

Электронная цифровая подпись

Лысов Николай Александрович



F 2 5 6 9 9 F 1 D E 0 1 1 1 E A

Бунькова Елена Борисовна



F C 9 3 E 8 6 A C 8 C 2 1 1 E 9

Утверждено 31 мая 2018 г.
протокол № 5

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»**

**Направление подготовки 31.05.01 Лечебное дело
(уровень специалитета)**

Направленность: Лечебное дело

Квалификация (степень) выпускника: Врач –лечебник

Форма обучения: очная

Срок обучения: 6 лет

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

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

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

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

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

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

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

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

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

№ п/п	№ компетенции	Формулировка компетенции
1	ОПК-5	способностью и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок
	ОПК-6	готовностью к ведению медицинской документации
	ПК-6	способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра
	ПК-8	способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами
	ПК-10	готовностью к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи
2	ПК-12	готовностью к ведению физиологической беременности, приему родов

3. Цели и основные задачи СРС

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

Целью самостоятельной работы студентов является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю (компетенциями), опытом творческой, исследовательской деятельности. Самостоятельная работа студентов способствует

развитию самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

Задачами СРС в плане формирования вышеуказанных компетенций являются:

- систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений студентов;
- углубление и расширение теоретических знаний;
- формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу;
- развитие познавательных способностей и активности студентов: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развитие исследовательских умений;
- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании контрольных (и выпускной квалификационной работ), для эффективной подготовки к итоговым зачетам, экзаменам, государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалиста

4. Виды самостоятельной работы

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

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

Основными видами самостоятельной работы студентов без участия преподавателей являются:

4.1. Написание рефератов и презентаций по темам:

Тема 1. Акушерство как наука. Организация работы акушерского стационара.

Регуляция менструального цикла. Учение о половых гормонах.

1. Акушерство как наука. Основные показатели службы. Программа «Безопасное материнство».

2. Половой цикл. Физиологические изменения в организме женщины при беременности. Норма беременности.

3. Организация работы акушерского стационара. Основные показатели его работы.

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

1. Таз с акушерской точки зрения. Тазаоизмерение. Мышцы тазового дна. Учение о плоскостях таза. Плод как объект родов.

2. Диагностика беременности.

3. Методы акушерского исследования. Определение предполагаемой массы плода и срока родов.

Тема 3. Физиологические роды. Управление родовым актом. Периоды, течение и ведение родов.

1. Биомеханизм родов при сгибательном и разгибательном предлежании головки.

2. Клиническое течение и ведение родов (по периодам).

3. Физиологические роды. Управление родовым актом.

Тема 4. Послеродовой период. Период новорожденности.

1. Физиологический послеродовой период

2. Период новорожденности.

3. Лактация, диета.

Тема 5. Аномалии родовой деятельности.

4. Аномалии родовой деятельности. Слабость родовой деятельности.

5. Дискоординированная родовая деятельность.

6. Быстрые и стремительные роды.

Тема 6. Беременность и роды при тазовом предлежании.

Диагностика. Тактика врача.

7. Беременность при тазовом предлежании. Диагностика. Тактика врача.

8. Ведение родов при тазовом предлежании. Возможные осложнения.

9. Пособие по Цовьянову 1,2.

Тема 7. Невынашивание и перенашивание беременности.

