

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Самарский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СамГМУ)
Кафедра акушерства и гинекологии №1**

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ

Акушерство и гинекология

(Название дисциплины)

Б1. Б.38

(Шифр дисциплины)

Рекомендуется для направленности подготовки

Лечебное дело 31.05.01

Уровень высшего образования **Специалитет**

Квалификация (степень) выпускника **Врач общей практики**

Факультет – **лечебный**

Форма обучения – **очная**

Методические рекомендации для студентов составлены в соответствии с содержанием рабочей программы дисциплины Акушерство и гинекология Б1.Б.38.

Разработчики УМКД:

Тезиков Ю.В., заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №1, д.м.н., профессор

28.10.16 Ю.В. Тезиков
Дата Подпись

Липатов И.С., профессор кафедры акушерства и гинекологии №1, д.м.н., профессор

28.10.16 И.С. Липатов
Дата Подпись

Калинкина О.Б., профессор кафедры акушерства и гинекологии №1; д.м.н., доцент

28.10.16 О.Б. Калинкина
Дата Подпись

Стулова С.В., доцент кафедры акушерства и гинекологии №1, к.м.н.

28.10.16 С.В. Стулова
Дата Подпись

Краснова Н.А., доцент кафедры акушерства и гинекологии №1, к.м.н., доцент

28.10.16 Н.А. Краснова
Дата Подпись

УМКД рассмотрен и одобрен на заседании кафедры (протокол № 3 от 31.10.16).

Заведующий кафедрой, д.м.н., Ю.В. Тезиков

Ю.В. Тезиков
Подпись

« 31 » 10 2016 »

Самара, 2016

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА

Основным принципом организации самостоятельной работы студентов при изучении учебного материала дисциплины «Акушерство и гинекология» является комплексный подход, направленный на формирование навыков репродуктивной и творческой деятельности студента в аудитории, при внеаудиторных контактах с преподавателем на консультации и домашней подготовке. Контроль результатов самостоятельной работы осуществляется преподавателем в пределах времени, отведенного на обязательные учебные занятия и внеаудиторную самостоятельную работу студентов по дисциплине, проводится в письменной (устной) или смешанной форме. Контроль включает в себя оценку хода и получаемых промежуточных результатов с целью установления их соответствия с планируемыми. Результаты самостоятельной работы оцениваются в ходе текущего контроля, учитываются в процессе промежуточной аттестации.

При изучении дисциплины «Акушерство и гинекология» реализуются следующие формы самостоятельной работы:

1. Непосредственно в процессе аудиторных занятий - на лекциях, практических занятиях.
2. В контакте с преподавателем вне рамок аудиторных занятий – на консультациях по учебным вопросам, в ходе творческих контактов, при ликвидации задолженностей, при выполнении индивидуальных занятий, в ходе реализации НИРС.
3. В рамках самоподготовки: самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его участия.

Содержание аудиторной и внеаудиторной самостоятельной работы студентов определено в соответствии с видами занятий, представленными в рабочей программе дисциплины «Акушерство и гинекология».

Самостоятельная работа студентов в зависимости от цели включает в себя:

1. Цель - овладеть знаниями:

- чтение текста (учебника, дополнительной литературы);
- составление плана текста, графическое изображение структуры текста, конспектирование текста, выписка из текста и т.д.;
- работа со справочниками и др. справочной литературой;
- ознакомление с нормативными и правовыми документами;
- научно-исследовательская работа;
- использование интернет-ресурсов, изучение сайтов по темам дисциплин.

2. Цель - закрепить и систематизировать знания:

- работа с конспектом лекции;
- подготовка ответов на контрольные вопросы;
- тестирование.

3. Цель - сформировать умения:

- решение ситуационных задач;
- подготовка к тестированию.

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

(задание на дом)

Модуль 1. Акушерство

Тема практического занятия 1

ПРЕДМЕТ АКУШЕРСТВА И ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ

Вопросы для самоподготовки

1. Предмет акушерства, основные этапы развития акушерства.
2. Важнейшие черты отечественной акушерской школы, ее ведущие представители, краткую историю кафедры акушерства и гинекологии №1 СамГМУ, основные направления научно-исследовательской работы кафедры.
3. Задачу и основные направления Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, реализация национального проекта «Здоровье» в акушерстве.
4. Основные положения Приказа МЗ РФ от 01.11.12 №572н (в редакции Приказа МЗ РФ от 17.01.14 № 25н) «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».
5. Основные положения Приказа МЗ РФ от 16.07.14 №370н «Об утверждении порядка и условий оплаты медицинским организациям услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и послеродовый период, а также по проведению профилактических медицинских осмотров ребенка в течение первого года жизни».

Письменные задания

1. Рассчитать и интерпретировать основные показатели работы акушерской службы (материнская смертность, перинатальная смертность).
2. Составить план диспансерного наблюдения беременной и родильницы согласно действующим нормативно-правовым актам (Приказ МЗ РФ №572н).

Задачи

Задача 1

На очередном приеме врача женской консультации пациентка 20 лет, студентка.

Диагноз: Беременность I, 24 недели, дихориальная диамниотическая двойня.

Беременность до настоящего момента протекает без осложнений.

1. Имеет ли право данная пациентка на предоставление отпуска по беременности и родам?
2. Каким нормативным актом регулируется право на отпуск по беременности и родам в РФ?
3. Каким образом определяется срок выдачи и продолжительность отпуска по беременности и родам в подобной клинической ситуации?

Задача 2

На очередном приеме врача женской консультации пациентка 28 лет, домохозяйка.

Диагноз: Беременность II, 28 недель. Продольное положение, головное предлежание плода. Пациентка на учете в данной женской консультации с 9 недель гестации, посещения регулярные. Беременность протекает без осложнений.

1. Имеет ли право данная пациентка на выдачу родового сертификата?
2. Каким нормативным актом регулируется порядок выдачи родового сертификата?
3. Определите порядок и срок выдачи родового сертификата в данной ситуации.

Задача 3

За истекший календарный год в изучаемом субъекте РФ зарегистрировано 6 случаев смерти женщины во время беременности, связанной с осложнением беременности, 3 случая смерти пациентки, связанной с осложнениями родов, 5 случаев смерти родильницы (4 случая связаны с осложнениями послеродового периода, 1 случай – гибель в ДТП). Общее число родов за отчетный период составило 39960. Число детей, родившихся живыми, за истекший год в данном субъекте РФ составило 40500.

Вычислите показатель материнской смертности для данного субъекта РФ.

Задача 4

За истекший календарный год в изучаемом субъекте РФ зарегистрировано 249 случаев антенатальной гибели плода, 25 случаев интранатальной гибели плода, 183 случая гибели новорожденного до 7 дней после родов, 99 случаев гибели младенца в возрасте от 7 дней до года. Общее число родившихся детей за год составило 38600.

Вычислите показатель перинатальной смертности в данном субъекте РФ.

Задача 5

К врачу женской консультации обратилась пациентка 20 лет с результатами ультразвукового исследования органов малого таза: беременность маточная, 8 недель.

Беременность первая, желанная. Со слов пациентки, страдает хроническим пиелонефритом, периодические обострения (1-2 раза в год) требуют госпитализации.

Данные объективного исследования: рост 180 см, вес 65 кг. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. АД 110 и 70 мм. рт. ст. Пульс удовлетворительных характеристик, ЧСС 70 в минуту. ЧД 18 в минуту.

Менархе в 12 лет, регулярный цикл установился сразу. Менструации регулярные через 28 дней, по 5 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 16 лет, контрацепция барьерная. Гинекологические заболевания отрицает. При осмотре шейки матки в зеркалах патологии не выявлено. Матка при пальпации соответствует сроку беременности. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

1. В какие сроки врач женской консультации должен принять первичное решение о возможности пролонгирования беременности?
2. Консультации каких специалистов обязательны в данной ситуации? В какие сроки?
3. Составьте план базового лабораторного/инструментального обследования данной пациентки, необходимого для принятия первичного решения о возможности пролонгирования беременности.

Модуль 1. Акушерство

Тема практического занятия 2

ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ. ОБСЛЕДОВАНИЕ В ПЕРВОЙ И ВТОРОЙ ПОЛОВИНАХ БЕРЕМЕННОСТИ. НОРМЫ БЕРЕМЕННОСТИ

Вопросы для самоподготовки

1. Предмет акушерства, основные этапы развития акушерства.
2. Методика физикального, лабораторного, инструментального обследования в первой половине беременности.
3. Методика физикального, лабораторного, инструментального обследования во второй половине беременности.
4. Методика определения срока беременности, предполагаемой даты родов.
5. Методика определения предполагаемой массы плода.

Письменные задания

1. Перечислите сомнительные, вероятные, достоверные признаки беременности.
2. Составьте план физикального, лабораторного, инструментального обследования в первой половине беременности.
3. Составьте план физикального, лабораторного, инструментального обследования во второй половине беременности.
4. Перечислите способы определения срока беременности, предполагаемой даты родов.
5. Перечислите способы определения предполагаемой массы плода.

Задачи

Задача 1

Пациентка 23 лет, первобеременная, жалоб не предъявляет. Матка при пальпации в нормотонусе, безболезненна во всех отделах при пальпации и шевелениях плода. Высота стояния дна матки 34 см. Окружность живота 80 см. Положение плода продольное. В дне матки пальпируется крупная, мягковатая, небаллотирующая часть. Над входом в малый таз определяется округлая, плотная, баллотирующая часть. Тоны сердца плода выслушиваются слева ниже пупка. При записи кардиотокограммы получены следующие данные: базальный ритм 110 ударов в минуту, амплитуда variability базального ритма 6 в минуту, акцелерации отсутствуют, спонтанные неглубокие и короткие децелерации.

1. Составьте предварительный диагноз согласно имеющимся данным.
2. Интерпретируйте данные кардиотокограммы, каковы рекомендации с учетом полученных данных?

Задача 2

Пациентка 26 лет, первобеременная, жалоб не предъявляет. Матка при пальпации в нормотонусе, безболезненна во всех отделах при пальпации и шевелениях плода. Высота стояния дна матки 36 см. Окружность живота 89 см. Положение плода продольное. В дне матки пальпируется округлая, плотная, баллотирующая часть. Над входом в малый таз определяется мягковатая, небаллотирующая часть. Тоны сердца плода выслушиваются справа выше пупка. При записи кардиотокограммы получены следующие данные: базальный ритм 130 ударов в минуту, амплитуда variability базального ритма 12 в минуту,

децелерации отсутствуют. За 20 минут исследования отмечается 3 эпизода повышения ЧСС плода на 20 в минуту в течение 20 секунд в связи с шевелением плода.

1. Составьте предварительный диагноз согласно имеющимся данным.
2. Интерпретируйте данные кардиотокограммы, каковы рекомендации с учетом полученных данных?

Задача 3

Пациентка 29 лет, беременность вторая, 39 недель. Жалоб не предъявляет. Матка при пальпации в нормотонусе, безболезненна во всех отделах при пальпации и шевелениях плода. Высота стояния дна матки 38 см. Окружность живота 86 см. Положение плода продольное. В дне матки пальпируется округлая, плотная, баллотирующая часть. Над входом в малый таз определяется крупная, мягковатая, небаллотирующая часть. Тоны сердца плода выслушиваются слева выше пупка. При записи кардиотокограммы получены следующие данные: базальный ритм 150 ударов в минуту, амплитуда variability базального ритма 20 в минуту, децелерации отсутствуют. За 20 минут исследования отмечается 4 эпизода повышения ЧСС плода на 15 в минуту в течение 25 секунд в связи с шевелением плода. При ультразвуковом исследовании за 30 минут отмечено 4 генерализованных движения плода, 2 эпизода дыхательных движений плода длительностью 60 секунд, 1 эпизод возвращения конечностей плода из разогнутого в согнутое положение. Вертикальный карман свободного участка околоплодных вод 6 см. Степень зрелости плаценты соответствует сроку гестации.

1. Составьте предварительный диагноз согласно имеющимся данным.
2. Интерпретируйте данные кардиотокограммы
3. Оцените биофизический профиль плода согласно имеющимся данным.

Задача 4

Пациентка 32 лет, беременность третья, 38 недель. Первая и вторая беременность закончились медицинским абортom без осложнений. Жалоб не предъявляет. Матка при пальпации в нормотонусе, безболезненна во всех отделах при пальпации и шевелениях плода. Высота стояния дна матки 37 см, окружность живота на уровне пупка 89 см. Положение плода продольное. В дне матки пальпируется крупная, мягковатая, небаллотирующая часть. Над входом в малый таз пальпируется плотная, округлая, баллотирующая часть. Тоны сердца плода выслушиваются справа ниже пупка, ясные, ритм правильный, 130 ударов в минуту.

Размеры большого таза: 25-28-31 см, наружная конъюгата 20 см. Вертикальная диагональ ромба Михаэлиса 11 см. Окружность запястья 14 см.

При влагалищном исследовании шейка матки длиной 3 см, плотная, отклонена кзади, цервикальный канал закрыт.

1. Составьте предварительный диагноз согласно имеющимся данным.
2. Определите величину истинной конъюгаты.

Модуль 1. Акушерство

Тема практического занятия 3

ТАЗ С АКУШЕРСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ. ПЛОД КАК ОБЪЕКТ РОДОВ

Вопросы для самоподготовки

1. Определение понятий: положение плода, предлежание плода, вид плода, членорасположение плода, большой сегмент головки плода, малый сегмент головки плода.
2. Анатомические ориентиры на головке и туловище плода, размеры доношенного плода.
3. Анатомические ориентиры и размеры большого таза, методику наружной пельвиометрии.
4. Анатомические ориентиры и размеры малого таза, методику определения истинной конъюгаты, методы инструментальной пельвиометрии.

Письменные задания

1. Дайте определения понятиям: положение плода, предлежание плода, вид плода, членорасположение плода, большой сегмент головки плода, малый сегмент головки плода.
2. Перечислите варианты положения плода, предлежания плода, вида плода, членорасположения плод.
3. Перечислите анатомические ориентиры на головке и туловище плода.
4. Назовите размеры головки доношенного плода.
5. Перечислите анатомические ориентиры и размеры большого таза.
6. Изложите методику наружной пельвиометрии.
7. Перечислите анатомические ориентиры и размеры малого таза.
8. Перечислите способы определения истинной конъюгаты.
9. Дайте характеристику методам инструментальной пельвиометрии.

Задачи

Задача 1

Пациентка 23 лет, беременность II, 38 недель, в родах 10 часов.

Телосложение правильное. Рост 176см, вес 89кг. Размеры таза: 26-29-32-21см, окружность запястья 15см. Ромб Михаэлиса симметричный, размер Франка 11см.

Живот овоидной формы. Схватки через 3-4 минуты, по 40 секунд, хорошей силы, умеренно болезненные. Матка вне схватки расслабляется полностью, безболезненна во всех отделах. ВДМ 36см, ОЖ 110 см. Положение плода продольное, первым приемом Леопольда-Левицкого определяется мягковатая небаллотирующая часть плода. Тоны сердца плода выслушиваются справа ниже пупка, 140 ударов в минуту, ясные, ритм правильный.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное, края зева тонкие, растяжимые. Плодный пузырь отсутствует. Предлежит головка плода, нижний полюс головки на 1 см выше уровня седалищных остей. На головке пальпируется шов, продольно ориентированный в левом косом размере малого таза. При пальпации вдоль шва справа спереди определяется родничок треугольной формы, слева сзади с трудом достижим угол родничка. При пальпации головки шов легко разъединяется. Костный таз без

деформаций и эксзостозов, доступны середина задней поверхность симфиза, крестцовая впадина до III позвонка, седалищные ости пальпируются свободно. Подтекают светлые околоплодные воды.

1. Оцените данные наружной пельвиометрии, определите истинную конъюгату.
2. Определите позицию и вид плода, уровень расположения предлежащей части плода по отношению к плоскостям малого таза.

Задача 2

Пациентка 28 лет, беременность I, 37 недель, в родах 8 часов.

Телосложение правильное. Рост 166см, вес 79кг. Размеры таза: 23-26-29-19см, окружность запястья 14см. Ромб Михаэлиса симметричный, размер Франка 10см.

Живот овоидной формы. Схватки через 3-4 минуты, по 35-40 секунд, хорошей силы, умеренно болезненные. Матка вне схватки расслабляется полностью, безболезненна во всех отделах. ВДМ 35см, ОЖ 90 см. Положение плода продольное, первым приемом Леопольда-Левицкого определяется мягковатая небаллотирующая часть плода. Тоны сердца плода выслушиваются с трудом справа у боковой стенки матки, 150 ударов в минуту, ритм правильный.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное, края зева тонкие, растяжимые. Плодный пузырь отсутствует. Предлежит головка плода, нижний полюс головки на 1 см ниже уровня седалищных остей. На головке пальпируется шов, продольно ориентированный между правым косым и прямым размером малого таза, ближе к прямому. При пальпации вдоль шва слева спереди определяется родничок четырехугольной формы, справа сзади с трудом достижим угол родничка. При пальпации головки шов разъединяется с трудом. Костный таз без деформаций и эксзостозов, доступны нижний край симфиза, верхушка крестца, седалищные ости достижимы с трудом. Подтекают светлые околоплодные воды.

1. Оцените данные наружной пельвиометрии, определите истинную конъюгату.
2. Определите позицию и вид плода, уровень расположения предлежащей части плода по отношению к плоскостям малого таза.

Задача 3

Пациентка 23 лет, беременность I, 39 недель, в родах 6 часов.

Телосложение правильное. Рост 182см, вес 89кг. Размеры таза: 25-28-31-18см, окружность запястья 15см. Ромб Михаэлиса симметричный, размер Франка 9см.

Живот овоидной формы. Схватки через 2-3 минуты, по 40 секунд, хорошей силы, умеренно болезненные. Матка вне схватки расслабляется полностью, безболезненна во всех отделах. ВДМ 35см, ОЖ 90 см. Положение плода продольное, первым приемом Леопольда-Левицкого определяется округлая плотная баллотирующая часть плода. Тоны сердца плода выслушиваются слева выше пупка, 140 ударов в минуту, ритм правильный.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное, края зева тонкие, растяжимые. Плодный пузырь отсутствует. Предлежат ягодицы плода, межвертельная линия в левом косом размере малого таза, задняя поверхность крестца обращена кпереди. Костный таз без деформаций и эксзостозов, свободно достижимы середина задней поверхности симфиза, крестцовая впадина до III позвонка, седалищные ости. Подтекают светлые околоплодные воды.

1. Оцените данные наружной пельвиометрии, определите истинную конъюгату.
2. Определите позицию и вид плода, уровень расположения предлежащей части плода по отношению к плоскостям малого таза.

Задача 4

Пациентка 25 лет, беременность II, 39 недель, в родах 11 часов.

Телосложение правильное. Рост 170см, вес 79кг. Размеры таза: 25-28-31-20см, окружность запястья 14см. Ромб Михаэлиса симметричный, вертикаль ромба 11см.

Живот овоидной формы. Схватки через 2-3 минуты, по 50 секунд, хорошей силы, умеренно болезненные. Матка вне схватки расслабляется полностью, безболезненна во всех отделах. ВДМ 38см, ОЖ 100 см. Положение плода продольное, первым приемом Леопольда-Левицкого определяется мягковатая небаллотирующая часть плода. Тоны сердца плода выслушиваются ниже пупка, 160 ударов в минуту, ритм правильный.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное. Плодный пузырь отсутствует. Предлежит головка плода, нижний полюс головки на 3 см ниже уровня седалищных остей. На головке пальпируется шов, продольно ориентированный в прямом размере малого таза. При пальпации вдоль шва сзади определяется родничок треугольной формы, спереди с трудом достижим угол родничка. При пальпации головки шов не разъединяется. Костный таз без деформаций и экзостозов, свободно достижимы нижний край симфиза и копчик, седалищные ости не достигаются. Подтекают светлые околоплодные воды.

1. Оцените данные наружной пельвиометрии, определите истинную конъюгату.
2. Определите позицию и вид плода, уровень расположения предлежащей части плода по отношению к плоскостям малого таза.

Задача 5

Пациентка 29 лет, беременность II, 37 недель, в родах 5 часов.

Телосложение правильное. Рост 160см, вес 69кг. Размеры таза: 23-26-29-21см, окружность запястья 16см. Ромб Михаэлиса симметричный, вертикаль ромба 11см.

Живот овоидной формы. Схватки через 4-5 минуты, по 40 секунд, хорошей силы, умеренно болезненные. Матка вне схватки расслабляется полностью, безболезненна во всех отделах. ВДМ 35см, ОЖ 100 см. Положение плода продольное, первым приемом Леопольда-Левицкого определяется мягковатая небаллотирующая часть плода. Тоны сердца плода выслушиваются ниже пупка, 150 ударов в минуту, ритм правильный.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное. Плодный пузырь отсутствует. Предлежит головка плода, нижний полюс головки на 3 см выше уровня седалищных остей. На головке пальпируется шов, продольно ориентированный в прямом размере малого таза. При пальпации вдоль шва спереди определяется родничок треугольной формы, сзади с трудом достижим угол родничка. При пальпации головки шов не разъединяется. Костный таз без деформаций и экзостозов, свободно достижимы задняя поверхность симфиза, крестцовая впадина, седалищные ости. Подтекают светлые околоплодные воды.

1. Оцените данные наружной пельвиометрии, определите истинную конъюгату.
2. Определите позицию и вид плода, уровень расположения предлежащей части плода по отношению к плоскостям малого таза.

Модуль 1. Акушерство

Тема практического занятия 4

ФИЗИОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Вопросы для самоподготовки

1. Характеристика периодов антенатального онтогенеза человека.
2. Критические периоды эмбриогенеза.
3. Строение и основные функции плаценты, плодных оболочек и пуповины; функции, состав, обмен околоплодных вод.
4. Морфологические и физиологические особенности плода в разные периоды внутриутробной жизни. Особенности кровообращения плода.
5. Влияние на эмбрион и плод повреждающих факторов внешней среды.
6. Физиологические изменения в организме женщины при беременности.
7. Принципы гигиены и рационального питания беременных.

Письменные задания

1. Дайте характеристику периодов антенатального онтогенеза человека.
2. Опишите строение и основные функции плаценты, плодных оболочек и пуповины.
3. Дайте характеристику функции, состава, обмена околоплодных вод.
4. Каковы морфологические и физиологические особенности плода в разные периоды внутриутробной жизни?
5. Каковы особенности кровообращения плода?
6. Дайте характеристику физиологическим изменениям в организме женщины при беременности.
7. Составьте рекомендации по гигиеническому режиму и рациональному питанию в первой и второй половинах беременности.

Задачи

Задача 1

Пациентка 24 лет, первобеременная, 38 недель гестации. Беременность протекала без осложнений. Жалоб не предъявляет.

Общее состояние удовлетворительное. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Пастозность голеней. Температура тела 36,7°C. Рост 168 см. Масса тела до беременности 58кг, масса тела на момент обследования 70 кг.

Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 93 удара в минуту. АД 120 и 80 мм. рт. ст.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 22 в минуту.

Язык влажный, обложен белым налетом. Стул регулярный, оформленный.

Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Мочеиспускание свободное, безболезненное, до 10 раз в сутки.

Матка в нормотонусе, безболезненна во всех отделах при пальпации и шевелениях плода.

ВДМ 39см, окружность живота на уровне пупка 90 см.

Положение плода продольное. В дне матки пальпируется плотная, округлая, ballotирующая часть плода. Над входом в малый таз определяется мягковатая, крупная, небаллотирующая часть плода. Тоны сердца плода выслушиваются слева выше пупка, ясные, ритм правильный, 130 ударов в минуту.

D. spinarum 25см, D. cristarum 28см, D. trochanterica 31см, C. externa 20см.

Окружность запястья 14см. Ромб Михаэлиса симметричный, вертикальная диагональ 11см, горизонтальная диагональ 10 см.

Данные общего анализа крови:

Гемоглобин 110 г/л

Эритроциты $3,7 \times 10^{12}/л$

Тромбоциты $180 \times 10^9/л$

Лейкоциты $10,3 \times 10^9/л$

СОЭ 48 мм/час

1. Интерпретируйте данные физикального и лабораторного исследования.
2. Определите значение истинной конъюгаты
3. Вычислите предполагаемую массу плода.
4. Составьте предварительный диагноз согласно имеющимся данным.

Задача 2

Пациентка 28 лет, беременность вторая, 37 недель гестации. Первая беременность закончилась самопроизвольным абортom в сроке 8 недель гестации. Настоящая беременность наступила через 2 года регулярной половой жизни без контрацепции, протекала без осложнений. Жалоб не предъявляет.

Общее состояние удовлетворительное. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Пастозность голеней. Температура тела $36,6^{\circ}\text{C}$. Рост 170 см. Масса тела до беременности 64кг, масса тела на момент обследования 73 кг.

Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 89 ударов в минуту. АД 130 и 80 мм. рт. ст.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в минуту.

Язык влажный, обложен белым налетом. Стул регулярный, оформленный.

Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Мочеиспускание свободное, безболезненное, до 12 раз в сутки.

Матка в нормотонусе, безболезненна во всех отделах при пальпации и шевелениях плода.

ВДМ 36 см, окружность живота на уровне пупка 87 см.

Положение плода продольное. В дне матки пальпируется мягковатая, крупная, небаллотирующая часть плода. Над входом в малый таз определяется плотная, округлая, баллотирующая часть плода. Тоны сердца плода выслушиваются справа ниже пупка, ясные, ритм правильный, 150 ударов в минуту.

D. spinarum 25см, D. cristarum 28см, D. trochanterica 31см, C. externa 21см.

Окружность запястья 16 см. Ромб Михаэлиса симметричный, вертикальная диагональ 11см, горизонтальная диагональ 10 см.

По данным влагалищного исследования шейка матки длиной 3см, плотная, отклонена кзади от проводной оси таза. Цервикальный канал закрыт.

Данные общего анализа крови:

Гемоглобин 100 г/л

Эритроциты $3,0 \times 10^{12}/л$

Тромбоциты $300 \times 10^9/л$

Лейкоциты $10,0 \times 10^9/л$

СОЭ 51 мм/час

Данные клинического анализа мочи:

Цвет: янтарно-желтый

Прозрачность: полная

Плотность: 1,030
рН: 7,0
Белок отсутствует
Глюкоза отсутствует
Билирубин, кетоновые тела отсутствуют
Эритроциты: 1-2 в поле зрения
Лейкоциты: 5 в поле зрения
Эпителий: 1-2 клетки плоского эпителия в поле зрения
Цилиндры: гиалиновые, 1-2 в поле зрения
Соли: единичные оксалаты в поле зрения

1. Интерпретируйте данные физикального и лабораторного исследования.
2. Определите значение истинной конъюгаты.
3. Вычислите предполагаемую массу плода.
4. Составьте предварительный диагноз согласно имеющимся данным.

Задача 3

Пациентка 29 лет, беременность вторая, 36 недель гестации. Беременность протекала без осложнений. Жалоб не предъявляет.

Общее состояние удовлетворительное. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Отеков нет. Температура тела 36,7°C. Рост 173 см. Масса тела до беременности 67 кг, масса тела на момент обследования 77 кг.

Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 83 удара в минуту. АД 110 и 70 мм. рт. ст.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 19 в минуту.

Язык влажный, чистый. Стул регулярный, оформленный.

Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащено.

Матка в нормотонусе, безболезненна во всех отделах при пальпации и шевелениях плода.

ВДМ 33 см, окружность живота на уровне пупка 100 см.

Положение плода поперечное. У боковой стенки матки слева пальпируется плотная, округлая, ballotирующая часть плода. У боковой стенки матки справа определяется мягковатая, крупная, небаллотирующая часть плода. Тоны сердца плода выслушиваются слева на уровне пупка, ясные, ритм правильный, 130 ударов в минуту.

D. spinarum 25см, D. cristarum 28см, D. trochanterica 31см, C. externa 21 см.

Окружность запястья 16 см. Ромб Михаэлиса симметричный, вертикальная диагональ 11см, горизонтальная диагональ 10 см.

Данные общего анализа крови:

Гемоглобин 115 г/л

Эритроциты $3,8 \times 10^{12}/л$

Тромбоциты $400 \times 10^9/л$

Лейкоциты $12,0 \times 10^9/л$

СОЭ 31 мм/час

Время свертываемости крови по Сухареву:

Начало – 30с

Конец – 2 минуты

Данные биохимического анализа крови:

Общий белок 55 г/л

Альбумин 30 г/л

Глюкоза 3,8 ммоль/л
Билирубин общий 8,5 мкмоль/л, прямой 2 мкмоль/л
Мочевина 2,8 ммоль/л
Креатинин 70 мкмоль/л
Мочевая кислота 0,12 ммоль/л
АлАТ 7 Ед/л
АсАТ 10 Ед/л
Щелочная фосфатаза 300 Ед/л
Холестерин общий 8 ммоль/л
Триглицериды 1,6 ммоль/л

1. Интерпретируйте данные физикального и лабораторного исследования.
2. Определите значение истинной конъюгаты.
3. Вычислите предполагаемую массу плода.
4. Составьте предварительный диагноз согласно имеющимся данным.

Задача 4

Пациентка 22 лет, первобеременная, 39 недель гестации. Беременность протекала без осложнений. Жалоб не предъявляет.

Общее состояние удовлетворительное. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Пастозность голеней. Температура тела 36,7°C. Рост 163 см. Масса тела до беременности 53кг, масса тела на момент обследования 62 кг.

Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 73 удара в минуту. АД 110 и 70 мм. рт. ст.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в минуту.

Язык влажный, чистый. Стул регулярный, оформленный.

Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Мочеиспускание свободное, безболезненное, до 9 раз в сутки.

Матка в нормотонусе, безболезненна во всех отделах при пальпации и шевелениях плода.

ВДМ 39см, окружность живота на уровне пупка 110 см.

Положение плода продольное. В дне матки пальпируется плотная, округлая, ballotирующая часть плода. Над входом в малый таз определяется мягковатая, крупная, небаллотирующая часть плода. Тоны сердца плода выслушиваются справа выше пупка, ясные, ритм правильный, 130 ударов в минуту.

D. spinarum 23см, D. cristarum 26см, D. trochanterica 29см, C. externa 20см.

Окружность запястья 13см. Ромб Михаэлиса симметричный, вертикальная диагональ 12 см, горизонтальная диагональ 10 см.

По данным влагалищного исследования шейка матки центрирована, размягчена, укорочена.

Цервикальный канал свободно проходим для одного поперечного пальца.

