

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.01 «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»

АКУШЕРСТВО

Ситуационная задача 1

Пациентка Н., 29 лет, обратилась к врачу-генетику с целью планирования беременности. Кариотип пациентки - 46, XX, t (4; 5) (p16; p13) (реципрокная транслокация между хромосомами 4 и 5, сбалансированная).

Соматический анамнез не отягощен. В браке 1, брак неродственный. Вредные привычки и профессиональные вредности отрицает. Гинекологические заболевания: отрицает.

Паритет: Беременностей - 2. Родов -1. Абортов -1.

1-я беременность – 2017 г. - самопроизвольные роды 5 лет назад, родилась девочка массой 3500 г, 54 см, без осложнений. Ребенок здоров.

2-я беременность – 2020 г. – прерывание беременности по медицинским показаниям в 19 - 20 недель. По данным молекулярно-генетического исследования у плода выявлена несбалансированная транслокация между короткими плечами 5 и 4 хромосом.

Учитывая высокий риск рождения ребенка с хромосомной аномалией у пациентки с носительством сбалансированной транслокации, генетиком даны рекомендации по планированию беременности и прегравидарной подготовке. При наступлении беременности путем ЭКО – проведение преимплантационного генетического тестирования (ПГТ-А), при самостоятельном наступлении беременности – проведение инвазивной пренатальной диагностики с 10 недель.

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. ИМТ 22 кг/м².

По прошествии трех месяцев от первичного приема генетика пациентка пришла на прием к врачу женской консультации для постановки на учет по беременности. По данным ультразвукового исследования, выполненного в 6 недель, подтверждена прогрессирующая маточная беременность.

Диагноз: Беременность 10 недель и 5 дней. Прогрессирующая. Высокий риск развития хромосомной аномалии.

Врачом акушером-гинекологом назначена консультация генетика.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Прогноз относительно пролонгирования беременности пациентки.
3. Тактика ведения пациентки при настоящей беременности.
4. Понятие «пренатальная диагностика». Методы инвазивной пренатальной диагностики.
5. Методы генетического исследования.

Ситуационная задача 2

Пациентка А., 42 лет, обратилась к врачу акушеру - гинекологу женской консультации с жалобами на невынашивание беременности. Наследственность не отягощена. Гемотрансфузии отрицает. Тромбозы, инфаркты и инсульты у близких родственников в возрасте до 50 лет отрицает. Соматический анамнез: Гипотиреоз. Менструации с 13 лет, регулярные, через 28 дней, по 5 - 6 дней, умеренные, безболезненные. Гинекологические заболевания: выскабливания полости матки в анамнезе. В браке, брак 1. Мужу 27 лет, практически здоров, вредные

привычки отрицает.

Паритет: Беременностей - 2. Родов – 0. Самопроизвольных выкидышей - 2.

1 - я беременность – 2020 г. – выкидыш в сроке 6 – 7 недель – выскабливание полости матки. Заключение цитогенетического исследования – 69, ХХУ.

2 - я беременность – 2021 г. – выкидыш в сроке 8 – 9 недель – кровотечение, выскабливание полости матки. Цитогенетическое исследование не проводилось. По данным ультразвукового исследования, проведенного через 3 месяца после эпизода невынашивания беременности, толщина М-эхо 4 мм, контуры ровные. Структура эндометрия неоднородная. В дне – участок неоднородной эхоструктуры размерами 11х6 мм, регистрируется кровоток. Произведена гистероскопия, выскабливание полости матки. Данные гистологического заключения: «остатки» плодного яйца.

Телосложение нормостеническое. Рост 175 см, вес 75 кг. ИМТ 24,5 кг/м². АД 100/60 мм рт.ст., Ps 76 уд. в мин.

Оценка гинекологического статуса - патологии не выявило.

По данным серии эхографических исследований, выполненных в динамике на 21-24 день менструального цикла, выявлены эхо-признаки несоответствия эндометрия дню менструального цикла (толщина М-эхо - от 3,6 до 6,3 мм), неровность контуров и гиперэхогенные включения.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. План обследования пациентки на первоначальном этапе.
3. Какие этиологические факторы привычного невынашивания беременности присутствуют у пациентки?

1. Тактика верификации диагноза «хронический эндометрит» у данной пациентки.
Основные принципы лечения данного состояния.

Ситуационная задача 3

Беременная В., 35 лет, наблюдается по поводу беременности в женской консультации. На момент осмотра срок беременности 37 недель 4 дня.

Жалоб не предъявляет.

Соматические и гинекологические заболевания отрицает. Группа крови – А (II) Rh (-) отрицательная; анти-Rh антител нет.

Наследственность не отягощена.

Репродуктивный анамнез: 1-ая беременность 7 лет назад закончилась самопроизвольными

своевременными родами в чисто ягодичном предлежании, без осложнений. Родилась девочка

3200 г/ 50 см, резус ребёнка положительный — введён анти-Rh иммуноглобулин.

2-ая беременность – 5 лет назад – закончилась своевременными самопроизвольными родами в головном предлежании, без осложнений – мальчик 3400 г/ 51 см, резус ребёнка отрицательный.

3-ая беременность – настоящая, самопроизвольная.

Течение настоящей беременности: без осложнений, в 28 недель введен анти-Rh

иммуноглобулин. Общая прибавка в весе – 9 кг, равномерная.

При осмотре: телосложение правильное, рост 172 см, вес 75 кг.

Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Кожа и видимые слизистые

физиологической окраски, отёков нет.

АД 120/70 мм рт. ст. на обеих руках. Ps – 76 уд/мин, ритмичный.

Акушерский статус: Размеры таза 26-28-31-21 см. Окружность лучезапястного сустава 15

см. Ромб Михаэлиса 11x11 см, окружность живота 104 см, ВДМ 37 см, ПМП 3700-3800 г. Матка овоидной формы, не возбудима при пальпации, безболезненна во всех отделах. Положение плода продольное, спинка плода обращена влево, предлежит тазовый конец плода, над входом в малый таз. Шевеление плода ощущает хорошо, сердцебиение ясное, ритмичное, 140-160 уд/мин.

Данные влагалищного исследования: Шейка матки в центре малого таза, длиной 2 см, мягкая, цервикальный канал проходим для 1 пальца. Плодный пузырь цел. Предлежит тазовый конец, подвижен над входом в малый таз. Мыс не достижим. Выделения слизистые.

Данные УЗИ: Плод в чисто ягодичном предлежании, головка в согнутом состоянии, ПМП 3700±200 г, с/б +, ИАЖ – 12 см. Плацента расположена по задней стенке, толщиной 34 мм, II-III ст. зрелости. Показатели кровотока в пределах нормы.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Обоснование диагноза.
3. Дальнейшая тактика ведения беременности у данной пациентки. О чём должна быть проинформирована пациентка?
4. Предикторы успеха наружного акушерского поворота (НАП) у данной пациентки.
5. Какой метод родоразрешения предпочтителен при неэффективности НАП или отказе пациентки от его выполнения?

Ситуационная задача 4

Беременная К., 28 лет, обратилась в консультативно-диагностическое отделение родильного дома. На момент обращения 28-29 недель беременности.

Жалобы на слабость, головокружение, «хроническую» усталость, повышенную утомляемость.

Из анамнеза: детские инфекции, ОРВИ.

С 16 лет – хронический эрозивный гастрит, язвенная болезнь 12-перстной кишки, последнее обострение 2 года назад, неоднократно проводились гастроскопии, комплексная терапия.

Гинекологические заболевания отрицает.

Менструации с 13 лет, установились сразу, по 4-5 дней, через 26 дней, умеренные, безболезненные.

Репродуктивный анамнез:

I беременность – настоящая, самопроизвольная.

Течение настоящей беременности:

На учёте в женской консультации с 10-11 недель. I триместр: рвота беременных лёгкой степени, лечилась амбулаторно. Скрининг I триместра – все риски низкие. II-III триместры – снижение гемоглобина до 86 г/л, лечение пероральными препаратами, без эффекта, жалобы на запоры и боли в области эпигастрия, изжогу на фоне лечения. Общая прибавка веса 3 кг, неравномерно.

При осмотре: состояние удовлетворительное, голова не болит, кожа и видимые слизистые бледные. Рост – 164 см, вес – 62 кг. АД 100/60 мм рт. ст. Ps – 84 уд/мин, ритмичный. Физиологические отправления не нарушены. Отёков нет.

Акушерский статус: ОЖ – 86 см, ВДМ – 28 см. Размеры таза 25-28-31-20 см. Крестцовый ромб правильной формы 11x11 см. Матка овоидной формы, в нормотонусе, безболезненна при пальпации. Предлежит головка плода, над входом в малый таз. Шевеление плода ощущает

хорошо. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140-160 уд/мин.

Данные УЗИ: один плод в головном предлежании. Размеры плода соответствуют 28-29 нед., ПМП 1100±200 г. С/б +. ИАЖ – 12 см. Плацента по задней стенке матки. Шейка матки длиной 37 мм, цервикальный канал сомкнут.

Данные лабораторного обследования при поступлении:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 87 г/л, гематокрит – 26,9%, эритроциты – 3,1 x 10¹²/л, отмечается гипохромия, пойкилоцитоз, микроцитоз, лейкоциты – 8,8 x 10⁹/л, тромбоциты – 269 x 10⁹/л. **Биохимический анализ крови:** общий белок – 58 г/л, альбумин – 29 г/л, билирубин – 7,4 ммоль/л, креатинин – 68 мкмоль/л, АЛТ – 16 Ед/л, АСТ – 14 Ед/л, глюкоза – 3,8 ммоль/л, сывороточное железо – 4 мкмоль/л, ферритин – 6 нг/л. Отмечается повышение уровня гепсидина в крови.

Показатели гемостазиограммы и анализы мочи в пределах нормы.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Обоснование диагноза.
3. Лечебная тактика.
4. С какими вариантами анемии проводится дифференциальная диагностика?
5. Критерии эффективности терапии препаратами железа.

Ситуационная задача 5

Беременная Д., 38 лет, обратилась в клинко-диагностическое отделение акушерского стационара при сроке гестации 33 недели 4 дня (по первому дню последней менструации) для проведения планового ультразвукового исследования.

Анамнез:

1 беременность закончилась своевременными родами без осложнений. Масса новорожденного 3800 грамм, оценка по шкале Апгар 8-9 баллов.

2 беременность закончилась своевременными родами, масса новорожденного 3670 грамм, оценка по шкале Апгар 8-9 баллов.

Данная беременность III, протекала без осложнений. В 12 недель проведен первый скрининг: высокий риск преэклампсии, ЗРП, терапия не назначена.

Последнее ультразвуковое исследование проведено в 20 недель. Патологии не выявлено.

При госпитализации: Телосложение правильное, рост 174 см, вес 82 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД 120 / 80 мм рт. ст. на обеих руках, Ps – 80 уд/мин., ритмичный, температура тела 36,7°С.

Акушерский статус: Размеры таза 26-29-31-21 см, окружность лучезапястного сустава 15 см, ромб Михаэлиса 11x11см, ВДМ – 30 см, ОЖ – 88 см. Предполагаемая масса плода 1500-1600 г.

Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140-150 уд. в 1 мин. Матка не возбудима, безболезненная при пальпации во всех отделах.

По данным УЗИ: Предлежание головное. Плацента по задней стенке, толщиной 2,6 см, III степени зрелости, с большим количеством гиперэхогенных включений.

Воды - умеренное маловодие.

Предполагаемая масса плода 1600±200 грамм, размеры плода соответствуют 30-31 неделям гестации.

Размеры плода: БПР - 78 мм, ОГ - 268 мм, ОЖ - 234 мм, ДБ - 52 мм.

Показатели доплерометрии в АП – повышение индекса резистентности.

Показатели доплерометрии в ЛМА и ПМА – повышение индекса резистентности.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения?
3. Какие нарушения допущены при ведении беременности у данной пациентки?
4. В каком сроке показано родоразрешение пациентки?

Ситуационная задача 6

Беременная Д., 28 лет, поступила в акушерский стационар в связи с начавшейся родовой деятельностью в срок ожидаемых родов, подтеканием околоплодных вод, окрашенных меконием. **Анамнез:** Данная беременность I, протекала без осложнений.

При госпитализации: Телосложение правильное, рост 168 см, вес 76 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД 120 / 80 мм рт. ст. на обеих руках, Ps – 110 уд/мин, ритмичный, **температура тела 38,0°C.**

Акушерский статус: Размеры таза 26-28-31-21 см, индекс Соловьева – 15 см, ромб Михаэлиса 11x11 см, ВДМ – 38 см, ОЖ – 102 см. Предполагаемая масса плода 3800-3900 г.