1. Невынашивание беременности. Привычное невынашивание.
2. Преждевременные роды.
3. Перенашивание беременности. Тактика ведения беременности и родов.
Тема 8. Послеродовые инфекционные заболевания.
4. Послеродовые септические заболевания. Этиология. Патогенез.
5. Классификация Бартельса-Сазонова. Клиника. Диагностика. Лечение.
6. Метрорэндомиомит. Клиника. Диагностика. Лечение.
- Тема 9. Узкий таз в современном акушерстве.
7. Узкий таз в современном акушерстве. Этиология. Патогенез.
8. Современное представление об узком тазе. Тактика ведения беременности и родов.
9. Клинически узкий таз.
Тема 10. Родовой травматизм матери и плода.
1. Родовой травматизм матери. Разрывы промежности, влагалища, шейки матки.
2. Родовой травматизм плода.
3. Разрывы матки.
- Тема 11. Иммунологическая несовместимость матери и плода.
1. Иммунологическая несовместимость матери и плода. Этиология. Патогенез.
2. Иммунологическая несовместимость матери и плода. Ведение беременности и родов.
3. Гемолитическая болезнь.
- Тема 12. Кровотечения во II половине беременности.
1. Предлежание плаценты.
2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
3. Геморрагический шок.
Тема 13. Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах.
1. Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах.
2. Геморрагический шок.
3. ДВС-синдром в акушерстве.
Тема 14. Экстрагенитальные заболевания и беременность.
1. Заболевания ССС и беременность.
2. Сахарный диабет и беременность.
3. Острый живот и беременность.
- Тема 15. Многоплодная беременность. Аномальные положения и вставления плода.
1. Многоплодная беременность. Диагностика. Тактика врача.
2. Многоплодная беременность. Ведение беременности и родов.
3. Неправильные положения плода. Акушерская тактика.
- Тема 16. Оперативное родоразрешение. Вакуум экстракция. Акушерские щипцы.
1. Плодоразрушающие операции.
2. Акушерские щипцы
3. Вакуум-экстракция плода.
Тема 17. Оперативное родоразрешение. Кесарево сечение в современном акушерстве.
1. Кесарево сечение в современном акушерстве. Классификация
2. Кесарево сечение Показания, противопоказания, условия.
3. Техника операции кесарево сечение.
- Тема 18. Преэклампсия.
1. Преэклампсия. Этиология. Патогенез.
2. Преэклампсия. Клиника. Диагностика. Тактика ведения.
3. Эклампсия.
- Тема 19. Перинатальная охрана плода. Хроническая плацентарная недостаточность. Гипоксия плода. Асфиксия новорожденного.
1. Хроническая и острая гипоксия плода,
2. Асфиксия новорождённого. Неотложная помощь.
- Тема 20. Роль женской консультации. Планирование семьи. Методы контрацепции.
1. Организация работы женской консультации. Физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам.
2. Планирование семьи.
3. Методы контрацепции.

Тема 21. Вводная лекция. Гинекология как наука о женщине. Пропедевтика гинекологических заболеваний. Регуляция менструального цикла.

4. Организация работы гинекологического стационара.
5. Общая симптоматология гинекологических заболеваний и методы исследования.
6. Регуляция менструального цикла

Тема 22. Нарушения функции репродуктивной системы.

1. Аменорея и гипоменструальный синдром.
2. Аномальные маточные кровотечения.
3. Дисменорея.

Тема 23. Нейроэндокринные синдромы в гинекологии.

1. Предменструальный синдром
2. Климактерический синдром

Тема 24. Аномалии развития и положения женских половых органов.

1. Аномалии развития женских половых органов.
2. Аномалии положения женских половых органов.
3. Аномалии положения женских половых органов. Лечение.

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

1. Самопроизвольный аборт.
2. Пузырный занос
3. Внематочная беременность

Тема 26. Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии.

1. Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии. Этиология, патогенез.
2. Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии. Клиника. Диагностика.
3. Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии. Лечение.

Тема 27. Воспалительные заболевания женских половых органов специфической этиологии.

1. Трихомониаз. Гонорея.
2. Хламидиоз. Кандидоз.
3. Туберкулез женских половых органов

Тема 28. Миома матки. Эндометриоз.

1. Миома матки.
2. Эндометриоз
3. Экстрагенитальный эндометриоз.

Тема 29. Опухоли яичников.

1. Кисты и кистомы яичников.
2. Доброкачественные опухоли яичников.
3. Злокачественные опухоли яичников.

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

1. Фоновые заболевания шейки матки.
2. Предраковые заболевания шейки матки.
3. Рак шейки матки.

Тема 31. Фоновые, предраковые заболевания и рак эндометрия.

1. Гиперпластические заболевания эндометрия
2. Предраковые заболевания эндометрия
3. Рак тела матки. Саркома.

Тема 32. Острый живот в гинекологии

1. Апоплексия яичника.
2. Внематочная беременность.
3. Перекрут ножки опухоли

Тема 33. Типичные гинекологические операции.

