, безболезненное.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В области половой щели находится шейка матки, слизистая которой не изменена. При натуживании шейка матки полностью выходит за пределы половой щели, тело матки при этом не визуализируется. Определяется выпавшая передняя стенка влагалища.

В зеркалах: (после вправления шейки матки) слизистая влагалища розовая. Выделения слизистые, незначительные.

Бимануально: матка в правильном положении, не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки отдельно не определяются, область их безболезненная при пальпации. Своды свободные, параметральная клетчатка мягкая.

Ваш диагноз. Разработка плана лечения. Тактика ведения (лабораторное обследование и этапы операции).

Эталон ответа: 1. Диагноз: Неполное выпадение матки. Опушение передней стенки влагалища. Цистоцеле.

2. Дополнительные методы обследования. Учитывая необходимость оперативного лечения, необходимо провести: Анализ крови на группу и резус фактор, Анализ крови на RW, ВИЧ, HBsAg. Анализ крови клинический, тромбоциты, свертываемость, гематокрит. Биохимический анализ крови (общий белок, билирубин, креатинин, печеночные пробы), ПТИ, глюкоза. Анализ мочи общий. Мазки на гонококк и флору. Мазок на онкоцитологию шейки матки. УЗИ органов малого таза. УЗИ почек и мочевого пузыря. 3. Лечение: в данном случае, учитывая молодой возраст женщины, отсутствие элонгации шейки матки, рекомендуется оперативное лечение в объеме: передняя и задняя кольпорафия с устранением цистоцеле и перинеолеваторопластикой.

ТЕМА 34. Бесплодный брак. Алгоритм обследования супружеской пары. Планирование беременности. Контрацепция.

Задача 1.

Девушка 19 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, умеренные, безболезненные. Рост 168 см, масса тела 57 кг. Соматически здорова, гинекологический статус в пределах нормы. Какую контрацепцию лучше применить этой пациентке? В каком дополнительном обследовании нуждается пациентка? Обоснуйте назначение.

Эталон ответа Гормональная контрацепция. Обследование в соответствии с критериями ВОЗ.

Задача 2.

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 медабортом по желанию пациентки. Рост 168 см, масса тела 96 кг. Гинекологический статус в пределах нормы. 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. При исключении противопоказаний возможно назначение гормональной контрацепции

Задача 3.

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: ВМС, барьерная контрацепция.

Задача 4.

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 – 5,8 МЕ/л на фоне аменореи. Проба с гестагенами положительная.

Диагноз. Тактика ведения. Направление пациентки на консультацию

Эталон ответа Первичное бесплодие. СПКЯ. Обследование (гормональный профиль, консультация эндокринолога, репродуктолога, спермограмма мужа). Стимуляция овуляции после проверки проходимости маточных труб. Лапароскопия. ВРТ.

Задача 5. Ошибка! Закладка не определена.

Через 3 месяца после введения ВМС пациентка 30 лет обратилась к врачу-гинекологу с жалобами на непостоянные ноющие боли в низу живота и обильные менструации. Впервые болевой симптом появился через 2 дня после введения ВМС. Бимануальное исследование и осмотр с помощью влажного зеркала: матка и маточные придатки не увеличены, умеренно болезненны при пальпации. Шейка матки без нарушения эпителия, видны нити ВМС. Выделения слизистые, в небольшом количестве.

1.Поставьте диагноз 2.Ваша тактика. 3. Оцените эффективность и безопасность контрацепции в данном случае

Эталон ответа Обострение хронического сальпингоофорита, метроэндометрита. Частичная экспульсия ВМС? Обследование (УЗИ органов малого таза, противовоспалительное лечение). Удаление ВМС. Подбор другого метода контрацепции.

Задача 6.

В женскую консультацию обратилась женщина 28 лет с жалобой на отсутствие беременности в течение 4 лет. Первая беременность окончилась абортom. Менструальный цикл не нарушен. В анамнезе хроническая урогенитальная инфекция (хламидиоз). Гинекологическое исследование: влагалище нерожавшей женщины, матка нормальных размеров, в правильном положении, по-

движна, безболезненна. Придатки матки уплотнены с обеих сторон, ограничены в подвижности, умеренно болезненны. Шейка матки без нарушения эпителия, бели слизистые, прозрачные. Поставьте диагноз. Методы обследования и лечения. Направление пациентки на консультацию . Показания к санаторно-курортному лечению.