Данные общего анализа крови:

Гемоглобин 118 г/л

Эритроциты $3,9 \times 10^{12}/л$

Тромбоциты $200 \times 10^9/л$

Лейкоциты $12,3 \times 10^9/л$

СОЭ 28 мм/час

Время свертываемости крови по Сухареву:

Начало – 40с

Конец – 3 минуты

Данные коагулограммы:

Фибриноген 5,5 г/л

МНО 115

АЧТВ 38сек

РФМК 5 мг/100мл

Активность антитромбина III 90%

1. Интерпретируйте данные физикального и лабораторного исследования.
2. Определите значение истинной конъюгаты.
3. Вычислите предполагаемую массу плода.
4. Составьте предварительный диагноз согласно имеющимся данным.

Модуль 1. Акушерство

Тема практического занятия 5 БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ СГИБАТЕЛЬНЫХ И РАЗГИБАТЕЛЬНЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ ПЛОДА

Вопросы для самоподготовки

1. Дифференциальная диагностика вариантов головного предлежания плода.
2. Биомеханизм родов при сгибательных вставлениях головки плода.
3. Биомеханизм родов при разгибательных вставлениях головки плода.
4. Прогноз самопроизвольных родов и тактика родоразрешения при выявлении различных вариантов головного предлежания плода.

Письменные задания

1. Какие анатомические ориентиры на головке плода пальпируются при переднем виде затылочного предлежания? При заднем виде затылочного предлежания? При лобном вставлении? При лицевом и переднеголовном вставлениях?
2. Перечислите и обоснуйте моменты биомеханизма родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания плода.
3. Перечислите и обоснуйте моменты биомеханизма родов при переднеголовном, лобном, лицевом вставлениях головки плода.
4. При каких вариантах головного предлежания доношенного плода следует ожидать благоприятный исход родов через естественные родовые пути? Какие варианты головного предлежания плода являются показанием для родоразрешения путем операции кесарево сечение?

Задачи

Задача 1

Пациентка 25 лет, 39 недель гестации, в родах 6 часов, сообщает об излитии околоплодных вод. При наружном акушерском исследовании роженицы над лоном прощупывается незначительная часть головки. При влагалищном исследовании пальпации доступны: спереди – середина лонного сочленения, сзади – середина III крестцового позвонка. Седалищные ости свободно достигаются. На головке плода определяется шов, продольно ориентированный ближе к правому косому размеру малого таза. При пальпации вдоль шва слева ближе к лону (спереди) доступен родничок треугольной формы.

1. Определите позицию и вид плода, вариант вставления головки.
2. Определите, в какой плоскости малого таза располагается головка.
3. Определите момент биомеханизма родов.

Задача 2

Данные акушерского исследования: при наружном исследовании головка плода над лоном не определяется. При влагалищном исследовании пальпации доступны: спереди – нижний край симфиза, сзади – верхушка крестца. Седалищные ости достигаются с трудом. На головке плода пальпируется шов, расположенный между левым косым и прямым размером малого

таза, ближе к прямому размеру. При пальпации вдоль шва слева сзади (ближе к крестцу) доступен родничок треугольной формы.

1. Определите позицию и вид плода, вариант вставления головки.
2. Определите, в какой плоскости малого таза располагается головка.
3. Определите момент биомеханизма родов.

Задача 3

При наружном акушерском исследовании в родах головка плода над лоном не определяется. При влагалищном исследовании пальпации доступны: спереди – нижний край симфиза, сзади – копчик. Седалищные ости не достигаются. При пальпации головки определяется шов, продольно ориентированный в прямом размере малого таза. При пальпации вдоль шва спереди ближе к лону доступен родничок треугольной формы.

1. Определите позицию и вид плода, вариант вставления головки.
2. Определите, в какой плоскости малого таза располагается головка.
3. Определите момент биомеханизма родов.

Задача 4

Пациентка 27 лет, в родах 10 часов, предъявляет жалобы на снижение частоты интенсивности схваток после излития околоплодных вод. При наружном исследовании над лоном определяется головка, фиксированная малым сегментом во входе в малый таз. При влагалищном исследовании пальпации доступны спереди – две трети лонного сочленения, сзади – середина второго крестцового позвонка. Седалищные ости достигаются свободно. На головке плода пальпируется шов, располагающийся в поперечном размере малого таза, слева переходящий в угол родничка, справа при пальпации вдоль шва определяются переносица и надбровные дуги плода.

1. Определите позицию и вид плода, вариант вставления головки.
2. Определите, в какой плоскости малого таза располагается головка.
3. Определите момент биомеханизма родов.

Задача 5

Данные акушерского исследования в родах: при наружном исследовании головка над лоном не определяется. При влагалищном исследовании пальпации доступны: спереди – середина лонного сочленения, сзади – середина тела III крестцового позвонка. Седалищные ости не достигаются. На головке определяется шов, продольно ориентированный ближе к левому косому размеру малого таза. При пальпации вдоль шва справа спереди (ближе к лону) определяется родничок четырехугольной формы.

1. Определите позицию и вид плода, вариант вставления головки.
2. Определите, в какой плоскости малого таза располагается головка.
3. Определите момент биомеханизма родов.

Модуль 1. Акушерство

Тема практического занятия 6

ФИЗИОЛОГИЯ РОДОВ. КЛИНИКА И ВЕДЕНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ. АКУШЕРСКОЕ ПОСОБИЕ

Вопросы для самоподготовки

1. Понятие о готовности организма к родам (зрелость шейки матки, прелиминарный период).
2. Причины наступления родов. Изменения в нервной, эндокринной, гуморальной и других системах организма, способствующие возникновению родовой деятельности.
3. Периоды родов, современные методы регистрации родовой деятельности.
4. Особенности гомеостаза и адаптации плода в родах, влияние обезболивающих средств на плод.
5. Тактику ведения родов через естественные родовые пути. Принципы регуляции родовой деятельности.
6. Методику акушерского пособия при прорезывании головки (защита промежности).
7. Признаки отделения плаценты, способы выделения последа, тактику ведения последового и раннего послеродового периода.

Письменные задания

1. Опишите методику определения степени зрелости шейки матки.
2. Дайте определения понятиям прелиминарный период, патологический прелиминарный период.
3. Дайте характеристику изменений в нервной, эндокринной, гуморальной и других системах организма, способствующих возникновению родовой деятельности.
4. Дайте характеристику периодам родов.
5. Перечислите методы регистрации родовой деятельности.
6. Дайте характеристику особенностям гомеостаза и адаптации плода в родах.
7. Опишите механизм влияния обезболивающих средств на плод.
8. Составьте алгоритм ведения родов через естественные родовые пути.
9. Дайте характеристику моментам акушерского пособия при прорезывании головки .
10. Перечислите признаки отделения плаценты.
11. Дайте характеристику способам выделения последа.
12. Составьте алгоритм ведения последового и послеродового периода.

Задачи

Задача 1

Пациентка 35 лет, беременность III, 37 недель гестации, предъявляет жалобы на нерегулярные схваткообразные боли в животе через 12-15 минут, в течение 4 часов.

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Рост 170см, вес 80кг.

Размеры таза: 25-28-31-20см, окружность запястья 14см. Ромб Михаэлиса симметричный, вертикаль 11 см.

Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Пастозность голеней. АД 100 и 70мм.рт.ст, пульс 80 ударов в минуту, ЧД 18 в минуту.

Живот овоидной формы. Матка возбудима при пальпации, в нормотонусе, безболезненна во всех отделах. ВДМ 36см, ОЖ 100см. Положение плода продольное, третьим приемом Леопольда-Левицкого определяется плотная округлая баллотирующая часть плода. Тоны сердца плода выслушиваются справа ниже пупка, ясные, ритм правильный, 150 ударов в минуту.

Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Влагалищное исследование: шейка матки центрирована, длиной 2см, частично размягчена, цервикальный канал пропускает один поперечный палец, в области внутреннего зева валик уплотнения. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода, нижний полюс головки на 3 см выше уровня седалищных остей. Задняя поверхность симфиза, крестцовая впадина, седалищные ости пальпируются свободно. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

1. Определите истинную конъюгату, предполагаемую массу плода, уровень расположения головки по отношению к плоскостям малого таза.
2. Составьте предварительный диагноз.

Задача 2

Пациентка 28 лет, беременность II, 40 недель, предъявляет жалобы на регулярные схваткообразные боли в животе каждые 10 минут.

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Рост 164см, вес 70кг.

Размеры таза: 23-26-29-19см, окружность запястья 14см. Ромб Михаэлиса симметричный, вертикаль 10 см.

Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Пастозность голеней. АД 110 и 70 мм.рт.ст, пульс 85 ударов в минуту, ЧД 20 в минуту.

Живот овоидной формы. Схватки через 10 минут, по 25 секунд, слабые, умеренно болезненные. Матка вне схватки расслабляется полностью, безболезненна во всех отделах. ВДМ 37см, ОЖ 95 см. Положение плода продольное, третьим приемом Леопольда-Левицкого определяется плотная округлая баллотирующая часть плода. Тоны сердца плода выслушиваются слева ниже пупка, ясные, ритм правильный, 120 ударов в минуту.

Мочеиспускание час назад, свободное, безболезненное.

Влагалищное исследование: шейка матки длиной 1см, открытие маточного зева 3см, края зева растяжимые. Плодный пузырь цел, хорошо наливается во время схватки. Предлежит головка плода, нижний полюс головки на 2 см выше уровня седалищных остей. Задняя поверхность симфиза, крестцовая впадина, седалищные ости пальпируются свободно. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

1. Определите истинную конъюгату, предполагаемую массу плода, уровень расположения головки по отношению к плоскостям малого таза.
2. Составьте предварительный диагноз.

Задача 3

Пациентка 23 лет, беременность II, 38 недель, предъявляет жалобы на регулярные схваткообразные боли в животе каждые 3-4 минуты, излитие околоплодных вод 5 минут назад.

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Рост 176см, вес 89кг.

Размеры таза: 26-29-32-21см, окружность запястья 15см. Ромб Михаэлиса симметричный, размер Франка 11см. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Отеков нет. АД 130 и 80 мм.рт.ст, пульс 83 удара в минуту, ЧД 17 в минуту.

Живот овоидной формы. Схватки через 3-4 минуты, по 40 секунд, хорошей силы, умеренно болезненные. Матка вне схватки расслабляется полностью, безболезненна во всех отделах.

ВДМ 36см, ОЖ 110 см. Положение плода продольное, третьим приемом Леопольда-Левицкого определяется плотная округлая баллотирующая часть плода. Тоны сердца плода выслушиваются справа ниже пупка, ясные, ритм правильный, 140 ударов в минуту, с ранними децелерациями до 120 ударов в минуту. Мочеиспускание час назад, свободное, безболезненное.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 8-9см, края зева тонкие, растяжимые. Плодный пузырь отсутствует. Предлежит головка плода, нижний полюс головки на 1 см выше уровня седалищных остей. На головке пальпируется шов, продольно ориентированный в левом косом размере малого таза. При пальпации вдоль шва справа спереди определяется родничок треугольной формы, слева сзади с трудом достижим угол родничка. При пальпации головки шов легко разъединяется. При пальпации доступны середина задней поверхность симфиза, крестцовая впадина до III, седалищные ости пальпируются свободно. Подтекают светлые околоплодные воды.

1. Определите истинную конъюгату, предполагаемую массу плода, уровень расположения головки по отношению к плоскостям малого таза.
2. Составьте предварительный диагноз.

Задача 4

Пациентка 32 лет, беременность III, 39 недель гестации, в родах 7 часов, 10 минут назад извлечен живой плод мужского пола, 3800г, 57см.

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Отеков нет. Температура тела 36,6°C. АД 120 и 80 мм.рт.ст, пульс 63 удара в минуту, ЧД 17 в минуту.

Моча выведена катетером, светлая. Матка на уровне пупка, шаровидной формы. При глубоком вдохе пуповина втягивается во влагалище. Выделения из половых путей скудные, кровянистые.

1. Составьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте необходимую акушерскую тактику согласно предварительному диагнозу.

Задача 5

Пациентка 28 лет, беременность II, 39 недель, предъявляет жалобы на регулярные схваткообразные боли в животе каждые 2-3 минуты, чувство давления на прямую кишку.

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Рост 166см, вес 79кг.

Размеры таза: 25-28-31-20см, окружность запястья 14см. Ромб Михаэлиса симметричный, размер Франка 11см. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Отеков нет. АД 120 и 70 мм.рт.ст, пульс 73 удара в минуту, ЧД 18 в минуту.

Живот овоидной формы. Схватки через 2-3 минуты, по 50 секунд, хорошей силы, умеренно болезненные. Матка вне схватки расслабляется полностью, безболезненна во всех отделах.

ВДМ 37см, ОЖ 100 см. Положение плода продольное, первым приемом Леопольда-Левицкого определяется мягковатая небаллотирующая часть плода. Тоны сердца плода выслушиваются ниже пупка, ясные, ритм правильный, 130 ударов в минуту, с короткими акцелерациями до 150 ударов в минуту. Мочеиспускание час назад, свободное, безболезненное.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное, края зева за головкой плода не определяются. Плодный пузырь отсутствует. Предлежит головка плода, нижний полюс головки на 2 см ниже уровня седалищных остей. На головке пальпируется шов, продольно ориентированный в прямом размере малого таза. При пальпации вдоль шва спереди определяется родничок треугольной формы, сзади с трудом

достигим угол родничка. При пальпации головки шов разъединяется с трудом. При пальпации доступны нижний край симфиза, копчик, седалищные ости достижимы с трудом. Подтекают светлые околоплодные воды.

1. Определите истинную конъюгату, предполагаемую массу плода, уровень расположения головки по отношению к плоскостям малого таза.
2. Составьте предварительный диагноз.

Модуль 1. Акушерство

Тема практического занятия 7

ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД И ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ

Вопросы для самоподготовки

1. Физиология, клиника, тактика ведения послеродового периода.
2. Принципы гигиены родильниц, профилактики послеродовых заболеваний.
3. Особенности санитарно-гигиенического режима в послеродовом отделении.
4. Анатомо-физиологические особенности периода новорожденности.
5. Методика оценки состояния новорожденного по шкале Апгар и первого туалета новорожденного.
6. Организация работы в отделениях новорожденных, принципы дифференцированного ухода.

Письменные задания

1. Составьте алгоритм ведения послеродового периода.
2. Составьте рекомендации для пациентки по соблюдению принципов гигиены в послеродовом периоде.
3. Дайте характеристику особенностей санитарно-гигиенического режима в послеродовом отделении.
4. Перечислите анатомо-физиологические особенности периода новорожденности.
5. Дайте характеристику алгоритма оценки состояния новорожденного по шкале Апгар.
6. Составьте алгоритм первого туалета новорожденного.
7. Дайте характеристику организации работы в отделениях новорожденных и принципам дифференцированного ухода.

Задачи

Задача 1

В родильном зале пациентка 26 лет, вторые срочные самопроизвольные роды без осложнений, мальчик, 3200г, 50см. Послед родился самостоятельно 20 минут назад, без дефектов. Жалобы на слабость, озноб. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Отеков нет. АД 130 и 80 мм. рт. ст., пульс 78 ударов в минуту, ЧД 18 в минуту.

Молочные железы мягкие, безболезненные. Соски чистые. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Перистальтика тихая.

Матка пальпируется на уровне пупка, плотная, безболезненная.

Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Моча выведена катетером, светлая.

Осмотр шейки матки в зеркалах: разрывов шейки матки и влагалища нет.

Влагалищное исследование: маточный зев пропускает кисть руки, края маточного зева тонкие, податливые. Матка плотная, подвижная, безболезненная. Параметрии свободны. Придатки не пальпируются. Выделения из половых путей кровянистые, умеренные.

1. Интерпретируйте данные обследования родильницы, составьте предварительный диагноз.
2. Дайте рекомендации по ведению послеродового периода.

Задача 2

В послеродовом отделении пациентка 25 лет, 3-и сутки после первых срочных самопроизвольных родов в головном предлежании плода без осложнений.

Жалобы на периодические тянущие боли внизу живота. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. АД 110 и 70 мм.рт.ст., пульс 75 ударов в минуту, ЧД 18 в минуту.

Молочные железы мягкие, безболезненные. Соски чистые. Лактация снижена. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Перистальтика активная.

Матка пальпируется на уровне 10 см над лоном, плотная, безболезненная.

Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащено. Стул регулярный, оформленный.

Влагалищное исследование: шейка матки длиной 3 см, края шейки матки тонкие, податливые, внутренний зев цервикального канала проходим для 1 поперечного пальца.

Матка плотная, подвижная, безболезненная. Параметрии свободны. Придатки не пальпируются. Выделения из половых путей кровянистые, умеренные.

Данные ультразвукового исследования: длина матки 120мм, ширина 110мм, передне-задний размер 65мм. Дина полости матки 90мм, ширина 40мм, передне-задний размер 4мм.

1. Интерпретируйте данные обследования родильницы, составьте предварительный диагноз.
2. Дайте рекомендации по ведению послеродового периода.

Задача 3

В послеродовом отделении пациентка 27 лет, 5-е сутки после третьих срочных самопроизвольных родов в головном предлежании плода без осложнений.

Жалобы на периодические тянущие боли внизу живота. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. АД 120 и 70 мм.рт.ст., пульс 80 ударов в минуту, ЧД 20 в минуту.

Молочные железы мягкие, безболезненные. Соски чистые. Лактация снижена. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Перистальтика активная.

Матка пальпируется на уровне 14 см над лоном, плотная, безболезненная.

Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащено. Стул регулярный, оформленный.

Влагалищное исследование: шейка матки длиной 4 см, края шейки матки тонкие, податливые, внутренний зев цервикального канала проходим свободно для 2 поперечных пальцев. Матка плотно-эластической консистенции, подвижная, безболезненная. Параметрии свободны. Придатки не пальпируются. Выделения из половых путей кровянистые, обильные.

1. Интерпретируйте данные обследования родильницы, составьте предварительный диагноз.
2. Дайте рекомендации по ведению послеродового периода.

Задача 4

На приеме врача женской консультации пациентка 27 лет, 12-е сутки после вторых срочных самопроизвольных родов в тазовом предлежании плода без осложнений.

Жалобы на периодические тянущие боли внизу живота. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. АД 110 и 70 мм.рт.ст., пульс 80 ударов в минуту, ЧД 20 в минуту.

Молочные железы мягкие, безболезненные. Соски чистые. Лактация удовлетворительная. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. Перистальтика активная.

Матка над лоном не определяется.

Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащено. Стул регулярный, оформленный.

Влагалищное исследование: шейка матки длиной 3,5 см, мягкая, цервикальный канал проходим для 1 поперечного пальца, внутренний зев закрыт. Матка плотная, подвижная, безболезненная, размеры соответствуют 7-8 неделям беременности. Параметрии свободны. Придатки не пальпируются. Выделения из половых путей слизистые, умеренные.

1. Интерпретируйте данные обследования родильницы, составьте предварительный диагноз.
2. Дайте рекомендации по ведению послеродового периода.

Модуль 1. Акушерство

Тема практического занятия 8

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

Вопросы для самоподготовки

1. Этиология, классификация, принципы своевременной диагностики тазовых предлежаний плода.
2. Особенности биомеханизма родов при тазовом предлежании плода.
3. Показания для ведения родов через естественные родовые пути при тазовом предлежании плода.
4. Техника ручных пособий при тазовом предлежании плода, возможные осложнения родов через естественные родовые пути при тазовом предлежании плода.
5. Показания к операции кесарево сечение при тазовом предлежании плода.

Письменные задания

1. Перечислите факторы, способствующие формированию тазовых предлежаний плода.
2. Изложите классификацию тазовых предлежаний плода.
3. Дайте характеристику биомеханизма родов при тазовом предлежании плода.
4. Перечислите показания для ведения родов через естественные родовые пути при тазовом предлежании плода.
5. Дайте характеристику ручных пособий при тазовом предлежании плода.
6. Перечислите возможные осложнения родов через естественные родовые пути при тазовом предлежании плода.
7. Перечислите показания к операции кесарево сечение при тазовом предлежании плода.

Задачи

Задача 1

В приемном отделении родильного дома пациентка 25 лет, первобеременная, 38 недель гестации, с жалобами на регулярные схваткообразные боли внизу живота каждые 10 минут в течение 3 часов. Настоящая беременность протекала без осложнений.

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Телосложение правильное. Рост 170см, вес 66 кг. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Отеков нет. АД 130 и 80 мм.рт.ст., пульс 84 удара в минуту. ЧД 21 в минуту. Последнее мочеиспускание час назад, свободное, безболезненное. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Живот овоидной формы. ВДМ 39см, ОЖ 100 см. Схватки каждые 8-10 минут, по 10-15 секунд, слабые, умеренно болезненные. В дне матки пальпируется округлая плотная ballotирующая часть плода, над входом в малый таз пальпируется мягковатая, небаллотирующая часть плода. Тоны сердца плода выслушиваются слева выше пупка, ясные, ритм правильный, 150 ударов в минуту. Матка безболезненна во всех отделах при пальпации и шевелениях плода.

Размеры таза: 25-28-31-20см, размер Франка 11см, окружность лучезапястного сустава 14 см, ромб Михаэлиса симметричный.

Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, открытие зева 3см, плодный пузырь цел, напряжен. Задняя поверхность симфиза, седалищные ости, крестцовая впадина достижимы свободно.

1. Определите истинную конъюгату и предполагаемую массу плода.
2. Составьте предварительный диагноз.
3. Обоснуйте необходимую акушерскую тактику согласно предварительному диагнозу.

Задача 2

Пациентка 32 лет, беременность II, 37 недель гестации, продольное положение, тазовое предлежание плода (чисто ягодичное). Беременность протекала без осложнений. Акушерский анамнез не отягощен. Предполагаемая масса плода согласно УЗИ-фетометрии 3000г. Размеры таза 25-28-31-20см, размер Франка 11см. Ромб Михаэлиса симметричный.

Первый период родов через естественные родовые пути без осложнений, длительностью 8 часов, излитие светлых околоплодных вод при раскрытии маточного зева 8см.

Второй период родов длится до настоящего момента, 40 минут. Потуги эффективные. Посobie по Цовьянову без осложнений до момента рождения плечиков. Головка плода на тазовом дне, завершен внутренний поворот головки, дальнейшее выведение головки методом Морисо-Левре затруднено. С момента рождения плода до пупочного кольца прошло 3 минуты. Сердцебиение плода ясное, 160 ударов в минуту, кратковременные акцелерации до 180 ударов в минуту, наблюдается отхождение мекония.

1. Составьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте необходимую акушерскую тактику согласно предварительному диагнозу.

Модуль 1. Акушерство

Тема практического занятия 9

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ

Вопросы для самоподготовки

1. Классификация анатомически узкого таза.
2. Этиология, анатомическая характеристика различных форм узкого таза.
3. Диагностика анатомически узкого таза.
4. Особенности биомеханизма родов при различных формах анатомически узкого таза, тактику родоразрешения, возможные осложнения родов.
5. Диагностика клинически узкого таза, профилактика, тактика родоразрешения.

Письменные задания

1. Изложите классификацию анатомически узкого таза.
2. Каковы причины формирования различных форм анатомически узкого таза?
3. Дайте анатомическую характеристику различных форм узкого таза.
4. Охарактеризуйте методы диагностики анатомически узкого таза.
5. Изложите особенности биомеханизма родов при различных формах анатомически узкого таза.
6. Какова тактика родоразрешения при различных формах анатомически узкого таза?
7. Перечислите возможные осложнения родов для матери и плода в случае анатомически узкого таза.
8. Составьте алгоритм диагностики и профилактики клинически узкого таза.
9. Какова тактика родоразрешения в случае диагностики клинически узкого таза?

Задачи

Задача 1

В приемном отделении родильного дома пациентка 35 лет, беременность II, 39 недель. Предъявляет жалобы на регулярные (каждые 10 минут) схваткообразные боли внизу живота в течение двух часов.

Анамнез: первая беременность 9 лет назад, закончилась срочными самопроизвольными родами живым плодом (вес 3500г, длина 50см), осложнения: гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде (консервативная терапия), пузырно-влагалищный свищ (оперативное лечение без осложнений). Ребенок жив, здоров.

Настоящая беременность протекала без осложнений.

Данные осмотра: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Телосложение правильное. Рост 167 см, вес 68 кг. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Отеков нет. АД 130 и 80 мм. рт. ст., пульс 90 ударов в минуту, удовлетворительных характеристик. ЧДД 20 в минуту. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Матка возбудима при пальпации, схватки слабой силы каждые 10 минут. ВДМ 38см, ОЖ на уровне пупка 90 см. Положение плода продольное, в дне матки пальпируется округлая плотная баллотирующая часть плода. Над входом в малый таз пальпируется мягковатая, небаллотирующая часть плода. Тоны сердца плода выслушиваются слева выше пупка, ясные, ритм правильный, 150 ударов в минуту.

Размеры таза: 25-28-31-17,5см. Прямой размер плоскости выхода малого таза 7,5 см. Окружность запястья 13 см. Размер Франка 9,5см.

Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, открытие зева 3см, плодный пузырь цел, напряжен. Задняя поверхность симфиза, седалищные ости, крестцовая впадина пальпируются свободно. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

1. Определите истинную конъюгату и предполагаемую массу плода.
2. Составьте предварительный диагноз.
3. Обоснуйте необходимую акушерскую тактику согласно предварительному диагнозу.

Задача 2

Пациентка 23 лет, первобеременная, 37 недель гестации, поступила с жалобами на регулярные схваткообразные боли внизу живота в течение 6 часов, излитие околоплодных вод 15 минут назад. Настоящая беременность протекала без осложнений.

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Телосложение правильное. Рост 165 см, вес 58 кг. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Отеков нет. АД 110 и 70 мм. рт. ст., пульс 70 ударов в минуту, удовлетворительных характеристик. ЧДД 18 в минуту. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Схватки через 2-3 минуты, продолжительностью 30-35 сек, средней силы, умеренно болезненные. ВДМ 35см, ОЖ на уровне пупка 87 см. Пальпация матки безболезненна. Положение плода продольное, в дне матки пальпируется мягковатая небаллотирующая часть плода. Над входом в малый таз фиксирована округлая, плотная часть плода. Симптом Вастена отрицательный. Тоны сердца плода выслушиваются справа ниже пупка, ясные, ритм правильный, 140 ударов в минуту.

Размеры таза: 24-26-28-18см. Боковые конъюгаты по 14 см. Окружность запястья 14см. Ромб Михаэлиса правильной формы, длина вертикали ромба 9 см.

Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, открытие зева 7 см, края зева тонкие, податливые. Плодного пузыря нет. Подтекают светлые околоплодные воды. Предлежит головка плода, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок прямо по проводной оси таза. При пальпации свободно достижимы задняя поверхность симфиза, крестцовая впадина, седалищные ости. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

1. Определите истинную конъюгату и предполагаемую массу плода.
2. Определите уровень расположения головки относительно плоскостей малого таза.
3. Составьте предварительный диагноз.
4. Какая особенность биомеханизма родов, свойственная для данной формы таза, выявляется в данной ситуации?
5. Обоснуйте необходимую акушерскую тактику согласно предварительному диагнозу.

Задача 3

Пациентка 32 лет, беременность II, 38 недель гестации, поступила с жалобами на регулярные схваткообразные боли внизу живота в течение 8 часов, излитие околоплодных вод час назад. Настоящая беременность протекала без осложнений. Первая беременность 6 лет назад закончилась самопроизвольными родами в 36 недель гестации живым плодом (2600г, 45см). Ребенок жив, здоров. Настоящая беременность протекала без осложнений.

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Телосложение астеническое. Грудная клетка впалая, умеренное О-образное искривление ног. Рост 165 см, вес 58 кг. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Отеков нет. АД 130 и 70 мм. рт. ст., пульс 79 ударов в минуту, удовлетворительных характеристик. ЧДД 20 в минуту. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Живот отвислый, брюшная стенка дряблая. Схватки через 3-4 минуты, продолжительностью 30-35 сек, средней силы, умеренно болезненные. ВДМ 34см, ОЖ на уровне пупка 85 см. Пальпация матки безболезненна. Контракционное кольцо на уровне 4 поперечных пальцев над лоном. Положение плода продольное, в дне матки пальпируется мягковатая небаллотирующая часть плода. Над входом в малый таз фиксирована округлая плотная часть плода. Симптом Вастена отрицательный. Тоны сердца плода выслушиваются слева ниже пупка, ясные, ритм правильный, 155 ударов в минуту.

Размеры таза: 26-26,5-31-18см. Боковые конъюгаты по 13,5см. Прямой размер плоскости выхода малого таза 11 см, поперечный – 11см. Окружность запястья 14см. Ромб Михаэлиса неправильной формы, близкой к треугольной.

Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, открытие зева 8 см, края зева тонкие, податливые. Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода, стреловидный шов в поперечном размере, отклонен кзади от фронтальной плоскости на 1,5-2 см, малый родничок слева, большой родничок справа на уровне малого родничка. На передней теменной кости умеренно выражена родовая опухоль. При пальпации свободно достижимы две трети задней поверхности симфиза, крестцовая впадина до второго крестцового позвонка, седалищные ости. Выделения из половых путей светлые, подтекают околоплодные воды.

1. Определите истинную конъюгату и предполагаемую массу плода.
2. Определите уровень расположения головки относительно плоскостей малого таза.
3. Составьте предварительный диагноз.
4. Какая особенность биомеханизма родов, свойственная для данной формы таза, выявляется в данной ситуации?
5. Обоснуйте необходимую акушерскую тактику согласно предварительному диагнозу.

Задача 4

Пациентка 25 лет, первобеременная, 38 недель гестации, поступила с жалобами на регулярные схваткообразные боли внизу живота в течение 9 часов, излитие околоплодных вод час назад, снижение частоты схваток после излития вод. Настоящая беременность протекала без осложнений.

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Телосложение астеническое. Рост 182 см, вес 68 кг. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Отеков нет. АД 120 и 70 мм. рт. ст., пульс 76 ударов в минуту, удовлетворительных характеристик. ЧДД 19 в минуту. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Схватки через 4-5 минут, продолжительностью 20-25 сек, слабой силы, умеренно болезненные. ВДМ 37 см, ОЖ на уровне пупка 93 см. Пальпация матки безболезненна. Положение плода продольное, в дне матки пальпируется мягковатая небаллотирующая часть плода. Над входом в малый таз фиксирована округлая, плотная часть плода. Симптом Вастена отрицательный. Тоны сердца плода выслушиваются ниже пупка, ясные, ритм правильный, 120 ударов в минуту.