1. Типичные гинекологические операции. Показания, противопоказания.
2. Предоперационная подготовка.
3. Техника оперативного вмешательства на влагалищной части шейки матки, при опущении и выпадении половых органов, на придатках матки и матке. Надвлагалищная ампутация матки, экстирпация матки

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

1. Женское бесплодие, причины. Диагностика. Методы лечения. Профилактика.
2. Мужское бесплодие. Основные причины. Характеристика спермограммы.
3. Организация и методика обследования бесплодной супружеской пары.

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

4.2 Решение ситуационных задач

Тема 1

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

Задача № 1

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

Диагноз? План ведения?

Задача №2

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

Диагноз, его обоснование. План ведения беременной.

Задача №3

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

Заключение? Прогноз в отношении ведения беременности?

Задача №4

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

Определите предполагаемый срок родов у первобеременной.

Задача №5

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

Клинический диагноз? Дальнейшая тактика?

Задача №6

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

Предположительный диагноз. Методы исследования.

Задача №7

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

Диагноз? План ведения?

Задача №8

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

Диагноз? План ведения?

Задача №9

Беременная 32 лет, беременность доношенная. В анамнезе 1 роды, масса ребёнка 4200, 3 аборта, последний осложнился кровотечением и повторным выскабливанием стенок полости матки. Настоящая беременность четвертая. Окружность живота 110 см, высота дна матки 40 см. Головка прижата ко входу в таз.

Диагноз? Какие исследования необходимо провести?

Задача №10

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

Какое вставление головки? Метод родоразрешения?

Эталоны ответов:

Задача №1

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

Задача №2

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

Задача №3

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

Задача №4

Срок родов – 15.10.

Задача №5

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

Задача №6

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

Задача №7

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

Задача №8

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

Задача №9

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

Задача №10

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

Тема 3 Физиологические роды. Управление родовым актом Периоды, течение и ведение родов.

Задача №1

Первородящая 20 лет с доношенной беременностью поступила с жалобами на схваткообразные боли в животе в течение 6 часов. Размеры таза: 25-27-30-20. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Тоны плода ясные, ритмичные до 140 в мин. При влагалищном исследовании: шейка матки укорочена, размягчена, цервикальный канал длиной 2 см, свободно проходим для 1 п/п, валика в области

внутреннего зева нет. Плодный пузырь цел. Предлежит головка ко входу в малый таз. На протяжении трёх последующих часов наблюдения схватки остались прежние. При повторном влагалищном исследовании структурных изменений шейки матки нет.

Диагноз? План ведения беременности и родов?

Задача №2

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

Диагноз? Тактика?

Задача №3

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

Клинический диагноз? Возможные осложнения? План ведения родов?

Задача №3

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

Диагноз. Его обоснование. Тактика.

Задача №4

Повторнородящая 23 лет, с нормальным тазом и доношенной беременностью. 2 схватки за 10 минут продолжаются 9 часов, слабые, по 25 сек., температура тела 36,6°C. Пульс 70 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердечные тоны плода 140 уд. в мин. Околоплодные воды не изливались.

Внутреннее исследование: шейка матки сглажена, края маточного зева тонкие, раскрытие 4 см. Плодный пузырь цел, плоский. Головка плода прижата ко входу в малый таз.

Диагноз, его обоснование. Тактика врача.

Задача №5

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

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

Задача №6

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

Диагноз? План ведения?

Задача №7

Поступила повторнородящая 32 лет в начале 1 периода родов с доношенной беременностью. В анамнезе 1 роды, масса ребёнка 4200, 3 аборта, последний осложнился кровотечением и повторным выскабливанием стенок полости матки. Настоящая беременность четвертая. Окружность живота 110 см, высота дна матки 40 см. Головка прижата ко входу в таз.

Диагноз? Какие профилактические мероприятия Вы проведёте?

Задача №8

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

Диагноз? План ведения?

Задача №9

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

Диагноз? План ведения?

Задача №10

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

Диагноз? План ведения?

Эталоны ответов:

Задача №1

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

Задача №2

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

Задача №3

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

Задача №4

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

Задача №5

Показано кесарево сечение.

Задача №6

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

Задача №7

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

Задача №8

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

Задача №9

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

Задача №10

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

Тема 4 Послеродовой период. Период новорожденности.

Задача №1

Вторые сутки после родов. Общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,6 С, пульс 86 уд. в 1 мин. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Молочные железы несколько увеличились, гиперемии нет, соски чистые.