Положение плода продольное, предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода приглушено, базальный ритм 140-150 ударов в 1 мин, отмечается урежение сердцебиения до 80 ударов в минуту, плохо восстанавливается - **патологический тип КТГ.** Схватки через 4-5 минут по 30 секунд, умеренной силы, болезненные.

По данным УЗИ: Предлежание головное. Плацента по задней стенке, толщиной 3,8 см, III степени зрелости. Предполагаемая масса плода 3800 г.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки сглажена, края тонкие, растяжимые, открытие 2-3 см, плодный пузырь не определяется, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается, экзостозов в малом тазу нет. Подтекают воды, окрашенные меконием.

Диагноз: Беременность 40 недель. Головное предлежание. Дистресс плода. Хориоамнионит?

План ведения родов: учитывая отсутствие условий для быстрого и бережного родоразрешения через естественные родовые пути, пациентка была родоразрешена путем операции кесарева сечения в нижнем маточном сегменте.

Течение послеродового периода: У роженицы в течение первых четырех суток послеоперационного периода после операции кесарева сечения отмечаются повышение температуры до 38-39°C, ознобы. В развернутом анализе крови: лейкоциты $15,3 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 70 мм/ч, п/я 5, с/я 73. **При осмотре:** отмечается выраженная инфильтрация шва на передней брюшной стенке 10x12 см.

При влагалищном исследовании: матка увеличена до 15 недель, пальпация матки затруднена и болезненна из-за выраженной инфильтрации в области шва. Цервикальный канал пропускает палец, гнойные выделения с гнилостным запахом. Своды свободные, глубокие. **Терапия в послеродовом периоде:** в течение 4 суток проводится антибактериальная терапия, инфузионная терапия. Эффект незначительный. Переведена в гинекологическое отделение.

На 5-ые сутки - температура до 40°C гектического характера, озноб, тахикардия до 120 ударов в мин., снижение АД до 80 мм рт. ст., одышка. Сознание сохранено, однако отмечается апатия. При объективном обследовании: кожные покровы бледные с сероватым оттенком, видимые слизистые синюшного цвета, на конъюнктивах петехиальная сыпь. Зарегистрировано снижение сатурации.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.

2. Дифференциальный диагноз.
3. Какие нарушения допущены при ведении послеродового периода?
4. План ведения пациентки.

Ситуационная задача 7

Беременная Д., 32 года, поступила в акушерский стационар III уровня в связи с начавшейся родовой деятельностью в 40 недель беременности (по данным последней менструации).

Анамнез: 1 беременность 4 года назад закончилась самопроизвольными родами без осложнений. Масса новорожденного 3500 г, оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Общая прибавка веса за беременность составила 14 кг.

Данная беременность вторая, самопроизвольная, протекала без осложнений.

При госпитализации: телосложение правильное, рост 162 см, вес 70 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД 120/80 мм рт. ст. на обеих руках, Ps – 76 уд. в мин., ритмичный, температура тела 36.7 °С.

Акушерский статус: размеры таза 26-29-31-20 см, индекс Соловьева – 15 см, ромб Михаэлиса 11x11 см, ВДМ – 43 см, ОЖ – 105 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, сердцебиение ясное, ритмичное, 140 – 150 ударов в мин. Схватки через 4 минуты по 30 секунд, умеренной силы и болезненности.

Влагалищное исследование: наружные половые органы сформированы правильно, шейка матки сглажена, края тонкие, растяжимые, открытие маточного зева 4 см, плодный пузырь цел, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди ниже большого. Мыс не достигается.

Диагноз: Беременность 40 нед. Затылочное предлежание, I позиция, передний вид. I период родов. Крупный плод.

План ведения родов: роды вести выжидательно на фоне кардиомониторного наблюдения за состоянием плода, с профилактикой кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде. Роды вести с функциональной оценкой таза. При выявлении несоответствия между размерами таза и головки – родоразрешить путем операции кесарева сечения.

Через 5 часов родился живой доношенный мальчик, 4200 г, 53 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов, передан неонатологу. В III периоде родов – тактика выжидательная. Через 5 минут после рождения ребенка появились кровяные выделения из родовых путей в количестве 400 мл, кровотечение продолжается. Признаков отделения плаценты нет, при нажатии ребром ладони над лоном (признак Кюстнера-Чукалова) пуповина втягивается. Дно матки на 3 см выше пупка.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Какие нарушения допущены при ведении родов?
4. План ведения пациентки.

Ситуационная задача 8

Беременная со сроком беременности 35 недель (по данным последней менструации) доставлена машиной скорой медицинской помощи в приемное отделение стационара 3-го уровня с жалобами на боли в животе, головную боль, тошноту и кровяные выделения из родовых путей в объеме 200 мл.

Анамнез: I беременность 4 года назад закончилась своевременными родами, осложнилась развитием умеренной преэклампсии. Роды закончились через естественные родовые пути, масса новорожденного составила 3300 г, оценка по шкале Апгар 7/9 баллов.

Данная беременность II, протекала с осложнениями, во второй половине беременности периодически отмечались гипертензия до 140/90 мм рт. ст. (исходное АД – 110/70), отеки (прибавка массы тела составила 16 кг), периодически выявлялась протеинурия до 0.3 г/л.

При госпитализации: телосложение правильное, рост 162 см, вес 78 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД 150/100 мм рт. ст. на обеих руках, PS – 95 уд/мин, ритмичный, температура тела 36.7°C. Выявлены отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки. Отмечает болезненные ощущения в области матки, слабость, головокружение.

Акушерский статус: размеры таза 25–28–31–20 см, индекс Соловьева – 14 см, ромб Михаэлиса – 11x11 см, ВДМ – 34 см, ОЖ – 92 см. Предполагаемая масса плода – 2800 – 2900 г. При пальпации матка в тонусе, отмечается локальная болезненность по передней стенке матки, регулярной родовой деятельности нет.

Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода 100 -110 ударов в мин., приглушено.

По данным УЗИ: предлежание головное, плацента прикреплена по передней стенке матки и в дне, толщиной 3.5 см, III степени зрелости, нижний край > 6 см от внутреннего зева, предполагаемая масса плода 2800 г. Между плацентой и стенкой матки визуализируется гипозоженное образование 5 x 2.5 x 3 см, с неоднородным по эхоструктуре содержимым.

Обследование при помощи зеркал: шейка матки цилиндрической формы, отклонена кзади, длиной 2 см, чистая, из наружного зева шейки матки – обильные кровяные выделения, слизистая влагалища – без особенностей.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Какие нарушения допущены при ведении пациентки в женской консультации?
4. План дальнейшего ведения пациентки. Какой лапаротомический доступ предпочтительней в данной клинической ситуации? К какой группе неотложности относится данный диагноз?

Ситуационная задача 9

Беременная М., 28 лет, доставлена машиной скорой медицинской помощи в акушерский стационар.

Жалобы на схваткообразные боли внизу живота в течение суток, которые усилились за последние 4 часа до поступления.

Анамнез. Беременность первая, самопроизвольная. Протекала без осложнений. Срок беременности при поступлении по менструации и первому скринингу 40 недель 2 дня.

Рост 168 см, вес 70 кг. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст. на обеих руках.

Температура 36,6°C. Соматический статус без особенностей.

Данные наружного акушерского исследования: размеры таза 27-29-31-21 см, индекс Соловьева 14 см, ромб Михаэлиса 11x11 см. ВДМ - 39 см, ОЖ – 104 см.

Матка увеличена до срока доношенной беременности, возбудима при пальпации. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в мин. Схватки через 2-3 мин по 20 сек, болезненные. Воды целы.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей. Шейка матки сглажена, открытие 2 см, края ригидные. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов нет.

Диагноз: Беременность 40 недель 2 дня. Головное предлежание. I период родов.

План: Роды вести выжидательно. Профилактика кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде.

Данные УЗИ:

В полости матки расположен 1 плод, размеры соответствуют сроку доношенной беременности. ПМП 3700 ± 200 г. Плацента расположена по задней стенке матки, толщина 38 мм, III степени зрелости. Количество околоплодных вод - нормальное. Показатели доплерометрии в системе мать-плацента-плод в пределах нормы.

Через 4 часа роженица жалуется на усталость, интенсивные болезненные схватки. Поведение беспокойное. Пульс 84 удара в минуту, температура тела 37,1°C. АД 125/80 мм рт. ст.

Схватки короткие и частые - по 20-25 сек через 2-3 минуты, болезненные. Матка между схватками расслабляется.

Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, 150-160 ударов в минуту. Воды целы.

Влагалищное исследование: Шейка матки сглажена, края толстые, отечные. Открытие 2-3 см. Плодный пузырь цел. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Выделения слизистые.

Вопросы:

1. Сформулировать диагноз и его обоснование.
2. Выработать план дальнейшего ведения родов.
3. Можно ли было при поступлении роженицы в стационар прогнозировать развитие у нее аномалии родовой деятельности и провести профилактику ее развития?
4. Перечислить и указать причину развития возможных осложнений для плода и новорожденного у данной пациентки.

Ситуационная задача 10

Беременная Н., 42 лет, обратилась в приемное отделение родильного дома с жалобами на боли тянущего характера в левой подвздошной области, тошноту. Дома отмечала однократную рвоту.

Анамнез: Первая беременность закончилась своевременными оперативными родами. Кесарево сечение было произведено в связи с острой гипоксией плода, развившейся в первом периоде родов. Послеоперационный период протекал без осложнений. Ребенок здоров.

Вторая беременность закончилась преждевременными родами при сроке гестации 36 недель. Операция была произведена в экстренном порядке в связи с угрозой разрыва матки по рубцу. Ребенок здоров.

Данная беременность третья, самопроизвольная. Протекала без осложнений.

Срок беременности при поступлении в стационар 39 недель 5 дней.

Объективный статус без особенностей. Рост 158 см, вес 95 кг. АД 130/80 мм рт. ст. на обеих руках. Пульс 78 ударов в минуту.

Наружное акушерское исследование: Матки увеличена соответственно сроку доношенной беременности, в нормальном тоне. При пальпации отмечается локальная болезненность над лоном, больше слева. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, над входом в малый таз.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 145 ударов в минуту. Воды целы.

Влагалищное исследование: Шейка матки расположена в центре малого таза, длиной 2,5 см, плотная, цервикальный канал проходим для 1 пальца. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода, над входом в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов нет.

Данные УЗИ:

В матке 1 плод в головном предлежании, размеры соответствуют доношенной

беременности ПМП 3200 ± 200 грамм. Плацента расположена в дне матке, III степени зрелости, толщиной 38 мм. Вод несколько меньше нормы. Толщина миометрия в области нижнего маточного сегмента 1,3 – 1,5 мм, слева - истончение до 0,8 мм.

Диагноз: Беременность 39 недель 5 дней. Головное предлежание. Несостоятельность рубца на матке после 2-х операций кесарева сечения. Угроза гистопатического разрыва матки.

План ведения: экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения, на каталке подана в операционную.

В момент переключивания беременной на операционный стол возникли резкие боли внизу живота, рвота. Матка в гипертонусе, не расслабляется. Из половых путей появились обильные кровяные выделения. Брадикардия плода до 90 ударов в минуту, сердцебиение не восстанавливается.

Вопросы:

1. Полный клинический диагноз.
2. Обосновать выбор метода лапаротомии и обезболивания.
3. Какие специалисты должны быть вызваны в операционную для оказания дополнительной медицинской помощи?
4. Какие ошибки были допущены при ведении данной беременной на амбулаторном этапе?

Ситуационная задача 11

Роженица А., 24 лет, поступила в перинатальный центр с жалобами на регулярные схваткообразные боли в течение 4-х часов. На момент поступления схватки через 5 минут по 25 секунд, умеренно болезненные. Срок беременности 38 недель 2 дня.

Из анамнеза: Настоящая беременность вторая, первая закончилась год назад фармакологическим абортом, без осложнений.

Общий осмотр: Телосложение правильное, рост 170 см, вес 82 кг. Кожные покровы физиологической окраски, отеков нет. АД 120/80 и 118/76 мм рт. ст., Ps – 80 уд/мин, ритмичный, температура тела 36,4°C.

Акушерский статус: Размеры таза 25-28-30-20 см, индекс Соловьева – 15 см, ромб Михаэлиса 11x11 см, ВДМ – 36 см, ОЖ – 92 см. Предполагаемая масса плода 3400 г.

Матка в нормальном тоне, возбудима при осмотре, между схватками расслабляется полностью, безболезненная во всех отделах. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140-150 уд/мин. Околоплодные воды не изливались.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки сглажена, края маточного зева средней толщины, податливые, открытие маточного зева 3 см, плодный пузырь цел, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается, экзостозов в малом тазу нет.