Размеры таза: 23-25-28-21 см. Боковые конъюгаты по 15 см. Окружность запястья 16 см. Ромб Михаэлиса узкий, симметричный, длина вертикали ромба 11 см.

Данные влагалищного исследования: открытие маточного зева полное, края зева тонкие, податливые, плодного пузыря нет. Подтекают светлые околоплодные воды. Предлежит головка плода, стреловидный шов в прямом размере, малый родничок сзади. На головке умеренно выражена родовая опухоль, во время схватки продвижения головки по родовому

каналу нет. При пальпации свободно достижимы задняя поверхность симфиза, крестцовая впадина, седалищные ости. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

1. Определите истинную конъюгату и предполагаемую массу плода.
2. Определите уровень расположения головки относительно плоскостей малого таза.
3. Составьте предварительный диагноз.
4. Какая особенность биомеханизма родов, свойственная для данной формы таза, выявляется в данной ситуации?
5. Обоснуйте необходимую акушерскую тактику согласно предварительному диагнозу.

Задача 5

Пациентка 32 лет, беременность II, 39 недель, в родах 7 часов. Сообщила об излитии околоплодных вод.

Анамнез: первая беременность 6 лет назад закончилась срочными самопроизвольными родами живым плодом (вес 3600г, длина 52см), без осложнений. Ребенок жив, здоров.

Настоящая беременность протекала без осложнений.

Данные осмотра: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Телосложение правильное. Рост 168 см, вес 70 кг. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Отеков нет. АД 130 и 80 мм. рт. ст., пульс 80 ударов в минуту, удовлетворительных характеристик. ЧДД 18 в минуту. Последнее мочеиспускание 4 часа назад, свободное, безболезненное.

Схватки средней силы, через 2-3 минуты, по 30-35 сек. Пальпация матки над лоном умеренно болезненна. Контракционное кольцо на уровне 5 поперечных пальцев горизонтально над лоном. ВДМ 38см, ОЖ на уровне пупка 100 см. Положение плода продольное, в дне матки мягковатая небаллотирующая часть плода, над входом в малый таз фиксирована плотная округлая часть плода. Тоны сердца плода выслушиваются справа ниже пупка, ясные, ритм правильный, 130 ударов в минуту.

Размеры таза: 25-28-31-20 см. Размер Цангемейстера 22 см. Окружность запястья 14 см. Размер Франка 11 см. Ромб Михаэлиса симметричный.

Данные влагалищного исследования: открытие маточного зева 10 см, края зева тонкие, податливые. Плодный пузырь отсутствует. Подтекают светлые околоплодные воды. Предлежит головка плода, сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди. Большой родничок доступен пальпации слева сзади, располагается ниже малого родничка. Задняя поверхность симфиза, седалищные ости, крестцовая впадина пальпируются свободно.

1. Определите истинную конъюгату и предполагаемую массу плода.
2. Составьте предварительный диагноз.
3. Обоснуйте необходимую акушерскую тактику согласно предварительному диагнозу.

Модуль 1. Акушерство

Тема практического занятия 10

АНОМАЛИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Вопросы для самоподготовки

1. Классификация аномалий родовой деятельности.
2. Принципы профилактики аномалий родовой деятельности.
3. Диагностика аномалий родовой деятельности.
4. Лечение аномалий родовой деятельности.

Письменные задания

1. Изложите классификацию аномалий родовой деятельности.
2. Составьте алгоритм профилактики аномалий родовой деятельности.
3. Составьте алгоритм диагностики аномалий родовой деятельности.
4. Составьте алгоритм коррекции аномалий родовой деятельности.
5. Какова тактика родоразрешения в случае диагностики аномалий родовой деятельности?
6. Охарактеризуйте возможные осложнения для матери и плода в случае несвоевременной диагностики и коррекции аномалий родовой деятельности.

Задачи

Задача 1

Первобеременная, 23 года, 38 недель гестации поступила в приемное отделение родильного дома с жалобами на интенсивные нерегулярные боли в животе и пояснице в течение 7 часов, излитие светлых околоплодных вод час назад. Анамнез не отягощен, беременность протекала без особенностей.

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Рост 170 см, вес 70 кг. Температура тела 36,7°C. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Пастозность голеней. АД 130 и 80 мм.рт.ст, пульс 80 ударов в минуту. ЧД 18 в минуту.

Живот овоидной формы. Матка при пальпации возбудима, напряжена в нижнем сегменте, регистрируются отдельные нерегулярные схватки через 10-15 минут, по 15-20 секунд. ВДМ 37см, ОЖ 90см. Положение плода продольное, округлая плотная баллотирующая часть плода прижата ко входу в малый таз. Тоны сердца плода выслушиваются справа ниже пупка, ясные, ритм правильный, 150 ударов в минуту. Размеры таза: 24-27-30-19см, окружность запястья 14см, размер Франка 10см. Ромб Михаэлиса симметричный, вертикаль ромба 10см. Данные влагалищного исследования: шейка матки длиной 3,5 см, центрирована, умеренно размягчена, цервикальный канал пропускает 1 поперечный палец, в области внутреннего зева валик уплотнения. Плодного пузыря нет, подтекают светлые околоплодные воды. Предлежит головка плода. Мыс не достигим. Задняя поверхность симфиза, крестцовая

впадина, седалищные ости пальпируются свободно. Костный таз без деформаций и экзостозов.

1. Определите истинную конъюгату и предполагаемую массу плода.
2. Составьте предварительный диагноз.
3. Обоснуйте необходимую акушерскую тактику согласно предварительному диагнозу.

Задача 2

Первобеременная, 24 года, 37 недель гестации, поступила в приемное отделение родильного дома с жалобами на регулярные схваткообразные боли в животе в течение 9 часов.

Гинекологический анамнез не отягощен, анамнез экстрагенитальной патологии: хронический тонзиллит. Беременность протекала без осложнений.

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Рост 165см., вес 70 кг.

Температура тела 36,6°C. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Отеков нет. АД 110 и 70 мм.рт.ст, пульс 70 ударов в минуту. ЧД 19 в минуту.

Живот овоидной формы. Схватки каждые 5 минут, длительностью 20-25 секунд, слабые, умеренно болезненные. Матка вне схватки расслабляется полностью, при пальпации и шевелениях плода безболезненна во всех отделах.

ВДМ 37см, ОЖ 100см. Положение плода продольное, округлая плотная баллотирующая часть плода фиксирована ко входу в малый таз. Признак Вастена отрицательный. Тоны сердца плода выслушиваются слева ниже пупка, ясные, ритм правильный, 140 ударов в минуту. Размеры таза: 25-28-31-20см, окружность запястья 15см. Ромб Михаэлиса симметричный, вертикаль ромба 11см. Размер Цангемейстера 17см.

Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 6 см, края зева тонкие, податливые, силой схватки не растягиваются. Плодный пузырь вялый, во время схватки наливается слабо. Предлежит головка плода. Мыс не достижим. Две трети задней поверхности симфиза, крестцовая впадина до уровня 2 крестцового позвонка, седалищные ости пальпируются свободно. Костный таз без деформаций и экзостозов. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

1. Определите истинную конъюгату, предполагаемую массу плода, уровень расположения головки по отношению к плоскостям малого таза.
2. Составьте предварительный диагноз.
3. Обоснуйте необходимую акушерскую тактику согласно предварительному диагнозу.

Задача 3

Пациентка 28 лет, беременность II, 38 недель, в родах 8 часов.

Первая беременность 5 лет назад закончилась срочными самопроизвольными родами без осложнений (мальчик, 3800г, 53см). Настоящая беременность протекала без осложнений. Предполагаемая масса плода согласно УЗИ-фетометрии 3000г, нарушений маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока не выявлено. Размеры таза: 25-28-31-20см, ромб Михаэлиса симметричный, окружность запястья 14см.

Первый период родов 6 часов, излитие светлых околоплодных вод при полном открытии маточного зева 40 минут назад. Появление потуг 10 минут назад, потуги через 4-5 минут, по 20 секунд, слабые. Матка вне схватки расслабляется полностью, безболезненна во всех отделах. Головка плода над лоном не определяется. Тоны сердца плода после потуги 150 ударов в минуту, ясные, ритм правильный.

Данные влагалищного исследования: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, подтекают светлые околоплодные воды. Предлежит головка плода, на головке пальпируется шов, продольно ориентированный между прямым и левым косым размером малого таза.

Спереди справа шов переходит в родничок четырехугольной формы, сзади слева при пальпации по ходу шва достижим родничок треугольной формы, располагается выше уровня четырехугольного родничка. Родовая опухоль выражена умеренно. При потуге имеется тенденция продвижения головки по родовому каналу. Костный таз без деформаций и экзостозов. Мыс не достижим. Седалищные ости достижимы с трудом. Нижний край лона, копчик пальпируются свободно.

1. Определите истинную конъюгату, уровень расположения головки по отношению к плоскостям малого таза, момент биомеханизма родов.
2. Составьте предварительный диагноз.
3. Обоснуйте необходимую акушерскую тактику согласно предварительному диагнозу.

Задача 4

В родильный дом поступила пациентка 28 лет, беременность III, 37 недель, с жалобами на интенсивные регулярные боли в животе в течение 1 часа.

Соматический анамнез не отягощен. Первая беременность 10 лет назад, вторая беременность 6 лет назад - закончились срочными самопроизвольными родами без осложнений.

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Рост 170см, вес 76 кг. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледные, чистые. Отеков нет. Температура тела 36,6°C, пульс 88 ударов в минуту, АД 130 и 80 мм. рт. ст.

Живот овоидной формы. Схватки через 1-2 минуты по 60-70 секунд, интенсивные, болезненные. Матка вне схватки расслабляется полностью, безболезненна во всех отделах. ВДМ 36см, ОЖ 85см. Положение плода продольное. В дне матки пальпируется плотная округлая баллотирующая часть плода. Тоны сердца плода ясные, ритм правильный, 152 удара в минуту, выслушиваются слева выше пупка.

Размеры таза: 25-28-31-21см, окружность запястья 14см, ромб Михаэлиса симметричный.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище емкое. Шейка матки сглажена, края тонкие, растяжимые. Открытие маточного зева 6 см. Плодный пузырь цел, напряжен. Предлежит тазовый конец плода, межвертельная линия в левом косом размере плоскости входа в малый таз. Костный таз без деформаций и экзостозов. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

1. Определите истинную конъюгату и предполагаемую массу плода.
2. Составьте предварительный диагноз.
3. Обоснуйте необходимую акушерскую тактику согласно предварительному диагнозу.

Модуль 1. Акушерство

Тема практического занятия 11

МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ. НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА. ОПЕРАЦИИ, ИСПРАВЛЯЮЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА

Вопросы для самоподготовки

1. Классификацию, принципы своевременной диагностики неправильных положений плода, тактику ведения беременности и родов при неправильных положениях плода.
2. Принципы своевременной диагностики, коррекции и профилактики предлежания и выпадения мелких частей плода.
3. Возможности коррекции неправильного положения плода, показания для операций, исправляющих положение плода.
4. Принципы диагностики и тактики ведения многоплодной беременности.
5. Тактику родоразрешения при многоплодной беременности.

Письменные задания

1. Изложите классификацию неправильных положений плода.
2. Составьте алгоритм диагностики и тактики ведения беременности и родов при неправильных положениях плода.
3. Составьте алгоритм профилактики, диагностики, коррекции, тактики родоразрешения в случае предлежания и выпадения мелких частей плода.
4. Охарактеризуйте возможности коррекции неправильного положения плода.
5. Составьте алгоритм диагностики и тактики при многоплодной беременности.
6. Какова тактика родоразрешения в случае многоплодной беременности?

Задачи

Задача 1

Пациентка 36 лет, беременность III, 37 недель, поступила с жалобами на регулярные схваткообразные боли в животе в течение 2 часов.

Анамнез: первая беременность 10 лет назад, закончилась срочными самопроизвольными родами без осложнений, вторая беременность 8 лет назад закончилась самопроизвольным абортom в сроке 8 недель, выскабливание полости матки без осложнений. Настоящая беременность протекала без осложнений.

Общее состояние удовлетворительное. АД 135 и 80 мм.рт.ст., пульс 80 ударов в минуту.

Схватки слабой силы, через 8-10 минут, по 15-20 секунд, мало болезненные. Округлая плотная баллотирующая часть плода пальпируется справа у боковой стенки матки, мягковатая небаллотирующая часть плода определяется у боковой стенки матки слева. ВДМ 33см, ОЖ 105см. Тоны сердца плода выслушиваются на уровне пупка, ясные, ритм правильный, 150 ударов в минуту.

Размеры таза: 25-28-31-18 см, прямой размер плоскости выхода малого таза 8 см, поперечный размер плоскости выхода – 11см. Окружность запястья 14см.

Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 3 см, плодный пузырь цел. Предлежащая часть не определяется. Мыс достижим, *conjugata diagonalis* 11 см, деформаций таза нет.

1. Составьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте необходимую акушерскую тактику согласно предварительному диагнозу.

Задача 2

В приемное отделение родильного дома поступила беременная 32 лет, 36 недель гестации, с жалобами на излитие околоплодных вод час назад.

На учете в женской консультации не состоит.

Анамнез: первая беременность 13 лет назад закончилась срочными самопроизвольными родами без осложнений, вторая беременность пять лет назад закончилась срочными самопроизвольными родами без осложнений, третья беременность настоящая, со слов пациентки протекала без особенностей.

Общее состояние удовлетворительное. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледные, чистые. Телосложение астеническое, грудь впалая, выявляется О-образное искривление ног. Рост 160см, вес 60кг. АД 120 и 80мм.рт.ст. Пульс 78 ударов в минуту.

ЧД 18 в минуту.

Матка в нормотонусе, безболезненна во всех отделах при пальпации и шевелениях плода.

Регулярной родовой деятельности нет. ВДМ 32см, ОЖ 90см.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 150 ударов в минуту, выслушивается на уровне пупка.

Размеры таза: 25-25-30-19 см, прямой размер выхода малого таза 11см, поперечный размер выхода 11см. Окружность запястья 14см. Ромб Михаэлиса неправильной формы.

Данные влагалищного исследования: шейка матки центрирована, длиной 1,5см, цервикальный канал проходим для 1 поперечного пальца свободно. Подтекают светлые околоплодные воды. Предлежащая часть плода через своды влагалища не определяется.

1. Составьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте необходимую акушерскую тактику согласно предварительному диагнозу.

Задача 3

Повторнородящая 35лет, 38 недель гестации, поступила с жалобами на интенсивные регулярные схваткообразные боли в животе в течение 7 часов, излитие околоплодных вод 10 часов назад, отсутствие шевелений плода в течение часа.

Анамнез: первая беременность 10 лет назад закончилась срочными самопроизвольными родами вне лечебного учреждения, без осложнений. Настоящая беременность вторая, со слов пациентки протекала без особенностей. На учете в женской консультации не состоит.

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Рост 170см, вес 68 кг.

Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые, пастозность голеней. АД 120 и 80 мм.рт.ст., пульс 60 ударов в минуту. ЧД 20 в минуту.

Схватки средней силы, каждые 3-4 минуты, болезненные. ВДМ 30см, ОЖ 115см. Крупные части плода пальпируются на уровне гребней подвздошных костей, головка справа. Сердцебиение плода не выслушивается.

Размеры таза: 26-29-32-20 см. Окружность запястья 14см. Ромб Михаэлиса симметричный.

Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет, подтекают околоплодные воды зеленого цвета. Предлежит плечо плода, во влагалище определяется ручка плода. Мыс не достижим, деформаций таза нет.

1. Составьте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте необходимую акушерскую тактику согласно предварительному диагнозу.

Задача 4

Повторнородящая 32 лет (беременность II, 37 недель гестации) поступила через 6 часов от начала родовой деятельности с целыми околоплодными водами. Согласно данным УЗИ в приемном отделении: дихориальная диамниотическая двойня, предполагаемая масса плодов 2500г. Положение I плода продольное, предлежит головка большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плодов ясное, ритмичное 140-150 в 1 мин. Схватки средней силы. Размеры таза: 25-28-31-21см. Окружность запястья 14см.

Через 1 час излились околоплодные воды, начались потуги и через 50 мин родился живой плод массой 2600 г.

А: Головка II плода на уровне гребня подвздошной кости справа, тазовый конец слева. Сердцебиение плода ритмичное, 140 ударов в минуту. Плодный пузырь цел.

Б: Положение II плода продольное; предлежит тазовый конец, подвижен над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 150 ударов в минуту, выслушивается справа, выше пупка.

В: После вскрытия плодного пузыря II плода началось кровотечение из половых путей, превышающее 300мл. Сердцебиение II плода глухое, ритмичное 180 ударов в минуту. Положение плода продольное, предлежит головка. Согласно данным влагалищного исследования стреловидный шов головки в прямом размере малого таза, при пальпации достижимы нижний край лона, копчик; седалищные ости не достижимы. Сердцебиение плода глухое, ритмичное 180 ударов в минуту.

1. Составьте предварительный диагноз для каждой клинической ситуации (А, Б, В).
2. Обоснуйте необходимую акушерскую тактику согласно предварительному диагнозу.

Задача 5

Пациентка 28 лет, первобеременная, 36 недель гестации, поступила с жалобами на интенсивные регулярные схваткообразные боли внизу живота в течение 4 часов, излитие светлых околоплодных вод час назад. Настоящая беременность протекала без осложнений, согласно данным УЗИ монохориальная моноамниотическая двойня.

Общее состояние удовлетворительное. АД 110 и 70 мм.рт.ст., пульс 72 удара в минуту.

Размеры таза 25-28-31-21см, окружность запястья 14см.

Схватки каждые 2-3 минуты, судорожные, болезненные. ВДМ 38см, ОЖ 100см. Тоны сердца плодов глухие, ритмичные, 180 ударов в минуту.

Отмечается отек наружных половых органов. Данные влагалищного исследования: открытие маточного зева полное. Головка первого плода фиксирована во входе в малый таз большим сегментом, с выраженной родовой опухолью. Выше предлежащей головки определяется фиксированная во входе в малый таз резко конфигурированная головка второго плода с выраженной родовой опухолью.

1. Составьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте необходимую акушерскую тактику согласно предварительному диагнозу.

Модуль 1. Акушерство

Тема практического занятия 12

ТРАВМАТИЗМ В АКУШЕРСТВЕ

Вопросы для самоподготовки

1. Механизм возникновения, классификация, клиника разрывов промежности, влагалища, шейки матки, гематом наружных половых органов и влагалища.
2. Тактика лечения и профилактики разрывов промежности, влагалища, шейки матки, гематом наружных половых органов и влагалища.
3. Этиология, механизм возникновения, классификация, клиническая картина разрыва матки.
4. Тактика диагностики, лечения, профилактики разрыва матки.
5. Принципы диагностики, терапии и профилактики растяжения и разрыва лонного сочленения таза.
6. Классификация, механизмы возникновения, принципы диагностики, лечения и профилактики родовой травмы новорожденных.

Письменные задания

1. Дайте характеристику механизма возникновения разрывов промежности, влагалища, шейки матки, гематом наружных половых органов и влагалища.
2. Составьте алгоритм диагностики разрывов промежности, влагалища, шейки матки, гематом наружных половых органов и влагалища.
3. Составьте алгоритм профилактики и лечения разрывов промежности, влагалища, шейки матки, гематом наружных половых органов и влагалища.
4. Дайте характеристику механизма возникновения разрыва матки.
5. Изложите классификацию разрыва матки.
6. Составьте алгоритм диагностики, профилактики и лечения разрывов матки.
7. Составьте алгоритм диагностики, профилактики и лечения растяжения и разрыва лонного сочленения таза.
8. Изложите классификацию родовой травмы новорожденных.
9. Составьте алгоритм диагностики, профилактики и лечения родовой травмы новорожденных.

Задачи

Задача 1

Пациентка 36 лет, беременность III, 40 недель гестации, предъявляет жалобы на регулярные боли в животе нарастающей интенсивности в течение 4 часов, излитие околоплодных вод час назад.

Анамнез: первая беременность 10 лет назад закончилась срочными самопроизвольными родами, в послеродовом периоде метрозэндометрит, консервативное лечение. Вторая беременность 7 лет назад закончилась неразвивающейся беременностью в сроке 16 недель, выскабливание полости матки без осложнений. Настоящая беременность наступила через 4 года регулярной половой жизни без контрацепции, в первом и втором триместре неоднократно стационарное лечение по поводу угрозы прерывания беременности.

Общее состояние средней тяжести, поведение беспокойное. Телосложение правильное. Рост 168см, вес 75 кг. Температура тела 37,0°C. АД 110 и 70 мм.рт.ст., пульс 90 ударов в

минуту, ЧД 20 в минуту. Последнее мочеиспускание 6 часов назад. Моча выведена катетером, светлая.

Форма живота овоидная. ВДМ 38см, ОЖ 100см. Схватки каждые 2 минуты, по 60 секунд, сильные, резко болезненные. Матка вне схватки расслабляется не полностью, пальпация нижнего сегмента болезненна. Резко выражено контракционное кольцо, косо ориентированное на уровне пупка. Пальпация плода затруднена, тоны сердца выслушиваются слева ниже пупка, 186 ударов в минуту, глухие, аритмичные.

Размеры таза: 25-28-31-20см, окружность запястья 14см. Размер Цангейстера 22см. Ромб Михаэлиса симметричный.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы и стенки влагалища отечны. Открытие маточного зева полное, передняя губа шейки матки ущемлена между головкой плода и тазовым кольцом, отечна. Предлежит головка плода, с резко выраженной родовой опухолью. Сагиттальный шов не определяется, слева на головке пальпируются надбровные дуги, переносица, справа – угол родничка. Нижний полюс головки располагается на 2 см выше уровня седалищных остей, две трети задней поверхности симфиза, крестцовая впадина до II позвонка пальпируются свободно. Подтекают зеленоватые околоплодные воды.

1. Определите истинную конъюгату, предполагаемую массу плода, уровень расположения головки относительно плоскостей малого таза, момент биомеханизма родов.
2. Составьте предварительный диагноз.
3. Обоснуйте необходимую акушерскую тактику согласно предварительному диагнозу.

Задача 2

Пациентка 23 лет, первобеременная, 37 недель гестации, в родах 8 часов. Час назад при открытии маточного зева 8см излились светлые околоплодные воды. Предъявляет жалобы на появление постоянных интенсивных болей в животе между схватками, желание тужиться, кровянистые выделения из половых путей.

Общее состояние средней тяжести, возбуждена, зрачки расширены. АД 100 и 70 мм. рт. ст., пульс 100 ударов в минуту, слабого наполнения, ЧД 21 в минуту.

Матка в гипертонусе, резко болезненна при пальпации во всех отделах. Тоны сердца плода выслушиваются справа ниже пупка, 100 ударов в минуту, глухие, аритмичные. ВДМ 38 см, ОЖ 90см. Размеры таза: 23-26-29-19см, окружность запястья 14см, размер Франка 10см. Размер Цангейстера 21см. Ромб Михаэлиса симметричный.

Данные влагалищного исследования: открытие маточного зева полное, предлежит головка плода, резко конфигурирована, родничок треугольной формы по проводной оси таза. Нижний полюс головки на 2 см выше седалищных остей. Две трети задней поверхности симфиза, крестцовая впадина до II позвонка достижимы свободно. Выделение из половых путей скудные, кровянистые.

1. Определите истинную конъюгату, предполагаемую массу плода, уровень расположения головки относительно плоскостей малого таза, момент биомеханизма родов.
2. Составьте предварительный диагноз.
3. Обоснуйте необходимую акушерскую тактику согласно предварительному диагнозу.

Задача 3

Пациентка 28 лет, 37 недель гестации, поступила с жалобами на интенсивные регулярные боли в животе, излитие большого количества светлых околоплодных вод 2 часа назад.

Анамнез: первая беременность 3 года назад закончилась преждевременными самопроизвольными родами в 36 недель гестации без осложнений. Настоящая беременность протекала без осложнений.

Общее состояние средней тяжести, поведение беспокойное. АД 110 и 70 мм.рт.ст., пульс 90 ударов в минуту, ЧД 20 в минуту. Телосложение правильное. Рост 165 см, вес 70 кг. Размеры таза: 25-28-31-19см, окружность запястья 15см, вертикаль ромба Михаэлиса 10см, размер Цангемейстера 21см.

Живот овоидной формы. ВДМ 36см, ОЖ 100см. Схватки каждые 1-2 минуты, по 60-70 секунд, сильные, резко болезненные. Матка вне схватки полностью не расслабляется, пальпация нижнего сегмента болезненна. Положение плода продольное, тоны сердца плода выслушиваются справа ниже пупка, 160 ударов в минуту, с кратковременными акцелерациями до 180 ударов в минуту.

Моча выведена катетером, светлая.

Данные влагалищного исследования: открытие маточного зева полное, предлежит головка плода, резко конфигурирована, с выраженной родовой опухолью, фиксирована в плоскости входа в малый таз. Ниже головки пальпируется ручка плода. Подтекают светлые околоплодные воды.

1. Определите истинную конъюгату, предполагаемую массу плода, момент биомеханизма родов.
2. Составьте предварительный диагноз.
3. Обоснуйте необходимую акушерскую тактику согласно предварительному диагнозу.

Задача 4

Пациентка 32 лет, 2 минуты назад произошли четвертые срочные самопроизвольные роды в головном предлежании плода (мальчик, 4000г, 55см). Первый период родов 4 часа, излитие околоплодных вод при полном открытии маточного зева, второй период родов 30 минут, третий период родов 20 минут, послед родился самостоятельно, без дефектов.

Пациентка предъявляет жалобы на появление неясных болей в животе, слабость, головокружение, потемнение в глазах. Кожный покров бледный, акроцианоз. АД 100 и 70 мм.рт.ст., пульс 110 ударов в минуту, слабого наполнения.

Матка на уровне пупка, плотная, смещена влево. При влагалищно-абдоминальном исследовании слева от матки пальпируется пульсирующее образование эластической консистенции без четких контуров, достигающее стенок таза. При осмотре в зеркалах выявлен разрыв передней губы шейки матки справа третьей степени. Выделения из половых путей кровянистые, умеренные.

1. Составьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте необходимую акушерскую тактику согласно предварительному диагнозу.

Задача 5

Пациентка 26 лет, 37 недель гестации, в родах 6 часов, предъявляет жалобы на снижение интенсивности и частоты схваток, появление неясных болей в животе после излития околоплодных вод.

Анамнез: первая беременность закончилась срочными оперативными родами без осложнений, показания для операции кесарево сечение: передний вид лицевого вставления головки плода. Настоящая беременность протекала без осложнений.

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Рост 180см, вес 80кг. Размеры таза: 26-29-32-21см, окружность запястья 16см, вертикаль ромба Михаэлиса 11см. Размер Цангемейстера 19см.

Температура тела 36,6°C. АД 110 и 70 мм.рт.ст., пульс 80 ударов в минуту, ЧД 18 в минуту. Последнее мочеиспускание 2 часа назад, свободное, безболезненное.

Живот овоидной формы. ВДМ 36см, ОЖ 85см. Схватки через 4-5 минут, по 25 секунд, слабые, болезненные. Матка вне схватки расслабляется не полностью. Пальпация области предполагаемого рубца болезненна. Контракционное кольцо выражено отчетливо, располагается на уровне пупка. Положение плода продольное, тоны сердца плода выслушиваются справа ниже пупка, 150 ударов в минуту, ритм правильный.

Данные влагалищного исследования: открытие маточного зева 8 см, плодный пузырь отсутствует, подтекают светлые околоплодные воды. Предлежит головка плода, сагиттальный шов в поперечном размере малого таза, отклонен к мысу на 1,5-2 см. Родничок треугольной формы справа, родничок четырехугольной формы слева, расположен ниже уровня малого родничка. Нижний полюс головки на 2 см выше уровня седалищных остей, во время схватки тенденции к продвижению головки нет. Две трети задней поверхности симфиза, крестцовая падина до II позвонка пальпируются свободно. Подтекают светлые околоплодные воды.

1. Определите истинную конъюгату, предполагаемую массу плода, уровень расположения головки относительно плоскостей малого таза, момент биомеханизма родов.
2. Составьте предварительный диагноз.
3. Обоснуйте необходимую акушерскую тактику согласно предварительному диагнозу.

Модуль 1. Акушерство

Тема практического занятия 13

ПОСЛЕРОДОВЫЕ СЕПТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Вопросы для самоподготовки

1. Эпидемиология, этиология, патогенез, классификация послеродовых септических заболеваний.
2. Клиника, диагностика, принципы профилактики и лечения послеродовых воспалительных заболеваний органов малого таза и их осложнений.
3. Этиология, патогенез, клиника, принципы диагностики, профилактики и лечения патологии молочных желез в послеродовом периоде (трещины сосков, патологический лактостаз, гипогалактия, мастит).
4. Особенности течения послеродовых септических заболеваний в современных условиях.
5. Этиология, эпидемиология, клиника, терапия и профилактика токсико-септических заболеваний новорожденных.
6. Этиология, патогенез, классификация, критерии диагностики, принципы профилактики и лечения врожденной (внутриутробной) инфекции.
7. Принципы организации мероприятий при вспышке токсико-септических заболеваний в родильном доме.

Письменные задания

1. Дайте характеристику факторов этиологии и патогенеза послеродовых септических заболеваний.
2. Перечислите основные клинические формы послеродовых воспалительных заболеваний органов малого таза и их осложнений.
3. Перечислите принципы профилактики послеродовых ВЗОМТ.
4. Составьте алгоритм диагностики и лечения послеродовых ВЗОМТ.
5. Перечислите принципы профилактики патологии молочных желез в послеродовом периоде.
6. Составьте алгоритм диагностики и лечения патологии молочных желез в послеродовом периоде.
7. Перечислите особенности течения послеродовых септических заболеваний в современных условиях.
8. Перечислите меры профилактики токсико-септических заболеваний новорожденных.
9. Составьте алгоритм диагностики и лечения токсико-септических заболеваний новорожденных.
10. Перечислите меры профилактики внутриутробной инфекции.
11. Составьте алгоритм диагностики и лечения внутриутробной инфекции.
12. Составьте алгоритм действий персонала при вспышке токсико-септических заболеваний в родильном доме.

Задачи

Задача 1

Пациентка 26 лет на 4е сутки после срочных самопроизвольных родов предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 38,2°C, периодические тянущие боли внизу живота, кровянистые лохии с неприятным запахом.