Дно матки на уровне пупка. Лохии кровянистые, умеренные. Мочеиспускание свободное, диурез положительный. Стула не было.

Диагноз? Соответствует ли высота стояния матки суткам послеродового периода?

Задача №2

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

Диагноз? Соответствует ли высота стояния матки суткам послеродового периода?

Задача №3

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

Какой диагноз наиболее вероятен?

Задача №4

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

Задача №5

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

Оцените состояние новорожденного.

Задача №6

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

Диагноз. Оцените зрелость новорожденного.

Задача №7

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

Оцените состояние новорожденного по шкале Апгар.

Задача №8

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

Оценка по шкале Апгар? План ведения?

Задача №9

У новорожденного при первом кормлении обнаружено вытекание молока из носа.

Какой врожденный дефект ротовой полости приводит к такому осложнению?

Задача №10

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

Поставьте диагноз. Тактика.

Эталоны ответов:

Задача №1

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

Задача №2

3-е сутки после родов. Инволюция матки.

Задача №3

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

Задача №4

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

Задача №5

Роды недоношенным новорождённым.

Задача №6

Запоздалые роды переносным плодом.

Задача №7

Оценка по Шкале Апгар 8 баллов.

Задача №8

Оценка по шкале Апгар 1 балл. Проведение реанимационных мероприятий.

Задача №9

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

Задача №10

Транзиторная гипербилирубинемия. Контроль общего билирубина крови.

Тема 5 Аномалии родовой деятельности.

Задача №1

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

Диагноз? Как вести роды дальше?

Задача №2

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

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

Задача №3

В каком случае при аномалиях родовой деятельности целесообразно проведение родостимуляции?

- 1) наличие сниженного базального тонуса матки;
- 2) наличие повышенного базального тонуса матки;
- 3) начальная степень дискоординации сокращений мышц матки;

4)спастическая сегментарная дистония;

5) спастическая тотальная дистония.

Задача №4

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

Диагноз? Тактика?

Задача №5

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

Диагноз? Тактика врача?

Задача №6

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

Задача №7

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

Диагноз? План ведения родов?

Задача № 8

Повторнородящая 23 лет, с нормальным тазом и доношенной беременностью. 2 схватки за 10 минут продолжаются 9 часов, слабые, по 25 сек., температура тела 36,6°С. Пульс 70 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердечные тоны плода 100 уд. в мин. Околоплодные воды не изливались.

Внутреннее исследование: шейка матки сглажена, края маточного зева тонкие, раскрытие 4 см. Плодный пузырь цел. Головка плода прижата ко входу в малый таз.

Диагноз, его обоснование. Тактика врача.

Задача №9

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

Диагноз, план ведения?

Задача №10

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

нет, головка плода в выходе малого таза. Стреловидный шов в прямом размере выхода, малый родничок у лона.

Диагноз? Метод родоразрешения?

Эталоны ответов:

Задача №1

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

Задача №2

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

Задача №3

Наличие сниженного базального тонуса матки.

Задача №4

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

Задача №5

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

Задача №6

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

Задача №7

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

Задача №8

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

Задача №9

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

Задача №10

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

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

Задача №1

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

Диагноз? План ведения родов?

Задача №2

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

Задача №3

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

Задача №4

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

Задача №5

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

Задача №6

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

Задача №7

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

Задача №8

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

Задача №9

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

Задача №10

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

Эталоны ответов:

Задача №1

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

Задача №2

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

Задача №3

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

Задача №4

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

Задача №5

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

Задача №6

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

Задача №7

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

Задача №8

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

Задача №9

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

Задача №10

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

Тема 7 Невынашивание и перенашивание беременности.

Задача №1

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

Задача №2

Первородящая 30 лет поступила в отделение патологии беременных. Срок родов по данным женской консультации - неделю тому назад. Родовой деятельности нет. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 146 уд. в мин. Влагалище нерожавшей, шейка матки длиной

3 см, плотная, отклонена к крестцу. Цервикальный канал с трудом проходим для 1 пальца до внутреннего зева. Через своды определяется головка плода, прижата ко входу в таз. Клинический диагноз? Определите степень готовности к родам. Какие ошибки допущены врачом женской консультации?