Эталон ответа Вторичное бесплодие, трубно-перитонеальный фактор. УЗИ органов малого таза, гистеросальпингография. Лапароскопия, пластика маточных труб. Консультация репродуктолога для решения вопроса о ВРТ. Показания к санаторно-курортному лечению – да.

Задача 7.

В женскую консультацию обратилась женщина 40 лет, которая с целью контрацепции хотела бы использовать ВМС. Жалоб не предъявляет. Анамнез: менструации с 13 лет, установились сразу, через 30 дней по 7-8 дней, регулярные, обильные, безболезненные. половая жизнь с 20 лет, в браке, беременностей было 6, из них: 3 срочных родов, 3 искусственных аборта в сроке 6 – 8 недель. От беременности предохраняется прерванным половым актом или презервативом. Из гинекологических заболеваний отмечает – диатермокоагуляция шейки матки в 30 лет, воспалительные заболевания придатков и тела матки отрицает. Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые розовые. АД = 120/75 мм. рт. ст. Ps 70 ударов в минуту, удовлетворительных свойств. Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: влажалищная часть шейки матки цилиндрической формы, слизистая не изменена, наружный зев щелевидный, закрыт, выделения белые, умеренные, без запаха. Бимануально: тело матки не увеличено, ограничено подвижное, плотное, безболезненное при пальпации, придатки с обеих сторон не определяются, область их при пальпации безболезненная, своды глубокие.

1. Какой необходимый минимум обследования нужно пройти перед введением ВМС.
2. Возможно ли использование данной пациенткой ВМС, как метод контрацепции. Противопоказания к использованию ВМС.
3. Преимущества и недостатки данного метода контрацепции.
4. Альтернативный метод контрацепции в данной ситуации.

Эталон ответа 1. Минимум обследования перед введением ВМС (Анализ крови клинический, Анализ мочи общий, Мазок на флору, Мазок на онкоцитологию, Ультразвуковое исследование органов малого таза). 2. Уточнить причину обильных менструаций (возможно введение ВМС с ЛНГ- мирена). Срок использования мирены составляет 5 лет. Механизм действия основан на сочетании механизмов действия ВМК и левоноргестрела, за счёт которых: подавляется функциональная активность эндометрия; происходит изменение физико-химических свойств цервикальной слизи; уменьшается подвижность сперматозоидов. Мирену рекомендуют женщинам различных возрастных групп, имеющих одного полового партнёра и нуждающихся в длительной и надёжной контрацепции. Особенно показана женщинам с обильными и болезненными менструациями 3. Преимущества – надёжная контрацепция, недостатки - хронический эндометрит, сальпингоофорит (повышение риска развития), экспульсия. 4. Альтернативные методы контрацепции: добровольная стерилизация - двухсторонняя окклюзия маточных труб лапароскопическим способом. При отсутствии противопоказаний можно рекомендовать комбинированные гормональные контрацептивы (для некурящих) или «чистые» гестагены.

Основными видами самостоятельной работы студентов с участием преподавателей являются: тестирование, решение ситуационных задач

5. Организация СРС

Методика организации самостоятельной работы студентов зависит от структуры, характера и особенностей изучаемой дисциплины, объема часов на ее изучение, вида заданий для самостоятельной работы студентов, индивидуальных качеств студентов и условий учебной деятельности.

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

- подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);
- основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);
- заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Организацию самостоятельной работы студентов обеспечивают: факультет, кафедра, учебный и методический отделы, преподаватель, библиотека, электронная информационно-образовательная среда ВУЗа и сам обучающийся.