Общее состояние средней тяжести. Кожный покров и слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Молочные железы при пальпации мягкие, безболезненные. ЧСС 88 ударов в минуту, ЧД 18 в минуту, АД 110 и 70 мм.рт.ст.

Живот участвует в акте дыхания, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника выслушивается. Газы отходят. Стул самостоятельный. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, учащено.

При влагалищном исследовании смещения шейки матки безболезненны, матка при пальпации мягковатая, умеренно болезненна, дно матки располагается на 2 поперечных пальца выше лонной дуги. Придатки не пальпируются. Нависания сводов влагалища не выявлено.

По данным ультразвукового исследования органов малого таза, полость матки расширена: 50x100x10мм, в полости матки гетерогенные эхопозитивные и эхонегативные включения, единичные участки пониженной эхогенности в миометрии по передней стенке матки. Свободная жидкость в полости малого таза не определяется.

1. Составьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данной ситуации?
3. Какова лечебная тактика согласно предварительному диагнозу?

Задача 2

Пациентка 28 лет, 18 сутки после срочных оперативных родов (операция кесарево сечение в экстренном порядке по поводу первичной слабости родовой деятельности без эффекта от консервативной терапии; кровопотеря во время операции 1000мл, антибактериальная терапия в послеоперационном периоде 5 дней), предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 37,8°C по вечерам, ноющие боли внизу живота, слабость, отсутствие аппетита, скудные сукровично-слизистые выделения из половых путей с неприятным запахом.

Общее состояние средней тяжести. Температура тела 37,6°C. Кожный покров и слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Молочные железы при пальпации мягкие, безболезненные. ЧСС 90 ударов в минуту, ЧД 18 в минуту, АД 110 и 70 мм.рт.ст.

Живот участвует в акте дыхания, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника выслушивается. Газы отходят. Стул самостоятельный. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, учащено.

При влагалищном исследовании выявлено: шейка матки не сформирована, края шейки матки тонкие, податливые, свободно свисают во влагалище. Смещение шейки матки безболезненно, нависания влагалищных сводов не выявлено. Матка при пальпации мягковатая, болезненная, дно матки располагается на уровне лонной дуги.

Придатки не пальпируются.

При ультразвуковом исследовании выявлено: полость матки расширена (60x70x10мм), на стенках полости матки очаговые линейные эхопозитивные структуры толщиной до 5 мм, в области послеоперационного рубца множественные эхонегативные включения с нечеткими

контурами, деформация полости матки в области рубца в виде ниши глубиной 5 мм. При доплерометрии в области рубца снижение объемного кровотока. Свободная жидкость в полости малого таза не выявлена.

1. Составьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данной ситуации?
3. Какова лечебная тактика согласно предварительному диагнозу?

Задача 3

Пациентка 25 лет, 8 сутки после срочных самопроизвольных родов, предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 38,3°C, резкие боли внизу живота, слабость, сухость во рту. В течение дня была однократная рвота.

Общее состояние средней тяжести. Кожный покров и видимые слизистые оболочки чистые, выраженная гиперемия лица. ЧСС 90 ударов в минуту, АД 110 и 70 мм.рт.ст, ЧД 20. Молочные железы мягкие, безболезненные. Живот умеренно вздут, участвует в акте дыхания. Перистальтика выслушивается, тихая. В гипогастрии выражены симптомы раздражения брюшины, мышечный дефанс. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание болезненно, учащено. Стул в течение дня однократный оформленный, со слов пациентки.

При влагалищном исследовании смещение шейки матки резко болезненно, отмечается нависание сводов влагалища. Глубокая пальпация невозможна из-за резкой болезненности сводов и гипогастрия. Выделения из половых путей гнойные умеренные.

1. Составьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данной ситуации?
3. Какова лечебная тактика согласно предварительному диагнозу?

Задача 4

Пациентка 32 лет, 10 сутки после срочных самопроизвольных родов, предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 38,7°C, резкие боли по всему животу, усиливающиеся при изменении положения тела, трехкратную рвоту в течение дня.

Общее состояние тяжелое. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледные, акроцианоз. Язык сухой, обложен белым налетом. Молочные железы мягкие, безболезненные. АД 100 и 60 мм.рт.ст, ЧСС 110 ударов в минуту, ЧД 24 в минуту. Живот вздут, не участвует в акте дыхания. Мышечный дефанс выражен во всех отделах живота, симптомы раздражения брюшины нечеткие. Перистальтика кишечника не выслушивается. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускания в течение 2 часов не было. Стула в течение дня не было. Газы не отходят.

При влагалищном исследовании смещение шейки матки резко болезненно, отмечается нависание влагалищных сводов, глубокая пальпация невозможна из-за резкой болезненности. Выделения из половых путей гнойные.

При ультразвуковом исследовании выявлено: матка 100x100x70мм, полость матки расширена до 70x40x10мм, в полости множественные гетерогенные эхопозитивные включения, в миометрии диффузные изменения – множественные эхонегативные включения с нечеткими контурами. В проекции левых придатков матки образование размерами 5x6x4см, эхопозитивная капсула с участками резкого истончения, внутри – эхопозитивная среднедисперсная взвесь. Правые придатки не визуализируются. В прямокишечно-маточном углублении, латеральных каналах брюшной полости эхонегативное образование без капсулы, меняющее форму при изменении положения тела.

1. Составьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данной ситуации?
3. Какова лечебная тактика согласно предварительному диагнозу?

Модуль 1. Акушерство

Тема практического занятия 14

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА И ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ. ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННЫХ К РОДАМ. КУРАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ, КЛИНИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ РОДОВ.

Вопросы для самоподготовки

1. Организация акушерско-гинекологической службы. Структура акушерского стационара, женской консультации. Понятие об АТП-комплексе.
2. Курация беременных, рожениц, родильниц. Клиническая история родов. Формирование групп риска по МФР, ПФР, развитию гнойно-септических осложнений.
3. Психопрофилактическая подготовка беременных к родам.

Письменная подготовка

1. Структура акушерского стационара? Какие документы регламентируют работу акушерско-гинекологической службы? Задачи женской консультации? Что такое АТП-комплекс?
2. В чем особенности сбора анамнеза у беременной? Что включает в себя специальное акушерское обследование? Что исследуется с помощью приемов Леопольда-Левицкого? Как рассчитать предполагаемые вес плода? Как высчитать срок беременности и предполагаемую дату родов? Постановка предварительного диагноза, выбор плана обследования и прогноз родов. Как рассчитывается МФР, ПФР?
3. Методы подготовки беременных к родам. Структура занятий, особенности ведения для перво- и повторно-рожающих, подготовка к партнерским родам. Методы «самообезболивания» в родах.

Задачи

Задача 1

К врачу женской консультации обратилась пациентка 20 лет с результатами ультразвукового исследования органов малого таза: беременность маточная, 8 недель.

Беременность первая, желанная. Со слов пациентки, страдает хроническим пиелонефритом, периодические обострения (1-2 раза в год) требуют госпитализации.

Данные объективного исследования: рост 180 см, вес 65 кг. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. АД 110 и 70 мм. рт. ст. Пульс удовлетворительных характеристик, ЧСС 70 в минуту. ЧД 18 в минуту.

Менархе в 12 лет, регулярный цикл установился сразу. Менструации регулярные через 28 дней, по 5 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 16 лет, контрацепция барьерная. Гинекологические заболевания отрицает. При осмотре шейки матки в зеркалах патологии не выявлено. Матка при пальпации соответствует сроку беременности. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

1. В какие сроки врач женской консультации должен принять первичное решение о возможности пролонгирования беременности?
2. Консультации каких специалистов обязательны в данной ситуации? В какие сроки?

3. Составьте план базового лабораторного/инструментального обследования данной пациентки, необходимого для принятия первичного решения о возможности пролонгирования беременности.

Задача 2

На очередном приеме врача женской консультации пациентка 25 лет, беременность I, 35 недель, предъявляет жалобы на отеки голеней. Общее состояние удовлетворительное. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Пастозность голеней. АД 120 и 80 мм. рт. ст. Пульс удовлетворительных качеств, ЧСС 70 ударов в минуту. ЧД 18 в минуту. Стрип-тест на протеинурию отрицательный.

Размеры таза: 23-26-29-19 см. Индекс Соловьева 14 см.

Матка в нормотонусе, безболезненна при пальпации и шевелениях плода во всех отделах. ВДМ 34 см, окружность живота 80 см. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец, над входом в малый таз. Тоны сердца плода ясные, ритм правильный, 140 ударов в минуту. Околоплодные воды не отходили.

При влагалищном исследовании шейка матки отклонена кзади, 3 см, плотная, цервикальный канал закрыт. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

Согласно данным скринингового УЗИ, УЗИГ в 33 недели беременности патологии не выявлено.

Заключение терапевта в 34 недели беременности: Бронхиальная астма интермиттирующего течения. ДН 0.

Заключение офтальмолога в 34 недели беременности: миопия I степени без изменений на глазном дне.

1. Составьте клинический диагноз на основании имеющихся данных.
2. В акушерский стационар какой группы (I, II, IIIA, IIIB) должна быть направлена на родоразрешение данная пациентка?
3. Перечислите критерии, определившие выбор акушерского стационара.

Задача 3

К врачу женской консультации обратилась пациентка 28 лет, 33 недели гестации, с жалобами на интенсивные нерегулярные (через 10-15 минут) схваткообразные боли внизу живота в течение 2 часов. Настоящая беременность первая, протекала без особенностей.

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Пастозность голеней. АД 130 и 80 мм.рт.ст. ЧСС 70 в минуту, пульс удовлетворительных характеристик.

Матка возбудима при пальпации, безболезненна во всех отделах. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. ВДМ 33 см, окружность живота 84 см.

Данные влагалищного исследования: шейка центрирована, размягчена, укорочена до 1 см. Цервикальный канал свободно проходим. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз.

Размеры таза: 23-26-29-23 см. Индекс Соловьева 15 см.

1. Составьте предварительный диагноз
2. Какова тактика акушера-гинеколога женской консультации согласно данному диагнозу?
3. В акушерский стационар какой группы (I, II, IIIA, IIIB) должна быть направлена данная пациентка?
4. Перечислите критерии, определившие выбор акушерского стационара.

Задача 4

В сельский фельдшерско-акушерский пункт обратилась пациентка 32 лет, согласно выписке из районного родильного дома – на 7е сутки после срочных самопроизвольных родов. Женщина предъявляет жалобы на головокружение, озноб, повышение температуры тела до 38,6°C в течение 3 часов, наличие обильных сукровично-гнойных выделений из половых путей. При объективном

исследовании: общее состояние средней тяжести. Температура тела 38,9°C. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледные, акроцианоз. Тест заполнения капилляров - 3 секунды. Отеков нет. Молочные железы мягкие, безболезненные. АД 100 и 70 мм. рт. ст. ЧСС 90 ударов в минуту, выслушивается систолический шум на верхушке сердца. Пульс слабого наполнения. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 25 в минуту. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в гипогастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. При влагалищном исследовании матка мягкая, болезненная, дно матки пальпируется на 2см выше лонного сочленения.

1. Составьте предварительный диагноз
2. Какова тактика акушерки фельдшерско-акушерского пункта по организации медицинской помощи данной пациентке?
3. В какое лечебное учреждение и в каком способом должна быть доставлена данная пациентка?
4. Опишите этапы организации медицинской помощи.

Модуль 1. Акушерство

Тема практического занятия 15

КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ. АБОРТЫ. ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС.

Вопросы для самоподготовки

1. Дифференциальная диагностика вариантов кровотечения в первой половине беременности.
2. Невынашивание беременности.
3. Медицинский аборт.
4. Инфицированный внебольничный аборт.
5. Реабилитационные мероприятия после прерывания беременности.
6. Аномалии развития внезародышевых элементов плодного яйца.
7. Внематочная беременность.
8. Истмико-цервикальная недостаточность.

Письменные задания

1. Какие причины кровотечения в первой половине беременности? Клиника прерывания беременности в первой половине беременности - угрожающего, начавшегося, аборта в «ходу», неполного, полного, свершившегося, задержавшегося? Техника методов прерывания в ранние и поздние сроки?
2. Невынашивание, привычное невынашивание - понятие, причины, патогенез, тактика ведения женщин с привычным невынашиванием. Что такое истмико-цервикальная недостаточность - понятие, классификация, диагностика, методы коррекции.
3. Перечислите показания к прерыванию беременности. Перечислите минимум обследования для проведения аборта. Способы прерывания беременности до 12 недель - техника выполнения, инструментальное обеспечение. Методы реабилитации после аборта.
4. Клиника внебольничного аборта? Тактика ведения пациенток с инфицированным абортом. Оказание экстренной помощи при септическом аборте. Бактериальный шок - клиника, патогенез, диагностика и тактика ведения. Методы профилактики. Послеабортный сепсис - клиника, диагностика и лечение, профилактика.
5. Роль женской консультации в профилактике абортов. До - и послеабортное консультирование. Виды контрацепции - классификация, механизм действия и эффективность современных контрацептивных средств.
6. Пузырный занос - понятие, классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика и тактика ведения.
7. Внематочная беременность - понятие, классификация, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения. Шеечная беременность - диагностика и лечение. Трубный аборт и разрыв трубы - дифференциальная диагностика, особенности ведения, реабилитация.
8. Понятие, причины, классификация, методы диагностики и способы коррекции. Особенности дальнейшего ведения беременности при ИЦН.

Задачи

Задача 1

Женщина 30 лет поступила в стационар в связи с жалобами на боли внизу живота и мажущие кровянистые выделения из половых путей. Три месяца назад - самопроизвольный аборт в

сроке 6-7 недель, выскабливание полости матки без осложнений. Последняя менструация 8 недель назад.

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. АД 120 и 80 мм. рт. ст., ЧСС 70 ударов в минуту, ЧД 18 в минуту. Данные влагалищного исследования: шейка матки длиной 3 см, частично размягчена, цервикальный канал пропускает кончик пальца. Матка увеличена до 6-7 недель беременности, придатки не определяются, своды глубокие.

1. Составьте предварительный диагноз.
2. Перечислите нозологии для дифференциальной диагностики.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы в данной ситуации?
4. Какова тактика акушера-гинеколога согласно предварительному диагнозу?

Задача 2

В женскую консультацию обратилась беременная 28 лет с жалобами на ноющие боли внизу живота и в пояснице. Срок беременности по дате последней менструации 15 недель. В анамнезе одни самопроизвольные роды без осложнений и три искусственных аборта. Данные влагалищного исследования: шейка матки длиной 2,5 см, центрирована. Цервикальный канал проходим для 1 пальца, матка увеличена соответственно сроку беременности, выделения из половых путей слизистые, в умеренном количестве.

1. Составьте предварительный диагноз.
2. Какова тактика врача женской консультации?

Задача 3

На диспансером учете в женской консультации состоит беременная 26 лет. Жалоб не предъявляет. В анамнезе один медицинский аборт и два самопроизвольных выкидыша в сроке 20-21 недель беременности. При влагалищном исследовании, проведенном в сроке беременности 17 недель, отмечено: шейка матки укорочена до 1,5 см, размягчена, канал шейки матки пропускает один палец.

1. Составьте предварительный диагноз.
2. Какова тактика врача женской консультации?

Задача 4

Женщина 29 лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи в связи с жалобами на схваткообразные боли в животе, обильные коричневые выделения из половых путей, головокружение, слабость. Два дня назад появились обильные кровянистые выделения из половых путей, которые пациентка приняла за очередную менструацию. В течение суток выделения коричневые, с неприятным запахом. Час назад почувствовала острую боль внизу живота, со слов мужа потеряла сознание на 1 минуту.

Последняя менструация 2 месяца назад. В анамнезе 2 самопроизвольных родов без осложнений, 6 месяцев назад самопроизвольный выкидыш на малом сроке, выскабливание полости матки не проводилось.

Общее состояние средней тяжести. Температура тела 37,8 °C. Кожный покров и слизистые оболочки бледные. АД 100 и 60 мм рт. ст., пульс 108 ударов в минуту, слабого наполнения. ЧД 25 в минуту. Тест заполнения капилляров – 3 секунды. Живот напряжен, пальпация гипогастрия резко болезненна.

Данные влагалищного исследования: шейка матки центрирована, размягчена, длиной 2 см, цервикальный канал пропускает палец. Смещение шейки резко болезненно. Отмечается

нависание влагалищных сводов. Матка увеличена до 5-6 недель беременности, мягковатая, болезненная. Придатки не пальпируются.

1. Составьте предварительный диагноз.
2. Перечислите нозологии для дифференциальной диагностики.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза?

Модуль 1. Акушерство

Тема практического занятия 16

ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ. ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

Вопросы для самоподготовки

1. Причины кровотечений во второй половине беременности, классификация.
2. Предлежание плаценты. Классификация, клиника, ведение беременности и родов.
3. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, клиника, ведение беременности и родов.
4. Дифференциальный диагноз при кровотечениях во второй половине беременности.

Письменные задания

1. Перечислите предрасполагающие факторы, к кровотечениям во второй половине беременности?
2. Перечислите основные признаки, указывающие на наличие предлежания плаценты? Формы предлежания? Особенности течения беременности, методы обследования, помогающие в диагностике? Факторы риска предлежания плаценты? Тактика ведения родов при предлежании?
3. Факторы риска развития ПОНРП? Причины ПОНРП? Патогенез преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты? Клиника, диагностика и тактика ведения ПОНРП? Особенности родоразрешения при ПОНРП во время беременности, в первом и втором периоде родов? Что такое маточно-плацентарная апоплексия -диагностика и тактика ведения? От чего зависит объем оперативной помощи при ПОНРП? Методы профилактики ПОНРП?
4. Перечислите характерные симптомы предлежания плаценты и преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты? С какими осложнениями необходимо дифференцировать каждую из этих патологий?

Задачи

Задача 1

Пациентка 29 лет, беременность III, 38 недель гестации, в родах 6 часов, предъявляет жалобы на появление постоянной боли в животе после излития околоплодных вод.

Анамнез: первая беременность 5 лет назад закончилась срочными самопроизвольными родами без осложнений (мальчик, 4200г, 57см), вторая беременность 3 года назад закончилась самопроизвольным абортom в сроке 5-6 недель, осложнившимся метроэндометритом (консервативное лечение). Настоящая беременность протекала без особенностей.

Общее состояние средней тяжести, беспокойна. Кожный покров бледный. АД 100 и 70 мм.рт.ст., пульс 100 ударов в минуту, слабого наполнения. ЧД 22 в минуту. Тест заполнения капилляров 3 секунды.

Матка в гипертонусе, резко болезненна при пальпации. ВДМ 38см, ОЖ 110см. Тоны сердца плода глухие, аритмичные, 180 ударов в минуту. Подтекают околоплодные воды, окрашенные кровью.

При развернутой операционной произведено влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, предлежит головка плода, нижний полюс головки на 2 см выше

уровня седалищных остей. Стреловидный шов в левом косом размере таза, родничок треугольной формы справа спереди.

1. Составьте предварительный диагноз, перечислите нозологии для дифференциальной диагностики.
2. Какова тактика акушера-гинеколога согласно предварительному диагнозу?
3. Какие факторы риска развития данного состояния выявлялись у пациентки во время беременности?

Задача 2

Пациентка 26 лет, беременность I, 38 недель, в родах 8 часов. Схватки через 7-8 минут, по 20-25 секунд, слабой силы. ВДМ 37см, ОЖ 120см. Размеры таза 25-28-31-21см. Окружность запястья 14см.

При влагалищном исследовании выявлено: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4 см, края зева тонкие, силой схватки не растягиваются. Плодный пузырь цел, напряжен. После амниотомии начато внутривенное капельное введение окситоцина с целью родоусиления. Через час пациентка предъявляет жалобы на интенсивные боли в животе, озноб.

Данные осмотра: общее состояние средней тяжести. Кожный покров бледный. АД 100 и 70 мм.рт.ст, пульс 92 удара в минуту, слабого наполнения. ЧД 21 в минуту. Тест заполнения капилляров – 3 секунды.

Схватки через 2-3 минуты по 60 секунд, сильные. Матка вне схватки полностью не расслабляется, болезненна во всех отделах. Размер Цангемейстера 19см. Данные КТГ: базальный ритм 120 ударов в минуту, после каждой схватки децелерации до 100 ударов в минуту.

При развернутой операционной произведено влагалищное исследование: открытие маточного зева 6см, предлежит головка плода с выраженной родовой опухолью, нижний полюс головки на 2 см выше уровня седалищных остей. Подтекают околоплодные воды, окрашенные кровью.

1. Составьте предварительный диагноз, перечислите нозологии для дифференциальной диагностики.
2. Какова тактика акушера-гинеколога согласно предварительному диагнозу?
3. Какие факторы риска развития данного состояния выявлялись у данной пациентки?

Задача 3

Пациентка 27 лет, беременность II, 39 недель, в родах 10 часов.

Анамнез: первая беременность 5 лет назад закончилась срочными самопроизвольными родами без осложнений.

Первый период родов 9,5 часов, консервативная терапия дискоординированной родовой деятельности (эпидуральная аналгезия).

Второй период родов длится до настоящего момента 30 минут. После очередной потуги пациентка предъявляет жалобы на интенсивную боль в животе, головокружение.

Кожный покров бледный. АД 105 и 70 мм.рт.ст., пульс 96 ударов в минуту, слабого наполнения. ЧД 22 в минуту. Тест заполнения капилляров 3 секунды.

Матка в гипертонусе, резко болезненна при пальпации. Головка плода врезывается. Тоны сердца плода глухие, 100 ударов в минуту.

1. Составьте предварительный диагноз, перечислите нозологии для дифференциальной диагностики.
 2. Какова тактика акушера-гинеколога согласно предварительному диагнозу?
- Какие факторы риска развития данного состояния выявлялись у данной пациентки?

Задача 4

Пациентка 26 лет, беременность I, 33 недели гестации, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на скудные коричневые выделения из половых путей в течение часа. Согласно данным УЗИ в 22 недели гестации – неполное предлежание плаценты.

Общее состояние удовлетворительное. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Температура тела 36,6°C. АД 120 и 80 мм. рт. ст. Пульс 80 ударов в минуту, удовлетворительных качеств. Тест заполнения капилляров – 1 секунда.

Матка в нормотонусе, безболезненна во всех отделах при пальпации и шевелениях плода.

Тоны сердца плода ясные, ритм правильный, 150 ударов в минуту.

Выделения из половых путей скудные сукровичные.

1. Составьте предварительный диагноз.
2. Какова тактика акушера-гинеколога женской консультации согласно предварительному диагнозу?

Задача 5

Пациентка 32 лет, беременность III, 30 недель, доставлена в приемное отделение акушерского стационара III уровня машиной скорой помощи с жалобами на кровянистые выделения из половых путей в течение часа, нерегулярные боли внизу живота, слабость.

Анамнез: первая и вторая беременности два года назад закончились медицинским абортom в сроке 5-6 недель гестации без осложнений. Настоящая беременность протекала со слов пациентки без осложнений, от ультразвукового скрининга первого и второго триместра пациентка отказалась.

На момент осмотра общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,4°C. Кожный покров бледный. АД 110 и 70 мм. рт. ст., пульс 80 ударов в минуту, ЧД 20 в минуту. Тест заполнения капилляров – 2 секунды.

Матка в нормотонусе, возбудима, безболезненна во всех отделах при пальпации и шевелениях плода. Тоны сердца плода ясные, ритм правильный, 160 ударов в минуту. Согласно данным УЗИ в приемном покое: поперечное положение плода, неполное предлежание плаценты.

При развернутой операционной проведен осмотр шейки матки в зеркалах: цервикальный канал закрыт, дефектов эпителиального покрова слизистой шейки матки и влагалища не выявлено. Шейка матки длиной 2см, центрирована, размягчена. Выделения из половых путей кровянистые, скудные.

1. Составьте предварительный диагноз.
2. Какова акушерская тактика согласно предварительному диагнозу.

Модуль 1. Акушерство

Тема практического занятия 17

КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕДОВОМ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДАХ. ДВС

Вопросы для самоподготовки

1. Кровотечения в последовом периоде.
2. Причины, клиническая картина. Тактика врача, профилактические мероприятия.
3. Кровотечения в раннем послеродовом периоде. Причины. Тактика врача.
4. Кровотечения, обусловленные ДВС-синдромом. Причины.
5. Профилактика кровотечений.

Письменные задания

1. Перечислите причины кровотечения в последовом периоде?
2. Назовите признаки отделения плаценты и методы ее выделения?
3. Назовите виды аномалий прикрепления плаценты?
4. Показания к операции ручного отделения плаценты и выделения последа?
5. Показания к надвлагалищной ампутации матки?
6. Назовите причины кровотечения в раннем послеродовом периоде?
7. Гипотония матки. Причины. Методы остановки гипотонического кровотечения. Профилактические мероприятия.
8. Управляемая баллонная тампонада матки.
9. Родовой травматизм, как причина кровотечения в раннем послеродовом периоде. Методы диагностики и лечения.
10. Правила осмотра последа после его рождения. Тактика врача при сомнении в целостности последа.
11. Назовите методы остановки кровотечения и его профилактика.
12. Составьте группы риска среди беременных, угрожаемых по кровотечению при беременности и в родах.
13. Наметьте план профилактических мероприятий.

Задачи

Задача 1

Пациентка 35 лет, роды пятые, срочные самопроизвольные в 39 недель гестации, в головном предлежании плода.

Первый период родов 4 часа, без особенностей. Второй период родов 30 минут, без особенностей. Родился мальчик, 4200г, 55 см, оценка по шкале Апгар 8/9. Послед выделился самостоятельно через 10 минут после извлечения плода, при осмотре без структурных аномалий, с множественными кальцификатами. При осмотре мягких родовых путей в зеркалах разрывов шейки матки, влагалища, промежности не выявлено. Через 1,5 часа внезапно появилось кровотечение из половых путей со сгустками, достигающее около 400 мл. Родильницу беспокоит общая слабость. Объективно: кожный покров и видимые слизистые оболочки бледные, тест заполнения капилляров 3 секунды. АД 100 и 70 мм. рт. ст., ЧСС 90 ударов в минуту, пульс слабого наполнения.

1. Составьте предварительный диагноз
2. Какова тактика акушера гинеколога на начальном этапе?
3. Какие факторы риска развития данного состояния выявлялись у данной пациентки?

Задача 2

Пациентка 25 лет, беременность I, 37 недель, дихориальная диамниотическая двойня, продольное положение, головное предлежание обоих плодов. Роды самопроизвольные. Первый период родов 8 часов, без особенностей. Второй период родов 1 час, без особенностей. Послеродовые выделения самостоятельно через 15 минут после извлечения второго плода. При осмотре структурных аномалий не выявлено. Разрыв шейки матки I степени, эпизиотомная рана ушита без осложнений.

Через час появилось кровотечение из половых путей со сгустками, в объеме около 400 мл. Объективно: кожный покров и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, АД 110 и 70 мм. рт. ст., пульс 80 ударов в минуту. Тест заполнения капилляров - 2 секунды. Матка на 4 поперечных пальца ниже пупка.

1. Составьте предварительный диагноз
2. Какова тактика акушера гинеколога на начальном этапе?
3. Какие факторы риска развития данного состояния выявлялись у данной пациентки?

Задача 3

Пациентка 32 лет, роды вторые срочные самопроизвольные в головном предлежании плода. Через 10 минут после рождения ребенка началось кровотечение из половых путей со сгустками, 400 мл. Признаки отделения плаценты отрицательные. Пациентка предъявляет жалобы на общую слабость. Кожный покров бледный. АД 100 и 70 мм. рт. ст., пульс 90 ударов в минуту, слабого наполнения. Тест заполнения капилляров - 3 секунды.

1. Составьте предварительный диагноз
2. Какова тактика акушера-гинеколога согласно предварительному диагнозу?

Задача 4

Пациентка 35 лет, третьи срочные самопроизвольные роды закончились час назад. Родился мальчик, 4500г, 56 см. Оценка по шкале Апгар 8/8. Послеродовые выделения самостоятельно через 20 минут после извлечения плода, без структурных аномалий. При осмотре родовых путей разрывов не выявлено. Через час внезапно началось обильное кровотечение из половых путей в объеме около 500 мл. Пациентка предъявляет жалобы на головокружение, общую слабость. Пульс 120 ударов в минуту, ритмичный. АД 90 и 60 мм. рт. ст. Кожный покров бледный. Тест заполнения капилляров – 4 секунды. Матка мягкая, дно на уровне 2 поперечных пальца выше пупка.

1. Составьте предварительный диагноз
2. Какова тактика акушера-гинеколога согласно предварительному диагнозу на начальном этапе?

Задача 5

Пациентка 26 лет, роды первые, срочные, самопроизвольные в головном предлежании плода. Плод извлечен 30 минут назад.

Признаков отделения плаценты нет. Общее состояние удовлетворительное. Кожный покров бледно-розовый. АД 120 и 80 мм. рт. ст. Пульс 75 ударов в минуту, удовлетворительных качеств. Тест заполнения капилляров – 2 секунды. Выделений из половых путей нет.

1. Составьте предварительный диагноз
2. Какова тактика акушера-гинеколога согласно предварительному диагнозу на начальном этапе?

Модуль 1. Акушерство

Тема практического занятия 18

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ НЕСОВМЕСТИМОСТЬ МЕЖДУ МАТЕРЬЮ И ПЛОДОМ

Вопросы для самоподготовки

1. Факторы, ведущие к иммунизации.
2. Диагностика гемолитической болезни плода.
3. Ведение беременности при резус- и групповой несовместимости крови матери и плода.
4. Особенности лечения отечной формы ГБН.

Письменные задания

1. Причины изоиммунизации?
2. Профилактика иммунологической несовместимости между матерью и плодом.
3. Перечислите и обоснуйте современные методы диагностики ГБ (УЗИ, амниоцентез, кордоцентез, доплерометрия).
4. Принципы терапии ГБП. Десенсибилизирующая неспецифическая терапия (гемосорбция, плазмоферез, внутриутробная гемотрансфузия плода) для профилактики и лечения ГБ.
5. Показания к досрочному родоразрешению.
6. Особенности ведения родов.
7. Последствия ГБ.

Задачи

Задача 1

Беременная 20 лет обратилась к врачу женской консультации с результатами УЗИ органов малого таза: беременность маточная, 6 недель.

Настоящая беременность первая, желанная. Пациентка сообщает о наличии резус-отрицательной крови. Резус-принадлежность супруга неизвестна.