Задача №3

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

Задача №4

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

Задача №5

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

Диагноз? Ваша тактика?

Задача №6

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

Диагноз? План ведения?

Задача №7

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

Диагноз? План ведения?

Задача №8

Первородящая 35 лет, в родах 10 часов. Устала. Срок беременности 41-42 недели. Предполагаемая масса плода - 3900 г. Сердцебиение - 160 в минуту. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие 5 см. Плодный пузырь цел, плоской формы. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Размеры таза нормальные.

Диагноз, план ведения?

Задача №9

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

Задача №10

В женскую консультацию обратилась беременная 28 лет с жалобами на ноющие боли внизу живота и в пояснице. Срок беременности 15—16 недель. В анамнезе одни роды и три искусственных аборта. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 2,5 см, в центре малого таза, канал шейки матки проходим для 1 пальца, матка увеличена соответственно сроку беременности, выде-

ления из половых путей слизистые, в умеренном количестве. Какой диагноз наиболее вероятен? Тактика врача женской консультации?

Эталоны ответов:

Задача №1

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

Задача №2

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

Задача №3

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

Задача №4

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

Задача №5

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

Задача №6

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

Задача №7

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

Задача №8

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

Задача №9

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

Задача №10

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

Тема 8 Послеродовые инфекционные заболевания.

Задача №1

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

Обоснуйте диагноз и тактику врача.

Задача №2

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

Диагноз? Терапия

Задача № 3

Родильница 34 лет на 5-е сутки после 3 родов пожаловалась на слабость, небольшие боли в области левой голени. На следующий день боль усилилась, появился озноб, температура повысилась до 38°С. Данные роды, осложнившиеся вторичной слабостью ро-

довой деятельности, были закончены наложением выходных акушерских щипцов. Предыдущие 2 родов и 1 искусственный аборт протекали без осложнений. После 2-х родов появилось варикозное расширение вен нижних конечностей. Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 37,6°C. Пульс 92 уд. в мин. АД 140/90 мм. рт. ст. на обеих руках. Кожные покровы лица умеренно гиперемированы. Живот мягкий, безболезненный. Дно матки на середине расстояния между пупком и лоном. Матка безболезненная. Лохи серозно-кровянистые, незначительные, без запаха. Имеется выраженное расширение вен обеих стоп и голеней. На внутренней поверхности левой голени по ходу большой подкожной вены имеется покраснение кожи. Сама вена на протяжении около 10 см. уплотнена и болезненная. Паховые лимфатические узлы увеличены и болезненные. Левая стопа пастозна.

Сформулируйте клинический диагноз?

Задача №4

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

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

Задача №5

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

Диагноз? Лечение? Возможно ли кормление ребёнка грудью?

Задача №6

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

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

Задача №7

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

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

Задача №8

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

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

Задача №9

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

Диагноз? Что делать?

Задача №10

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

Диагноз? Тактика врача?

Эталоны ответов:

Задача №1

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

Задача №2

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

Задача №3

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

Задача №4

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

Задача №5

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

Задача №6

Инфильтративный мастит.

Задача №7

Серозный мастит.

Задача №8

Гнойный мастит.

Задача №9

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

Задача №10

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

Тема 9 Узкий таз в современном акушерстве.

Задача №1

У первородящей в возрасте 20 лет родовая деятельность в течение 10 часов. Таз: 23-26-28-20 см. Воды излились 2 часа тому назад. В течение 40 мин потуги через 2 мин по 45 сек. При влагалищном исследовании открытие маточного зева полное, предлежит головка,

остаётся прижатой ко входу в малый таз, стреловидный шов в прямом размере входа в малый таз, большой родничок спереди у лона. Мыс не достижим.

Диагноз? Как вести роды дальше?

Задача №2

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

Диагноз? Что делать?

Задача №3

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

Диагноз? Тактика врача женской консультации?

Задача №4

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

Диагноз? Тактика врача?

Задача №5

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

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

Задача №6

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

Диагноз? Тактика врача.