6.Самостоятельная работа студентов по дисциплине «Акушерство и гинекология»

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
1	СРС (по видам учебных занятий) всего-156 часов	
1	Акушерство как наука. Организация работы акушерского стационара. Регуляция менструального цикла.	Написание реферата, выполнение презентации
2	Беременность. Диагностика беременности и её сроков. Физиологические изменения в организме женщины при беременности. Методы исследования в акушерстве.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
3	Физиологические роды.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
4	Послеродовой период. Период новорожденности.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
5	Аномалии родовой деятельности.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
6	Беременность и роды при тазовом предлежании. Диагностика. Тактика врача.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
7	Невынашивание и перенашивание беременности.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
8	Послеродовые инфекционные заболевания.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
9	Узкий таз в современном акушерстве.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
10	Родовой травматизм матери и плода.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
11	Иммунологическая несовместимость матери и плода.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
12	Кровотечения во II половине беременности. Предлежание плаценты. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
13	Кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
14	Экстрагенитальные заболевания и беременность.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
15	Многоплодная беременность. Аномальные положения и вставления плода.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
16	Оперативное родоразрешение. Вакуум экстракция. Акушерские щипцы.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
17	Оперативное родоразрешение. Кесарево сечение в современном акушерстве.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи

18	Преэклампсия.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
19	Перинатальная охрана плода. Хроническая плацентарная недостаточность. Гипоксия плода. Асфиксия новорожденного.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
20	Роль женской консультации. Планирование семьи. Методы контрацепции.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
21	Пропедевтика гинекологических заболеваний. Регуляция менструального цикла. Методы исследования в гинекологии	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
22	Нарушения функции репродуктивной системы.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
23	Нейроэндокринные синдромы в гинекологии.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
24	Аномалии развития и положения женских половых органов.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
25	Кровотечения в I половине беременности. Самопроизвольный аборт. Пузырный занос.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
26	Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
27	Воспалительные заболевания женских половых органов специфической этиологии.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
28	Миома матки. Эндометриоз.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
29	Опухоли яичников.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
30	Фоновые, предраковые заболевания и рак шейки матки.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
31	Фоновые, предраковые заболевания и рак эндометрия.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
32	Острый живот в гинекологии.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
33	Типичные гинекологические операции.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
34	Бесплодный брак. Алгоритм обследования супружеской пары. Планирование беременности. Контрацепция.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
2	СРС по промежуточной аттестации (все-го)-34 часа	подготовка к экзамену
3	СРС (ИТОГО)-190 часов	

7. Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине «Акушерство и гинекология»

Для оценки рефератов:

Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный

аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

Для оценки презентаций

Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.

Для оценки решения ситуационной задачи:

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ

1. Деятельность студентов по формированию и развитию навыков учебной самостоятельной работы по дисциплине «Акушерство и гинекология»

В процессе самостоятельной работы студент приобретает необходимые для будущей специальности компетенции, навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя студент должен:

- освоить минимум содержания, выносимый на самостоятельную работу студентов и предложенный преподавателем и компетенциями в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по дисциплине «Акушерство и гинекология»
- планировать самостоятельную работу в соответствии с графиком самостоятельной работы, предложенным преподавателем.
- самостоятельную работу студент должен осуществлять в организационных формах, предусмотренных учебным планом и рабочей программой преподавателя.
- выполнять самостоятельную работу и отчитываться по ее результатам в соответствии с графиком представления результатов, видами и сроками отчетности по самостоятельной работе студентов.

студент может:

сверх предложенного преподавателем (при обосновании и согласовании с ним) и минимума обязательного содержания, определяемого (ФГОС ВО) по данной дисциплине:

- самостоятельно определять уровень (глубину) проработки содержания материала;
- предлагать дополнительные темы и вопросы для самостоятельной проработки;
- в рамках общего графика выполнения самостоятельной работы предлагать обоснованный индивидуальный график выполнения и отчетности по результатам самостоятельной работы;
- предлагать свои варианты организационных форм самостоятельной работы;
- использовать для самостоятельной работы методические пособия, учебные пособия, разработки сверх предложенного преподавателем перечня;
- использовать не только контроль, но и самоконтроль результатов самостоятельной работы в соответствии с методами самоконтроля, предложенными преподавателем или выбранными самостоятельно.

Самостоятельная работа студентов должна оказывать важное влияние на формирование личности будущего специалиста, его компетентность. Каждый студент самостоятельно определяет режим своей работы и меру труда, затрачиваемого на овладение учебным содержанием по каждой дисциплине. Он выполняет внеаудиторную работу по личному индивидуальному плану, в зависимости от его подготовки, времени и других условий.

2. Методические рекомендации для студентов по отдельным формам самостоятельной работы.