Составьте план мероприятий, направленных на профилактику изоиммунизации и развития гемолитической болезни плода и новорожденного для данной пациентки.

Задача 2

На приеме врача женской консультации пациентка 25 лет, беременность II, 31 неделя гестации, резус-фактор отрицательный. Первая беременность 3 года назад закончилась самопроизвольным абортом в сроке 8 недель гестации.

Получены результаты обследования, проведенного в сроке 30 недель беременности: впервые выявлены антиэритроцитарные антитела в титре 1:8. На момент обращения произведено ультразвуковое исследование фетоплацентарного комплекса: диагностировано увеличение максимальной скорости кровотока в средней мозговой артерии плода более 1,5 МоМ для настоящего срока гестации.

1. Составьте предварительный диагноз.
2. Определите необходимую акушерскую тактику.

Задача 3

Пациентка 30 лет, беременность II, резус-фактор отрицательный, поступила в отделение патологии беременности в сроке 36 недель гестации. На учете в женской консультации не состояла. В анамнезе: внематочная беременность, лапароскопическая тубэктомия 10 лет назад. При обследовании: сердцебиение плода приглушено, ритмичное, 170 ударов в минуту. Титр антиэритроцитарных антител составил 1:128, при ультразвуковом исследовании выявлено увеличение толщины плаценты, двойные контуры головки плода, асцит.

1. Составьте предварительный диагноз.
2. Определите необходимую акушерскую тактику.

Задача 4

Родился недоношенный ребёнок массой тела 2500 г. с желтушным окрашиванием кожных покровов, увеличенными печенью и селезёнкой, от матери с резус-отрицательной кровью. При обследовании новорождённого: группа крови A(II) резус положительная, содержание общего билирубина в пуповинной крови 128 мкмоль/л, уровень гемоглобина 110 г/л.

1. Составьте предварительный диагноз.
2. Определите необходимую лечебную тактику.

Модуль 1. Акушерство

Тема практического занятия 19

ВЫЗВАННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ ГИПЕРТЕНЗИЯ. ВЫЗВАННЫЕ БЕРЕМЕННОСТЬЮ ОТЕКИ. ВЫЗВАННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ ПРОТЕИНУРИЯ. ПРЕЭКЛАМПСИЯ. ЭКЛАМПСИЯ

Вопросы для самоподготовки

1. Физиологическое течение беременности и родов.
2. Клиника, принципы диагностики и лечения ранних токсикозов беременных.
3. Клиника, принципы диагностики и лечения вызванных беременностью гипертензии, отеков, протеинурии.
4. Клиника, принципы диагностики и лечения преэклампсии, эклампсии во время беременности, в родах и послеродовом периоде.
5. Влияние преэклампсии на развитие новорожденного. Признаки внутриутробного страдания плода.
6. Принципы ранней профилактики преэклампсии и эклампсии.

Письменные задания

1. Дайте характеристику норме беременности.
2. Составьте план диагностики и лечения раннего токсикоза беременных.
3. Составьте план диагностики и лечения вызванных беременностью гипертензии, отеков, протеинурии.
4. Составьте план диагностики и лечения преэклампсии, эклампсии во время беременности, в родах и послеродовом периоде.
5. Составьте план диагностики внутриутробного состояния плода у пациентки с преэклампсией.
6. Составьте алгоритм ранней профилактики преэклампсии и эклампсии.

Задачи

Задача 1

Пациентка 36 лет обратилась в женскую консультацию с результатами ультразвукового исследования органов малого таза. Заключение УЗИ: беременность маточная, 8 недель, развивающаяся. Настоящая беременность вторая, желанная. Первая беременность 10 лет назад, с 27 недель гестации повышение артериального давления до 150 и 90 мм.рт.ст. , на фоне медикаментозной терапии 140 и 90 мм.рт.ст. Роды срочные самопроизвольные в 37 недель гестации. Со слов пациентки имело место кровотечение в раннем послеродовом периоде, производилось ручное обследование полости матки. Ребенок: девочка, 3000г, 50 см, здорова.

На момент осмотра пациентка жалоб не предъявляет. Данные общего осмотра: рост 182 см, вес 80 кг, АД 110 и 70 мм.рт.ст.

1. К какой группе риска развития преэклампсии относится данная пациентка?
2. Какие факторы риска развития преэклампсии выявляются у данной пациентки?
3. Какие меры профилактики преэклампсии могут быть приняты акушером-гинекологом в ранние сроки гестации?

Задача 2

Пациентка 34 лет, беременность 2я, 6 недель, маточная, развивающаяся, индуцированная в результате 3-й попытки ЭКО и ПЭ. Показанием для проведения ЭКО и ПЭ явилось вторичное бесплодие в течение 4 лет, абсолютный трубный фактор (15 лет назад ВЗОМТ гонорейной этиологии, тубэктомия справа по поводу пиосальпинкса, 5 лет назад тубэктомия слева по поводу эктопической беременности, прервавшейся по типу разрыва трубы). В течение 6 месяцев наблюдается гематологом в связи с диагностированным по наличию в плазме крови волчаночного антикоагулянта антифосфолипидным синдромом без клинических проявлений. Данные общего осмотра: рост 165 см, вес 76 кг. АД 120 и 70 мм.рт.ст.

1. К какой группе риска развития преэклампсии относится данная пациентка?
2. Какие факторы риска развития преэклампсии выявляются у данной пациентки?
3. Какие меры профилактики преэклампсии могут быть приняты акушером-гинекологом в ранние сроки гестации?

Задача 3

Пациентка 17 лет, первобеременная, обратилась для постановки на учет в женскую консультацию. Срок гестации 9 недель. Со слов пациентки: хронический тонзиллит, хронический пиелонефрит. При исследовании разовой порции мочи с помощью индикаторной тест-полоски выявлена окраска индикаторного элемента, соответствующая уровню протеинурии 0,1г/л.

1. К какой группе риска развития преэклампсии относится данная пациентка?
2. Какие факторы риска развития преэклампсии выявляются у данной пациентки?
3. Какие меры профилактики преэклампсии могут быть приняты акушером-гинекологом в ранние сроки гестации?

Задача 4

Пациентка 40 лет, беременность 3я, 5 недель, желанная. В анамнезе двое срочных самопроизвольных родов, без осложнений. Дети здоровы. Наблюдается терапевтом в течение 1 года по поводу гипертонической болезни I стадии (степень 1, низкий риск). Ежедневно принимает каптоприл 25 мг однократно. Данные общего осмотра: Рост 179 см, вес 87 кг, АД 120 и 80 мм.рт.ст.

1. К какой группе риска развития преэклампсии относится данная пациентка?
2. Какие факторы риска развития преэклампсии выявляются у данной пациентки?
3. Какие меры профилактики преэклампсии могут быть приняты акушером-гинекологом в ранние сроки гестации?
4. Какие рекомендации относительно антигипертензивной терапии должны быть даны акушером-гинекологом незамедлительно?

Задача 5

При очередной явке в женскую консультацию первобеременная, 23 года, 33 недели гестации, дихориальная диамниотическая двойня согласно заключению УЗИ в 30 недель гестации, предъявляет жалобы на повышение артериального давления до 150 и 90 мм.рт.ст., отеки голеней. Со слов пациентки, отеки появились неделю назад, повышение артериального давления впервые отметила накануне вечером. Голова не болит, зрение ясное, болей в эпигастрии не отмечает. На момент осмотра АД 150 и 90 мм.рт.ст., ЧСС 80 ударов в минуту, ритм правильный, ЧД 18 в минуту. Матка в нормотонусе, безболезненна во всех отделах при пальпации и шевелениях плодов. Сердцебиение плодов ясное, ритм правильный, 150 и 152 ударов в минуту.

1. Составьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести в условиях женской консультации для уточнения диагноза?
3. Какова тактика врача женской консультации?

Модуль 1. Акушерство

Тема практического занятия 20

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Вопросы для самоподготовки

1. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода при острых и хронических инфекционных заболеваниях матери.
2. Принципы диагностики, лечения, профилактики антифосфолипидного синдрома. Прогноз беременности и родов, тактика ведения беременности при наличии антифосфолипидного синдрома.
3. Тактику ведения беременности и родов при наличии заболеваний сердечно-сосудистой системы, заболеваний органов дыхания, кроветворных органов, органов пищеварения, почек, нервной системы, эндокринных желез.
4. Особенности клиники, диагностики и лечения острой хирургической патологии у беременных (острый аппендицит, острый перитонит, кишечная непроходимость, острый холецистит, острый панкреатит).
5. Тактику ведения беременности и родов при наличии аномалий развития и заболеваний половых органов (миома матки, опухоли яичников).

Письменные задания

1. Составьте алгоритм ведения беременности, родов, послеродового периода при острых и хронических инфекционных заболеваниях матери.
2. Составьте алгоритм диагностики АФС. Составьте алгоритм акушерской тактики при выявлении АФС во время беременности.
3. Составьте алгоритм ведения беременности, родов, послеродового периода при наличии заболеваний сердечно-сосудистой системы, заболеваний органов дыхания, кроветворных органов, органов пищеварения, почек, нервной системы, эндокринных желез.
4. Составьте алгоритм ведения беременности, родов, послеродового периода в случае выявления острой хирургической патологии у пациентки.
5. Составьте алгоритм ведения беременности, родов, послеродового периода при наличии аномалий развития и заболеваний половых органов у пациентки (миома матки, опухоли яичников).

Задачи

Задачи 1

Первобеременная, 24 года, 38 недель гестации, предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 37,2°C, жжение при мочеиспускании, зуд в области промежности. Симптомы появились впервые, 2 дня назад. Общее состояние удовлетворительное. АД 130 и 80 мм. рт. ст., ЧСС 75 ударов в минуту, ритм правильный, ЧДД 18 в минуту. Матка в нормотонусе, безболезненна при пальпации и шевелениях плода. Окружность живота на уровне пупка 95 см, высота стояния дна матки 38 см. Положение плода продольное, предлежит головка плода, над входом в малый таз. Тоны сердца плода ясные, 140 ударов в минуту, ритм правильный. Размеры таза: 25-28-31 см, наружная конъюгата 20см. На слизистой оболочке преддверия влагалища выявлены множественные пузырьковые высыпания и эрозивные дефекты. При осмотре шейки матки в зеркалах эпителиальный

покров влагалищной порции шейки матки без дефектов, цервикальный канал не гиперемирован. Дефектов эпителиального покрова стенки влагалища не выявлено. Шейка матки при пальпации плотная, длиной 3 см, цервикальный канал закрыт.

1. Составьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Какова тактика ведения беременности и родоразрешения в данной ситуации?
4. Какие осложнения для плода и новорожденного возможны в данной клинической ситуации, каковы меры их профилактики?

Задача 2.

Пациентка 34 лет обратилась к врачу женской консультации по вопросу планирования беременности. Согласно заключениям эндокринолога и офтальмолога, пациентка страдает сахарным диабетом I типа с прогрессирующей пролиферативной ретинопатией. Супруг здоров. В анамнезе 1 самопроизвольная беременность, закончившаяся самопроизвольным абортом в сроке 5 недель гестации. При объективном гинекологическом исследовании патологии не выявлено.

1. Какие рекомендации по планированию беременности необходимы в данной ситуации?
2. О каких рисках для матери, плода, новорожденного, связанных с беременностью на фоне сахарного диабета, должна быть информирована пациентка?
3. При каких состояниях беременность для больных сахарным диабетом абсолютно противопоказана?

Задача 3

Пациентка 29 лет обратилась к врачу женской консультации с результатами УЗИ органов малого таза: беременность маточная, 6 недель. Со слов пациентки, данная беременность вторая, желанная. Первая беременность, 12 лет назад, закончилась медицинским абортом без осложнений. В течение 8 лет наблюдается у терапевта с диагнозом «Хроническая ревматическая болезнь сердца: недостаточность митрального клапана сердца II ст. НК I»

1. Возможно ли пролонгирование беременности в данной ситуации?
2. В какие сроки и в каких условиях проводится прерывание беременности по медицинским показаниям при согласии женщины, страдающей пороком сердца?
3. Какие осложнения следует ожидать у беременной с недостаточностью митрального клапана, каков их патогенез?
4. Каковы особенности диспансеризации беременных с пороками сердца?

Задача 4

Пациентка 28 лет, первобеременная, 37 недель гестации, в течение 5 дней проходит лечение в отделении пульмонологии областной многопрофильной больницы с диагнозом «Левосторонняя нижнедолевая пневмония. ДН0» На очередном обходе лечащего врача предъявляет жалобы на регулярные (через 10 минут) интенсивные схваткообразные боли в животе. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37°C. Кожный покров и слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Пастозность голеней. АД 130 и 80 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный, 80 ударов в минуту. При аускультации выслушиваются единичные мелкопузырчатые хрипы в проекции нижней доли левого легкого. ЧДД 20 в минуту. В отделение вызван акушер-гинеколог. Данные осмотра: матка возбудима, безболезненна при пальпации и шевелениях плода. Высота стояния дна матки 35см, окружность живота 86см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Тоны сердца плода ясные, ритм правильный, 135 ударов в минуту. Размеры большого таза: 26-29-32-22см. Согласно данным влагалищного исследования, шейка матки сглажена, открытие маточного зева 3 см, плодный пузырь цел,

предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достижим. Костный таз без деформаций и экзостозов.

1. Составьте предварительный диагноз
2. Какова дальнейшая тактика ведения пациентки согласно данному диагнозу?
3. Обоснуйте выбор способа родоразрешения, предпочтительного согласно предварительному диагнозу. Каковы особенности ведения родов в данной ситуации?
4. Какие осложнения для плода и матери следует ожидать, каков патогенез возможных акушерских осложнений?

Задача 5

Пациентка 25 лет, первобеременная, 35 недель гестации, предъявляет жалобы на появление интенсивных ноющих болей в поясничной области справа 5 часов назад, тошноту, повышение температуры тела до 37,5°C в течение часа, неясные боли в правом боку при ходьбе. По данным обменной карты, в первом триместре беременности пациентка прошла курс антибактериальной терапии по поводу диагностированной при постановке на учет бессимптомной бактериурии, в течение беременности регулярно принимала растительные уросептики, результаты последнего бактериологического исследования мочи 2 недели назад – *E. coli* 10² КОЕ/мл. Хронические экстрагенитальные заболевания, операции, травмы в анамнезе отрицает.

При осмотре врачом скорой помощи: общее состояние средней тяжести, температура тела 37,3°C. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Пастозность голеней. Язык влажный, обложен белым налетом. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. АД 130 и 80 мм. рт. ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 86 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет над всеми легочными полями. ЧДД 24 в минуту. При поверхностной пальпации защитного напряжения мышц передней брюшной стенки, симптомов раздражения брюшины не выявлено. При попытке опустить поднятую врачом выпрямленную правую ногу пациентка ощущает интенсивную глубокую боль в поясничной области. При пальпации правого подреберья, поколачивании по правой реберной дуге болезненности не выявлено. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, диурез за последние сутки со слов пациентки обычный. Погрешности в диете, запоры отрицает, в течение последних суток стула не было.

Матка в нормотонусе, при пальпации и шевелениях плода безболезненна. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец плода, над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритм правильный, 140 ударов в минуту. Околоплодные воды со слов пациентки не отходили, выделения из половых путей светлые, слизистые.

1. Составьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.

Модуль 1. Акушерство

Тема практического занятия 21

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ. ПЛОДОРАЗРУШАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ

Вопросы для самоподготовки

1. Принципы асептики и антисептики в оперативном акушерстве.
2. Показания, противопоказания, условия производства операции кесарево сечение.
3. Принципы анестезиологического обеспечения операции кесарево сечение.
4. Методика предоперационной подготовки и реабилитации пациенток после операции кесарево сечение.
5. Техника операции кесарево сечение.
6. Осложнения операции кесарево сечение, принципы их профилактики и лечения.
7. Принципы ведения беременности и родов при наличии рубца на матке.
8. Показания, условия, техника выполнения, исходы плодоразрушающих операций

Письменные задания

1. Перечислите мероприятия, реализующие принципы асептики и антисептики при операции кесарево сечение.
2. Перечислите показания для плановой операции кесарево сечение во время беременности.
3. Перечислите показания для экстренной операции кесарево сечение во время беременности.
4. Перечислите показания для операции кесарево сечение во время родов.
5. Перечислите условия и противопоказания для операции кесарево сечение.
6. Перечислите особенности анестезиологического обеспечения операции кесарево сечение.
7. Составьте план подготовки пациентки к операции кесарево сечение.
8. Составьте план ведения послеоперационного периода после абдоминального родоразрешения.
9. Поясните этапы операции кесарево сечение.
10. Перечислите осложнения операции кесарево сечение.
11. Составьте алгоритм диагностики, лечения и профилактики перечисленных осложнений.
12. Какие осложнения беременности и родов следует ожидать при наличии рубца на матке, каковы методы их профилактики?
13. Составьте алгоритм диагностики и акушерской тактики в случае перечисленных осложнений.
14. Перечислите показания и условия для проведения плодоразрушающих операций. Поясните этапы выполнения плодоразрушающих операций.

Задачи

Задача 1

Первобеременная, 24 года, 38 недель гестации, обратилась в приемное отделение родильного дома с жалобами на подтекание околоплодных вод в течение 6 часов. При объективном исследовании: матка в нормотонусе, безболезненна во всех отделах при

пальпации и шевелениях плода. Высота стояния дна матки 37 см, окружность живота 99 см. Головка плода прижата ко входу малый таз. Тоны сердца плода ясные, ритм правильный, 142 удара в минуту. Размеры таза: 25-28-31 см, наружная конъюгата 21 см. По данным влагалищного исследования шейка матки укорочена, размягчена, цервикальный канал свободно проходим для 1 пальца. Передние околоплодные воды не определяются. Артериальное давление 120 и 80 мм. рт. ст., за время беременности не повышалось, отеков нет. Согласно данным обменной карты беременность протекала благоприятно, заключения терапевта и узких специалистов свидетельствуют об отсутствии экстрагенитальной патологии.

1. Составьте предварительный диагноз.
2. Какова акушерская тактика согласно предварительному диагнозу?

Задача 2

Первобеременная, 23 года, 37 недель гестации, поступает на плановую госпитализацию. Жалоб не предъявляет. АД 120 и 80 мм.рт.ст., за время беременности не повышалось. Пастозность голеней. Матка в нормотонусе, безболезненна во всех отделах при пальпации и шевелениях плода. Высота стояния дна матки 40 см, окружность живота 108 см. Предлежит тазовый конец плода, над входом в малый таз. Тоны сердца плода ясные, 136 ударов в минуту, ритм правильный. По данным влагалищного исследования шейка матки длиной 2 см, частично размягчена, цервикальный канал пропускает кончик пальца. Размеры таза: 25-28-30 см, наружная конъюгата 21 см.

1. Составьте предварительный диагноз.
2. Какова тактика родоразрешения согласно предварительному диагнозу?

Задача 3

Первобеременная, 25 лет, 36 недель гестации поступает в приемное отделение перинатального центра с жалобами на регулярные (через 7-10 минут) схваткообразные боли внизу живота, повышение артериального давления до 130 и 80 мм. рт. ст. с 32 недель беременности, отеки голеней. Согласно данным обменной карты, беременность протекала благоприятно, экстрагенитальной и акушерской патологии за время гестации выявлено не было. Согласно заключению УЗИ в 34 недели гестации: дихориальная диамниотическая двойня, продольное положение, тазовое предлежание I плода, продольное положение, головное предлежание II плода. Слева выше пупка выслушивается сердцебиение первого плода, ясное, 140 ударов в минуту, ритм правильный. Справа выше пупка выслушивается сердцебиение второго плода, ясное, 136 ударов в минуту, ритм правильный. Определение положения и предлежания плодов наружными акушерскими приемами затруднено из-за выраженного тонуса матки. Размеры таза: 26-29-32-22 см.

Согласно данным влагалищного исследования, шейка матки сглажена, открытие маточного зева 3 см, плодный пузырь цел. Предлежит тазовый конец первого плода.

1. Составьте предварительный диагноз.
2. Какова акушерская тактика согласно предварительному диагнозу?

Задача 4

Пациентка 24 лет, беременность I, 37 недель гестации, поступила в приемное отделение родильного дома с жалобами на излитие околоплодных вод 7 часов назад.

Общее состояние удовлетворительное. Рост 170 см, вес 80 кг. Отеков нет.

Размеры таза: 23-26-29-19 см. Окружность запястья 14см.

Окружность живота 110см, ВДМ 39см. Положение плода продольное, в дне матки мягковатая небаллотирующая часть плода. Тоны сердца плода ясные, ритм правильный, 150 ударов в минуту.

Матка возбудима при пальпации, безболезненна во всех отделах.

При влагалищном исследовании выявлено: шейка матки длиной 1см, мягкая, свободно проходима для 2 поперечных пальцев. Нижний полюс предлежащей части плода на 2см выше уровня седалищных остей. Плодный пузырь отсутствует, подтекают светлые околоплодные воды.

1. Составьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте необходимую акушерскую тактику.

Модуль 1. Акушерство

Тема практического занятия 22

АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ И ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИЯ ПЛОДА

Вопросы для самоподготовки

1. Принципы асептики и антисептики в оперативном акушерстве.
2. Показания, противопоказания, условия производства операций наложения акушерских щипцов и вакуум-экстракции плода.
3. Принципы анестезиологического обеспечения операций наложения акушерских щипцов и вакуум-экстракции плода.
4. Техника операций наложения акушерских щипцов и вакуум-экстракции плода.
5. Осложнения операций наложения акушерских щипцов и вакуум-экстракции плода, принципы их профилактики и лечения.

Письменные задания

1. Перечислите мероприятия, реализующие принципы асептики и антисептики при операциях наложения акушерских щипцов и вакуум-экстракции плода.
2. Перечислите показания, противопоказания, условия для операции наложения акушерских щипцов.
3. Перечислите показания, противопоказания, условия для операции вакуум-экстракции плода.
4. Дайте сравнительную характеристику показаний, противопоказаний и условий для операций наложения акушерских щипцов и вакуум-экстракции плода.
5. Какие методы обезболивания используются при операциях наложения акушерских щипцов и вакуум-экстракции плода?
6. Поясните этапы операций наложения акушерских щипцов и вакуум-экстракции плода.
7. Перечислите возможные осложнения операций наложения акушерских щипцов и вакуум-экстракции плода.
8. Составьте алгоритм профилактики и лечения перечисленных осложнений.

Задачи

Задача 1

Пациентка, 20 лет, первобеременная, 38 недель гестации, поступила в родильный дом с жалобами на регулярные (через 7-8 минут) схваткообразные боли в животе. При поступлении общее состояние удовлетворительное, пульс 76 ударов в минуту, АД 120/70 мм рт.ст. Размеры таза: 25-28-31-21 см. Окружность живота 90 см, высота стояния дна матки 34 см. Положение плода продольное, предлежит головка малым сегментом во входе в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту. При влагалищном исследовании установлено, что шейка матки сглажена, раскрытие 7 см, плодный пузырь цел, мыс не достигается, головка малым сегментом во входе в малый таз. Через 3 ч на фоне активной родовой деятельности излились околоплодные воды с примесью мекония. При выслушивании сердцебиения плода после первой потуги выявлена брадикардия до 90 ударов в минуту. Согласно данным наружного акушерского исследования, над лоном пальпируется незначительная часть головки. При влагалищном исследовании установлено, что имеется полное раскрытие шейки матки, плодный пузырь

отсутствует, исследованию доступны: спереди – середина лонного сочленения, сзади – тело III крестцового позвонка, седалищные ости свободно достигаются. На головке умеренная родовая опухоль. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева у лона.

1. Составьте предварительный диагноз
2. В какой плоскости малого таза располагается головка плода?
3. Какова дальнейшая акушерская тактика?

Задача 2

Пациентка 29 лет, 37 недель гестации, поступила в родильный дом с жалобами на интенсивные регулярные (через 3-4 минуты) схваткообразные боли в животе, отхождение светлых оклоплодных вод час назад. Беременность четвертая; первая закончилась самопроизвольными родами 9 лет назад. Ребенок жив. Семь лет назад перенесла острую ревматическую лихорадку с формированием сочетанного митрального порока сердца. Вторая и третья беременность закончились искусственным прерыванием по медицинским показаниям. От прерывания данной беременности отказалась, находилась под наблюдением терапевта. Заключение терапевта в 36 недель беременности: Хроническая ревматическая болезнь сердца: сочетанный митральный порок сердца. НК IIА, ФК II. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Кожный покров и слизистые оболочки бледные, акроцианоз. Пастозность голеней. АД 120 и 80 мм.рт.ст, ЧСС 100 ударов в минуту, ритм правильный, ЧДД 25 в минуту. Размеры таза: 26-29-32-22 см. Высота стояния дна матки 32 см, окружность живота 90 см. Положение плода продольное, головка в полости малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. При влагалищном исследовании шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева полное, при пальпации спереди доступен нижний край лона, сзади – копчик, седалищные ости не достигаются. Стреловидный шов головки в прямом размере таза, малый родничок спереди.

1. Составьте предварительный диагноз
2. В какой плоскости малого таза располагается головка плода?
3. Какова дальнейшая акушерская тактика?

Задача 3

С целью определения дальнейшей акушерской тактики ввиду преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты во II периоде родов проведено влагалищное исследование: шейка матки сглажена, полное открытие маточного зева, плодный пузырь отсутствует. При пальпации спереди доступен нижний край лонного сочленения, сзади – верхушка крестца. Седалищные ости достигаются с трудом. Стреловидный шов головки плода расположен в левом косом размере, ближе к прямому размеру малого таза. Малый родничок спереди справа.

1. В какой плоскости малого таза располагается головка плода?
2. Какой способ родоразрешения предпочтителен в данной ситуации, принимая во внимания соответствие размеров плода и таза матери, адекватную родовую деятельность?

Задача 4.

Пациентка 30 лет, первобеременная, 38 недель гестации, поступила в родильный дом с нерегулярными (через 10-15 минут) тянущими болями внизу живота и излившимися дома 2 ч назад околоплодными водами. Общее состояние удовлетворительное, АД 110/80 мм рт.ст., пульс 76 ударов в минуту, положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода ясное, 146 ударов в минуту. Окружность живота 92см, высота стояния дна матки 36 см. Размеры таза : 25-28-31-22 см. Данные влагалищного исследования: шейка матки центрирована, укорочена до 1 см, цервикальный канал свободно проходим для одного пальца. Предлежит головка, прижатая ко входу в малый таз. Через час после начала родовозбуждения окситоцином развилась регулярная родовая деятельность. Через 6 часов, с началом второго периода родов на фоне продолжающегося введения окситоцина схватки стали реже и короче - по 25-30 с через 5-6 мин. В течение часа динамики продвижения головки плода нет. Состояние роженицы удовлетворительное, пульс 86 ударов в минуту, потуги слабые, мало эффективные, головка большим сегментом во входе в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140-150 ударов в минуту. Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, открытие полное, плодного пузыря нет. Стреловидный шов головки плода расположен между левым косым и прямым размером плоскости малого таза. Малый родничок справа спереди. При пальпации спереди достигим нижний край симфиза, сзади – верхушка крестца. Седалищные ости достигаются с трудом.

1. Составьте предварительный диагноз
2. В какой плоскости малого таза располагается головка плода?
3. Какова дальнейшая акушерская тактика?

Модуль 1. Акушерство

Тема практического занятия 23

ГИПОКСИЯ ПЛОДА И АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЕННОГО

Вопросы для самоподготовки

1. Классификация гипоксии плода.
2. Диагностика гипоксии плода в период беременности, в родах.
3. Лечение внутриутробной гипоксии плода во время беременности и в родах. Осложнения гипоксии.
4. Асфиксия новорожденных. Оценка степени тяжести. Реанимация. Показания к ИВЛ.

Письменные задания

1. Назовите варианты гипоксии плода: по причине, по интенсивности, по длительности?
2. Перечислите и обоснуйте современные методы диагностики гипоксии плода (КТГ, УЗИ, доплерометрия, функциональные пробы с окситоцином, с задержкой дыхания, с физической нагрузкой).
3. Принципы терапии внутриутробной гипоксии плода. Особенности ведения родов.
4. Перечислите критерии оценки новорожденного по шкале Апгар. Перечислите последовательность реанимационных мероприятий при асфиксии новорожденных.

Задачи

Задача 1

Пациентка 34 года, беременность вторая, 36 недель гестации, поступает в приемное отделение родильного дома с жалобами на интенсивные регулярные (через 6-7 минут) схваткообразные боли в животе. Со слов пациентки, первая беременность 10 лет назад закончилась интранатальной гибелью плода вследствие преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты в самопроизвольных родах. Первая половина настоящей беременности протекала без особенностей, с 34 недель - отеки голеней, повышение артериального давления до 130 и 80 мм. рт. ст. На момент осмотра: общее состояние удовлетворительное, кожный покров и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Пастозность голеней. АД 150 и 100 мм. рт. ст., тоны сердца ясные, ритм правильный, 80 ударов в минуту. Частота дыхательных движений 20 в минуту. Матка возбудима при пальпации, безболезненна во всех отделах при пальпации и шевелениях плода, регулярные схватки через 6-7 минут. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец, над входом в малый таз. Тоны сердца плода ясные, ритм правильный, 130 ударов в минуту. При влагалищном исследовании шейка матки сглажена, открытие маточного зева 5 см, плодный пузырь цел, предлежит тазовый конец плода. Размеры таза: 25-28-31-21см. Высота стояния дна матки 35 см, окружность живота 85 см. Стрип-тест на протеинурию положительный (+).

1. Составьте предварительный диагноз.
2. Какова акушерская тактика согласно предварительному диагнозу?
3. Какие антенатальные и интранатальные факторы риска развития асфиксии новорожденного выявляются в данной клинической ситуации?

Задача 2

Пациентка 26 лет, первобеременная, 39 недель гестации, в родах 10 часов.

Анамнез: первая половина беременности протекала без особенностей. В 26 недель гестации впервые выявлен титр анти-резус антител 1:4, при обследовании в динамике изменений титра не выявлено. Данные УЗИ-УЗДГ фетоплацентарного комплекса в динамике без признаков патологии. Повышения АД, протеинурии за время гестации не выявлено.