Диагноз: Беременность 38 недель 2 дня. Головное предлежание. Первый период родов.

План ведения родов: Роды продолжить вести выжидательно на фоне кардиомониторного наблюдения за состоянием плода, с профилактикой кровотечения в III и раннем послеродовом периодах.

Через 1 час роженица пожаловалась на болезненные схватки, в связи с чем произведена эпидуральная анальгезия по согласию пациентки.

Через 4 часа осмотрена в динамике: схватки через 3-4 минуты по 35 секунд, безболезненные. Матка вне схватки расслабляется полностью, безболезненная во всех отделах. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода по данным КТГ – нормальный тип КТГ, базальный ритм 130-140 уд/мин.

При влагалищном исследовании: Шейка матки сглажена, открытие маточного зева 7 см. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок справа у крестца, ниже большого, большой слева у лона.

По данным УЗИ при поступлении: В матке один плод в головном предлежании. ПМП – 3450г. Плацента по задней стенке, толщина плаценты 34 мм, степень зрелости III. ИАЖ – 12 см. Допплерометрия – кровотоки в маточно-плацентарно-плодовом комплексе не нарушены.

Вопросы:

1. Диагноз на данный момент родов с определением биомеханизма родов.
2. Требуется ли вскрытие плодного пузыря на данном этапе родов?
3. Какие особенности данного биомеханизма родов?
4. Что необходимо внести в план ведения родов с учетом данного биомеханизма родов?

Ситуационная задача 12

Роженица А., 36 лет, поступила в акушерский стационар с жалобами на регулярные схваткообразные боли в течение 6-и часов. На момент поступления схватки через 3 минуты по 35 секунд, болезненные. Срок беременности 40 недель 2 дня.

Из анамнеза: настоящая беременность вторая, первая закончилась 2 года назад своевременными родами крупным плодом (4450 г).

Общий осмотр: телосложение гиперстеническое, рост 167 см, вес 98 кг. Кожные покровы физиологической окраски, отеков нет. АД 136/84 и 138/76 мм рт. ст., Ps – 87 уд/мин, ритмичный, температура тела 36,4°C.

Акушерский статус: Размеры таза 26-28-37-21 см, индекс Соловьева – 16 см, ромб Михаэлиса 11x11 см, ВДМ – 42 см, ОЖ – 100 см.

Матка в нормальном тоне, возбудима при осмотре, между схватками расслабляется полностью, безболезненная во всех отделах. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное 149-156 уд/мин. Околоплодные воды излились в приемном отделении.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки сглажена, края маточного зева средней толщины, податливые, открытие маточного зева 3 см, плодный пузырь отсутствует, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается, экзостозов в малом тазу нет. Подтекают светлые околоплодные воды.

По данным УЗИ: в матке один плод в головном предлежании. ПМП – 3950±200 г.

Диагноз: Беременность 40 недель 2 дня. Головное предлежание. Первый период родов. Раннее излитие околоплодных вод. Крупный плод? НЖО II ст.

План ведения родов: Роды продолжить вести выжидательно на фоне кардиомониторного наблюдения за состоянием плода, с функциональной оценкой таза, с профилактикой кровотечения в III и раннем послеродовом периодах. На данном этапе показано обезболивание родов, с учетом болезненных схваток.

Проведена эпидуральная анальгезия.

Через 4 часа роженица осмотрена в динамике: схватки через 5 минут по 25 секунд, безболезненные. Матка вне схватки расслабляется полностью, безболезненная во всех отделах. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода по данным КТГ – нормальный тип КТГ, базальный ритм 130-140 уд/мин. Подтекают светлые околоплодные воды.

При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4 см. Плодный пузырь отсутствует. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Лобный шов в правом косом размере, передний угол большого родничка справа у крестца, переносица и

надбровные дуги слева у лона.

Вопросы:

1. Диагноз на данный момент родов с определением биомеханизма родов.
2. Обоснование диагноза.
3. Какому размеру головки соответствует диаметр большого сегмента головки при данном биомеханизме родов?

План ведения родов.

Ситуационная задача 13

Роженица А., 24 лет, поступила в акушерский стационар с жалобами на регулярные схваткообразные боли в течение 5-и часов. На момент поступления схватки через 5 минут по 25 секунд, умеренно болезненные. Срок беременности 39 недель 4 дня.

Из анамнеза: Настоящая беременность первая, самопроизвольная.

Общий осмотр: Телосложение нормостеническое, рост 160 см, вес 72 кг. Кожные покровы физиологической окраски, отеков нет. АД 126/74 и 118/68 мм рт. ст., Ps – 87 уд/мин, ритмичный, температура тела 36,2°C.

Акушерский статус: Размеры таза 22-24-30-21 см, индекс Соловьева – 15 см, ромб Михаэлиса 11x10 см, ВДМ – 35 см, ОЖ – 95 см.

Матка в нормальном тоне, возбудима при осмотре, между схватками расслабляется полностью, безболезненная во всех отделах. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 149-156 уд/мин. Околоплодные воды не изливались.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки сглажена, края маточного зева средней толщины, податливые, открытие маточного зева 3 см, плодный пузырь цел, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается, экзостозов в малом тазу нет.

По данным УЗИ: в матке один плод в головном предлежании. ПМП – 3350±200 г.

Диагноз: Беременность 39 недель 4 дня. Головное предлежание. Первый период родов. Поперечносуженный таз.

Составлен план ведения родов: Роды продолжить вести выжидательно на фоне кардиомониторного наблюдения за состоянием плода, с профилактикой кровотечения в III и раннем послеродовом периодах.

Через 4 часа роженица осмотрена в динамике: схватки через 3 минуты по 35 секунд, болезненные. Матка вне схватки расслабляется полностью, безболезненная во всех отделах. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода по данным КТГ – нормальный тип, базальный ритм 146-154 уд/мин.

При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 8 см. Плодный пузырь цел, вскрылся во время исследования. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в прямом размере, малый родничок у крестца, большой у лона. Подтекают светлые околоплодные воды.

Вопросы:

1. Диагноз на данный момент родов с определением биомеханизма родов.
2. Особенности биомеханизма родов при данной форме сужения таза?
3. План ведения родов.
4. Какие осложнения родов Вы ожидаете у роженицы с анатомически узким тазом?

Ситуационная задача 14

Роженица А., 32 лет, поступила в акушерский стационар с жалобами на регулярные

схваткообразные боли в течение 8-и часов и излитие околоплодных вод час назад. На момент поступления схватки через 2 минуты по 45 секунд, умеренно болезненные. Срок беременности 41 неделя 2 дня. От эпидуральной анальгезии пациентка отказалась.

Из анамнеза: настоящая беременность вторая, самопроизвольная. Первая беременность закончилась 2 года назад своевременными оперативными родами (вакуум-экстракция плода системой Kiwi по поводу вторичной слабости родовой деятельности), родился живой доношенный мальчик, массой 4200, в настоящее время растет и развивается нормально.

Общий осмотр: телосложение нормостеническое, рост 160 см, вес 72 кг. Кожные покровы физиологической окраски, отеков нет. АД 126/74 и 118/68 мм рт. ст., Ps – 87 уд/мин, ритмичный, температура тела 36,2°C.

Акушерский статус: Размеры таза 26-28-30-21 см, индекс Соловьева – 15 см, ромб Михаэлиса 11x11 см, ВДМ –39 см, ОЖ – 100 см.

Матка в нормальном тоне, возбудима при осмотре, между схватками расслабляется полностью, безболезненная во всех отделах. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное 149-156 уд/мин. Околоплодные воды не изливались.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное, плодный пузырь отсутствует, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок у крестца справа, большой слева у лона, роднички на одном уровне. Мыс не достигается, экзостозов в малом тазу нет. Подтекают светлые околоплодные воды.

По данным УЗИ: в матке один плод в головном предлежании. ПМП – 4000 г.

Диагноз: Беременность 41 неделя 2 дня. Затылочное предлежание, II позиция, задний вид. Второй период родов. Крупный плод.

План ведения родов: Роды продолжить вести выжидательно на фоне кардиомониторного наблюдения за состоянием плода, с функциональной оценкой таза, с профилактикой кровотечения в III и раннем послеродовом периодах.

Через 2 часа появились жалобы на потуги, роженица ведет себя беспокойно, осмотрена в динамике: схватки через 1-2 минуты по 40-50 секунд, потужного характера. Матка вне схватки не расслабляется полностью, болезненная при пальпации нижнего сегмента. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Признак Вастена отрицательный. Размер Цангемейстера 21 см.

КТГ – ранние глубокие децелерации до 60 уд/мин, с восстановлением синусоидального базального ритма 130 уд/мин.

При влагалищном исследовании: Шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное, плодный пузырь отсутствует, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. На головке выраженная родовая опухоль, положение швов и родничков определить не удастся. Во время схватки продвижения головки нет. Подтекают околоплодные воды, окрашенные меконием.

Вопросы:

1. Диагноз на данный момент родов. Обоснование диагноза.
2. План ведения родов.
3. Какие были допущены ошибки при ведении данных родов?
4. Сколько продолжается второй период родов у повторнородящих и какова частота вагинального осмотра во втором периоде родов?

Пациентка А., 37 лет, поступила в акушерский стационар с жалобами на одышку в покое, общую слабость. Беременность вторая. В анамнезе один фармакологический аборт, без осложнений.

Наблюдается с 13 недель в женской консультации. При постановке на учет впервые диагностирован врожденный порок сердца у беременной: ДМПП.

Срок беременности на момент поступления 37 недель 6 дней.

Объективно: Состояние средней тяжести. Пульс 74 уд/мин, удовлетворительных свойств, АД 110/70 мм рт. ст. ЧДД 22 в минуту. Телосложение пациентки нормостеническое. Область сердца и крупных сосудов внешне не изменена. При аускультации сердца над всей поверхностью сердца - систолический шум. Аускультация легких – разнокалиберные хрипы.

Данные дополнительного обследования: ЭКГ - перегрузка правого предсердия, неполная блокада правой ножки пучка Гиса; ЭхоКГ - дефект межпредсердной перегородки 2 см в диаметре, легочная гипертензия > 50 мм рт. ст.

Акушерский статус: Размеры таза 25-29-32-20 см, ВДМ 35 см, ОЖ – 101 см. Матка в нормальном тоне, безболезненная во всех отделах. Шевеление плода ощущает хорошо. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердечные тоны плода ритмичные, 130-140 в минуту. Околоплодные воды не изливались.

Влагалищное исследование: Шейка матки сохранена, отклонена кзади, длиной до 2,5 см, плотная, наружный зев закрыт. Таз емкий, без экзостозов и деформаций. Мыс не достижим.

Вопросы:

Диагноз и его обоснование.

2. К какой группе риска относится кардиоваскулярная патология у беременной?
3. План родоразрешения?
4. Определите риск ВТЭО на момент поступления пациентки.

Ситуационная задача 16

Роженица А., 29 лет, находится в родовом зале с регулярной родовой деятельностью в течение 6-ти часов. Срок беременности 40 недель 3 дня.

Из анамнеза: настоящая беременность вторая, первая закончилась 4 года назад своевременными родами, без осложнений.

Общий осмотр: телосложение правильное, рост 170 см, вес 74 кг. Кожные покровы физиологической окраски, отеков нет. АД 120/80 и 118/76 мм рт. ст., Ps – 80 уд/мин, ритмичный, температура тела 36,4°C.

Акушерский статус: Размеры таза 25-28-30-20 см, индекс Соловьева – 15 см, ромб Михаэлиса 11x11 см, ВДМ – 36 см, ОЖ – 92 см. Предполагаемая масса плода 3250 г.

Матка в нормальном тоне, возбудима при осмотре, между схватками расслабляется полностью, безболезненная во всех отделах. Схватки через 2-3 минуты по 35 секунд. Положение плода продольное, предлежит головка, большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140-150 уд/мин. КТГ – нормальный тип. Околоплодные воды излились 10 минут назад.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка плода большим сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона, ниже большого, большой родничок справа сзади. Мыс не достигается, экзостозов в малом тазу нет. Подтекают светлые околоплодные воды.

Диагноз: Беременность 40 недель 3 дня. Затылочное предлежание, I позиция, передний вид. Второй период родов.

План ведения родов: Роды продолжить вести выжидательно на фоне кардиомониторного

наблюдения за состоянием плода, с профилактикой кровотечения в III и раннем послеродовом периодах.

Через 45 минут на КТГ отмечается брадикардия плода до 60 уд/мин, сердцебиение не восстанавливается. Схватки через 2 минуты по 45 секунд.