С первых же сентябрьских дней на студента обрушивается громадный объем информации, которую необходимо усвоить. Нужный материал содержится не только в лекциях (запомнить его – это только малая часть задачи), но и в учебниках, книгах, статьях. Порой возникает необходимость привлекать информационные ресурсы Интернет, ЭИОС, ЭБС и др. ресурсы.

Система вузовского обучения подразумевает значительно большую самостоятельность студентов в планировании и организации своей деятельности. Вчерашнему школьнику сделать это бывает весьма непросто: если в школе ежедневный контроль со стороны учителя заставлял постоянно и систематически готовиться к занятиям, то в вузе вопрос об уровне знаний вплотную встает перед студентом только в период сессии. Такая ситуация оборачивается для некоторых соблазном весь семестр посвятить свободному времяпрепровождению («когда будет нужно – выучу!»), а когда приходит пора экзаменов, материала, подлежащего усвоению, оказывается так много, что никакая память не способна с ним справиться в оставшийся промежуток времени.

Работа с книгой.

При работе с книгой необходимо подобрать литературу, научиться правильно ее читать, вести записи. Для подбора литературы в библиотеке используются алфавитный и систематический каталоги.

Важно помнить, что рациональные навыки работы с книгой - это всегда большая экономия времени и сил.

Правильный подбор учебников рекомендуется преподавателем, читающим лекционный курс. Необходимая литература может быть также указана в методических разработках по данному курсу.

Изучая материал по учебнику, следует переходить к следующему вопросу только после правильного уяснения предыдущего, описывая на бумаге все выкладки и вычисления (в том числе те, которые в учебнике опущены или на лекции даны для самостоятельного вывода).

При изучении любой дисциплины большую и важную роль играет самостоятельная индивидуальная работа.

Особое внимание следует обратить на определение основных понятий курса. Студент должен подробно разбирать примеры, которые поясняют такие определения, и уметь строить аналогичные примеры самостоятельно. Нужно добиваться точного представления о том, что изучаешь. Полезно составлять опорные конспекты. При изучении материала по учебнику полезно в тетради (на специально отведенных полях) дополнять конспект лекций. Там же следует отмечать вопросы, выделенные студентом для консультации с преподавателем.

Выводы, полученные в результате изучения, рекомендуется в конспекте выделять, чтобы они при перечитывании записей лучше запоминались.

Опыт показывает, что многим студентам помогает составление листа опорных сигналов, содержащего важнейшие и наиболее часто употребляемые формулы и понятия. Такой лист помогает запомнить формулы, основные положения лекции, а также может служить постоянным справочником для студента.

Различают два вида чтения; первичное и вторичное. Первичное - это внимательное, неторопливое чтение, при котором можно остановиться на трудных местах. После него не должно остаться ни одного непонятого слова. Содержание не всегда может быть понятно после первичного чтения.

Задача вторичного чтения - полное усвоение смысла целого (по счету это чтение может быть и не вторым, а третьим или четвертым).

Правила самостоятельной работы с литературой.

Как уже отмечалось, самостоятельная работа с учебниками и книгами (а также самостоятельное теоретическое исследование проблем, обозначенных преподавателем на лекциях) – это важнейшее условие формирования у себя научного способа познания. Основные советы здесь можно свести к следующим:

- Составить перечень книг, с которыми Вам следует познакомиться; «не старайтесь запомнить все, что вам в ближайшее время не понадобится, – советует студенту и молодому ученому Г. Селье, – запомните только, где это можно отыскать» (Селье, 1987. С. 325).
- Сам такой перечень должен быть систематизированным (что необходимо для семинаров, что для экзаменов, что пригодится для написания курсовых и дипломных работ, а что Вас интересует за рамками официальной учебной деятельности, то есть что может расширить Вашу общую культуру...).
- Обязательно выписывать все выходные данные по каждой книге (при написании работ это позволит очень сэкономить время).
- Разобраться для себя, какие книги (или какие главы книг) следует прочитать более внимательно, а какие – просто просмотреть.
- При составлении перечней литературы следует посоветоваться с преподавателями и научными руководителями (или даже с более подготовленными и эрудированными сокурсниками), которые помогут Вам лучше сориентироваться, на что стоит обратить большее внимание, а на что вообще не стоит тратить время...
- Естественно, все прочитанные книги, учебники и статьи следует конспектировать, но это не означает, что надо конспектировать «все подряд»: можно выписывать кратко основные идеи автора и иногда приводить наиболее яркие и показательные цитаты (с указанием страниц).
- Если книга – Ваша собственная, то допускается делать на полях книги краткие пометки или же в конце книги, на пустых страницах просто сделать свой «предметный указатель», где отмечаются наиболее интересные для Вас мысли и обязательно указываются страницы в тексте автора (это очень хороший совет, позволяющий экономить время и быстро находить «избранные» места в самых разных книгах).
- Если Вы раньше мало работали с научной литературой, то следует выработать в себе способность «воспринимать» сложные тексты; для этого лучший прием – научиться «читать медленно», когда Вам понятно каждое прочитанное слово (а если слово незнакомое, то либо с помощью сло-