На момент обследования: схватки регулярные, каждые 3-4 минуты, средней силы, умеренно болезненные. Матка в паузах между схватками расслабляется полностью, безболезненна при пальпации. Тоны сердца плода при динамическом исследовании ясные, ритм правильный, ЧСС в пределах 130-150 ударов в минуту. Во время очередной схватки отошли околоплодные воды, 300 мл, зеленого цвета.

Произведено влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное. Предлежит головка плода, малый родничок спереди слева, стреловидный шов в правом косом размере таза. Пальпации доступны середина крестцовой впадины сзади, середина внутренней поверхности симфиза спереди, седалищные ости достижимы свободно.

Во время следующей схватки пациентка предъявляет желание тужиться, после первой потуги выслушиваются глухие аритмичные тоны сердца плода, 90 ударов в минуту.

1. Составьте предварительный диагноз.
2. В какой плоскости малого таза располагается головка плода?
3. Какова акушерская тактика согласно предварительному диагнозу?
4. Какие антенатальные и интранатальные факторы риска развития асфиксии новорожденного выявляются в данной клинической ситуации?

Задача 3

Пациентка 23 лет, первобеременная, 39 недель гестации. В родах 8 часов. Предъявляет жалобы на появление резкой боли в животе во время очередной потуги. При объективном исследовании: кожный покров и видимые слизистые оболочки бледные, АД 100 и 70 мм. рт. ст., пульс 90 ударов в минуту, слабого наполнения, ЧД 20 в минуту. Матка вне схватки не расслабляется, болезненна при пальпации. Тоны сердца плода приглушены, 180 ударов в минуту.

Данные влагалищного исследования: предлежит головка плода, малый родничок спереди, стреловидный шов в прямом размере таза, пальпации доступны сзади – верхушка копчика, спереди – нижний край симфиза, седалищные ости не достигаются.

1. Составьте предварительный диагноз.
2. В какой плоскости малого таза располагается головка плода?
3. Какова акушерская тактика согласно предварительному диагнозу?
4. Какие факторы риска развития асфиксии новорожденного выявляются в данной клинической ситуации?

Задача 4

Пациентка 28 лет, беременность II, 39 недель гестации. Умеренная преэклампсия. Анамнез: первая беременность 3 года назад закончилась срочными самопроизвольными родами без осложнений. Первый период самопроизвольных родов 8 часов, без особенностей. Второй период родов - 1 час, вторичная слабость родовой деятельности, операция вакуум-экстракции плода (начало операции при расположении головки в плоскости узкой части малого таза). Задние околоплодные воды окрашены меконием. Новорожденный (мальчик, 3200г, 50см) цианотичный, вялый, закричал сразу: крик слабый, судорожный.

1. Нуждается ли новорожденный в реанимационных мероприятиях?

2. Какие мероприятия следует провести с целью профилактики гипотермии новорожденного?
3. Какое положение следует придать новорожденному?
4. Какие мероприятия показаны в данной ситуации для обеспечения проходимости дыхательных путей новорожденного?

Задача 5

Пациентка 26 лет, беременность I, 38 недель. Родоразрешение путем операции кесарево сечение в экстренном порядке ввиду преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты в первом периоде самопроизвольных родов. Во время операции извлечен живой плод: девочка, 3000г, 48 см: вялая, цианотичная, не кричит. Через 30 секунд после начала ИВЛ через лицевую маску частота сердечных сокращений 50 в минуту.

1. Какова дальнейшая тактика реанимационной бригады?
2. Каковы критерии эффективности ИВЛ?

Модуль 1. Акушерство

Тема практического занятия 24

ОТРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО АКУШЕРСТВУ. РАЗБОР И АНАЛИЗ НАПИСАННЫХ СТУДЕНТАМИ ИСТОРИЙ РОДОВ

Вопросы для самоподготовки

1. Методика наружного акушерского исследования.
2. Особенности влагалищного исследования беременной женщины.
3. Показания к осмотру шейки матки при помощи зеркал.
4. Определение истинной конъюгаты, значение в акушерстве.
5. Приемы Леопольда-Левицкого, их значение.
6. Оценка состояния шейки матки в родах и определение уровня положения предлежащей части.
7. Методику пельвиометрии, ее значение в акушерстве.
8. Ручное обследование полости матки. Показания, техника.
9. Методы выделения последа, показания, техника.
10. Осмотр шейки матки после родов.
11. Биомеханизм родов при первой позиции переднем виде затылочного предлежания.
12. Алгоритм написания клинической истории родов

Письменные задания

1. Перечислите этапы наружного акушерского исследования.
2. Показания к осмотру шейки матки.
3. Приемы Леопольда-Левицкого.
4. Методику пельвиометрии.

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

(задание на дом)

Модуль 2. Гинекология

Тема практического занятия 1

ГИНЕКОЛОГИЯ КАК НАУКА О ЖЕНЩИНЕ. ПРОПЕДЕВТИКА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Вопросы для самоподготовки

1. Основные симптомы в гинекологии, их характеристика, частота встречаемости.
2. Обязательные и дополнительные методы обследования в гинекологии.
3. Регуляцию менструального цикла, уровни регуляции и виды взаимосвязей между ними.

Письменные задания

1. Основные симптомы в гинекологии и их диагностическая значимость.
2. Тесты функциональной диагностики в гинекологии.
3. Лабораторные методы при обследовании гинекологических больных.
4. Роль функциональной диагностики при обследовании гинекологических больных.
5. Уровни регуляции репродуктивной системы. Принципы взаимосвязи уровней репродуктивной системы.
6. Способы диагностики функциональной активности уровней регуляции репродуктивной системы.

Задачи

Задача 1

Пациентка 20-и лет обратилась в женскую консультацию с целью профилактики нежелательной в настоящее время беременности. Из анамнеза: менструальный цикл регулярный, стабильный, менструации по 3 – 4-е дня умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 18-и лет регулярная, в браке. Предохранение от беременности: ритм – метод. Беременность 1 прервана искусственным абортом без осложнений около 3х месяцев назад.

Предложите наиболее рациональные методы контрацепции в данном случае с обоснованием показаний к их применению.

Задача 2

Пациентка 17 лет обратилась к гинекологу с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, больше слева. Менструации с 12 лет, установились в течение 6 месяцев, через 28 дней, по 5 дней, умеренные, безболезненные. Половую жизнь пациентка отрицает. Произведено трансабдоминальное ультразвуковое исследование, при котором выявлено: тело матки 35 x 21 x 17 мм, с четкими ровными контурами, миометрий однородной эхоструктуры, М-эхо соответствует дню менструального цикла. Правый яичника без особенностей. В проекции левого яичника определяется округлое однокамерное образование 35 x 36 мм анэхогенной эхоструктуры, с тонкой стенкой.

Ваш диагноз? Тактика ведения?

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.

Задача 4

Какую контрацепцию можно рекомендовать 40-летней замужней женщине, имеющей 3-х детей? Половая жизнь регулярная. Менструальная функция не нарушена. Соматически и гинекологически здорова.

Задача 5

Какой метод контрацепции Вы порекомендуете применить молодой девушке 20 лет не живущей регулярно половой жизнью, не замужем? Почему?

Модуль 2. Гинекология

Тема практического занятия 2

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ.

Вопросы для самоподготовки

1. Воспалительные заболевания женских половых органов, этиология, патогенез, классификация.
2. Роль социального статуса, условий труда и быта в возникновении и течении воспалительных заболеваний в различные периоды жизни женщины.
3. Воспалительные заболевания наружных половых органов (вульвит, вульвовагинит, кольпит, эндоцервицит, бартолинит). Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
4. Воспалительные заболевания внутренних половых органов (эндометрит, метроэндометрит, параметрит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит, перитонит). Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
5. Инфекционно-токсический шок. Этиология, клиника, диагностика, тактика врача.
6. Сепсис. Этиология, клиника, диагностика. Прогноз заболевания. Тактика врача.
7. Объемные образования придатков. Этиология, классификация, диагностика, тактика врача.

Письменные задания

1. Теории возникновения воспалительных заболеваний органов малого таза.
2. Распространенность воспалительных заболеваний органов малого таза. Перечислить современные классификации воспалительных заболеваний органов малого таза.
3. Перечислить клинические проявления с учетом локализации. Экстрагенитальные проявления.
4. Осложнения воспалительных заболеваний органов малого таза. Диагностика, принципы оказания помощи.
5. Ультразвуковое исследование, диагностическая лапароскопия, бактериологический метод.

Задачи

Задача 1

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 огороде. В анамнезе 2 родов и 1 аборт. Объективно: в области правой большой половой губы определяется образование размером 4х3 см, кожа над ним гиперемирована. при пальпации флюктуация и резкая болезненность.

Диагноз. Тактика врача. Подлежит ли больная данного возраста проведению дополнительной диспансеризации?

Задача 2

Больная 28 лет обратилась на прием по поводу болей внизу живота, кровянистых выделений, появившихся через 7 дней после введения внутриматочной спирали. Менструации с 14 лет по 7 дней через 30 дней, обильные, последний год после третьего аборта стали болезненными. В анамнезе 2 родов, 3 искусственных аборта,

фолликулярная псевдоэрозия. Объективно: матка несколько больше нормы, при пальпации чувствительная, придатки не изменены. Выделения слизисто-кровянистые.

Диагноз. Тактика врача. Каковы условия проведения дополнительной диспансеризации?

Задача 3

Больная, 29 лет, доставлена с жалобами на резкие боли внизу живота в течение 6 часов. Месяц назад была диагностирована киста правого яичника. Укажите возможное осложнение.

Тактика врача. Привлечение каких специалистов предусматривает дополнительная диспансеризация?

Задача 4

Больная, 19 лет, оперирована по поводу явлений разлитого перитонита. Во время операции обнаружены двусторонние пиосальпинксы с гноетечением из ампулярных отделов.

Обоснуйте объем операции. Подлежит ли больная данного возраста проведению дополнительной диспансеризации?

Задача 5

Больная, 26 лет, в порядке неотложной помощи взята в операционную с диагнозом внематочная беременность. При ревизии органов малого таза обнаружена эндометриоидная киста правого яичника с микроперфорацией.

Укажите объем операции. Рекомендации больной после выписки. Каковы условия проведения дополнительной диспансеризации?

Модуль 2. Гинекология

Тема практического занятия 3

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ.

Вопросы для самоподготовки

1. Этиология специфических воспалительных заболеваний (гонорея, туберкулёз, трихомониаз и др.).
2. Гонорея: характеристика возбудителя, классификация, диагностика и лечение, критерии излеченности. Методы провокации.
3. Трихомониаз женских половых органов.
4. Туберкулёз гениталий: особенности клинического течения, классификация, диагностика, терапия.
5. Генитальный хламидиоз: особенности клинических проявлений, лабораторная диагностика, лечение, критерий.
6. Грибковые заболевания гениталий: причины возникновения, тактика.
7. Особенности современного течения специфических воспалительных заболеваний, врачебная тактика.

Письменные задания

1. Характеристика возбудителей специфических инфекций.
2. Свежая гонорея (острая, подострая, торпидная).
3. Хроническая гонорея.
4. Клинические симптомы трихомоноза. Дополнительные методы обследования. План лечения.
5. Клинические симптомы туберкулеза гениталий. Укажите необходимые дополнительные методы обследования. Лечение.
6. Клинические симптомы генитального хламидиоза. Укажите необходимые дополнительные методы обследования. Лечение.
7. Клинические симптомы грибковых заболеваний. Укажите необходимые дополнительные методы обследования. Лечение.

Задачи

Задача 1

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

Обоснуйте диагноз. План лечения.

Задача 2

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, влагалища.

Обоснуйте диагноз и план обследования.

Задача 3

Больной 43 года, в анамнезе: 5 лет страдает воспалительными заболеваниями придатков матки с частыми обострениями, лечилась амбулаторно. При осмотре придатки утолщены, неподвижны, уплотнены, безболезненны.

Обоснуйте план обследования.

Задача 4

Больной 20 лет, не замужем, живет не регулярной половой жизнью. Поступила с жалобами на зуд, раздражение половых органов и бели. При осмотре зеркалами обнаружена гиперемия стенок влагалища и явления эндоцервицит. Бели пенистые, серо-зеленого цвета.

Обоснуйте предполагаемый диагноз и дальнейшие действия.

Задача 5

Больная, 26 лет, в детстве перенесла плеврит, беспокоили боли в животе. В браке 3 года, беременности не наступает. Менструации стали менее обильными и продолжительными. При осмотре патологии не определяется.

Обоснуйте предполагаемый диагноз и план обследования.

Модуль 2. Гинекология

Тема практического занятия 4

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ

Вопросы для самоподготовки

1. Этиология и патогенез бактериального вагиноза.
2. Диагностические критерии бактериального вагиноза.
3. Принципы лечения бактериального вагиноза.

Письменные задания

1. Характеристика особенностей состава вагинальной жидкости при норме и патологии.
2. Критерии Амсея, Ньюджента, лактобациллярная степень.
3. Классическая и альтернативные схемы лечения бактериального вагиноза.

Задачи

Задача 1

У беременной Б., 32 лет, со сроком беременности 8-9 недель в мазке обнаружены ключевые клетки. Жалоб не предъявляет. Предварительный диагноз. Программа обследования и лечения.

Задача 2

Первобеременная 19 лет, срок 5-6 недель, предъявляет жалобы на умеренные выделения из половых путей с неприятным запахом. При осмотре выявлено: стенки влагалища без гиперемии, покрыты белями серо-белого цвета, положительный аминный тест. Диагноз. Лечение.

Задача 3

При поступлении в отделение септической гинекологии больная предъявляет жалобы на желтоватые выделения из половых путей, ноющие боли внизу живота в течение недели, страдает хроническим воспалением придатков матки в течение 5 лет, при осмотре стенки влагалища не гиперемированы, покрыты серо-белыми белями, определяется специфичный запах «гнилой» рыбы, придатки утолщены, болезненные с обеих сторон. Проведите дифференциальную диагностику. Поставьте диагноз.

Задача 4

При проведении профилактического осмотра у пациентки Н., 25 лет выявлена сухость слизистой влагалища. Для интимной гигиены она использует восходящий душ. Определите риск гинекологической патологии. Обоснуйте профилактические мероприятия.

Задача 5

Больная И., 30 лет отмечает патологические выделения из половых путей после полового контакта. Имеет двух половых партнеров. В мазке – обильная кокковая флора, ключевые клетки. Составьте программу обследования и лечения.

Модуль 2. Гинекология

Тема практического занятия 5

АМЕНОРЕЯ И ГИПОМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

Вопросы для самоподготовки

1. Современное состояние вопроса о регуляции менструального цикла.
2. Классификация нарушений менструального цикла.
3. Виды аменореи и гипоменструального синдрома.
4. Этиологию и патогенез возникновения функциональных и органических нарушений в гипоталамусе, гипофизе, яичниках, матке, надпочечниках, щитовидной железе и методы выявления этих поражений.
5. Клиника различных видов аменореи и гипоменструального синдрома.
6. Тесты функциональной диагностики при нормальном и нарушенном менструальном цикле.

Письменные задания

1. Назвать основные звенья регуляции, понятие нормального менструального цикла продолжительность, возраст менархе, длительность менструации, объем кровопотери.
2. Аменорея (гипоменструальный синдром), ДМК, дисменорея, нейроэндокринные синдромы (предменструальный, климактерический, хирургической менопаузы, ПКЯ и др.).
3. Физиологическая, патологическая, истинная, ложная, гипоталамическая, гипофизарная, яичниковая, маточная. Перечислите клинические симптомы, укажите необходимые дополнительные методы обследования.
4. Основные причины (стресс, профвредности, инфекционные и соматические заболевания, опухоли различной локализации) – перечислить.
5. Физиологическая, патологическая, истинная, ложная, гипоталамическая, гипофизарная, яичниковая, маточная. Перечислите клинические симптомы, укажите необходимые дополнительные методы обследования.
6. Оценка гормонального профиля, тесты функционального состояния яичников, гормональные пробы, исследование глазного дна и полей зрения, рентгенологическое исследование (рентгенография костей черепа и турецкого седла, КТ головного мозга и надпочечников, ЭЭГ и ЭхоЭГ, УЗИ гениталий).

Задачи

Задача 1

Больной 16 лет, менструации нерегулярные, с большими перерывами, последние менструации 4 месяца назад. При поступлении бледна, из половых путей значительные кровяные выделения.

Диагноз, план лечения.

Задача 2

Больной 32 года. Жалобы на нерегулярные менструации. Нередко бывают задержки на 2-3 месяца, бесплодие (в браке 5 лет). При осмотре - гирсутизм, при влагалищном исследовании пальпируются несколько увеличенные, плотные, безболезненные яичники.

Предполагаемый диагноз?

Задача 3

Больная В. 24 лет предъявляет жалобы на маточное кровотечение после небольшой задержки месячных. Менархе с 16 лет, месячные нерегулярные, обильные. Имеется нарушение жирового обмена 2 степени, рост волос на верхней губе, подбородке, около сосков, на голени по белой линии живота. Бимануально определяются плотные безболезненные подвижные яичники размером 3х4х2.

Ваш предполагаемый диагноз?

Задача 4

У больной 33 лет после аборта в течение 3 месяцев аменорея. При обследовании по тестам функциональной диагностики в яичнике установлен двухфазный цикл.

Диагноз?

Задача 5

Больной 19 лет, аменорея. Вторичные половые признаки слабо выражены. Уровень гипотазарных гормонов не изменен, яичниковых гормонов значительно снижен. При двуручном исследовании матка маленькая, придатки обеих сторон не определяются.

Обоснуйте предварительный диагноз, тактику ведения.

Модуль 2. Гинекология

Тема практического занятия 6

ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Вопросы для самоподготовки

1. Этиология и патогенез ДМК.
2. Классификация ДМК.
3. ДМК ювенильного возраста. Тактика врача.
4. ДМК детородного периода. Тактика врача.
5. ДМК климактерического периода. Тактика врача.
6. Овуляторные ДМК. Диагностика.
7. Ановуляторные ДМК. Диагностика.
8. Дисменорея. Этиология, патогенез.
9. Регуляция менструального цикла при ДМК – как II этап лечения больных.
10. Принципы восстановления репродуктивной функции у женщин, страдающих ДМК.
11. Профилактика нарушений менструальной функции.

Письменные задания

1. Перечислите причины, приводящие к ДМК?
2. Перечислите классификации ДМК.
3. Составьте алгоритм тактики врача при ДМК в различные возрастные периоды женщины.
4. Изобразить в виде таблицы тесты функциональной диагностики при различных видах ДМК.
5. Перечислите препараты, используемые для регуляции цикла и восстановления фертильности женщины.
6. Укажите методы профилактики ДМК.

Задачи

Задача 1

Больной 46 лет, за последние годы трижды производили выскабливание слизистой матки по поводу ациклических кровотечений. Гистологически - железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. Медикаментозное лечение не проводила. Последнее выскабливание 7 месяцев назад. В момент осмотра небольшие кровянистые выделения.

Диагноз, план обследования.

Задача 2

Больная 16 лет, страдает ювенильными кровотечениями, бледна. В момент курации кровяные выделения. Выраженный нейро-обменно-эндокринный синдром. Лечилась викасолом, хлористым кальцием, витаминами.

Тактика врача, обоснуйте.

Задача 3

24 день менструального цикла. Реакция влажалищного мазка IV, симптом "зрчка" резко положительный, выражен симптом арборизации.

Какие процессы могут наблюдаться в яичнике?

Задача 4

Больной 44 года. После 2-х месяцев задержки менструации из половых путей обильные кровяные выделения, продолжающиеся 10 дней. При двуручном исследовании наружный зев закрыт, матка увеличена до 5-6 недель беременности, придатки не определяются.

Обоснуйте диагноз и план ведения.

Задача 5

Больной 16 лет, менструации нерегулярные, с большими перерывами, последние менструации 4 месяца назад. При поступлении бледна, из половых путей значительные кровяные выделения.

Обоснуйте диагноз и план лечения.

Модуль 2. Гинекология

Тема практического занятия 7

НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ СИНДРОМЫ В ГИНЕКОЛОГИИ (ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКИЙ, ПОСТКАСТРАЦИОННЫЙ, ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ, КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ, ВИРИЛЬНЫЙ)

Вопросы для самоподготовки

1. Современное состояние вопроса о регуляции менструального цикла.
2. Классификация нарушений менструального цикла.
3. Клинические симптомы различных нозологических форм.
4. Этиологию и патогенез возникновения функциональных и органических нарушений в гипоталамусе, гипофизе, яичниках, матке, надпочечниках, и методы выявления этих поражений.
5. Тесты функциональной диагностики при нормальном и нарушенном менструальном цикле.

Письменные задания

1. Назвать основные звенья регуляции, понятие нормального менструального цикла продолжительность, возраст менархе, длительность менструации, объем кровопотери. Возраст наступления менопаузы, определение ВОЗ менопаузы.
2. Нейроэндокринные синдромы (предменструальный, климактерический, хирургической менопаузы, послеродовой, вирильный).
3. Перечислите клинические симптомы, укажите необходимые дополнительные методы обследования.
4. Основные причины (возраст с менархе, хирургическое лечение, соматические заболевания, роды в анамнезе, опухоли различной локализации) – перечислить.
5. Оценка гормонального профиля, тесты функционального состояния яичников, УЗИ органов малого таза, гормональные пробы, исследование глазного дна и полей зрения, рентгенологическое исследование (рентгенография костей черепа и турецкого седла, КТ головного мозга и надпочечников, ЭЭГ и ЭхоЭГ, УЗИ гениталий).

Задачи

Задача 1

Больная 34 лет, предъявляет жалобы на быстро прогрессирующий гирсутизм, прекращение месячных. Считает себя больной в течение 6 месяцев, когда впервые стали отмечаться задержки месячных, появился рост волос на лице (борода, усы). Последние месячные 3 месяца тому назад. При осмотре: рост - 152 см, масса 57кг. Выраженный гирсутизм. Молочные железы атрофичны. Выделений из сосков нет. PV: шейка матки цилиндрической формы, зев закрыт. Матка не увеличена. Область левых придатков без особенностей. Справа, в области придатков, пальпируется плотное образование размером 5,5х4,5х5,0 см.

Поставьте правильный диагноз, варианты лечения?

Задача 2

Больная 25 лет предъявляет жалобы на вздутие живота, боли в молочных железах, отеки рук, ног. Все симптомы начинаются за неделю до менструации и исчезают после их прекращения. Пациентка страдает частыми простудными заболеваниями. При

гинекологическом осмотре патологии не выявлено, молочные железы без патологии. Поставьте диагноз, варианты лечения?

Задача 3

Больная 48 лет предъявляет жалобы на приливы жара к голове до 8-10 раз в сутки, потливость. Указанные симптомы наблюдаются в течение последнего года. Менструация через 2-3 месяца, скудная - 1-2 дня. В анамнезе - оперирована по поводу калькулезного холецистита. Родов - 3, абортов - 2. При гинекологическом осмотре патологии не выявлено.

Ваш диагноз, тактика ведения пациентки?

Задача 4

Пациентка 36 лет обратилась к гинекологу с жалобами на приливы жара, потливость, частое мочеиспускание. Симптомы появились после операции по поводу быстрорастущей миомы матки и эндометриоза обеих яичников. При осмотре соматических заболеваний не выявлено. Молочные железы без патологии. На зеркалах: слизистая влагалища чистая. PV: культя влагалища без патологии. Инфильтратов в малом тазу нет.

Выберете диагноз, тактику лечения.

Задача 5

Пациентка 32 года находилась в гинекологическом стационаре по поводу обострения хронического воспаления придатков матки. Перед выпиской пациентка обратилась к гинекологу с просьбой посоветовать метод контрацепции. Женщина состоит в браке, имеет 2х детей. В течение 3х последних лет дважды лечилась у гинеколога по поводу обострения воспалительного процесса придатков матки.

Какой метод контрацепции следует посоветовать пациентке?

Модуль 2. Гинекология

Тема практического занятия 8

СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Вопросы для самоподготовки

1. Этиологию и патогенез СПКЯ.
2. Современные критерии диагностики СПКЯ.
3. Клинические проявления СПКЯ, клиническая и биохимическая диагностики метаболического синдрома.
4. Принципы ведения указанного контингента больных.

Письменные задания

1. Роль гиперандрогении и инсулинорезистентности в формировании клинической картины. Работы Штейна-Левентала.
2. Ановуляция, гиперандрогения, Эхо-признаки ПКЯ. Отсутствие других причин, приводящих к вышеперечисленному (патология щитовидной железы, надпочечников, гипофиза).
3. Перечислите клинические симптомы, укажите необходимые дополнительные методы обследования (гормональные показатели, характерные для ПКЯ, эхо-признаки ПКЯ, диагностика метаболических нарушений – анамнез, морфометрия, ИМТ, критерии инсулинорезистентности, дислипидемия).
4. Знать хирургическое, консервативное лечение, критерии для консультации репродуктолога, принципы коррекции метаболических нарушений.

Задачи

Задача 1

Пациентка 22 лет обратилась к гинекологу с жалобами на отсутствие беременности в течение 1,5 лет при регулярной половой жизни. Год назад обратилась на прием к гинекологу, было начато обследование, проводила контроль базальной температуры в течение 3-х месяцев, однако, в дальнейшем на прием не обращалась. В анамнезе: родилась первым ребенком в семье, вес при рождении 3200,0 г, росла и развивалась нормально. Перенесенные заболевания: в детстве редко ОРВИ, ветряная оспа, с 12 лет наблюдается у эндокринолога по поводу экзогенно-конституционального ожирения 1-2 степени.

Менархе с 12 лет, цикл нерегулярный до настоящего времени, через 35-40 дней по 4-5 дней, менструации умеренные, безболезненные, с 14 лет рецидивирующие ювенильные кровотечения, проводился гормональный гемостаз, однако в дальнейшем пациентка не наблюдалась. С 13 лет отмечает избыточный рост волос на голених и предплечьях, с 14 лет появление волос на лице, вокруг сосков, по белой линии живота, выраженные *acne vulgaris*, лечится в косметическом кабинете.

При осмотре правильного телосложения, повышенного питания, отложение клетчатки преимущественно на животе, бедрах. Рост 164 см, вес 75 кг. Гирсутизм по шкале Ферримана –Голвея 14 баллов. Молочные железы развиты достаточно, мягкие, безболезненные, отделяемого из сосков нет. По органам и системам без патологии.

При осмотре наружные половые органы развиты правильно, на зеркалах: шейка цилиндрической формы, наружный зев точечный, выделения слизистые, симптом

«зрачка» ++ Бимануально: матка нормальных размеров, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не пальпируются.
Диагноз? План обследования?

Задача 2

Больная 30 лет обратилась к врачу женской консультации с жалобами на отсутствие менструаций в течение 6 месяцев. В анамнезе редкие простудные заболевания. 2 года назад перенесла тяжелую нейроинфекцию. Менструации с 14 лет, установились сразу, по 4 дня, через 30-35 дней, умеренные, безболезненные. От первого брака есть один ребенок. В настоящее время брак второй в течение 3 лет. Беременность не наступает при отсутствии методов контрацепции. В течение последних двух лет менструации стали носить нерегулярный характер, с задержками от 2 недель до 5 месяцев. При уточнении анамнеза заболевания было выявлено, что в последнее время появились слабость, утомляемость, сонливость, головная боль, снижение либидо. Муж обследован - здоров.

При осмотре: молочные железы развиты правильно, при пальпации структурных изменений не выявлено. При надавливании на сосок выделяются капельки молозива. В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки без патологических изменений. Выделения слизистые, скудные

Бимануальное исследование: Матка обычной величины и формы, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки не определяются. Своды глубокие. Инфильтратов в параметрии нет.

Клинический диагноз? План обследования?

Задача 3

Пациентка 20 лет обратилась к гинекологу с жалобами на отсутствие беременности в течение 1 года при регулярной половой жизни. С данными жалобами обратилась впервые. В анамнезе: родилась вторым ребенком (первый ребенок умер сразу после рождения, со слов матери - врачами было отмечено необычное строение половых органов). Вес при рождении 3000,0 г. Наследственность: сестра матери страдает бесплодием. Перенесенные заболевания: в детстве редко ОРВИ. Со слов пациентки с раннего детства опережала сверстниц в физическом развитии. Занималась спортом. Отмечает появление роста волос на лобке и в подмышечных впадинах с 8-9 лет, с 12 лет отмечает избыточный рост волос на голенях и предплечьях, появление волос на лице, вокруг сосков, по белой линии живота, в дальнейшем неоднократно лечилась у дерматолога по поводу *acne vulgaris*.

Менархе с 15 лет, цикл нерегулярный до настоящего времени, через 45-50 дней по 3-4 дня, менструации скудные, болезненные. С данными жалобами в 17 лет обратилась к гинекологу, было начато обследование, консультирована генетиком - кариотип 46 XX, в дальнейшем на прием не обращалась.

При осмотре обращает на себя внимание широкая грудная клетка, узкий таз, короткие конечности, хорошо развитая мускулатура верхней половины туловища. Рост 154 см, вес 50 кг. Гирсутое число по шкале Ферримана – Голвея 20 баллов. Молочные железы гипопластичны, мягкие, безболезненные, отделяемого из сосков нет. По органам и системам без патологии.

Гинекологический статус: Наружные половые органы гипопластичны, отмечается клиторомегалия. На зеркалах: шейка конической формы, наружный зев точечный, выделения слизистые, симптом «зрачка» +. Бимануально: Влагалище узкое, матка уменьшена в размерах, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не пальпируются. УЗИ органов малого таза: матка 42х33х28 мм, шейка 20х18 мм, структура миометрия не изменена, М-эхо 2 мм, яичники с обеих сторон размерами 32х31 и 33х30

мм, с множественными фолликулами, расположенными хаотично, диаметром 5-6 мм.
Диагноз? План обследования?

Задача 4

Больная 24 лет обратилась на прием к гинекологу с жалобами на слабость, повышенную потливость по ночам, временами субфебрилитет, периодические ноющие боли внизу живота, отсутствие беременности в течение 2-х лет при регулярной половой жизни. Год назад проводилась гистеросальпингография- маточные трубы ригидные, в области ампулярных отделов мешотчатые образования, маточные трубы не проходимы. В анамнезе: росла и развивалась нормально. Перенесенные заболевания: в детстве частые ОРВИ, пневмония с плевритом, вираж туберкулиновой пробы в 8 лет, хронический бронхит с частыми обострениями и затяжным течением. Менархе в 13 лет, цикл регулярный через 28-29 дней, менструации установились в течение года, по 4-5 дней, болезненные в последние 3 года. Гинекологические заболевания: в 21 год острый двусторонний сальпингоофорит, в дальнейшем беспокоили периодические боли внизу живота, однако, к врачу не обращалась. При осмотре правильного телосложения, пониженного питания, рост 164 см, вес 54 кг. Кожные покровы бледные. По органам и системам – без особенностей. При осмотре наружные половые органы развиты по женскому типу, на зеркалах шейка цилиндрической формы, наружный зев точечный, выделения слизистые. Бимануально: матка нормальных размеров, подвижная, безболезненная. В области придатков с обеих сторон пальпируются четкообразные уплотненные участки. Предварительный диагноз? План обследования и тактика ведения?