С целью оценки акушерской ситуации в асептических условиях произведено **влагалищное исследование**: Шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка в полости малого таза. Стреловидный шов в правом косом размере ближе к прямому, малый родничок слева у лона, ниже большого, большой справа кзади. Нижний край лона доступен для исследования, седалищные ости, крестцово-копчиковое сочленение заняты головкой, седалищные бугры и верхушка копчика свободны для исследования.

Вопросы:

1. Диагноз на данный момент родов. Обоснование диагноза.
2. Определите, в какой плоскости таза располагается головка?
3. План ведения родов с учетом изменившейся акушерской ситуации?
4. В каком размере Вы будете накладывать акушерские щипцы? Перечислите направления тракций при выполнении операции.

Ситуационная задача 17

Роженица А., 25 лет, находится в родовом зале с регулярной родовой деятельностью в течение 18-ти часов. Второй период продолжается 2 часа. Безводный промежуток 24 часа. Срок беременности 40 недель.

Из анамнеза: настоящая беременность первая.

Общий осмотр: телосложение правильное, рост 168 см, вес 74 кг. Кожные покровы физиологической окраски, отеков нет. АД 119/67 и 118/65 мм рт. ст., Ps – 84 уд/мин, ритмичный, температура тела 36,4°C.

Акушерский статус: Размеры таза 25-28-30-20 см, индекс Соловьева – 15 см, ромб Михаэлиса 11x11 см, ВДМ – 36 см, ОЖ – 92 см. Предполагаемая масса плода 3100 г.

Матка в нормальном тоне, возбудима при осмотре, между схватками расслабляется полностью, безболезненная во всех отделах. Схватки через 4-5 минут по 30 секунд. Положение плода продольное, головка в полости малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130-145 уд/мин. КТГ – нормальный тип.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка плода в узкой части полости малого таза. Стреловидный шов в правом косом размере, ближе к прямому, малый родничок слева у лона, ниже большого, большой справа кзади. Мыс не достижим, экзостозов в малом тазу нет. Подтекают светлые околоплодные воды.

Диагноз: Беременность 40 недель. Затылочное вставление, I позиция, передний вид. Второй период родов. Преждевременный разрыв плодных оболочек. Длительный безводный промежуток. Вторичная слабость родовой деятельности.

План ведения родов: Роды продолжить вести консервативно на фоне кардиомониторного наблюдения за состоянием плода, с профилактикой кровотечения в III и раннем послеродовом периодах. На данном этапе, принимая во внимание вторичную слабость родовой деятельности, удовлетворительные состояния плода и роженицы, начать стимуляцию родов окситоцином по схеме. В родах продолжить антибиотикотерапию с учетом длительности безводного промежутка.

Через 1 час после начала стимуляции родов окситоцином схватки через 3 минуты по 35-40 секунд, матка вне схватки расслабляется полностью, безболезненная во всех отделах.

Сердцебиение плода по данным КТГ – нормальный тип, 146-158 в минуту. Околоплодные воды подтекают светлые.

С целью оценки акушерской ситуации в асептических условиях произведено **влагалищное исследование**: Шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка плода в узкой части полости малого таза. Стреловидный шов в правом косом размере ближе к прямому, малый родничок слева у лона, ниже большого, большой справа кзади. Подтекают светлые околоплодные воды.

Вопросы:

1. Диагноз на данный момент родов.
2. Какова схема стимуляции родов окситоцином?
3. План ведения родов с учетом акушерской ситуации?
4. Перечислите направления тракций при выполнении операции.

Ситуационная задача 18

12 Пациентка 25 лет обратилась в женскую консультацию для постановки на учет в сроке

недель. На момент обращения жалоб не предъявляет.

Рост 166 см, масса тела 63 кг (исходный вес 59 кг). АД 100/60 мм рт. ст., пульс 92 уд в мин.

Из анамнеза:

Менархе с 13 лет, менструации по 5 дней через 28 дней, регулярные, умеренные.

Беременность – первая, наступила спонтанно.

Гинекологические заболевания: отрицает.

Контрацепция барьерная – презерватив (гормональные контрацептивы никогда не использовала).

Соматически здорова, имеется информация о выявленном в детстве шуме в сердце.

По данному поводу не обследовалась.

Операций, переломов, гемотрансфузий в анамнезе не было.

Семейный и аллергоанамнез не отягощены.

Спортом никогда не занималась. Не курит.

Было назначено базовое обследование по беременности, рекомендована консультация терапевта и ЭКГ.

Консультация терапевта проведена в 23 недели: АД 92/50 мм рт. ст., пульс 90 ударов в мин. При аускультации сердца выявлен легкий систолический шум и усиление второго тона

сердца. При осмотре зафиксирован незначительный периферический цианоз. Показатель сатурации тканей кислородом в покое – 92%. Рекомендовано проведение эхокардиографии и консультации кардиолога.

1. Результаты клинического анализа крови

Эритроциты - 3.10×10^{12} / л (3.80-5.10)

Гемоглобин 94.20 г/л (117,0-150,0)

Гематокрит 33.70 % (35.00-45.00)

Средний объем эритроцита 76.50 фл (80.00-100.00)

Среднее содержание гемоглобина в эритроците 25.20 пг (27.00-34.00)

Средняя концентрация гемоглобина в эритроците 289.0 г/л (320.0-360.0)

Лейкоциты 10.87×10^9 /л (3.80-11.00)

Относительное количество:

Сегментоядерные нейтрофилы 68.80 % (45.00-70.00)
Палочкоядерные нейтрофилы ↑ 8.00 % (0.00-6.00)
Эозинофилы 1.70 % (0.00-5.00)
Базофилы 0.50 % (0.00-2.00)
Плазматические клетки 0.6 % (0.0-4.5)
Лимфоциты ↓ 14.1 % (19.0-37.0)
Моноциты 6.30 % (2.00-9.00)
Абсолютное количество:
Сегментоядерные нейтрофилы $7.48 \times 10^9 / \text{л}$ (1.80-7.70)
Эозинофилы $0.18 \times 10^9 / \text{л}$ (0.00-0.45)
Базофилы $0.05 \times 10^9 / \text{л}$ (0.00-0.20)
Плазматические клетки $0.07 \times 10^9 / \text{л}$ (0.00-0.40)
Лимфоциты $1.53 \times 10^9 / \text{л}$ (1.00-4.50)
Моноциты $0.68 \times 10^9 / \text{л}$ (0.00-0.83)
Тромбоциты $301 \times 10^9 / \text{л}$ (150-400)
СОЭ (по Вестергрену) 7 мм/ч (2-20)

2. Результаты ЭХОКГ (1) и кровотока через дефект межжелудочковой перегородки (2)

Заключение ЭХОКГ: атриовентрикулярный септальный дефект, полная форма с двухсторонним шунтом. Систолическое давление в правом желудочке – 90 мм рт. ст., выраженная дилатация правого желудочка с сохранением сократительной функции и умеренной трикуспидальной регургитацией. Расширение общей легочной артерии. Функция левого желудочка сохранена, умеренная митральная регургитация.

5-ти минутный тест с физической нагрузкой (пешая дистанция 395 м) показал снижение уровня сатурации с 91% до 76%.

В 25 недель пациентка отмечает появление одышки при незначительной физической нагрузке. Согласно рекомендациям кардиолога были назначены низкомолекулярный гепарин (эноксапарин 40 мг в сутки) и препараты для купирования легочной гипертензии (силденафил 20 мг 3 раза в сутки). Несмотря на проводимую терапию, отмечается нарастание одышки, цианоза, появились болевые ощущения за грудиной.

В 33 недели беременности - единичный эпизод потери сознания.

Показатели АД в пределах 85-100/50-65 мм рт. ст., пульс от 85 до 100 ударов в минуту.

По данным ультразвукового исследования плода и маточно-плацентарного кровотока выявлены задержка роста плода (ниже 10 перцентиля), нарушение кровотока в маточных артериях.

Акушерский статус: живот увеличен за счет беременной матки, ОЖ – 89 см, ВДМ – 32 см. Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное, по данным КТГ – 8 баллов по Фишеру. Околоплодные воды не изливались.

Вопросы:

1. Сформулируйте акушерский диагноз.
2. Какова тактика ведения пациенток с врожденным пороком сердца, осложнившимся легочной гипертензией?
3. Как часто пациентка должна посещать кардиолога? Какие акушерские осложнения ожидаемы у данной пациентки?
4. Какой метод родоразрешения предпочтителен у данной пациентки и в какие сроки? Риск каких послеродовых осложнений повышен у данной пациентки?

Ситуационная задача 19

Пациентка Ф. 43 лет. Беременность вторая, роды предстоящие первые. В анамнезе один

медицинский аборт без осложнений. В течение 10 лет - вторичное бесплодие (смешанный фактор). Данная беременность наступила при помощи ВРТ (ЭКО). Рост 158 см, вес 112 кг.

Из анамнеза известно, что пациентка страдает артериальной гипертензией, до беременности повышение АД до 150-160/90 мм рт. ст., принимает антигипертензивные препараты в течение 6 лет. Диагноз при поступлении:

Беременность 37 недель. Головное предлежание. Умеренная преэклампсия.

При поступлении АД 130/70-125/80 мм рт. ст., пульс 76 ударов в минуту. Отмечает ухудшение шевеления плода в течение последних 3-х дней.

Объективно: Состояние удовлетворительное, жалоб нет. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледно-розовые. Молочные железы не изменены. Матка в нормотонусе, безболезненна при пальпации. Положение плода продольное, предлежит головка плода, над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140-150 уд. в минуту. Отмечаются умеренные отеки голеней и стоп.

В условиях приемного отделения проведен анализ мочи тест-полоской, результат на протеинурию отрицательный.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, шейка матки сохранена, длина шейки матки 2 см, плотная, отклонена кзади, наружный зев пропускает кончик пальца. Через своды определяется головка плода, над входом в малый таз. Выделения слизистые умеренные. Экзостозов в малом тазу нет. Диагональная конъюгата более 12.5 см.

При поступлении выполнено ультразвуковое, доплерометрическое исследования и КТГ.

Протокол УЗИ плода:

В полости матки визуализируется один живой плод в головном предлежании. Сердечная деятельность и двигательная активность определяются отчетливо. Тонус миометрия нормальный.

Плацента расположена по передней стенке матки. Нижний край плаценты высоко над внутренним зевом матки. Структура плаценты неоднородная, с гиперэхогенными включениями и расширением межворсинчатого пространства. Толщина плаценты 39 мм, степень зрелости II-III.

Пуповина имеет 3 сосуда. Индекс амниотической жидкости 8.

Фетометрия	
	Размеры плода, мм
Бипариетальный размер	92.1
Окружность головки:	317
Окружность живота	303
Длина бедренной кости	68.6
Плечевая кость	59.3
Размеры соответствуют	плода 35 недель
Допплерометрия	
Допплер в средней мозговой артерии	IR=0.7
Допплер в артерии пуповины	IR=0.62
Допплер в правой маточной артерии	IR=0.72

Допплер в левой маточной артерии	IR=0.54
----------------------------------	---------

Заключение: Беременность 36-37 недель, головное предлежание. Задержка роста плода. Нарушение маточно-плацентарного кровотока 1А. Умеренное маловодие.

КТГ

Шкала оценки КТГ по Фишеру

Показатель	Оценка в баллах		
	0	1	2
Базальный ритм, уд/мин	>180 < 100	100-119/ 161-180	120-160
Амплитуда осцилляций, уд/мин	<5	>5-9 < 30	10-30
Частота осцилляций в мин.	< 2	2-6	>6
Акцелерации	Отсутствуют	Периодические	Спорадические
Децелерации	Поздние	Периодические	Отсутствуют

Вопросы:

Сформулируйте диагноз на основании данных обследования.

Оцените КТГ по шкале Фишера.

Какова тактика ведения данной пациентки?

Какие профилактические мероприятия необходимо провести для исключения возможных осложнений?

Ситуационная задача 20

В родильный дом поступила беременная 32 лет, по направлению врача женской консультации. Направительный диагноз: Беременность 40 недель. Тазовое предлежание.

Из анамнеза: беременность первая, предстоящие роды первые. Встала на учет по беременности в сроке 8 недель. Во время беременности регулярно наблюдалась в женской консультации.

Беременность протекала без осложнений. Последнее ультразвуковое исследование проведено в сроке 32 недели. Развитие плода соответствует сроку беременности, тазовое предлежание.

Объективно: правильного телосложения. Рост 172 см, вес 88 кг. Наружные размеры таза: 26 x 28 x 30 x 20 см. Кожные покровы, видимые слизистые бледно-розового цвета. АД 125/75, 120/70 мм рт. ст., пульс 79 уд/мин. Температура тела 36,7°C. ОЖ – 105 см, ВДМ – 37 см. Живот увеличен за счет беременной матки, при пальпации безболезненный во всех отделах. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец, прижат к входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 156 ударов в 1 мин. Выделения из половых путей слизистые.