варя, либо с помощью преподавателя обязательно его узнать), и это может занять немалое время (у кого-то – до нескольких недель и даже месяцев); опыт показывает, что после этого студент каким-то «чуждом» начинает буквально заглатывать книги и чуть ли не видеть «сквозь обложку», стоящая это работа или нет...

• «Либо читайте, либо перелистывайте материал, но не пытайтесь читать быстро... Если текст меня интересует, то чтение, размышление и даже фантазирование по этому поводу сливаются в единый процесс, в то время как вынужденное скорочтение не только не способствует качеству чтения, но и не приносит чувства удовлетворения, которое мы получаем, размышляя о прочитанном», – советует Г. Селье (Селье, 1987. – С. 325-326).

• Есть еще один эффективный способ оптимизировать знакомство с научной литературой – следует увлечься какой-то идеей и все книги просматривать с точки зрения данной идеи. В этом случае студент (или молодой ученый) будет как бы искать аргументы «за» или «против» интересующей его идеи, и одновременно он будет как бы общаться с авторами этих книг по поводу своих идей и размышлений... Проблема лишь в том, как найти «свою» идею...

Чтение научного текста является частью познавательной деятельности. Ее цель – извлечение из текста необходимой информации. От того на сколько осознанна читающим собственная внутренняя установка при обращении к печатному слову (найти нужные сведения, усвоить информацию полностью или частично, критически проанализировать материал и т.п.) во многом зависит эффективность осуществляемого действия.

Выделяют **четыре основные установки в чтении научного текста:**

1. информационно-поисковый (задача – найти, выделить искомую информацию)
2. усваивающая (усилия читателя направлены на то, чтобы как можно полнее осознать и запомнить как сами сведения излагаемые автором, так и всю логику его рассуждений)
3. аналитико-критическая (читатель стремится критически осмыслить материал, проанализировав его, определив свое отношение к нему)
4. творческая (создает у читателя готовность в том или ином виде – как отправной пункт для своих рассуждений, как образ для действия по аналогии и т.п. – использовать суждения автора, ход его мыслей, результат наблюдения, разработанную методику, дополнить их, подвергнуть новой проверке).

С наличием различных установок обращения к научному тексту связано существование и нескольких **видов чтения:**

1. библиографическое – просматривание карточек каталога, рекомендательных списков, сводных списков журналов и статей за год и т.п.;
2. просмотровое – используется для поиска материалов, содержащих нужную информацию, обычно к нему прибегают сразу после работы со списками литературы и каталогами, в результате такого просмотра читатель устанавливает, какие из источников будут использованы в дальнейшей работе;
3. ознакомительное – подразумевает сплошное, достаточно подробное прочтение отобранных статей, глав, отдельных страниц, цель – познакомиться с характером информации, узнать, какие вопросы вынесены автором на рассмотрение, провести сортировку материала;
4. изучающее – предполагает доскональное освоение материала; в ходе такого чтения проявляется доверие читателя к автору, готовность принять изложенную информацию, реализуется установка на предельно полное понимание материала;
5. аналитико-критическое и творческое чтение – два вида чтения близкие между собой тем, что участвуют в решении исследовательских задач. Первый из них предполагает направленный критический анализ, как самой информации, так и способов ее получения и подачи автором; второе – поиск тех суждений, фактов, по которым или в связи с которыми, читатель считает нужным высказать собственные мысли.