Задача 5

В отделение оперативной гинекологии поступила пациентка 25 лет для выполнения лапароскопии. Страдает первичным бесплодием в течение 2 лет. Обследована в центре планирования семьи и репродукции. При обследовании патологии у мужа не выявлено. У женщины причины, приведшей к бесплодию не выявлено. В анамнезе: Б – 0. Половая жизнь с 23 лет в браке. Менархе с 16 лет по 3-4 дня через 28 дней, безболезненные, умеренные. Гинекологические заболевания: отрицает. Соматическая патология: Хронический тонзиллит.

На лапароскопии: матка, яичники и маточные трубы без патологии. Выполнена хромогидротубация. Трубы проходимы, фимбрии свободны. По брюшине малого таза имеются гетеротопии светло-коричневого цвета, размерами от 3 до 6 мм в диаметре.

Диагноз? Дайте определение патологии? Классификация патологии по локализации и по степени распространения? Этиопатогенез? Тактика ведения вашей больной?

Модуль 2. Гинекология

Тема практического занятия 9

ФИБРОМИОМА МАТКИ

Вопросы для самоподготовки

1. Этиология, патогенез фибромиомы матки.
2. Эпидемиология, современные классификации фибромиомы матки, клинические проявления в зависимости от локализации, возможные осложнения.
3. Современные методы диагностики фибромиомы матки.
4. Консервативная терапия фибромиомы матки.
5. Показания к оперативному лечению фибромиомы матки, объемы оперативных вмешательств, показания к органосохраняющим операциям.
6. Методы профилактики фибромиомы матки.

Письменные задания

1. Теории возникновения миомы матки.
2. Распространенность фибромиомы матки. Перечислить современные классификации фибромиомы матки.
3. Перечислить клинические проявления с учетом локализации миоматозных узлов.
4. Осложнения фибромиомы матки: кровотечение, некроз узла, перекрут узла, озлокачествление. Диагностика, принципы оказания помощи.
5. Ультразвуковое исследование, гистероскопия, гистологический и цитологический методы.
6. Цель консервативной терапии.
7. Роль диетотерапии, фитотерапии, иммуннокоррекции, витаминотерапии.
8. Симптоматическая и антианемическая терапия миомы матки.
9. Гормональная терапия: показания, противопоказания, группы препаратов.
10. Показания к оперативному лечению миомы матки. Виды, объем оперативных вмешательств.
11. Первичная, вторичная и третичная профилактика фибромиомы матки.

Задачи

Задача 1

Больная, 38 лет, наблюдается 5 лет по поводу миомы матки (величина опухоли соответствует 10 неделям беременности). Жалуется на обильные длительные менструации, при которых количество гемоглобина снижается до 8 %. При поступлении - пятый день менструации, выделения обильные, вольная бледная. Обоснуйте Ваши действия.

Задача 2

Больная, 38 лет. Миома матки обнаружена 2 года назад, заметного роста не отмечается. При поступлении беспокоят боли внизу живота, лейкоцитоз до 17000. Положительный симптом Щеткина. При двуручном исследовании матка увеличена соответственно 10 неделями беременности, бугристая. Выделения светлые. Диагноз, его обоснование. тактика врача, обоснуйте.

Задача 3

Больная, 34 года. При поступлении жалобы на схваткообразные боли внизу живота, кровяные выделения из половых путей (менструации закончились 3 недели назад). Заболела остро. в зеркалах слизистая влагалища чистая, шейка синюшна, зев открыт, шейка укорочена, в канале образование темно-красного цвета с налетом фибрина и сгустков крови. При двуручном исследовании - в шеечном канале плотное округлое образование, уходящее в полость матки, тело матки увеличено соответственно 8 неделями беременности, плотное, не бугристое. Придатки с обеих сторон без особенностей. Обоснуйте диагноз и план ведения.

Задача 4

Больная, 43 года, наблюдается с связи с миомой матки. По поводу кровотечения в районной больнице проведено выскабливание слизистой матки, при котором отмечен подслизистый узел. Что делать? Обоснуйте решение, оцените тактику врача района

Задача 5

Больной 43 года, наблюдается с связи с миомой матки. По поводу кровотечения в районной больнице проведено выскабливание слизистой матки, при котором отмечен подслизистый узел. Через 2 дня внезапно ночью началось кровотечение из половых путей. Что делать? Обоснуйте решение, оцените тактику врача района.

Модуль 2. Гинекология

Тема практического занятия 10

ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

Вопросы для самоподготовки

1. Этиология и патогенез трофобластической болезни.
2. Эпидемиология, современные классификации трофобластической болезни, клинические проявления, пути метастазирования.
3. Современные методы диагностики трофобластической болезни.
4. Принципы лечения пациенток с трофобластической болезнью. Диспансерное наблюдение.

Письменные задания

1. Причины, предрасполагающие факторы, механизмы развития трофобластической болезни.
2. Распространенность трофобластической болезни. Перечислить современные классификации.
3. Перечислить клинические проявления с учетом локализации. Пути метастазирования.
4. Ультразвуковое исследование, гистероскопия, гистологический метод.
5. Цель терапии пациенток с трофобластической болезнью. Хирургическое лечение, полихимиотерапия.
6. Диспансерное наблюдения при различных формах трофобластической болезни

Задачи

Задача 1

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 произошел 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. Обоснуйте предварительный диагноз и Ваши действия.

Задача 2

У 30 летней беременной по данным ж. к. срок беременности 16 недель, но матка соответствует беременности сроком 22 недели. Неожиданно без болей появились кровянистые выделения из влагалища, с пузырьками, похожими на виноград. Матка округлая, мягкая, канал закрыт.

Диагноз. Дифференциальный диагноз. Тактика врача.

Модуль 2. Гинекология

Тема практического занятия 11

ЭНДОМЕТРИОЗ

Вопросы для самоподготовки

1. Этиология и патогенез эндометриоза.
2. Эпидемиология, современные классификации эндометриоза, клинические проявления в зависимости от локализации, возможные осложнения.
3. Современные методы диагностики эндометриоза.
4. Консервативная терапия эндометриоза.
5. Показания к оперативному лечению эндометриоза, объемы оперативных вмешательств.

Письменные задания

1. Теории возникновения эндометриоза.
2. Распространенность эндометриоза. Перечислить современные классификации эндометриоза.
3. Перечислить клинические проявления с учетом локализации. Экстрагенитальные проявления.
4. Осложнения эндометриоза: разрыв эндометриоидной кисты. Диагностика, принципы оказания помощи.
5. Ультразвуковое исследование, гистероскопия, диагностическая лапароскопия, гистологический метод диагностики эндометриоза.
6. Цель консервативной терапии эндометриоза.
7. Гормональная терапия: показания, противопоказания, группы препаратов.
8. Цель оперативного лечения эндометриоза. Объемы оперативных вмешательств при различных локализациях

Задачи

Задача 1

Больной 43 года. Жалуется на обильные болезненные и продолжительные менструации последние 5 лет. При осмотре шейка матки чистая, матка несколько увеличена, плотная, придатки с обеих сторон без особенностей.

Обоснуйте предполагаемый диагноз и дальнейшую тактику

Задача 2

Больная, 36 лет, жалуется на болезненные менструации, в последние 2 года, и обильные, с кровомазанием в течение 4-5 дней до и после менструации.. Осмотр проводится за 3 дня до менструации: шейка матки цилиндрическая, на передней губе два точечных очага синюшного цвета, кровоточащие. Матка несколько больше нормы, плотная, ограничено подвижная, болезненная при элевации. Придатки с обеих сторон в спайках, утолщены, чувствительны. В позадишеечном пространстве комплекс узловых образований, резко болезненных при пальпации.

Диагноз, его обоснование. План ведения, обоснование.

Задача 3

Больная, 26 лет, в порядке неотложной помощи взята в операционную с диагнозом: внематочная беременность. При ревизии органов малого таза обнаружены двусторонние шоколадные кисты.

Дифференциальная диагностика. Объем операции и рекомендации больной после выписки.

Задача 4

Больная, 26 лет, в порядке неотложной помощи взята в операционную с диагнозом - внематочная беременность. При ревизии органов малого таза обнаружена эндометриодная киста правого яичника с микроперфорацией.

Дифференциальная диагностика. Объем операции и рекомендации больной после выписки.

Модуль 2. Гинекология

Тема практического занятия 12

НАПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ. КУРАЦИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Вопросы для самоподготовки

1. Основные симптомы гинекологических заболеваний.
2. Методы обследования гинекологических больных

Письменное задание

1. Болевой синдром. Особенности при различной гинекологической патологии.
2. Бели. Особенности при различной гинекологической патологии.
3. Бесплодие как симптом гинекологических заболеваний.
4. Кровотечение как симптом гинекологических заболеваний.
5. Нарушения менструально-овариального цикла как симптом гинекологических заболеваний.
6. Общее и специальное обследование гинекологических больных.
7. Методика бимануального влагалищно – абдоминального исследования.
8. Лабораторно-инструментальные методы обследования гинекологических больных.

Задачи

Задача 1

Пациентка 22 лет обратилась к гинекологу с жалобами на отсутствие беременности в течение 1,5 лет при регулярной половой жизни. Год назад обратилась на прием к гинекологу, было начато обследование, проводила контроль базальной температуры в течение 3-х месяцев, однако, в дальнейшем на прием не обращалась. В анамнезе: родилась первым ребенком в семье, вес при рождении 3200,0 г, росла и развивалась нормально. Перенесенные заболевания: в детстве редко ОРВИ, ветряная оспа, с 12 лет наблюдается у эндокринолога по поводу экзогенно-конституционального ожирения 1-2 степени. Менархе с 12 лет, цикл нерегулярный до настоящего времени, через 35-40 дней по 4-5 дней, менструации умеренные, безболезненные, с 14 лет рецидивирующие ювенильные кровотечения, проводился гормональный гемостаз, однако в дальнейшем пациентка не наблюдалась. С 13 лет отмечает избыточный рост волос на голенях и предплечьях, с 14 лет появление волос на лице, вокруг сосков, по белой линии живота, выраженные *acne vulgaris*, лечится в косметическом кабинете. При осмотре правильного телосложения, повышенного питания, отложение клетчатки преимущественно на животе, бедрах. Рост 164 см, вес 75 кг. Гирсутизм по шкале Ферримана –Голвея 14 баллов. Молочные железы развиты достаточно, мягкие, безболезненные, отделяемого из сосков нет. По органам и системам без патологии.

При осмотре наружные половые органы развиты правильно, на зеркалах: шейка цилиндрической формы, наружный зев точечный, выделения слизистые, симптом «зрелка» ++ Бимануально: матка нормальных размеров, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не пальпируются.

Диагноз? План обследования.

Задача 2

Больная 24 лет обратилась на прием к гинекологу с жалобами на слабость, повышенную потливость по ночам, временами субфебрилитет, периодические ноющие боли внизу живота, отсутствие беременности в течение 2-х лет при регулярной половой жизни. Год назад проводилась гистеросальпингография- маточные трубы ригидные, в области ампулярных отделов мешотчатые образования, маточные трубы не проходимы. В анамнезе: росла и развивалась нормально. Перенесенные заболевания: в детстве частые ОРВИ, пневмония с плевритом, выраж туберкулиновой пробы в 8 лет, хронический бронхит с частыми обострениями и затяжным течением. Менархе в 13 лет, цикл регулярный через 28-29 дней, менструации установились в течение года, по 4-5 дней, болезненные в последние 3 года. Гинекологические заболевания: в 21 год острый двусторонний сальпингоофорит, в дальнейшем беспокоили периодические боли внизу живота, однако, к врачу не обращалась.

При осмотре правильного телосложения, пониженного питания, рост 164 см, вес 54 кг. Кожные покровы бледные. По органам и системам – без особенностей. При осмотре наружные половые органы развиты по женскому типу, на зеркалах шейка цилиндрической формы, наружный зев точечный, выделения слизистые. Бимануально: матка нормальных размеров, подвижная, безболезненная. В области придатков с обеих сторон пальпируются четкообразные уплотненные участки.

Предварительный диагноз? План обследования и тактика ведения?

Задача 3

В гинекологический стационар поступила больная 54 лет с жалобами на нерегулярные кровяные выделения из половых путей в течение 1 года. В анамнезе - менструации с 14 лет, регулярная, по 3-4 дня, через 30 дней. ПНМ - 4 года назад в возрасте 50 лет. Нарушений менструального цикла ранее не отмечала. 2 года назад было кровотечение, по поводу которого произведено раздельное диагностическое выскабливание. В соскобе при гистологическом исследовании обнаружены железисто-кистозные полипы эндометрия. В течение 4-х месяцев лечилась гормонами - 17 ОПК 12,5% по 250 мл 2 раза в неделю, в/м. Во время лечения и до настоящего времени кровяных выделений не было. Сейчас снова беспокоят кровяные выделения скудного характера. При УЗИ м/таза обнаружено М-ЭХО =1,5 см. При обследовании выявлено: Атеросклеротический кардиосклероз, ИБС. Артериальная гипертензия, ожирение 3 ст.

При гинекологическом исследовании наружные половые органы, стенки влагалища и шейка матки без патологии. При двуручном исследовании матка маленькая, подвижная, безболезненная.

Диагноз. Методы обследования. Тактика ведения согласно полученным данным и данным анамнеза.

Задача 4

Больная Д., 54 лет, постменопауза 4 года. В анамнезе – 2 родов и 4 мед. аборта, без осложнений. Последние 4-5 месяцев отмечают увеличение живота. Общее состояние удовлетворительное. АД 140/90 мм. рт. ст., пульс 86 уд/мин., ритмичный. Живот мягкий, несколько увеличен в объеме. Двуручное исследование – особенностей, шейка матки без патологических изменений, зев закрыт, матка обычной величины, плотная, несколько смещена влево, безболезненная, придатки слева без изменений, справа в области придатков определяется образование округлой формы, с гладкой поверхностью, ограниченно подвижное, безболезненное, размером до 9-10 см в диаметре, своды свободные, выделения из половых путей слизистые. При УЗИ – обнаружено округлое образование, исходящее из правых придатков, с ровными краями,

анэхогенным содержимым, без каких-либо включений.
Диагноз? План обследования и лечения.

Задача 5

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

Модуль 2. Гинекология

Тема практического занятия 13

КИСТЫ ЯИЧНИКОВ. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

Вопросы для самоподготовки

1. Этиология и патогенез опухолевидных процессов (кист) и опухолей яичников.
2. Современная классификация гистотипов опухолей и опухолевидных процессов яичников.
3. Клиника кист, доброкачественных и пограничных опухолей яичников.
4. Классификация и клиника рака яичников.
5. Основные этапы обследования больных с кистами и опухолями яичников.
6. Дифференциальный диагноз.
7. Лечение кист яичников, доброкачественных опухолей яичников.
8. Лечение рака яичников.
9. Вопросы профилактики опухолевидных процессов и опухолей яичников.

Письменное задание

1. Перечислите предрасполагающие моменты, приводящие к кистам и опухолям яичников.
2. Назовите 9 групп опухолей и опухолевидных процессов яичников по классификации ВОЗ.
3. Перечислите симптомы наиболее часто встречающихся кист и опухолей яичников, особенности клиники и диагностики кистом яичника.
4. Назовите отечественную классификацию по стадиям рака яичников и международную – TNM.
5. Назовите основные этапы обследования больных с кистами и опухолями яичников.
6. Перечислите характерные симптомы заболеваний, с которыми следует дифференцировать кисты доброкачественные и злокачественные опухоли яичников.
7. Назовите основные методы лечения кист и доброкачественных опухолей яичников.
8. Назовите современные методы лечения рака яичников.
9. Группы риска опухолей яичников. Показания к профилактическому обследованию.

Задачи

Задача 1

Больная, 29 лет, доставлена с жалобами на резкие боли внизу живота в течение 6 часов. Месяц назад была диагностирована киста правого яичника. Дифференциальная диагностика болевого синдрома. Тактика врача.

Задача 2

Больной 39 лет. В малом тазу справа от матки в области придатков тугоэластической консистенции образование 8 х 6 х 6 см, ограничено, подвижное, безболезненное. В анамнезе дважды были приступы болей, к врачу не обращалась. Обоснуйте диагноз и план ведения.

Задача 3

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

Задача 4

Больной 20 лет. Слева определяется образование тугоэластической консистенции, подвижное, но болезненное, размером 8х10 см. Обоснуйте диагноз и план ведения.

Задача 5

Больная в менопаузе 2 года. 10 лет назад обнаружено опухолевидное образование в области придатков матки размером 6х8 см. При осмотре в настоящее время размеры опухоли прежние. Обоснуйте план обследования и ведения больной. Оцените тактику диспансерного наблюдения

Модуль 2. Гинекология

Тема практического занятия 14

ПРЕДРАК, РАК ШЕЙКИ МАТКИ

Вопросы для самоподготовки

1. Этиология, патогенез предраковых заболеваний и рака шейки матки.
2. Эпидемиология, классификации рака шейки матки (TNM, FIGO) клинические проявления в зависимости от распространенности процесса, возможные осложнения.
3. Предраковые заболевания шейки матки: эпидемиология, классификация поражений шейки матки-по Betesda, определение понятий- LSIL и HSIL, диагностика, тактика ведения пациенток.
4. Современные методы диагностики предраковых заболеваний и рака шейки матки.
5. Показания к оперативному лечению рака шейки матки, объемы оперативных вмешательств, показания к органосохраняющим операциям. Комбинированное лечение рака шейки матки.
6. Методы профилактики предраковых заболеваний и рака шейки матки.

Письменные задания

1. Теории возникновения рака шейки матки.
2. Предрасполагающие факторы, приводящие к фоновым и предраковым процессам шейки матки, раку шейки матки.
3. Распространенность, группы риска. Классификации рака шейки матки: TNM, FIGO, гистологическая классификация, классификация по степени дифференцировки.
4. Клинические проявления рака шейки матки в зависимости от стадии.
5. Осложнения рака шейки матки: диагностика, принципы оказания помощи.
6. Характеристика фоновых, предраковых процессов шейки матки-эрозия шейки матки, лейкоплакия, легкая, умеренная, тяжелая дисплазия шейки матки. Рак in situ. Соотношение классификации по Betesda, определение понятий- LSIL и HSIL.
7. Ультразвуковое исследование, гистероскопия, гистологический и цитологический, кольпоскопический методы диагностики.
8. Возможности оперативного лечения рака тела матки. Комбинированное лечение. Органосохраняющие операции.
9. Первичная, вторичная и третичная профилактика предраковых заболеваний и рака шейки матки.

Задачи

Задача 1

Больная, 24 лет, обратилась с жалобами на бели и контактные кровяные выделения. Наследственность не отягощена. Менструальная функция не нарушена. Половая жизнь с 23 лет в браке без предохранения. Беременностей в течение 8 месяцев не было. Гинекологические заболевания отрицает. Заболела 3 месяца назад, когда появились бели и контактные выделения. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре шейки матки при помощи зеркал - поверхность слизистой вокруг наружного зева ярко красного цвета, зернистая, покрытая гнойными слизистыми выделениями, размером 2х2 см. При влажном исследовании - пальпаторно шейка матки обычной консистенции, наружный зев закрыт. Матка и придатки - без особенностей. Выделения - бели с примесью крови.

Диагноз? План ведения?

Задача 2

Больная 49 лет, обратилась с жалобами на кровяные выделения из половых путей после половых сношений.

В анамнезе 5 беременностей: 2 родов и 2 аборта. 2-е роды осложнились разрывами шейки матки, накладывались швы. Аборты без осложнений. Гинеколога посещала нерегулярно. В последний раз была 6 лет назад. Данные объективного исследования без патологии. Гинекологический статус - наружные половые органы развиты правильно. Осмотр при помощи зеркал: стенки влагалища чистые. Шейка увеличена, рубцово деформирована. На передней губе шейки имеется мелкобугристая опухоль в виде «цветной капусты», 2х2 см, кровоточит при контакте. При двуручном влагалищно-ректально-абдоминальном исследовании тело матки обычных размеров, область придатков безболезненна, ампула кишки свободна, слизистая подвижная, инфильтратов и опухолевых образований в малом тазу нет.

Предположительный диагноз.

Какие методы исследования следует применить для уточнения диагноза?

Задача 3

Больная 32 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на темные кровяные выделения из половых путей за 3-5 дней до менструации и боли в нижних отделах живота во время менструации. Эти симптомы появились у нее в течение последнего года. Половая жизнь с 22 лет. Беременностей - 3. 1 - закончились нормальными родами, 2- другие беременности - абортами по желанию. Из гинекологических заболеваний отмечает эрозию шейки матки, после родов, лечилась диатермокоагуляцией. Гинекологический статус - при осмотре при помощи зеркал на шейке матки следы коагуляции и несколько «глазков» синеватого цвета. При двуручном исследовании — шейка матки обычной плотности, матка шаровидной формы, безболезненная, чуть больше нормы. Придатки не пальпируются.

Предположительный диагноз.

Какие методы исследования помогут в диагностике заболевания?

Задача 4

В гинекологическое отделение доставлена больная 60 лет, жалобами на боли в левой паховой области и левом бедре, особенно по ночам. Боли носят «грызущий» характер. Мочеиспускание сопровождается болями. Акт дефекации затруднен. В моче и кале присутствует кровь. Больна больше года. К врачу не обращалась.

Обследовано. Состояние средней тяжести PS - 90 /мин, слабого наполнения. АД -90/60 мм рт ст, t= 37,2'. Больная истощена. Кожа и видимые слизистые бледные. Через переднюю брюшную стенку в гипогастральном области пальпируется плотное образование без четких контуров, неподвижное. Гинекологическое исследование: осмотр при помощи зеркал, влагалище укорочено. В куполе его на месте шейки матки виден кратер с некротическим налетом. Выделения из влагалища имеют цвет «мясных помоев» при двуручном абдоминальном влагалищно-ректальном исследовании: влагалище сужено, стенки инфильтрированы, на месте шейки кратер с плотными краями. В малом тазу определяется конгломерат опухоли плотной консистенции, достигающей до стенок таза с двух сторон, неподвижный, чувствительный. В параметрии с двух сторон инфильтраты, достигающие стенок таза.

Диагноз. Методы исследования.

Чем объяснить наличие болей в левом бедре.

Какие профилактические меры применяются в женской консультации для выявления заболевания на ранних стадиях.

Какое лечение необходимо провести данной больной?

Задача 5

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

Анамнез. Из перенесенных заболеваний в детстве перенесла ангину, болезнь Боткина, пневмонию. Взрослой была оперирована - аппендэктомия. Менструации с 12 лет, установились сразу (по 7 дней, цикл 21 день), умеренные, безболезненные. В последний год менструации по 7 - 10 дней, обильные со сгустками, болезненные.

Половая жизнь с 30 лет, в браке. Было 3 беременности: первые две закончились искусственными абортами без осложнений, третья - операцией по поводу правосторонней трубной беременности (операция: чревосечение по Пфанненштилю, правосторонняя тубэктомия). Гинекологические заболевания: лечилась в стационаре в 36 лет по поводу острого сальпингоофорита.

Объективно: состояние удовлетворительное, PS - 100уд/мин, АД - 120/80 мм рт ст. кожные покровы бледные. По органам - без патологии. Живот мягкий, слегка болезненный над лоном. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Гинекологические исследования. Наружные половые органы развиты правильно. Осмотр при помощи зеркал: стенки влагалища чистые. На шейке на передней губе гиперемия до 3 см в d, при дотрагивании не кровоточит.

Двухручные абдоминально-вагинальные исследования: влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки конической формы, движения за шейку безболезненные. Матка увеличена до 6-7 недель беременности, неоднородной консистенции. Придатки справа не определяются, слева - плотные, чувствительны при пальпации. Выделения кровянистые. Умеренные.

Предварительный диагноз.

Тактика ведения данной больной.

Какие методы исследования следует применить у данной больной?

Модуль 2. Гинекология

Тема практического занятия 15

ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ЭНДОМЕТРИЯ ПРЕДРАК, РАК ТЕЛА МАТКИ

Вопросы для самоподготовки

1. Этиология, патогенез, предраковых заболеваний и рака тела матки.
2. Эпидемиология, классификации рака тела матки (TNM, FIGO) клинические проявления в зависимости от распространенности процесса, возможные осложнения.
3. Предраковые заболевания тела матки: эпидемиология, диагностика, тактика ведения пациенток.
4. Современные методы диагностики предраковых заболеваний и рака тела матки.
5. Показания к оперативному лечению предрака и рака тела матки, объемы оперативных вмешательств, показания к органосохраняющим операциям. Комбинированное лечение рака тела матки.
6. Методы профилактики предраковых заболеваний и рака тела матки.

Письменные задания

1. Предрасполагающие факторы, приводящие к фоновым и предраковым тела матки, раку тела матки.
2. Патогенетические варианты рака тела матки.
3. Распространенность, группы риска. Классификации рака тела матки: TNM, FIGO, гистологическая классификация, классификация по степени дифференцировки.
4. Клинические проявления рака тела матки в зависимости от стадии.
5. Осложнения рака тела матки: диагностика, принципы оказания помощи.
6. Гиперпластические процессы эндометрия: атипическая гиперплазия эндометрия, полипы эндометрия. Распространенность, группы риска.
7. Клиника, диагностика, лечение гиперпластических процессов эндометрия.
8. Ультразвуковое исследование, гистероскопия, гистологический и цитологический методы диагностики.
9. Показания к оперативному лечению гиперпластических процессов эндометрия. Виды, объем оперативных вмешательств.
10. Возможности оперативного лечения рака тела матки. Комбинированное лечение. Органосохраняющие операции.
11. Первичная, вторичная и третичная профилактика предраковых заболеваний и рака тела матки.

Задачи

Задача 1

Больная 48 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на ациклические, кровяные выделения. Рост 155 см, вес 112 кг, Страдает сахарным диабетом в течение 7 лет. АД 180/110 мм рт. ст. При гинекологическом исследовании обнаружено: кровяные выделения из цервикального канала. По поводу ациклических кровяных выделений, продолжающиеся 20 дней и возникшие после 2-х месячной задержки менструации. Менструации с 17 лет. Без особенностей. Общее состояние удовлетворительное. Экстрагенитальной патологии нет. При гинекологическом исследовании со стороны половых органов отклонений от нормы нет. Больной произведено раздельное диагностическое

выскабливание слизистой шейки и тела матки. Гистологическое исследование: железисто-кистозная гиперплазия эндометрия.

Диагноз? Тактика врача?

Задача 2

Больная 56 лет поступила в стационар с жалобами на кровяные выделения из половых путей. Постменопаузальный период 6 лет. В анамнезе миома матки малых размеров. Последнее посещение гинеколога 5 лет назад.

Предположительный диагноз? План обследования?

Задача 3

Больная 47 лет обратилась с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, продолжающиеся 20 дней и возникшие после 2-х месячной задержки менструации. Менструации с 17 лет. Без особенностей. Общее состояние удовлетворительное. Экстрагенитальной патологии нет. При гинекологическом исследовании со стороны половых органов отклонений от нормы нет. Больной произведено Модуль 2.ьное диагностическое выскабливание слизистой шейки и тела матки. Гистологическое исследование: железисто-кистозная гиперплазия эндометрия.

Диагноз? Тактика врача?

Задача 4

Больная 50 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровяные выделения из половых путей. Последняя, нормальная менструация 2 года назад. В течение последних двух лет страдает кровотечениями после задержки менструации на 2-3 месяца. Консервативного лечения не проводилось из-за непереносимости гормональных препаратов. При гинекологическом исследовании обнаружена увеличенная до 9 недельного срока беременности плотная, бугристая матка, придатки с обеих сторон не определяются. Из цервикального канала умеренные, кровяные выделения. Произведено раздельное диагностическое выскабливание. При гистологическом исследовании обнаружена железисто-кистозная гиперплазия эндометрия с участками атипии клеток.

Диагноз? План ведения?

Задача 5

Больная 45 лет предъявляет жалобы на ациклические, кровяные выделения. По данным УЗИ - гиперплазия эндометрия.

Предположительный диагноз? План обследования?

Модуль 2. Гинекология

Тема практического занятия 16

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ И ПОЛОЖЕНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Вопросы для самоподготовки

1. Эпидемиология и классификация аномалий положения и развития женских половых.
2. Факторы риска и клинические проявления аномалий положения женских половых органов.
3. Факторы риска и клинические проявления пороков развития влагалища и матки.
4. Принципы лечения аномалий положения половых органов.
5. Тактика врача при аномалиях развития женских половых органов.

Письменное задание

1. Особенности эмбриогенеза женских половых органов.
2. Частота распространения аномалий развития и положения женских половых органов.
3. Классификация пороков развития женских половых органов (Е.А.Богданова и Г.Н.Алимбаева).
4. Классификация пролапса тазовых органов у женщин.
5. Назвать факторы риска развития пролапса половых органов.
6. Перечислить физикальные и инструментальные методы обследования при аномалиях положения женских половых органов.
7. Перечислить факторы риска развития пороков женских половых органов.
8. Назвать клинические симптомы атрезии гимена, полной и неполной аплазии влагалища и шейки матки, удвоения матки.
9. Методы лечебной физкультуры, электростимуляция, коррекция дефицита эстрогенов.
10. Назвать виды операций при пролапсе женских половых органов.

Задачи

Задача 1

В женскую консультацию обратилась девушка 18 лет с жалобами на отсутствие менструаций с самого начала периода полового созревания. Из анамнеза была попытка половой жизни закончившаяся неудачно.

Объективно девушка правильного телосложения, вторичные половые признаки соответствуют возрасту. При влагалищном исследовании наружные половые органы развиты правильно, в области вульварного кольца имеется сплошная перегородка. При ректальном исследовании матка не пальпируется, яичники расположены латерально у стенок таза, чувствительные при пальпации.

Предварительный диагноз?

Дополнительные методы исследования?

Лечение. Прогноз менструальной и репродуктивной функции.