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Данные влагалищного исследования: Шейка матки длиной 1 см, мягкая, цервикальный канал пропускает 2 пальца. Плодный пузырь цел. Предлежат ягодицы плода, прижаты к входу в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения слизистые.

По данным УЗИ предполагаемая масса плода 3400 г. Многоводие. ИАЖ 26 см.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Какой метод родоразрешения необходим в данном случае? Обоснуйте предполагаемый метод родоразрешения.
 1. Каких данных, которые могут изменить план родов, не хватает в задаче?
 2. Какой этап ведения пациентки с тазовым предлежанием упущен в женской консультации?

ГИНЕКОЛОГИЯ

Ситуационная задача 21

Пациентка 27 лет, доставлена в приемное отделение больницы бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на кровяные выделения из половых путей и тянущие боли внизу живота, больше слева.

Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, установились через год, регулярные, умеренные, безболезненные, по 5-7 дней, через 28-30 дней. Последняя менструация – в срок, обычного характера, 1,5 месяца назад. В течение 5 дней пациентка отмечает тянущие боли в нижних отделах живота, без иррадиации. В день обращения отмечает появление кровяных выделений из половых путей. Половая жизнь – с 18 лет, контрацепция – презерватив, нерегулярно. Беременности – 0. Гинекологические заболевания: сальпингоофарит 2 года назад, стационарное лечение.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Рост – 164 см, вес – 62 кг. Температура тела – 36,8°C. Кожа и видимые слизистые – бледно-розовой окраски. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца – ясные, ритмичные. АД – 110/70 мм рт. ст., пульс – 82 уд в 1 мин, Язык – влажный, чистый. Живот – не вздут, при пальпации болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины – сомнительные в нижних отделах.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, рост волос по женскому типу.

Осмотр при помощи зеркал: слизистая оболочка влагалища цианотичная, шейка матки конической формы, не эрозирована, выделения из цервикального канала – кровяные, скудные.

Двуручное влагалищно-абдоминальное исследование: шейка матки обычной длины и консистенции, тракции за шейку матки болезненные. Тело матки – несколько увеличено, мягковатой консистенции, безболезненное. Правые придатки не определяются, область их безболезненная. Левые придатки: определяется образование вытянутой формы, без четких контуров, пастозное, умеренно болезненное при пальпации. Своды влагалища – глубокие, свободные.

Клинический анализ крови (cito): гемоглобин — 113 г/л, эритроциты — $4,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты — $9,2 \times 10^9 /л$.

УЗИ органов малого таза. Тело матки – 59x50x58мм; М-эхо – 13 мм, гиперэхогенное, однородной структуры. Правый яичник – 34x26x19 мм, с мелкими фолликулами. Левый яичник – 27x15x21мм, с гипоэхогенным образованием с сетчатыми включениями, размером 16x16 мм. Медиальнее левого яичника лоцируется образование 18x15x12мм, средней эхогенности, с гипоэхогенной округлой полостью с гетерогенным содержимым. В малом тазу – около 30 мл

гипоэхогенного содержимого со взвесью.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальную диагностику.
4. Лечение.

Ситуационная задача 22

Пациентка 47 лет доставлена машиной скорой медицинской помощи в приемное отделение гинекологического стационара. Жалобы на кровяные выделения из половых путей, головокружение, слабость.

Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 12 лет, были по 6-7 дней, через 27-28 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация – началась с задержкой на 3 недели, продолжается в течение месяца (по настоящее время), кровяные выделения усилились сегодня. Половая жизнь – с 18 лет, в браке, контрацепция – барьерная. В анамнезе – 3 беременности: 1 аборт, 2 своевременных родов без осложнений. Гинекологические заболевания: в течение последних двух лет отмечает нарушение менструального цикла, в связи с чем дважды было произведено раздельное диагностическое выскабливание под контролем гистероскопии. Гистологический анализ: железисто-фиброзный полип эндометрия на фоне железистой гиперплазии эндометрия. Пациентке была рекомендована гормональная терапия: в течение 6 месяцев принимала норколут во вторую фазу цикла. Пациентка самостоятельно прекратила гормонотерапию, после чего вновь отметила нарушение менструальной функции.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ, Гипертоническая болезнь 2 ст. 2ст.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, чистые. Рост – 159 см, вес – 92 кг. Молочные железы при пальпации без патологических изменений. Температура тела – 36,7°C. Живот при пальпации – мягкий, безболезненный. Физиологические отправления – не нарушены.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, рост волос по женскому типу.

Осмотр при помощи зеркал: шейка матки цилиндрической формы, не изменена, выделения из цервикального канала – кровяные, обильные.

Двуручное влагалищно-брюшностеночное исследование: шейка матки обычной консистенции, тракция за шейку безболезненна. Тело матки – кпереди, не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное при пальпации. Придатки матки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Своды влагалища – глубокие, безболезненные.

УЗИ органов малого таза: матка – 40x31x45 мм, миометрий обычной эхогенности, М-эхо – до 17 мм на всем протяжении, неоднородное. Правый яичник: 34x27x16 мм, с фолликулами до 6 мм в диаметре, левый – 30x42x17 мм, с фолликулами до 3-4 мм в диаметре. Объемных образований и свободной жидкости в малом тазу нет.

Клинический анализ крови (cito!): эритроциты – $2,94 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 92 г/л, лейкоциты — $9,8 \times 10^9$ /л.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Обоснование диагноза. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику.
4. Тактика ведения.

Ситуационная задача 23

Пациентка 25 лет обратилась к гинекологу с жалобами на нарушение менструального цикла и избыточный рост волос на коже лица и груди.

Акушерско-гинекологический анамнез: менархе в 16 лет, менструации нерегулярные, умеренные, безболезненные, по 5-7 дней, через 60-120 дней. Последняя менструация – около 2 месяцев назад. Половая жизнь – с 18 лет, контрацепция – барьерный метод, регулярно. Беременностей не было. Гинекологические заболевания – ранее не обследовалась.

Перенесенные заболевания: ветряная оспа, корь.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Рост – 165 см, вес – 85 кг. ИМТ – 31,22. Язык – влажный, чистый. Кожа и видимые слизистые – бледно-розовой окраски. На лице в области носогубного треугольника и подбородка наблюдается избыточный рост волос. АД – 120/80 мм рт. ст. Пульс – 80 уд в 1 мин, правильный. Молочные железы развиты правильно, безболезненные, мягкие, выделений из сосков нет, вокруг сосков отмечается избыточный рост волос. Телосложение правильное. Живот при пальпации – мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины – отрицательные. Печень и селезенка – не увеличены. Стул, мочеиспускание – не нарушены. Отеков нет.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, рост волос по мужскому типу.

Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища – розовая, складчатая, шейка матки конической формы, наружный зев – точечный, выделения – светлые, слизистые, умеренные.

Двуручное влагалищно-абдоминальное исследование: шейка матки длиной 2 см, наружный зев закрыт. Тело матки – в anteflexio, не увеличено, плотное, при пальпации безболезненное. Придатки матки не пальпируются, область их безболезненная, своды влагалища глубокие.

УЗИ органов малого таза. Матка – 45x40x48мм, миометрий обычной эхогенности. М-эхо – до 15 мм, неоднородной структуры. Правый яичник – 45x23x39 мм, фолликулярный аппарат представлен 12 фолликулами в наибольшем срезе, от 5 до 8 мм в диаметре, расположенными преимущественно по периферии, строма уплотнена, белочная оболочка утолщена. Объем яичника – 21,4 см³. Левый яичник – 46x25x40 мм, фолликулярный аппарат представлен 8 фолликулами в наибольшем срезе, от 2 до 7 мм в диаметре, расположенными преимущественно по периферии, белочная оболочка утолщена, строма уплотнена. Объем яичника – 24,4 см³. Свободная жидкость в малом тазу не определяется.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Методы обследования.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Лечение.

Ситуационная задача 24

Пациентка 30 лет обратилась к гинекологу с жалобами на нарушение менструального цикла и отсутствие беременности при регулярной половой жизни без контрацепции на протяжении 3 лет.

Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 15 лет, нерегулярные, умеренные, безболезненные, по 7 дней, через 1-3 месяца. Последняя менструация началась 22 дня назад и прошла как обычно. Половая жизнь – с 25 лет, от беременности не предохраняется. Спермограмма мужа – нормозооспермия.

Перенесенные инфекции: ветряная оспа, корь.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Рост – 168 см, вес – 90 кг. ИМТ –

33,66. Телосложение правильное. Кожа и видимые слизистые – бледно-розовой окраски. АД – 122/80 мм рт. ст., пульс – 76 уд в 1 мин, правильный. Молочные железы развиты правильно, безболезненные, мягкие, выделений из сосков нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание – не нарушены. Отеков нет.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, рост волос по женскому типу.

Осмотр при помощи зеркал: шейка матки – не изменена, слизистая влагалища – розовая, складчатая.

Двуручное влагалищно-абдоминальное исследование: шейка матки длиной 2 см, наружный зев закрыт, тракции за шейку матки безболезненные. Матка в anteflexio-versio, не увеличена, подвижная, безболезненная. Придатки матки не пальпируются, область их безболезненная.

Лабораторные методы исследования: уровень глюкозы натощак в венозной крови – 6,2 ммоль/л, уровень глюкозы через 2 часа после приема пищи – 8,1 ммоль/л.

Уровни гормонов в крови: пролактин – 7 нг/мл, кортизол – 450 нмоль /л (норма: утро – 166-507; вечер: 73,8-291 нмоль/л). ДГЭА-С – 220 мкг/дл, ТТГ – 3,2 мкМЕ/мл (норма: 0,35-4,94);

Т4 своб. – 11,4 пмоль /л (норма: 9-19,05); Т3 своб. – 4,5 пмоль /л (норма: 2,63-5,7);

ЛГ – 14,5 мМЕ/мл, ФСГ – 5,5 мМЕ/мл, свободный тестостерон – 3,5 нмоль/л, ИСА - 50%, 17-ОН-прогестерон – 0,9 нмоль/л.

УЗИ органов малого таза. Матка – 53x45x50мм, миометрий обычной эхогенности. М-эхо – до 10 мм, однородное. Правый яичник – 40x26x35 мм, фолликулярный аппарат представлен 16 фолликулами в наибольшем срезе, от 5 до 8 мм в диаметре, расположенными преимущественно по периферии, строма уплотнена, белочная оболочка утолщена. Объем яичника – 19,4 см³. Левый яичник – 44x27x39 мм, фолликулярный аппарат представлен 14 фолликулами в наибольшем срезе, от 2 до 7 мм в диаметре, расположенными преимущественно по периферии, строма уплотнена, белочная оболочка утолщена. Объем яичника – 24,6 см³. Свободная жидкость в малом тазу не определяется.

Вопросы:

1. Диагноз. Обоснование диагноза.
2. Методы обследования.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Лечение.

Ситуационная задача 25

Супружеская пара, находящаяся в браке 5 лет, обратилась за консультацией перед планированием беременности. Супруге 34 года, в анамнезе указаний на наличие беременности нет, в 19 лет – аппендэктомия, без осложнений. Супругу 38 лет, у него второй брак, в первом браке 8 лет назад у первой жены было две беременности, обе – неразвивающиеся, в сроке до 12 недель. Хронических заболеваний супруг не имеет, работает более 10 часов в сутки, работа сидячая.

Акушерско-гинекологический анамнез: менархе в 13 лет, менструации регулярные, умеренные, безболезненные, по 5-7 дней, через 27-30 дней. Половая жизнь – с 25 лет, использовала барьерный метод контрацепции, на протяжении последнего года от любых методов контрацепции отказалась, но беременность пока не наступила.

Объективно: без особенностей.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, рост волос по

женскому типу.

Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища розовая, складчатая, шейка матки не эрозирована, конической формы, наружный зев – округлый, выделения светлые, слизистые, умеренные.

Двуручное влагалищно-абдоминальное исследование: шейка матки обычной плотности, наружный зев закрыт. Тело матки – несколько больше нормы, плотное, безболезненное, с гладкой поверхностью. Придатки матки не пальпируются, область их безболезненна. Своды влагалища свободные, глубокие, безболезненные.