Из всех рассмотренных видов чтения основным для студентов является изучающее – именно оно позволяет в работе с учебной литературой накапливать знания в различных областях. Вот почему именно этот вид чтения в рамках учебной деятельности должен быть освоен в первую очередь. Кроме того, при овладении данным видом чтения формируются основные приемы, повышающие эффективность работы с научным текстом.

1. утверждений автора без привлечения фактического материала;
2. Цитирование – дословное выписывание из текста выдержек, извлечений, наиболее существенно отражающих ту или иную мысль автора;
3. Конспектирование – краткое и последовательное изложение содержания прочитанного.

Конспект – сложный способ изложения содержания книги или статьи в логической последовательности. Конспект аккумулирует в себе предыдущие виды записи, позволяет всесторонне охватить содержание книги, статьи. Поэтому умение составлять план, тезисы, делать выписки и другие записи определяет и технологию составления конспекта.

Методические рекомендации по составлению конспекта:

1. Внимательно прочитайте текст. Уточните в справочной литературе непонятные слова. При записи не забудьте вынести справочные данные на поля конспекта;
2. Выделите главное, составьте план;
3. Кратко сформулируйте основные положения текста, отметьте аргументацию автора;
4. Законспектируйте материал, четко следуя пунктам плана. При конспектировании старайтесь выразить мысль своими словами. Записи следует вести четко, ясно.
5. Грамотно записывайте цитаты. Цитируя, учитывайте лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля.

Овладение навыками конспектирования требует от студента целеустремленности, повседневной самостоятельной работы.

Практические занятия.

Для того чтобы практические занятия приносили максимальную пользу, необходимо помнить, что упражнение и решение задач проводятся по вычитанному на лекциях материалу и связаны, как правило, с детальным разбором отдельных вопросов лекционного курса. Следует подчеркнуть, что только после усвоения лекционного материала с определенной точки зрения (а именно с той, с которой он излагается на лекциях) он будет закрепляться на практических занятиях как в результате обсуждения и анализа лекционного материала, так и с помощью решения проблемных ситуаций, задач. При этих условиях студент не только хорошо усвоит материал, но и научится применять его на практике, а также получит дополнительный стимул (и это очень важно) для активной проработки лекции.

При самостоятельном решении задач нужно обосновывать каждый этап решения, исходя из теоретических положений курса. Если студент видит несколько путей решения проблемы (задачи), то нужно сравнить их и выбрать самый рациональный. Полезно до начала вычислений составить краткий план решения проблемы (задачи). Решение проблемных задач или примеров следует излагать подробно, вычисления располагать в строгом порядке, отделяя вспомогательные вычисления от основных. Решения при необходимости нужно сопровождать комментариями, схемами, чертежами и рисунками.

Следует помнить, что решение каждой учебной задачи должно доводиться до окончательного логического ответа, которого требует условие, и по возможности с выводом. Полученный ответ следует проверить способами, вытекающими из существа данной задачи. Полезно также (если возможно) решать несколькими способами и сравнить полученные результаты. Решение задач данного типа нужно продолжать до приобретения твердых навыков в их решении.

Самопроверка.

После изучения определенной темы по записям в конспекте и учебнику, а также решения достаточного количества соответствующих задач на практических занятиях и самостоятельно студенту рекомендуется, используя лист опорных сигналов, воспроизвести по памяти определения, выводы формул, формулировки основных положений и доказательств.

В случае необходимости нужно еще раз внимательно разобраться в материале.

Иногда недостаточность усвоения того или иного вопроса выясняется только при изучении дальнейшего материала. В этом случае надо вернуться назад и повторить плохо усвоенный материал. Важный критерий усвоения теоретического материала – умение решать задачи или пройти тестирование по пройденному материалу. Однако следует помнить, что правильное решение задачи может получиться в результате применения механически заученных формул без понимания сущности теоретических положений.

Консультации

Если в процессе самостоятельной работы над изучением теоретического материала или при решении задач у студента возникают вопросы, разрешить которые самостоятельно не удается, необ-

ходимо обратиться к преподавателю для получения у него разъяснений или указаний. В своих вопросах студент должен четко выразить, в чем он испытывает затруднения, характер этого затруднения. За консультацией следует обращаться и в случае, если возникнут сомнения в правильности ответов на вопросы самопроверки.