Задача 2

В гинекологическое отделение машиной «скорой помощи» доставлена девочка 13 лет с жалобами на сильные боли внизу живота схваткообразного характера иррадиирующие в прямую кишку. Боли беспокоят в течение 2 суток, интенсивность их постепенно

нарастает. Из анамнеза установлено наличие аналогичных болей около месяца назад. Боли продолжались около недели, были купированы после приёма спазмолитиков. Объективно: вторичные половые признаки соответствуют возрасту. При осмотре половых органов из вульварного кольца выбухает округлое образование синего цвета. При ректальном исследовании в малом тазу пальпируется образование 7х10 см, болезненное, плотно-эластической консистенции, ограниченно подвижное.

Предварительный диагноз?

Дополнительные методы исследования?

Лечение. Прогноз менструальной и репродуктивной функции.

Задача 3

В женскую консультацию обратилась девушка 20 лет с жалобами на отсутствие менструаций с периода полового созревания. При осмотре астеничного телосложения, высокая, молочные железы гипопластичные, адренархе и пубархе выражены слабо.

При гинекологическом осмотре малые половые губы гипопластичны, в области вульварного кольца имеется сплошная перегородка. При влагалищном исследовании матка и придатки не пальпируются. При УЗИ матка отсутствует, придатки уменьшены в размерах, лоцируются высоко у стенок малого таза. При оценке полового хроматина 5%, заключение кариотипирования крови: 46 ХУ.

Предварительный диагноз?

Дополнительные методы исследования?

Лечение. Прогноз менструальной и репродуктивной функции.

Задача 4

В женскую консультацию обратилась женщина 28 лет с жалобами на бесплодие. В анамнезе в 25 лет искусственный аборт, осложнившийся кровотечением с повторным выскабливанием полости матки. После аборта отмечает очень скудные и непродолжительные менструации. Не обследовалась. При измерении базальной температуры обнаружено её повышение во II фазу цикла.

При объективном исследовании телосложение правильное, вторичные половые признаки соответствуют возрасту и полу. Влагалищное исследование без особенностей.

Предварительный диагноз?

Дополнительные методы исследования?

Лечение. Прогноз менструальной и репродуктивной функции.

Задача 5

В стационар доставлена женщина 42 лет с жалобами на схваткообразные боли внизу живота. Боли беспокоят в течение 4 дней, их интенсивность постепенно нарастает. Из анамнеза менструации с 13 лет, регулярные. 2 родов, 3 аборта. 2 месяца назад произведена ДЭК шейки матки по поводу эндоцервикоза, удаление остроконечных кондилом стенок влагалища.

Объективно состояние удовлетворительное, симптомы раздражения брюшины слабо положительные. При влагалищном исследовании половые органы развиты правильно, влагалище складчатое, стенозировано в области средней и верхней трети. Шейка матки с трудом достижима кончиком пальца.

Предварительный диагноз?

Дополнительные методы исследования?

Лечение. Прогноз менструальной функции.

Модуль 2. Гинекология

Тема практического занятия 17

ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ. БЕСПЛОДИЕ В СУПРЕЖЕСТВЕ

Вопросы для самоподготовки

1. Понятие о планировании семьи.
2. Бесплодие как медицинская и социальная проблема.

Письменное задание

1. Цель планирования семьи.
2. Назвать критерии выбора оптимального времени зачатия.
3. Назвать критерии диагностики бесплодия в браке.
4. Перечислить виды мужского и женского бесплодия.
5. Нарисовать алгоритм обследования супружеской пары при бесплодии.
6. Назвать основные показатели спермограммы при нормозооспермии.
7. Перечислить консервативные методы лечения женского бесплодия.
8. Назвать виды хирургического вмешательства при женском бесплодии.
9. Что относится к методам вспомогательных репродуктивных технологий.

Задачи

Задача 1

Обратилась пациентка за советом по планированию беременности. Менструальная функция не нарушена; половая жизнь в браке в течение 6 месяцев с применением барьерной контрацепции (презерватив). Беременностей в анамнезе не было. Отмечает наличие обильных выделений из влагалища, сопровождающихся зудом, симптомы цистита. Составьте план обследования для подготовки к беременности.

Задача 2

Пациентка планирует беременность. В анамнезе были 2 беременности, закончившиеся самопроизвольными абортами при сроке 7-8 недель беременности. Составьте план обследования и подготовки к беременности.

Задача 3

Пациентка 21 года страдает сахарным диабетом 1 типа тяжелого течения. Хочет иметь ребенка. Дайте советы по планированию беременности.

Задача 4

Пациентка 30 лет жалуется на бесплодие в браке в течение 2 лет. Отмечает в анамнезе перенесенную гонорею. Какой вид бесплодия наиболее вероятен в данном случае? Составьте план обследования супружеской пары.

Задача 5

Пациентка 42 лет планирует беременность в 3 браке. В первых 2 браках в течение 15 лет регулярной половой жизни без применения контрацепции беременностей не было, обследования не проходила. Какой наиболее оптимальный план ведения данной пациентки?

Модуль 2. Гинекология

Тема практического занятия 18

АБОРТЫ. ВОПРОСЫ КОНТРАЦЕПЦИИ

Вопросы для самоподготовки

1. Аборты.
2. Контрацепция.

Письменное задание

1. Что называется абортом.
2. Классификация абортов.
3. Методы прерывания беременности до срока 12 недель.
4. Показания к прерыванию беременности после срока 12 недель.
5. Методы прерывания беременности при сроках 13-22 недели.
6. Назвать основные причины самопроизвольных абортов.
7. Перечислить стадии самопроизвольного аборта.
8. Назвать клинические проявления при каждой стадии самопроизвольного аборта.
9. Тактика врача на различных стадиях самопроизвольного аборта.
10. Перечислите виды контрацепции.
11. Что такое индекс Перля.
12. Назовите виды гормональных контрацептивов с определением механизма действия.
13. Перечислите противопоказания к гормональной контрацепции.
14. Механизм действия внутриматочной контрацепции.
15. Осложнения и противопоказания при внутриматочной контрацепции.
16. Показания к стерилизации

Задачи

Задача 1

Поступила пациентка 26 лет с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей. Последняя менструация была 9 недель назад. 3 недели назад встала на учет в женскую консультацию со сроком беременности 6 недель. При осмотре матка увеличена до 8 недель беременности, имеются обильные кровянистые выделения из цервикального канала. При УЗИ определяется эмбрион в полости матки, соответствующий по КТР 8 неделям беременности, сердцебиение отсутствует.

Диагноз? Тактика?

Задача 2

На прием к врачу женской консультации обратилась пациентка 22 лет с жалобами на боли внизу живота и в пояснице. Последняя менструация была 6 недель назад, имеется положительный тест на беременность. При УЗИ выявлено плодное яйцо в полости матки, КТР на 6-7 недель, определяется сердцебиение и выраженный гипертонус матки.

Диагноз? Тактика?

Задача 3

Машиной скорой помощи в гинекологическое отделение доставлена пациентка с обильными кровянистыми выделениями из половых путей и повышением температуры до 38 С. 10 дней назад произведен медицинский аборт при сроке беременности 10-11 недель путем выскабливания полости матки. При осмотре обнаружено увеличение матки до 6-7 недель беременности, болезненность ее при пальпации.

Диагноз? Тактика?

Задача 4

В женскую консультацию обратилась пациентка 23 лет за советом по контрацепции. Менструальная функция не нарушена, беременностей не было, половая жизнь регулярная. Соматических и гинекологических заболеваний не выявлено. Подберите метод контрацепции.

Задача 5

Определите и обоснуйте наиболее оптимальный метод контрацепции для пациентки 35 лет, имеющих 3 детей. Имеется хронический гепатит и холецистит, нарушение жирового обмена. Гинекологической патологии не выявлено.

Модуль 2. Гинекология

Тема практического занятия 19

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА. ОПЕРАЦИИ НА МАТКЕ, ПРИДАТКАХ

Вопросы для самоподготовки

1. Предоперационная подготовка.
2. Дифференциальный диагноз гинекологических заболеваний.
3. Показание и техника гинекологических операций.
4. Послеоперационный период.
5. Реабилитация гинекологических больных.

Письменное задание

1. Перечислите особенности гинекологических операций.
2. Перечислите характерные симптомы заболеваний, с которыми следует дифференцировать различные патологические поражения органов малого таза.
3. Тубэктомия.
4. Резекция яичников.
5. Удаление опухоли яичников.
6. Удаление придатков матки.
7. Хирургическое лечение опущения и выпадения влагалища и матки.
8. Трехмоментная пластическая операция при выпадении матки.
9. Передняя кольпорафия. Кольпоперинеорафия.
10. Вентрофиксация, вентросуспензия.
11. Субтотальная гистерэктомия.
12. Перечислите осложнения в послеоперационном периоде после хирургического вмешательства у гинекологических больных.
13. Назовите основные методы реабилитации пациенток, перенесших субтотальную гистерэктомию.

Задачи

Задача 1

Д. 26 лет. Доставлена в гинекологическое отделение машиной скорой помощи 20.05. в 10 ч. Два часа назад была здоровой, но внезапно появилась резкая боль в животе и надключичной области, началась рвота, тошнота, потеря сознания. Последняя менструация была 6.05., была нормальной. Об-но: бледная, пульс 116 уд/мин, АД 70/40 мм. рт. ст. Живот вздутый, в акте дыхания участия не принимает. При пальпации резкая боль, особенно в нижних отделах живота. Здесь же напряжены мышцы живота. Симптом Щоткина-Блюмберга положительный. Вагинально: задний свод уплощен, матка нормальной величины, подвижная, болезненная, из-за боли сложно пальпировать, придатки в связи с резким напряжением стенки живота пропальпировать не удалось. Анализ крови: СОЭ 10 мм/ч, лейкоциты 9000. Тест на беременность отрицательный.

Диагноз? Что делать?

Задача 2

К., 36 лет. Жалуется на схваткообразную боль внизу живота. Менструация прошла своевременно. Об-но: кожа бледно-желтого цвета, слизистые бледные, пульс 80/мин.

Гинекологический статус: из шейки матки во влагалище свисает твердая, круглая опухоль, размерами несколько больше от грецкого ореха, размеры матки соответствуют 6 неделям беременности, матка подвижная, безболезненная, придатки не пальпируются. Зеркально: опухоль, которая выходит из шейки матки темно-багрового цвета, из цервикального канала умеренные кровянистые выделения.

Диагноз? Что делать?

Задача 3

Т., 29 лет. Доставлена в гинекологическое отделение скорой помощью. Заболела внезапно, два часа назад. Без причины появились боли внизу живота, тошнота, рвота, потеря сознания, общая слабость, температура тела 36,7С, лицо бледное, холодный пот, пульс 92/мин., АД 130/70 мм.рт.ст. Живот резко болезненный внизу и слева, дефанс мышц. С-м Щоткина-Блюмберга положительный. При вагинальном исследовании, которое проводилось под обезболиванием, выявлено: матка в антефлексии, нормальных размеров, подвижная, слева от матки пальпируется опухоль несколько больше мужского кулака, подвижность ограничена, эластичной консистенции, болезненная. Анализ крови: СОЭ 10 мм/ч, лейкоцитов 8000, тест на беременность отрицательный, задержки месячных не было.

Диагноз. Что делать?

Задача 4

А., 34 года. Доставлена в гинекологическое отделение каретой „скорой помощи“. Заболевание началось с острых болей внизу живота, головокружения. Появилась тошнота, рвота, тенезмы, кратковременная потеря сознания повторялась 2 раза по 5 минут. Больная бледная, апатична. Пульс 120 мин., дыхание 34 в мин., АД 80/60 мм РТ.ст, температура тела 36.8С. Напряженность и болезненность в гипогастриальной области, больше справа. С-м Щоткина-Блюмберга положительный. Перкуторный звук притуплен в правой подвздошной области. При повороте больной на левую сторону притупление смещается влево. Зеркально: слизистая влагалища бледно-розового цвета, шейка матки несколько цианотична, выделения темные кровянистые. Задний свод влагалища сглажен, резко болезненный. Матка в антефлексии, несколько увеличена, смещена влево, подвижность ограничена. Справа и сзади от матки неправильной формы овоид 8*6 см, мягкой консистенции, слева без особенностей. Анализ крови - СОЭ15мм/ч, лейкоциты 8000, эритроциты 2.5.

Диагноз? Что делать?

Задача 5

Больная Д., 54 лет, постменопауза 4 года. В анамнезе – 2 родов и 4 мед. аборта, без осложнений. Последние 4-5 месяцев отмечают увеличение живота. Общее состояние удовлетворительное. АД 140/90 мм. рт. ст., пульс 86 уд/мин., ритмичный. Живот мягкий, несколько увеличен в объеме. Двухручное исследование – особенностей, шейка матки без патологических изменений, зев закрыт, матка обычной величины, плотная, несколько смещена влево, безболезненная, придатки слева без изменений, справа в области придатков определяется образование округлой формы, с гладкой поверхностью, ограниченно подвижное, безболезненное, размером до 9-10 см в диаметре, своды свободные, выделения из половых путей слизистые. При УЗИ – обнаружено округлое образование, исходящее из правых придатков, с ровными краями, анэхогенным содержимым, без каких-либо включений.

Диагноз? План обследования и лечения.

Модуль 2. Гинекология

Тема практического занятия 20

ВНЕБОЛЬНИЧНЫЕ АБОРТЫ, ОСЛОЖНЕНИЯ. ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ. РАЗБОР И АНАЛИЗ НАПИСАННЫХ СТУДЕНТАМИ ИСТОРИЙ БОЛЕЗНЕЙ

Вопросы для самоподготовки

1. Этиологические факторы эктопической беременности.
2. Классификации эктопической беременности.
3. Клиническая картина различных форм эктопической беременности.
4. Дополнительные методы диагностики эктопической беременности.
5. Принципы лечения эктопической беременности.
6. Дифференциальный диагноз неотложных состояний в гинекологии.
7. Классификация самопроизвольных и искусственных абортов.
8. Диагностика самопроизвольного выкидыша в различных стадиях.
9. Осложнения самопроизвольного и искусственного прерывания беременности.
10. Реабилитация больных после абортов.

Письменные задания

1. Перечислите этиологические факторы эктопической беременности.
2. Перечислите имеющиеся классификации эктопической беременности.
3. Укажите клинические симптомы внематочной беременности, прервавшейся по типу трубного аборта.
4. Укажите основные дополнительные методы которые используются для диагностики внематочной беременности.
5. Перечислите современные методы лечения трубной беременности.
6. Перечислите характерные симптомы заболеваний, с которыми следует дифференцировать внематочную беременность, самопроизвольные выкидыши, внебольничные аборт, апоплексию яичника, пельвиоперитонит, перекрут ножки опухоли яичника.
7. Перечислите стадии самопроизвольного аборта.
8. Перечислите методы диагностики самопроизвольного аборта.
9. Перечислите наиболее грозные осложнения прерывания беременности.
10. Нарисуйте алгоритм профилактики после мед аборта.

Задачи

Задача 1

Больная 36 лет. В анамнезе 4 аборт без осложнений, на момент поступления задержка менструации на 4 недели. Заболела остро: появились схваткообразные боли внизу 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.

Диагноз? План ведения?

Задача 2

Больная 33 лет предъявляет жалобы на схваткообразные боли в левой подвздошной области, головокружение, задержку менструации на 2 недели. Вчера внезапно появились острые боли внизу живота, сопровождающиеся кратковременной потерей 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 матку 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?

Задача 3

Больная, 26 лет, доставлена в стационар машиной «скорой помощи» с диагнозом: Острый живот. Жалобы на резкие боли в нижних отделах живота, общую слабость, головокружение. Из анамнеза: 6 месяцев назад диагностирована киста левого яичника. В течение 2-х месяцев принимала оральные контрацептивы. Последняя менструация была 2 недели назад. Кожные покровы и слизистые бледные, температура 37,0°C, АД 70/40 мм. рт. ст. Hb 78 г/л, L 11x10⁹ /л, пульс 130 уд/мин., ритмичный, слабого наполнения. Язык суховат. Живот напряжен, резко болезненный при пальпации в нижних отделах. Там же положительные симптомы раздражения брюшины. Выделений из половых путей нет. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании: матка не увеличена, плотная, болезненная при пальпации, легко смещаемая. Состояние придатков с обеих сторон определить не представляется возможным ввиду резкой болезненности при исследовании. Своды влагалища нависают, пальпация их резко болезненная.

Диагноз? Дифференциальный диагноз? Тактика ведения?

Задача 4

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 внизу живота, больше справа, которые возникли внезапно при подъеме с постели. Температура нормальная, L – 6,2x10⁹ . при двуручном исследовании – влагалище, шейка матки без особенностей, справа в области придатков определяется округлое образование, тугоэластической консистенции, резко болезненное при исследовании, ограниченно подвижное, размерами до 8 см в диаметре, своды свободны, выделения слизистые.

Диагноз? Недостатки осмотра? Тактика ведения?

Задача 5

Больная 32 лет доставлена в клинику с жалобами на резкие боли внизу живота схваткообразного характера. Боли сопровождались полуобморочным состоянием, головокружением, рвотой. Последняя менструация пришла в ожидаемый срок, не прекращается в течение 2-х недель. Из объективных данных обращает на себя внимание бледность кожных покровов, учащение пульса до 100 уд/мин., снижение АД до 90/60 мм. рт. ст. Живот вздут, напряжен, резко болезненный в нижних отделах, при перкуссии – притупление звука в нижних отделах.

При осмотре с помощью зеркал: стенки влагалища и шейки матки цианотичные, из цервикального канала - скудные кровяные выделения. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании: движения за шейку матки резко болезненны, матка увеличена до 5 недель беременности, мягковатая. Правые придатки увеличены, болезненны при пальпации. Левые придатки без особенностей. Задний свод выбухает.

Диагноз? Методы дополнительной диагностики? Тактика ведения.

Модуль 2. Гинекология

Тема практического занятия 21

РАЗБОР И АНАЛИЗ НАПИСАННЫХ СТУДЕНТАМИ ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ

Вопросы для самоподготовки

1. Основные симптомы в гинекологии, их характеристика, частота встречаемости.
2. Обязательные и дополнительные методы обследования в гинекологии.
3. Регуляцию менструального цикла, уровни регуляции и виды взаимосвязей между ними.

Письменные задания

1. Основные симптомы в гинекологии и их диагностическая значимость.
2. Тесты функциональной диагностики в гинекологии.
3. Лабораторные методы при обследовании гинекологических больных.
4. Роль функциональной диагностики при обследовании гинекологических больных.
5. Уровни регуляции репродуктивной системы. Принципы взаимосвязи уровней репродуктивной системы.
6. Способы диагностики функциональной активности уровней регуляции репродуктивной системы.

Задачи

Задача 1

Пациентка 22 лет обратилась к гинекологу с жалобами на отсутствие беременности в течение 1,5 лет при регулярной половой жизни. Год назад обратилась на прием к гинекологу, было начато обследование, проводила контроль базальной температуры в течение 3-х месяцев, однако, в дальнейшем на прием не обращалась. В анамнезе: родилась первым ребенком в семье, вес при рождении 3200,0 г, росла и развивалась нормально. Перенесенные заболевания: в детстве редко ОРВИ, ветряная оспа, с 12 лет наблюдается у эндокринолога по поводу экзогенно-конституционального ожирения 1 -2 степени.

Менархе с 12 лет, цикл нерегулярный до настоящего времени, через 35-40 дней по 4-5 дней, менструации умеренные, безболезненные, с 14 лет рецидивирующие ювенильные кровотечения, проводился гормональный гемостаз, однако в дальнейшем пациентка не наблюдалась. С 13 лет отмечает избыточный рост волос на голенях и предплечьях, с 14 лет появление волос на лице, вокруг сосков, по белой линии живота, выраженные acne vulgaris, лечится в косметическом кабинете.

При осмотре правильного телосложения, повышенного питания, отложение клетчатки преимущественно на животе, бедрах. Рост 164 см, вес 75 кг. Гирсутизм по шкале Ферримана -Голвея 14 баллов. Молочные железы развиты достаточно, мягкие, безболезненные, отделяемого из сосков нет. По органам и системам без патологии. При осмотре наружные половые органы развиты правильно, на зеркалах: шейка цилиндрической формы, наружный зев точечный, выделения слизистые, симптом «зрачка» ++ Бимануально: матка нормальных размеров, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не пальпируются. Диагноз? План обследования?

Задача 2

Пациентка 17 лет обратилась к гинекологу с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, больше слева. Менструации с 12 лет, установились в течение 6 месяцев, через 28

дней, по 5 дней, умеренные, безболезненные. Половую жизнь пациентка отрицает. Произведено трансабдоминальное ультразвуковое исследование, при котором выявлено: тело матки 35 x 21 x 17 мм, с четкими ровными контурами, миометрий однородной эхоструктуры, М-эхо соответствует дню менструального цикла. Правый яичника без особенностей. В проекции левого яичника определяется округлое однокамерное образование 35 x 36 мм анэхогенной эхоструктуры, с тонкой стенкой. Ваш диагноз? Тактика ведения?

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.

Задача 4

Какую контрацепцию можно рекомендовать 40 - летней замужней женщине, имеющей 3 -х детей? Половая жизнь регулярная. Менструальная функция не нарушена. Соматически и гинекологически здорова.

Задача 5

Какой метод контрацепции Вы порекомендуете применить молодой девушке 20 лет не живущей регулярно половой жизнью, не замужем? Почему ?

Модуль 2. Гинекология

Тема практического занятия 22

ОТРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО ГИНЕКОЛОГИИ

Вопросы для самоподготовки

1. Показания, техника проведения бимануального влагалищного брюшностеночного исследования, ректовагинального исследования.
2. Специальные методы исследования в гинекологии (тесты функциональной диагностики, микробиологическое и цитологическое исследование).
3. Инструментальные методы исследования в гинекологии (кольпоскопия, гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание, пункция брюшной полости через задний свод влагалища, зондирование матки, аспирационная биопсия).

Письменные задания

1. Перечислите необходимое оснащение для проведения осмотра шейки матки с помощью зеркал.
2. Назовите гинекологические инструменты для взятия биоматериала на микробиологическое, цитологическое исследование. Назовите последовательность действий при взятии мазков на флору из влагалища, цервикального канала и уретры, онкоцитологию.
3. Методика проведения раздельного диагностического выскабливания стенок матки. Собрать набор инструментов для проведения пункции брюшной полости через задний свод влагалища.
4. Перечислить виды кольпоскопии.
5. Перечислить показания к гистероскопии.

Задачи

Задача 1

Оценить результат анализа мазка вагинального отделяемого: Le – 0-1, pH – 5, ключевые клетки – 40%, аминотест с 10% КОН – положительный.

Задача 2

Определить степень чистоты влагалищного содержимого. В мазке: Палочки Додерлейна отсутствуют. L – 30-40. Всё поле зрения покрыто грамположительными и грамотрицательными бактериями, расположенными вне- и внутриклеточно. *Trichomonas vaginalis* – единичные.

Задача 3

О чём свидетельствует феномен «зрачка» (+ + +) на 14 день 28дневного менструального цикла?

Задача 4

Перечислите показатели нормального микробиоценоза влагалища?

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экз-в	
				в библио- теке	на ка- федре
1	2	3	4	5	6
1.	Акушерство: национальное руководство.	Савельева Г.М. с соавт.	Москва, 2015	45	2
2.	Акушерство. Учебник для студентов медицинских вузов	Савельева Г. М. с соавт.	Москва, 2018	121	2
3.	Клинические лекции по акушерству и гинекологии. Том 1. Акушерство: учебное пособие.	Стрижаков А.Н. с соавт.	Москва, 2010	47	2
4.	Клинические лекции по акушерству и гинекологии. Том 2. Гинекология: учебное пособие.	Стрижаков А.Н. с соавт.	Москва, 2010	47	1
5.	Гинекология. Национальное руководство.	Кулаков В.И. с соавт.	Москва, 2009	19	1
6.	Гинекология : нац. руководство	Савельева Г.М. с соавт.	Москва, 2017	24	
7.	Гинекология: учебник	Савельева Г.М., Бреусенко В. Г.	Москва, 2018	30	
8.	Гинекология. Учебник для студентов медицинских вузов	Савельева Г.М. с соавт.	Москва, 2009	94	1

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библио- теке	на ка- федре
1	2	3	4	5	6
1.	Плацентарная недостаточность: патогенез, прогнозирование, диагностика, профилактика, акушерская тактика	Стрижаков А.Н., Липатов И.С., Тезиков Ю.В.	Самара: ООО «Офорт», 2014	6	50
2.	Плацентарная недостаточность. Современный взгляд	Ю. Э. Доброхотова, Л. С. Джохадзе	Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019	3	
3.	Презеклампсия: диагностика, лечение, профилактика: Учебное пособие	Липатов И.С., Тезиков Ю.В.	Самара: ООО «Офорт», 2014	2	50
4.	Плацентарная недостаточность: Учебное пособие	Липатов И.С., Тезиков Ю.В.	Самара: ООО «Офорт», 2014	4	50
5.	Акушерство. Учебник для студентов медицинских вузов.	Айламазян Э.К.	СПб., 2012		5
6.	Акушерство : учебник	Айламазян, Э. К.	Москва, 2015	3	
7.	Акушерство и гинекология. / Российское общество акушеров-гинекологов. Ассоц. мед. обществ по качеству (клин.	Кулаков В.И. с соавт.	Москва, 2011		1

	рекомендации).				
8.	Руководство к практическим занятиям по гинекологии	Под ред. В.Е. Радзинского	Москва, 2008	98	2
9.	Руководство к практическим занятиям по акушерству: Учебное пособие для студентов медицинских вузов.	Радзинский В.Е.	Москва, 2011	10	2
10.	Критические состояния в акушерстве.	Серов В.Н.	Москва, 2012	1	1
11.	Акушерство. Курс лекций: учебное пособие.	Стрижаков А.Н., Давыдов А.И.	Москва, 2009	25	1
12.	Оформление клинической истории родов.	Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Краснова Н.А.	Самара, 2016	10	90
13.	Оформление клинической истории болезни у гинекологической больной.	Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Калинкина О.Б.	Самара, 2016	10	90
14.	Онкогинекология. Учебно-методическое пособие для студентов.	Мельников В.А., Калинкина О.Б., Купаев И.А.	ГОУ ВПО «СамГМУ». - Самара, 2010	21	50
15.	Планирование семьи, бесплодие в супружестве, аборт, вопросы контрацепции. Учебно-методическое пособие для студентов.	Мельников В.А., Калинкина О.Б., Купаев И.А.	ГОУ ВПО «СамГМУ». - Самара, 2010	15	35
16.	Кесарево сечение.	Тезиков Ю.В.	Самара, 2018	2	20
17.	Течение беременности и родов у ВИЧ-	Тезиков Ю.В., Липатов И.С.,	Самара,	2	20

	инфицированных женщин	Жестков А.В., Протасов А.Д.	2018		
18.	Методические рекомендации по практическим навыкам и умениям в гинекологии.	Белоконева Т.С., Тезикова Ю.В., Липатов И.С., Калинкина О.Б.	Самара, 2019	10	30
19.	Именные симптомы и синдромы в акушерстве и гинекологии	Под ред. Стрижакова А.Н., Тезикова Ю.В.	Москва, 2019	40	10

Ресурсы информационно-телекоммуникативной сети «Интернет»

1. ЭБС «Консультант студента» www.studmedlib.ru
2. Акушерство [Электронный ресурс] / М. В. Дзигуа, А. А. Скребушевская - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427613.html>
3. Акушерство [Электронный ресурс] / Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970418956.html>
4. Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / Айламазян Э. К. и др. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433164.html>
5. Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432952.html>
6. Акушерство [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 1080 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-4916-5 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970449165.html>
7. Акушерство. Клинические лекции [Электронный ресурс] : учебное пособие / Под ред. проф. О.В. Макарова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970405550.html>

8. Акушерство. Курс лекций [Электронный ресурс] : учебное пособие / Под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970408551.html>
9. Акушерство. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс] : учебное пособие / под ред. В. Е. Радзинского. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432501.html>
10. Артымук Н.В., Клинические нормы. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс] / Артымук Н.В., Белокриницкая Т.Е. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 352 с. - ISBN 978-5-9704-4654-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970446546.html>
11. Гинекология [Электронный ресурс] / Впод ред. В. Е. Радзинского, А. М. Фукса - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427583.html>
12. Гинекология [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970422540.html>
13. Гинекология [Электронный ресурс] / Б. И. Баисова [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-4309-5 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970443095.html>
14. Гинекология [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В. Е. Радзинского - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 400 с. - ISBN 978-5-9704-4845-8 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970448458.html>
15. Гинекология. Клинические лекции [Электронный ресурс] / Баринов В.В., Здановский В.М., Игнатченко О.Ю. и др. / Под ред. О.В. Макарова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970412527.html>
16. Гинекология. Курс лекций. [Электронный ресурс] : учебное пособие / Под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970408568.htm>
17. Гинекология. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс] : учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970424070.html>
18. Гистероскопия [Электронный ресурс] / Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко, Л. М. Каппушева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427842.html>
19. Дзигуа М. В. Акушерство : руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс]: учебное пособие / Дзигуа М.В., Скребушевская А.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 344 с. - ISBN 978-5-9704-4492-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970444924.html>
20. Дзигуа М.В., Физиологическое акушерство [Электронный ресурс]: учебник / Дзигуа М.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 560 с. - ISBN 978-5-9704-4859-5 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970448595.html>
21. Капительный В.А., Методические рекомендации по практическим навыкам и умениям в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] : учебное пособие / В. А. Капительный, М. В. Беришвили, А. В. Мурашко ; под ред. А. И. Ищенко. - 2-е изд., испр. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 128 с. - ISBN 978-5-9704-4725-3 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970447253.html>

22. Лекарственное обеспечение клинических протоколов. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс] / под ред. В. Е. Радзинского - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 288 с. (Серия "Лекарственное обеспечение клинических протоколов") - ISBN 978-5-9704-4739-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970447390.html>
23. Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни : учебник [Электронный ресурс] / Дзигуа, М. В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430965.html>
24. Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни [Электронный ресурс] : учебник / Дзигуа М.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970426173.htm>
25. Медицинская реабилитация в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] / Епифанов В.А., Корчажкина Н.Б. [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 504 с. - ISBN 978-5-9704-5028-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970450284.html>
26. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970428962.html>
27. Физиологическое акушерство [Электронный ресурс] / Дзигуа М.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970426111.html>