УЗИ органов малого таза (5 день цикла): матка – 40x34x40 мм, миометрий – ячеистой структуры. В дне матки определяется миома 4 типа, диаметром 14 мм, гипоэхогенной структуры, с периферическим кровотоком с ИР – 0,56. Полость матки не деформирована. М-эхо – 5 мм, трехслойное. Шейка матки – 34 мм, средней эхогенности, цервикальный канал тонкий, ровный. Правый яичник – 32x23x16 мм, с фолликулами до 7 мм в диаметре (в срезе не более 8 фолликулов); левый яичник – размерами 35x29x26 мм, с фолликулами от 2 до 6 мм в диаметре, в нижнем полюсе определяется однокамерное образование 18 мм в диаметре, с четкими ровными контурами, толщина стенок – до 2 мм. Свободная жидкость в малом тазу не визуализируется.

Заключение УЗИ: 2-я фаза цикла. Миома матки (4 тип).

В дальнейшем, по рекомендации врача, на протяжении 6 месяцев пациентка самостоятельно выполняла тесты на овуляцию – результат был положительным с 14 по 16 день каждого менструального цикла. Проведено обследование на ИППП (инфекции не выявлены). Спермограмма мужа: нормозооспермия. 4 месяца назад пациентке была выполнена процедура ультразвуковой ГСГ: патологии не выявлено, маточные трубы проходимы для жидкости. Рекомендована прегравидарная витаминотерапия. Беременность до настоящего времени не наступила.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Методы диагностики.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Лечение.

Ситуационная задача 26

На консультативный прием обратилась пациентка 28 лет с жалобами на отсутствие беременности на протяжении 4 лет.

Акушерско-гинекологический анамнез: менархе в 15 лет. Менструальный цикл на протяжении последних 4 лет нерегулярный – отмечает задержки менструации до 30 дней, продолжительность менструации – 4 дня, выделения умеренные, безболезненные. Половая жизнь – с 20 лет, беременностей не было. На протяжении последних 4 лет контрацепцию не использует. По рекомендации гинеколога 2 года назад начала периодически принимать дидрогестерон 20 мг в сутки для контроля менструального цикла. Последний год стала наблюдать за овуляцией при помощи программы на телефоне. По данным программы овуляция происходит на 14 – 18 день цикла.

Супругу 32 года, вредных привычек не имеет, спортсмен, проходит ежегодный диспансерный контроль. 6 месяцев назад выполнил по рекомендации уролога обследование на ИППП – инфекции не выявлены. Заключение спермограммы – нормозооспермия.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Индекс массы тела – 32 кг/м², окружность талии – 82 см. Телосложение правильное, распределение жировой ткани по женскому типу. Кожа и видимые слизистые – бледно-розовые, на лице определяется большое количество

угревых высыпаний. Отмечается невыраженная алопеция.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, рост волос по мужскому типу.

Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища розовая, складчатая. Шейка матки конической формы, не изменена. Выделения светлые, слизистые, умеренные.

Двуручное влагалищно-абдоминальное исследование: шейка матки обычной плотности, наружный зев закрыт. Тело матки не увеличено, плотное, безболезненное. Придатки матки не пальпируются, область их безболезненна. Своды влагалища свободные, глубокие.

Общий анализ крови: без отклонений от нормы.

УЗИ органов малого таза (23 день цикла): матка – 42х34х45 мм, миометрий ячеистый. Полость матки не деформирована. М-эхо – 6 мм, трёхслойное. Шейка матки – 34х32 мм, средней эхогенности, цервикальный канал тонкий. Правый яичник – 45х20х28 мм (объем – 13,4 см³), с множеством фолликулов, диаметром до 4 мм, расположены хаотично. Левый яичник – 50х30х32 мм (объем – 25 см³), с множеством фолликулов, диаметром от 2 до 4 мм, расположены хаотично. Свободная жидкость в малом тазу не визуализируется.

Контрольные вопросы:

1. Диагноз. Обоснование диагноза.
2. Методы обследования.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Лечение.

Ситуационная задача 27

Пациентка 38 лет, находилась на стационарном лечении в отделении урологии с диагнозом: Мочекаменная болезнь, уретерогидронефроз. В отделении урологии произведено стентирование мочеточника справа. По данным контрольного УЗИ почек: патологии не выявлено, чашечно-лоханочная система почек не расширена.

Пациентка консультирована гинекологом, выявлены дополнения к анамнезу: боли в пояснице беспокоят на протяжении месяца, за последние полгода значительно потеряла в весе. Менструации – с 13 лет, по 6 дней через 28-30 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь – с 16 лет, в последние 5 лет половых контактов не было. В анамнезе 1 роды в 21 год, самостоятельные, без осложнений. Из гинекологических заболеваний отмечает хронический сальпингоофарит, бактериальный вагиноз. К гинекологу последние 10 лет не обращалась, цитологический скрининг не проходила, на наличие урогенитальных инфекций не обследована.

Объективно: состояние при осмотре удовлетворительное, температура тела – 37,3°C. Рост – 166 см, вес – 64 кг, телосложение правильное, подкожно-жировая клетчатка мало выражена. Язык – влажный, чистый. Кожа и видимые слизистые – обычной окраски, с сероватым оттенком. Лимфоузлы – не увеличены. В легких – дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца – ясные, ритмичные, ЧСС – 76 уд. в минуту, удовлетворительного наполнения. ЧДД – 18 в минуту. АД – 120/70 мм рт. ст.

Молочные железы развиты правильно, симметричные, безболезненные, мягкие, выделений из сосков нет. Живот симметричный, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный, симптомов раздражения брюшины и притупления в отлогих местах брюшной полости нет. Печень и селезенка не увеличены. Со стороны мочевыделительной системы: область почек не изменена, отеков нет, мочеиспускание после стентирования – свободное, не учащенное.

Гинекологический статус: наружные половые органы сформированы правильно, рост волос по женскому типу.

Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища розовая, в правом боковом своде имеется неправильной формы дефект по типу циркулярного разрыва, протяженностью до 2см, с неровными краями, без подтекания геморрагической или какой-либо жидкости. Шейка матки – неправильной формы, на «8-11 часах» условного часового циферблата деформирована, с дефектом ткани шейки по типу втяжения и дефектами слизистой, кровяных выделений нет.

Бимануальное влагалищно-абдоминальное исследование: шейка матки укорочена справа, плотная, несмещаемая относительно оси таза при тракциях. Тело матки – спереди, нормальной величины, плотное, ограничено подвижное, безболезненное. Придатки матки справа и слева не пальпируются, область их безболезненна. Справа в боковом своде – инфильтрация параметрия в виде тяжа, достигающего до стенки таза. Передний, задний, левый боковой своды – свободные, глубокие.

УЗИ органов малого таза (12-й день м. цикла). Матка: 50x40x44 мм, структура миометрия – однородная, средней эхогенности, полость матки не деформирована, М-эхо – 7мм, однородной структуры, двухслойное. Шейка матки – длиной 38 мм, диаметром – 44 мм, структура шейки матки – неоднородная, цервикальный канал не дифференцируется, при ЦДК по всему объему шейки матки множество эхосигналов васкуляризации. Яичники с двух сторон нормальной величины, 30x15мм, с несколькими жидкостными включениями размерами до 5мм и одним жидкостным включением – до 14мм, соответствующим доминантной фолликулу. Тазовые лимфоузлы не увеличены. Свободной жидкости в малом тазу нет.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 110 г/л, лейкоциты – $8,0 \times 10^9/л$, ЦП – 0,9, гематокрит – 45%, ретикулоциты – 0,8%, тромбоциты – $220,0 \times 10^9/л$, СОЭ – 40 мм/ч.

Онкоцитология мазков с шейки матки: группы клеток многослойного плоского эпителия, имеющие признаки злокачественности.

Расширенная кольпоскопия: шейка матки цилиндрическая, зона трансформации 3-го типа, стык эпителиев не визуализируется, на «8-11 часах» условного часового циферблата – дефект эпителия и ткани шейки матки с локальным распадом, контактно кровоточит, наружный зев не дифференцируется, на остальных участках влагалищной порции шейки матки – ацетобелый йод-негативный эпителий, атипические сосуды, пунктация, мозаика.

Вопросы:

1. Диагноз, обоснование диагноза
2. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза, определения тактики ведения и проведения дифференциальной диагностики
3. Дифференциальная диагностика
4. Тактика ведения, лечение больной

Ситуационная задача 28

На консультативный прием обратилась пациентка 40 лет, с жалобами на обильные, болезненные менструации, длительностью до 6–7 дней, слабость. Последние 4 месяца отмечает учащенное мочеиспускание.

Акушерско-гинекологический анамнез: менархе в 13 лет, менструации были умеренные, безболезненные, по 5-7 дней, через 28-30 дней. Последние 2 года отмечает изменение характера менструаций: стали обильные, продолжительные. Последняя менструация – началась 9 дней назад, обильная, болезненная, продолжалась 7 дней.

Половая жизнь – с 20 лет, в браке не состоит, беременностей не было, использует барьерный метод контрацепции, регулярно. Гинекологические заболевания ранее диагностированы не были.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела – 36,6. Рост – 170

см, вес – 64 кг. Язык – влажный, чистый. Телосложение – правильное. Кожа и видимые слизистые – бледно-розовой окраски, чистые. В легких аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца – ясные, ритмичные. АД – 120/74 мм рт. ст., пульс – 72 уд в 1 мин, ритмичный. Молочные железы развиты правильно, безболезненные, мягкие, выделений из сосков нет.

Живот – при пальпации мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины – отрицательные. Печень и селезенка – не увеличены. Отеков нет. Физиологические отправления – не нарушены.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, рост волос по женскому типу.

Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища розовая, складчатая, шейка матки деформирована, утолщена, отклонена кзади за счет миоматозного узла. Выделения из цервикального канала – слизистые, умеренные.

Двуручное влагалищно-абдоминальное исследование: шейка матки деформирована за счет миоматозного узла, пальпируется нижний полюс образования, тракции за шейку матки безболезненные. Тело матки увеличено до 13-14 недель, плотное, безболезненное, с бугристой поверхностью. Придатки матки не пальпируются, область их безболезненна.

УЗИ органов малого таза. Матка – 117x100x85 мм, миометрий неоднородный за счет интерстициально-субсерозных миоматозных узлов диаметром 20, 25, 35 мм, расположенных по передней стенке матки. По передней стенке определяется перешеечный миоматозный узел 6-го типа, диаметром до 57 мм, по задней стенке, в средней трети определяется миоматозный узел 2-5 типа, размерами до 7 см в диаметре, который отклоняет полость матки кпереди. Структура миоматозных узлов слоистая, периферический кровоток с индексом резистентности — 0,60–0,65.

Эндометрий – полулунной формы в сагиттальном срезе, толщиной до 6 мм, средней эхогенности.

Правый яичник – 30x22x18 мм, фолликулярный аппарат представлен фолликулами до 7 мм в диаметре. Левый яичник – 25x22x19 мм с фолликулами до 4 мм в диаметре.

Заключение УЗИ: эхографические признаки множественной миомы матки с перешеечным расположением одного из узлов.

Общий анализ крови: Эритроциты – $3,1 \times 10^{12}/л$, Гемоглобин — 105 г/л, Гематокрит — 30%, Лейкоциты – $6,5 \times 10^9/л$, Тромбоциты — $210 \times 10^9/л$. Сывороточное железо — 7 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Методы обследования
3. Дифференциальная диагностика.
4. Лечение.

Ситуационная задача 29

Пациентка 56 лет обратилась на амбулаторный прием к гинекологу после стационарного лечения, где выполнена гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки по поводу гиперплазии эндометрия без атипии. Жалобы не предъявляет.

Акушерско-гинекологический анамнез: постменопауза 16 лет, беременностей не было. Ранее у пациентки было две гистероскопии с раздельным диагностическим выскабливанием по поводу кровотечения в постменопаузе. По результатам патологоморфологического исследования: гиперплазия эндометрия без атипии. Гормональная терапия не проводилась.

Объективно: по органам и системам – без патологии. Молочные железы мягкие, безболезненные, ареола не изменена, отделяемого из сосков нет.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, рост волос по женскому типу.

Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища складчатая, бледно-розового цвета с цианотичным оттенком, увлажнена, шейка матки цилиндрической формы, не изменена, выделения из цервикального канала слизистые.

Двуручное влагалищно-абдоминальное исследование: шейка матки нормальной длины и консистенции, тело матки не увеличено, плотное, безболезненное. Справа и слева от матки определяется образование до 6 см, плотной консистенции, с гладкой поверхностью, подвижное, безболезненное. Слева придатки матки не определяются, область их безболезненная.

Ректовагинальное исследование: слизистая ампулы прямой кишки гладкая, подвижная, на высоте исследуемого пальца определяется нижний полюс вышеописанного образования, параметральная клетчатка не инфильтрирована.