Задача №7

Поступила роженица 29 лет, роды повторные. Положение плода продольное. Головное предлежание, головка прижата к плоскости входа в малый таз. Размеры таза: 25, 27, 31, 20

см. Индекс Соловьёва 15 см. Состояние роженицы и плода хорошее. Через 3 часа отошли околоплодные воды и начались потуги, которые продолжаются 3 часа. Влагалищное исследование: влагалище свободное, открытие зева полное, головка малым сегментом в плоскости входа в малый таз. Определяется лоб, корень носа, надбровные дуги и передний угол большого родничка.

Диагноз? Тактика врача?

Задача №8

Поступила роженица 30 лет, роды повторные, головка плода над входом в малый таз. При наружном исследовании спинка плода определяется слева, между спинкой плода и затылком определяется угол, открытый кнаружи. Сердечные тоны плода яснее выслушиваются со стороны грудки плода справа ниже пупка, 136 уд. в мин. Схватки хорошие. Околоплодные воды только что отошли и начались потуги. Влагалищное исследование: маточного зева полное, головка плода прижата к плоскости входа в малый таз. Определяются надбровные дуги, корень носа, спинка носа, верхняя челюсть, подбородок, обращенный к крестцу. Плодный пузырь отсутствует.

Диагноз? Возможны ли роды? Тактика врача?

Задача №9

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

Диагноз? Какое возникло осложнение? Тактика врача?

Задача №10

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

Диагноз? Тактика врача.

Эталонные ответы:

Задача №1

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

Задача №2

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

Задача №3

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

Задача №4

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

Задача №5

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

Задача №6

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

Задача №7

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

Задача №8

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

Задача №9

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

Задача №10

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

Тема 10 Родовой травматизм матери и плода.

Задача №1

Первородящая 20 лет. Таз 23-26-28-18, ОЖ 101, ВДМ 39 см. В родах 12 часов. Воды излились 4 часа назад. Головка плода плотно прижата ко входу в малый таз. Лобнозатылочный размер 13 см. Сердцебиение плода 140 уд. в мин, ясное, ритмичное. Схватки бурные, болезненные. Поведение роженицы беспокойное. Контракционное кольцо на 2 п/п ниже пупка, расположено косо. Под обезболиванием произведено внутреннее исследование: раскрытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. На головке родовая опухоль размером 4x5 см. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок в центре по проводной оси таза. Мыс достижим, диагональная конъюгата 11 см.

Диагноз? План ведения родов?

Задача №2

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

Обоснуйте диагноз и тактику врача.

Задача №3

Повторнородящая с размерами таза 24-26-28-18 см, доставлена машиной скорой помощи. Поведение роженицы беспокойное, жалобы на боли внизу живота, кровянистые выделения из влагалища. Пульс 96 ударов в минуту. АД 120/70 мм рт. ст. Схватки бурные, резко

болезненные, частые. Головка плода крупная, плотно прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, 146 ударов в минуту, ритмичное.

Диагноз, его обоснование. Дальнейший план ведения родов?

Задача №4

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

Ваш

диагноз?

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

Задача №5

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

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

Задача №6

Через 30 мин после начала второго периода родов у повторнородящей появились кровянистые выделения из половых путей. АД 120/65 мм рт. Схватки через 2—3 мин по 50—55 с. Матка плохо расслабляется вне схватки, болезненна при пальпации в нижнем сегменте, размеры таза 26—27—33—18 см. Сердцебиение плода глухое. При кардиотокографии выявлены поздние децелерации до 70 уд/мин. Попытка произвести катетеризацию мочевого пузыря не удалась из-за механического препятствия. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное; головка плода прижата ко входу в малый таз, на головке большая родовая опухоль.

Наиболее вероятный диагноз? Тактика врача?

Задача №7

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

Диагноз? План ведения?

Задача №8

Роды III, в срок. В анамнезе диатермокоагуляция по поводу эрозии шейки матки, 2 искусственных аборта, без осложнений, хроническое воспаление придатков матки. Общее состояние удовлетворительное. АД 120/80, пульс 80 в минуту, ритмичный. Матка плотная, на уровне пупка. Сразу после рождения плода из половых путей появились яркие кровяные выделения. Кровопотеря достигла 300 мл, кровотечение продолжается. Признаков отделения плаценты нет.

Диагноз? С какими состояниями нужно дифференцировать?