Подготовка к экзаменам и зачетам.

Изучение многих общепрофессиональных и специальных дисциплин завершается экзаменом. Подготовка к экзамену способствует закреплению, углублению и обобщению знаний, получаемых, в процессе обучения, а также применению их к решению практических задач. Готовясь к экзамену, студент ликвидирует имеющиеся пробелы в знаниях, углубляет, систематизирует и упорядочивает свои знания. На экзамене студент демонстрирует то, что он приобрел в процессе обучения по конкретной учебной дисциплине.

Экзаменационная сессия - это серия экзаменов, установленных учебным планом. Между экзаменами интервал 3-4 дня. Не следует думать, что 3-4 дня достаточно для успешной подготовки к экзаменам.

В эти 3-4 дня нужно систематизировать уже имеющиеся знания. На консультации перед экзаменом студентов познакомят с основными требованиями, ответят на возникшие у них вопросы. Поэтому посещение консультаций обязательно.

Требования к организации подготовки к экзаменам те же, что и при занятиях в течение семестра, но соблюдаться они должны более строго. Во-первых, очень важно соблюдение режима дня; сон не менее 8 часов в сутки, занятия заканчиваются не позднее, чем за 2-3 часа до сна. Оптимальное время занятий, особенно по математике - утренние и дневные часы. В перерывах между занятиями рекомендуются прогулки на свежем воздухе, неустойчивые занятия спортом. Во-вторых, наличие хороших собственных конспектов лекций. Даже в том случае, если была пропущена какая-либо лекция, необходимо во время ее восстановить (переписать ее на кафедре), обдумать, снять возникшие вопросы для того, чтобы запоминание материала было осознанным. В-третьих, при подготовке к экзаменам у студента должен быть хороший учебник или конспект литературы, прочитанной по указанию преподавателя в течение семестра. Здесь можно эффективно использовать листы опорных сигналов.

Вначале следует просмотреть весь материал по сдаваемой дисциплине, отметить для себя трудные вопросы. Обязательно в них разобраться. В заключение еще раз целесообразно повторить основные положения, используя при этом листы опорных сигналов.

Систематическая подготовка к занятиям в течение семестра позволит использовать время экзаменационной сессии для систематизации знаний.

Правила подготовки к зачетам и экзаменам:

- Лучше сразу сориентироваться во всем материале и обязательно расположить весь материал согласно экзаменационным вопросам (или вопросам, обсуждаемым на семинарах), эта работа может занять много времени, но все остальное – это уже технические детали (главное – это ориентировка в материале!).
- Сама подготовка связана не только с «запоминанием». Подготовка также предполагает и переосмысление материала, и даже рассмотрение альтернативных идей.
- Готовить «шпаргалки» полезно, но пользоваться ими рискованно. Главный смысл подготовки «шпаргалок» – это систематизация и оптимизация знаний по данному предмету, что само по себе прекрасно – это очень сложная и важная для студента работа, более сложная и важная, чем простое поглощение массы учебной информации. Если студент самостоятельно подготовил такие «шпаргалки», то, скорее всего, он и экзамены сдавать будет более уверенно, так как у него уже сформирована общая ориентировка в сложном материале.
- Как это ни парадоксально, но использование «шпаргалок» часто позволяет отвечающему студенту лучше продемонстрировать свои познания (точнее – ориентировку в знаниях, что намного важнее знания «запомненного» и «тут же забытого» после сдачи экзамена).
- Сначала студент должен продемонстрировать, что он «усвоил» все, что требуется по программе обучения (или по программе данного преподавателя), и лишь после этого он вправе высказать иные, желательные аргументированные точки зрения.

Правила написания научных текстов (рефератов):

- Важно разобраться сначала, какова истинная цель Вашего научного текста - это поможет Вам разумно распределить свои силы, время и.
- Важно разобраться, кто будет «читателем» Вашей работы.