УЗИ органов малого таза: шейка матки 35x26 мм, с множественными кистами эндоцервикса, цервикальный канал расширен до 2 мм за счет анэхогенного содержимого. Тело матки – 33,0x32,0x40,0 мм, структура миометрия однородная. М-эхо – 2 мм, однородное. Левый яичник: 20,0x18,0x10,0 мм, однородной структуры. В области правых придатков определяется овоидное, средней эхогенности, солидное образование с четким наружным контуром, размерами 56,0x58,0x60,0 мм. При ЦДК – кровоток в структуре образования умеренно выражен, более 4 локусов в УЗ-срезах (ИР – 0,26-0,32).

По данным УЗИ органов малого таза создается впечатление о наличии метастазов в структуре большого сальника. Свободной жидкости в малом тазу нет.

Вопросы:

1. Клинический диагноз и его обоснование.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Алгоритм обследования.
4. Тактика ведения.

Ситуационная задача 30

Пациентка 36 лет поступила в приемное отделение с жалобами на тянущие боли внизу живота, увеличение живота в объеме.

Гинекологический анамнез: менархе в 13 лет, менструации по 5-6 дней, через 28-30 дней, умеренные, безболезненные, регулярные. На момент поступления – 8-й день менструального цикла. Беременность – 1, закончилась своевременными родами, без осложнений. У гинеколога наблюдается нерегулярно, гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела – 36,7°C, АД – 110/70 мм рт. ст., пульс – 74 уд./мин. Молочные железы – мягкие, безболезненные при исследовании, ареола не изменена, отделяемого из сосков нет. Живот увеличен в объеме за счет образования, исходящего из малого таза, верхний полюс которого находится на 2 см выше пупка, размерами до 25 см, ограниченно подвижное, безболезненное, тугоэластической консистенции, с гладкой поверхностью при пальпации.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, рост волос – по женскому типу.

Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища складчатая, бледно-розового цвета; шейка матки цилиндрической формы, наружный зев щелевидный, выделения из цервикального канала слизистые, умеренные

Двуручное влагалищно-абдоминальное исследование: шейка матки отклонена кпереди

и вправо, нормальной длины и консистенции, тракции за шейку матки безболезненные. Малый таз и брюшную полость занимает образование, верхний полюс которого – на 2 см выше пупка, тугоэластической консистенции, ограниченно подвижное, безболезненное, с гладкой поверхностью. Тело матки и её придатки отдельно пропальпировать не представляется возможным. Своды влагалища – уплощены.

Ректо-вагинальное исследование: слизистая ампулы прямой кишки гладкая, ампула свободная, на высоте исследуемого пальца определяется нижний полюс вышеописанного образования, параметральная клетчатка не инфильтрирована. На перчатке – кал обычной окраски

УЗИ органов малого таза. Тело матки – 33,0x30,0x34,0 мм, структура миометрия однородная. М-эхо – 6,2 мм, средней эхогенности, однородное. Шейка матки – 34,3x29,1 мм, структура однородная, эндоцервикс толщиной 4 мм, однородный. Левый яичник – 2,1x18,0x19,3 мм, с фолликулами. Малый таз и брюшную полость занимает многокамерное жидкостное образование размерами 250x180x200 мм, содержимое – негустая крупнодисперсная взвесь, в структуре образования – множественные разнонаправленные перегородки, толщиной от 1,2 до 3,4 мм. Капсула образования – толщиной до 4мм, внутренняя поверхность капсулы и перегородки, доступные визуализации, четкие, ровные, пристеночные разрастания не определяются. ЦДК – кровоток в капсуле среднерезистентный (ИР – 0,48-0,53), в виде единичных локусов. Свободной жидкости в малом тазу нет.

Клинический анализ крови: Гемоглобин – 100 г/л, Эритроциты – $4,58 \times 10^{12}/л$, MCV – 60,9 фл, MCH – 19,6 пг, RDW – 16,0%, Лейкоциты – $9,2 \times 10^9/л$, Тромбоциты – $241 \times 10^9/л$.

Вопросы:

1. Клинический диагноз и его обоснование.
2. Дифференциальный диагноз
3. Алгоритм обследования.
4. Тактика ведения

Ситуационная задача 31

Пациентка 28 лет поступила в приемное отделение с жалобами на боли в нижних отделах живота, больше справа, с иррадиацией в эпигастральную область, правую ключицу, возникшие после физической нагрузки, также слабость, головокружение, однократную потерю сознания.

Из анамнеза: последняя нормальная менструация – две недели назад, пришла в срок, протекала без особенностей. Периодически отмечает незначительный болевой синдром в середине или во вторую фазу менструального цикла. Беременность – 1, роды – 1, в срок, нормальное течение послеродового периода. Гинекологические заболевания отрицает.

При осмотре: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, ЧСС – 110 уд/мин, АД – 90/60 мм рт. ст. Поведение больной беспокойное, не может принять удобное положение тела, принятие горизонтального положения вызывает усиление болей, а принятие вертикального положения облегчает болевой синдром, но сопровождается головокружением и потерей сознания. Язык – сухой, обложен белым налетом. Живот – несколько вздут, участвует в акте дыхания, болезненный в нижних отделах, где отмечаются положительные симптомы раздражения брюшины. При перкуссии определяется притупление в отлогих местах брюшной полости. Френикус-симптом положительный.

Гинекологический статус. Наружные половые органы развиты правильно, рост волос по женскому типу.

Осмотр при помощи зеркал: стенки влагалища бледно-розовой окраски, шейка матки – цилиндрическая, наружный зев щелевидный, закрыт, выделения слизистые, умеренные.

Двуручное влагалищно-абдоминальное исследование: тракции за шейку матки

болезненные, пальпация затруднена из-за выраженной болезненности передней брюшной стенки и сводов влагалища.

Клинический анализ крови: Гемоглобин – 90 г/л, незначительный лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, СОЭ – 25 мм/час.

УЗИ органов брюшной полости и малого таза: большое количество свободной жидкости.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование?
2. Индекс Альговера – что это?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Тактика ведения?

Ситуационная задача 32

Пациентка 20 лет поступила в приемное отделение с жалобами на боли схваткообразного характера в нижних отделах живота, больше справа, возникшие резко после интенсивной физической нагрузки 6 часов назад; также отмечает тошноту, рвоту, задержку стула и газов; повышение температуры тела, озноб.

Из анамнеза: последняя менструация пришла в срок, протекала без особенностей. Беременностей не было. Гинекологические заболевания: пациентка указывает на наличие диагностированного ранее объемного образования в области придатков матки, до 8 см в диаметре.

При общем осмотре: состояние тяжелое, кожа и видимых слизистые – бледной окраски, температура тела повышена (38°C), тахикардия. Язык – сухой, обложен белым налетом. При осмотре живота отмечается его вздутие, при пальпации – выраженная болезненность в нижних отделах, напряжение мышц передней брюшной стенки, определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Гинекологический статус. Наружные половые органы развиты правильно, рост волос по женскому типу.

Осмотр при помощи зеркал: стенки влагалища складчатые, шейка матки конической формы, наружный зев округлый, закрыт. Выделения светлые, слизистые, умеренные.

Двуручное влагалищно-абдоминальное исследование: тракции за шейку резко болезненные, матка – без особенностей, справа сбоку и выше матки пальпируется образование, до 8 см в диаметре, резко болезненное при пальпации и смещении, ограничено подвижное. Своды влагалища – глубокие. Из-за напряжения мышц передней брюшной стенки и болезненности исследование затруднено.

В клиническом анализе крови: лейкоцитоз (12,2x10⁹/л) со сдвигом влево, повышение СОЭ (30 мм/час).

УЗИ органов малого таза: в области правых придатков матки определяется образование до 10 см в диаметре, неоднородной структуры, повышенной эхогенности.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование?
2. Методы диагностики?
3. Объем оперативного вмешательства?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Ситуационная задача 33

Пациентка 20 лет, поступила в приемное отделение с диагнозом скорой медицинской помощи: Дисфункциональное маточное кровотечение? Апоплексия яичника?

Анамнез заболевания: со слов пациентки, в первый день менструации, которая пришла в срок, появились резкие боли внизу живота схваткообразного характера, от которых упала в обморок. После приема ибупрофена и но-шпы боль стихла, но ненадолго, затем возобновилась с новой силой. Кровяные выделения из половых путей усилились, поэтому замену прокладок производила каждые 2-3 часа. В течение 2-х дней, находясь дома, лежала в постели, так как постоянно кружилась голова.

Анамнез жизни: детские инфекции (ветряная оспа, корь), вегетососудистая дистония по гипотоническому типу. Аллергические реакции на лекарственные средства: отрицает. Оперативные вмешательства: отрицает.

Менструальная функция: менструации с 12,5 лет, установились сразу, по 5-6 дней, через 28-30 дней, обильные, болезненные (принимает в первые дни обезболивающие препараты), регулярные. На момент поступления – третий день менструального цикла. Половой жизнью живет, контрацепция – барьерная. Беременностей не было.

Гинекологические заболевания: эктопия шейки матки, не лечилась.

Объективное обследование: общее состояние удовлетворительное. Астенического телосложения, рост – 176 см, вес – 52 кг. Кожа и видимые слизистые – обычной окраски и влажности. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 76 ударов в минуту, ритмичный. АД – 100/60 мм рт. ст. Живот при пальпации – мягкий, безболезненный во всех отделах, не вздут, перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления – не нарушены.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, рост волос по женскому типу.

Осмотр при помощи зеркал: стенки влагалища чистые, розовые. Шейка матки – конической формы, зев точечный, по задней губе отмечается участок эктопии 5x5 мм, не кровоточит при контакте. Выделения из цервикального канала – кровяные, умеренные.

Двуручное влагалищно-абдоминальное исследование: шейка матки – длиной 2 см, обычной консистенции. Тело матки – не увеличено, плотное, безболезненное при пальпации. Придатки матки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Своды влагалища – глубокие, параметрии – свободны.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Какие диагностические мероприятия проводят для подтверждения диагноза:

Аномальное маточное кровотечение (АМК)? Какие диагностические мероприятия проводят на амбулаторном этапе при диагнозе: Дисменорея? Какое медикаментозное лечение проводится при данном диагнозе?

Ситуационная задача 34

Пациентка 16 лет, обратилась в женскую консультацию для проведения профилактического осмотра. Жалоб на момент осмотра не предъявляет.

Анамнез: развивалась соответственно возрасту, перенесла ветряную оспу в 3 года, другие заболевания отрицает.

Менструальная функция: менструации с 13 лет, установились сразу, по 5-6 дней, через 28-30 дней, умеренные, безболезненные, регулярные. Последняя менструация – в срок,

прошла, как обычно (сегодня, на момент приема, 11-й день менструального цикла). Половой жизнью не живет.

Гинекологические заболевания: отрицает.

Объективное обследование: общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые – обычной окраски и влажности. Вторичные половые признаки развиты соответственно возрасту. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 76 ударов в минуту, ритмичный. АД – 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации – мягкий, безболезненный во всех отделах, не вздут. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления – в норме.

Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно, рост волос – по женскому типу.

Осмотр при помощи зеркал не проводился – пациентка Virgo.

Ректо-абдоминальное исследование: тело матки не увеличено, плотное, безболезненное. Придатки матки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Параметрии свободны.

Вопросы:

1. Является ли менструальный цикл данной пациентки нормальным?
2. Какая фаза менструального цикла в данный момент?
3. Так как пациентка обратилась для профилактического осмотра, какие обследования еще необходимо провести?
4. Какую вакцинопрофилактику необходимо посоветовать пациентке подросткового возраста?

Ситуационная задача 35

Пациентка 29 лет поступила в гинекологический стационар по скорой медицинской помощи, в связи с появлением жалоб на повышение температуры тела до 38°C, общую слабость, недомогание, тянущие боли внизу живота и в области крестца.

Анамнез заболевания: 10 дней назад выписана из гинекологического стационара, где был произведен искусственный аборт на сроке беременности 9-10 недель методом вакуум-аспирации содержимого полости матки. Оперативное лечение, со слов пациентки, проведено без осложнений. Получала азитромицин после операции. Выписана с рекомендациями под наблюдение врача женской консультации.

Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 12 лет, установились сразу, по 5-6 дней, через 28-29 дней, умеренные, безболезненные, цикл регулярный. Последняя нормальная менструация – 3 мес. назад. Беременности – 2, роды – 2 (срочные, через естественные родовые пути, без осложнений). Гинекологические заболевания: хламидиоз – лечилась в возрасте 19 лет; киста бартолиновой железы – оперирована в 27 лет (марсупиализация).

Объективное обследование: общее состояние удовлетворительное, телосложение правильное. По органам патологии не выявлено. АД – 115/80 мм рт. ст. Пульс – 92 уд/мин. Температура тела – 38,4°C. Язык – суховат, обложен белым налетом. Живот при пальпации – мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины – отрицательные.

Гинекологический статус: наружные половые органы визуально не изменены.

Осмотр при помощи зеркал: шейка матки и слизистая влагалища чистые, из цервикального канала – скудные сукровично-гнойные выделения.

Двуручное влагалищно-абдоминальное исследование: влагалище рожавшей женщины, матка незначительно увеличена, мягкой консистенции, болезненная при пальпации, тракции за шейку матки болезненные. Придатки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненна. Своды влагалища – свободные, глубокие.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Дифференциальный диагноз.
3. План обследования пациентки, перечислите методы обследования и диагностические мероприятия, необходимые к проведению у данной пациентки.
4. Тактика ведения и лечения пациентки.

Ситуационная задача 36

Пациентка 24 лет обратилась в плановом порядке к гинекологу в женскую консультацию с жалобами на отсутствие самостоятельных менструаций в течение 2 лет. Пациентка заинтересована в наступлении беременности в ближайшее время.

Акушерско-гинекологический анамнез. Менструации с 14 лет, установились через 1 год, по 6-7 дней, через 30-90 дней, умеренные, безболезненные, цикл нерегулярный. Наблюдалась у детского гинеколога, курсами получала витаминотерапию с положительным эффектом. В возрасте 21 год менструации прекратились, стала резко худеть. Наблюдается у психиатра в связи с тревожно-депрессивным расстройством, развившемся после смерти матери 12 месяцев назад. В течение 1,5 лет принимала КОК с целью регуляции менструального цикла и контрацепции, менструальноподобные кровотечения были ежемесячно. В последние 2 года отменила КОК и без КОК менструации самостоятельно не приходят. Половая жизнь – с 18 лет, было 3 половых партнера, с 22 лет – в браке, в настоящее время заинтересована в беременности. Беременностей не было.

Общий осмотр: общее состояние удовлетворительное, телосложение гипостеническое. ИМТ равен 18. По органам и системам патологии не выявлено. Тоны сердца – ясные, ритмичные. АД – 100/60 мм рт. ст., пульс – 76 уд в мин., ритмичный. Температура тела – 36,4°C.

Гинекологический статус. Наружные половые органы визуально не изменены, рост волос – по женскому типу.

Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища визуально не изменена, шейка матки – конической формы, с эктопией цилиндрического эпителия по передней губе диаметром до 1 см, при контакте не кровоточит, наружный зев – округлый, выделения – слизистые, умеренные.

Двуручное влагалищно-абдоминальное исследование: шейка матки длиной 2 см, обычной плотности, наружный зев закрыт, тракции за шейку матки безболезненные. Тело матки при пальпации не увеличено, плотное, безболезненное. Область придатков – без особенностей. Своды влагалища – свободные, глубокие.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Какие анамнестические данные способствуют правильной постановке диагноза.
3. Составьте план обследования пациентки, перечислите методы обследования и диагностические мероприятия, необходимые к проведению у данной пациентки.
4. Тактика предгравидарной подготовки у данной пациентки.

Ситуационная задача 37

На прием к гинекологу обратилась пациентка 22 лет с жалобами на периодическую боль и чувство распирания в молочных железах накануне менструации.

Данные анамнеза: наследственность не отягощена, аллергоанамнез не отягощен. Менструации – с 12 лет, установились сразу, по 4-5 дней, через 26-30 дней, регулярные, безболезненные, умеренные. Последняя менструация – началась 9 дней назад, в срок, прошла без особенностей. Половая жизнь – с 18 лет, регулярная, контрацепция – барьерная.

Беременности – 0. Гинекологические заболевания: хронический двухсторонний сальпингооофрит с 19 лет.

Объективно: Вес – 65 кг. Рост – 171 см. Температура тела – 36,7⁰С. Общее состояние – удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые – бледно-розовые, чистые. Язык – влажный, не обложен. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Сердечные тоны – ясные, ритмичные. ЧСС – 68 уд в мин. АД – 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации – мягкий, безболезненный, не вздут. Физиологические отправления – в норме.

Молочные железы – визуально не изменены. При пальпации определяются мелкие болезненные уплотнения без четких контуров, локализованные в верхних наружных квадрантах обеих молочных желез. Подмышечные, над- и подключичные лимфатические узлы – не увеличены. Из сосков при надавливании – светло-серые выделения.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, рост волос – по женскому типу.

Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища – розовая, складчатая, шейка матки – конической формы, наружный зев – округлый, выделения – светлые, слизистые, умеренные.

Двуручное влагалищно-абдоминальное исследование. Шейка матки длиной 2 см, наружный зев закрыт, тракции за шейку матки – безболезненные. Тело матки – не увеличено, плотное, безболезненное. Придатки матки справа, слева – не увеличены, область их безболезненна. Своды влагалища – глубокие.

Тест на ХГЧ (моча) – отрицательный.

УЗИ органов малого таза (9-й день менструального цикла). Матка – 49x55x50 мм, эхо-структура миометрия – однородная, полость матки не деформирована. М-эхо – 8 мм, структура однородная. Левый яичник – 20x18x28мм, с единичными фолликулами. Правый яичник – 25x30x27мм, с фолликулами. Свободной жидкости в малом тазу нет.

УЗИ молочных желез – BIRADS 2.

Клинический анализ крови: Гемоглобин – 128 г/л, Эритроциты – 3,3 x10¹² /л, Лейкоциты – 4,0 x10⁹ /л; сегментоядерные нейтрофилы – 51%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, лимфоциты – 34 %, моноциты – 8%, эозинофилы – 0%, базофилы – 3%. Тромбоциты – 220x10⁹ /л. СОЭ – 12 мм/ч.

Вопросы:

1. Сформулировать диагноз.
2. Обоснование диагноза.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Тактика ведения.

Ситуационная задача 38

Пациентка 28 лет жалуется на отек и боль в молочных железах. Месяц назад начала прием комбинированных оральных контрацептивов (КОК) с целью предохранения от беременности. Неприятные ощущение в молочных железах связывает с началом приема КОК.

Данные анамнеза: наследственность не отягощена, аллергоанамнез не отягощен.

Менструации с 14 лет, установились сразу, по 4-5 дней, через 28-30 дней, регулярные, безболезненные, умеренные. Последняя менструация – началась 23 дня назад, в срок, прошла без особенностей. Половая жизнь – с 23 лет, регулярная, контрацепция – барьерная, в последний месяц – КОК. Беременности – 0. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: Вес – 55 кг. Рост – 164 см. Температура тела – 36,8⁰С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые – бледно-розовые, чистые. Язык – влажный, чистый. Дыхание в легких – везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Сердечные тоны – ясные, ритмичные. ЧСС – 64 уд в мин. АД – 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации – мягкий, безболезненный, не вздут. Физиологические отправления – в норме.

Молочные железы – симметричные, отечные, чувствительные при пальпации.

Подмышечные, над- и подключичные лимфоузлы не увеличены. Отделяемого из сосков нет.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, рост волос – по женскому типу.

Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища бледно-розовая, складчатая, шейка матки – конической формы, не изменена, наружный зев – округлый, выделения – светлые, слизистые, умеренные.

Двуручное влагалищно-абдоминальное исследование. Шейка матки – длиной 2 см, плотная, наружный зев закрыт, тракции за шейку матки безболезненные. Тело матки – не увеличено, плотное, безболезненное. Придатки справа, слева – не увеличены, область их безболезненна. Своды влагалища – глубокие.

УЗИ малого таза (на 23-й день приема КОК). Матка – 45x45x50 мм, эхо-структура миометрия – однородная, полость матки не деформирована. М-эхо – 5 мм, структура однородная. Левый яичник – 25x18x28мм, без фолликулов. Правый яичник – 25x30x27мм, с единичными фолликулами. Свободной жидкости в малом тазу нет.

УЗИ молочных желез – BIRADS 2.

Клинический анализ крови: Гемоглобин – 132 г/л. Эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$ /л. Лейкоциты – $4,0 \times 10^9$ /л; сегментоядерные нейтрофилы – 51%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, лимфоциты – 34%, моноциты – 8 %, эозинофилы – 0%, базофилы – 3%. Тромбоциты – 220×10^9 /л. СОЭ – 12 мм/ч.

Вопросы:

1. Сформулировать диагноз.
2. Обоснование диагноза.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Тактика ведения.

Ситуационная задача 39

Пациентка 33 лет обратилась для профилактического ежегодного осмотра к врачу женской консультации. На момент осмотра жалоб не предъявляет. Пациентке проведено цитологическое исследование мазков с шейки матки на 17-й день менструального цикла. Получен результат – HSIL. Пациентке выполнено кольпоскопическое исследование, повторно выполнено цитологическое исследование.

Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 12 лет, по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация – пришла в срок, прошла без особенностей. Половая жизнь – с 15 лет. В браке – с 28 лет. Беременности – 3, аборт – 2, роды – 1. Прерывание беременностей было в сроках 6 и 8 недель, в возрасте 16 и 20 лет. Осложнений после медицинских абортов не отмечала. Последняя беременность – 3 года назад, закончилась нормальными своевременными родами, вес ребенка – 3500, беременность и роды протекали без осложнений.

Гинекологические заболевания: эктопия шейки матки – лечение в возрасте 24 лет (радиоволновая коагуляция), тогда же проведено противовирусное лечение и удаление кондилом со стенки влагалища. Осматривалась гинекологом ежегодно с цитологическим контролем мазков с шейки матки. Результатами цитологии не интересовалась и к врачу по результатам анализа не вызывали.

УЗИ органов малого таза не выполнялось с момента последней беременности.

Гинекологический статус. Наружные половые органы развиты правильно, рост волос – по женскому типу.

Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища визуально не изменена, шейка матки – гипертрофирована, имеется рубцовая деформация на «9 часах» условного циферблата, доходящая до свода влагалища. Выделения – светлые, слизистые, умеренные.

Двуручное влагалищно-абдоминальное исследование. Шейка матки – гипертрофирована, деформирована, длиной 4 см, плотная, тракция за шейку матки безболезненна. Тело матки – не увеличено, плотное, безболезненное. Придатки матки не определяются, пальпация их области безболезненная. Своды влагалища – глубокие, параметрии – свободные.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Какие ошибки допущены в предыдущие годы при осмотре гинекологом и при настоящем обращении пациентки?
3. Дифференциальный диагноз.
4. План обследования и лечения.

Ситуационная задача 40

Пациентка 75 лет обратилась к гинекологу с жалобами на периодические скудные кровянистые выделения из половых путей в течение месяца. Других жалоб на момент обращения не предъявляла. Ранее пациентка 1 раз в 2 года проходила профилактические осмотры у гинеколога. Последний осмотр – 6 месяцев назад, признана здоровой.

Цитологическое исследование мазков с шейки матки (2 года назад): клетки плоского эпителия поверхностных слоев, клетки цилиндрического эпителия с явлениями пролиферации.

Выполнено **УЗИ органов малого таза** на момент обращения. Матка – 58x56x63мм, имеются 3 миоматозных узла размерами: 5x8x5 мм; 10x12x10мм, 12x9x8 мм. М-эхо – 8 мм, неоднородное. Правый яичник – 13x12x16 мм, фолликулов нет. Левый яичник – 19x23x28 мм, с тонкостенным жидкостным образованием диаметром 30,0 мм.

Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 11 лет, по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Менопауза – в 57 лет, постменопауза – 18 лет. Половая жизнь – с 18 лет, в браке – с 28 лет. Беременности – 3, аборт – 1, роды – 2. Первая беременность – в 30 лет, закончилась нормальными срочными родами, масса ребенка – 3200г, беременность и роды протекали без осложнений. Прерывание второй беременности было в сроке 8 недель, в возрасте 32 года, осложнений после медицинского аборта не отмечала. Третья беременность – в 36 лет, закончилась нормальными срочными родами, масса ребенка – 3500г, беременность и роды протекали без осложнений. Гинекологические заболевания: эктопия шейки матки – лечение в возрасте 33 лет (диатермокоагуляция).

Гинекологический статус. Наружные половые органы развиты правильно, рост волос – по женскому типу.

Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища визуально не изменена, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев – щелевидный, выделения – слизистые, скудные.

Двуручное влагалищно-абдоминальное исследование. Тело матки не увеличено, плотное, безболезненное. Придатки матки не определяются, пальпация их области безболезненная.

Ректо-вагинальное исследование: инфильтратов, новообразований в малом тазу нет. Ампула прямой кишки на высоте пальца – свободная, слизистая интактна.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Какие ошибки допущены при предыдущем осмотре?
3. Дифференциальный диагноз.
4. План обследования и лечения.