- Писать серьезные работы следует тогда, когда есть о чем писать и когда есть настроение поделиться своими рассуждениями.
- Писать следует ясно и понятно, стараясь основные положения формулировать четко и недвусмысленно (чтобы и самому понятно было), а также стремясь структурировать свой текст. Каждый раз надо представлять, что ваш текст будет кто-то читать и ему захочется сориентироваться в нем, быстро находить ответы на интересующие вопросы (заодно представьте себя на месте такого человека). Понятно, что работа, написанная «сплошным текстом» (без заголовков, без выделения крупным шрифтом наиболее важным мест и т. п.), у культурного читателя должна вызывать брезгливость и даже жалость к автору (исключения составляют некоторые древние тексты, когда и жанр был иной и к текстам относились иначе, да и самих текстов было гораздо меньше – не то, что в эпоху «информационного взрыва» и соответствующего «информационного мусора»).
- Объем текста и различные оформительские требования во многом зависят от принятых норм.
- Как создать у себя подходящее творческое настроение для работы над научным текстом (как найти «вдохновение»)? Во-первых, должна быть идея, а для этого нужно научиться либо относиться к разным явлениям и фактам несколько критически (своя идея – как иная точка зрения), либо научиться увлекаться какими-то известными идеями, которые нуждаются в доработке.

3. Самостоятельная работа студентов по дисциплине «Акушерство и гинекология»

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
1	СРС (по видам учебных занятий) всего-156 часов	
1	Акушерство как наука. Организация работы акушерского стационара. Регуляция менструального цикла.	Написание реферата, выполнение презентации
2	Беременность. Диагностика беременности и её сроков. Физиологические изменения в организме женщины при беременности. Методы исследования в акушерстве.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
3	Физиологические роды.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
4	Послеродовой период. Период новорожденности.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
5	Аномалии родовой деятельности.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
6	Беременность и роды при тазовом предлежании. Диагностика. Тактика врача.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
7	Невынашивание и перенашивание беременности.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
8	Послеродовые инфекционные заболевания.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
9	Узкий таз в современном акушерстве.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
10	Родовой травматизм матери и плода.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
11	Иммунологическая несовместимость матери и плода.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
12	Кровотечения во II половине беременности. Предлежание плаценты. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи

13	Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
14	Экстрагенитальные заболевания и беременность.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
15	Многоплодная беременность. Аномальные положения и вставления плода.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
16	Оперативное родоразрешение. Вакуум экстракция. Акушерские щипцы.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
17	Оперативное родоразрешение. Кесарево сечение в современном акушерстве.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
18	Преэклампсия.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
19	Перинатальная охрана плода. Хроническая плацентарная недостаточность. Гипоксия плода. Асфиксия новорожденного.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
20	Роль женской консультации. Планирование семьи. Методы контрацепции.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
21	Пропедевтика гинекологических заболеваний. Регуляция менструального цикла. Методы исследования в гинекологии	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
22	Нарушения функции репродуктивной системы.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
23	Нейроэндокринные синдромы в гинекологии.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
24	Аномалии развития и положения женских половых органов.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
25	Кровотечения в I половине беременности. Самопроизвольный аборт. Пузырный занос.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
26	Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
27	Воспалительные заболевания женских половых органов специфической этиологии.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
28	Миома матки. Эндометриоз.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
29	Опухоли яичников.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
30	Фоновые, предраковые заболевания и рак шейки матки.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
31	Фоновые, предраковые заболевания и рак эндометрия.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
32	Острый живот в гинекологии.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи

33	Типичные гинекологические операции.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
34	Бесплодный брак. Алгоритм обследования супружеской пары. Планирование беременности. Контрацепция.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
2	СРС по промежуточной аттестации (все-го)-34 часа	подготовка к экзамену
3	СРС (ИТОГО)-190 часов	

4.Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине «Акушерство и гинекология»

Критерии оценки самостоятельной работы студентов (СРС)

Самостоятельная работа студентов предусмотрена программой для всех форм обучения и организуется в соответствии с рабочей программой дисциплины. Контроль выполнения заданий на СРС осуществляется преподавателем на каждом практическом занятии.

Оценка	Критерии оценки
Зачтено	Выставляется студенту, если работа выполнена самостоятельно, содержание соответствует теме исследования, оформление соответствует предъявляемым требованиям и студент может кратко пояснить качественное содержание работы.
Не зачтено	Выставляется студенту, если имеются признаки одного из следующих пунктов: оформление не соответствует предъявляемым требованиям, содержание работы не соответствует теме, студент не может пояснить содержание работы, не может ответить на поставленные вопросы