Задача №9

Беременная С., 34 лет. I беременность закончилась чревосечением по Пфанненштилю, кесаревым сечением в нижнем маточном сегменте по поводу тазового предлежания, первичной слабости родовой деятельности, затем II и III беременности - искусственные аборты, без осложнений. Данная беременность IV, сроком 37 недель. Обратилась в поликлинику с жалобами на тошноту, рвоту, боли в животе. Общее состояние удовлетворительное. АД 120/70 мм. рт. ст., пульс 80 ударов в ми-

нута, температура 36,7°. При осмотре отмечается локальная болезненность в области послеоперационного рубца, болезненность при шевелении плода иррадирующая в область послеоперационного рубца.

Диагноз? План ведения?

Задача №10

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

Диагноз? План ведения?

Эталоны ответов:

Задача №1

Беременность 40 недель. Головное предлежание. Крупный плод. Общеравномерносуженный таз 1 степени. 2 период родов. Клинически узкий таз. Угроза разрыва матки. Наркоз. Кесарево сечение в экстренном порядке.

Задача №2

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

Задача №3

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

Задача №4

Совершившийся разрыв матки. Лапаротомия.

Задача №5

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

Задача №6

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

Задача №7

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

Задача №8

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

Задача №9

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

Задача №10

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

Тема 11 Иммунологическая несовместимость матери и плода.

Задача №1

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

Обследование? Тактика врача?

Задача №2

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

Диагноз. Его обоснование. Тактика.

Задача №3

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

Тактика врачей стационара?

Задача №4

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

Диагноз? План ведения?

Задача №5

В женскую консультацию обратилась первобеременная женщина в сроке 10 недель. У беременной и отца ребенка В(III) группа крови.

Может быть у ребенка 0(I) группа крови?

Задача №6

При обследовании беременной женщины на группу крови агглютинация произошла во всех четырех стандартных сыворотках (по системе АВ0).

Что можно сказать о группе крови женщины?

Задача №7

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

Поставьте диагноз. Тактика.

Задача №8

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

Диагноз. Тактика.

Задача №9

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

Диагноз. Тактика.

Задача №10

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

Поставьте диагноз. Тактика.

Эталоны ответов:

Задача №1

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

Задача №2

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

Задача №3

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

Задача №4

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

Задача №5

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

Задача №6

У женщины диагностирована 0(I) группа крови.

Задача №7

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

Задача №8

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

Задача №9

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

Задача №10

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

Тема 12 Кровотечения во II половине беременности.

Задача №1

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

Задача №2

Повторнородящая с нормальными размерами таза и доношенной беременностью поступила через 4 часа от начала схваток и появления кровянистые выделения из влагалища. При исследовании: матка в обычном тонусе, положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода 140 уд. в мин, справа ниже пупка. Схватки через 7-8 мин по 30 сек. При развёрнутой операционной произведено внутреннее исследование: шейка матки сглажена, раскрытие зева 5 см, плодный пузырь цел. Слева и спереди определяется край плаценты. Кровотечение в умеренном количестве. Диагноз, его обоснование. План ведения родов.

Задача №3

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

Задача №4

Повторнобеременная при сроке беременности 37-38 недель поступила через 2 часа после начала появления постоянных болей в животе. Общее состояние средней тяжести. АД 100

и 60 мм рт. ст., пульс 100 уд. в мин, ритмичный, ясный. Шоковый индекс = 1. Бледность кожи и видимых слизистых; на голеньях, передней брюшной стенке обширные отёки. Живот увеличен соответственно доношенной беременности, матка напряжена, что исключает возможность определения положения и предлежания плода. На передней стенке матки имеется участок локальной болезненности при пальпации. Сердцебиение плода не выслушивается. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, зев закрыт, через передний свод определяется головка над входом в малый таз, подвижна. Из половых путей скудные кровянистые выделения.

Диагноз? Метод родоразрешения? Возможный объём оперативного вмешательства?

Задача №5

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

Задача №6

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

Задача №7

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

Задача №8

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

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

Задача №9

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

Задача №10

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

Диагноз. Лечение.

Эталоны ответов:

Задача №1

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

Задача №2

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

Задача №3

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

Задача №4

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

Задача №5

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

Задача №6

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

Задача №7

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

Задача №8

Неполное предлежание плаценты.

Задача №9

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

Задача №10

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

Тема 13 Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах.

Задача №1

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

Диагноз? План ведения?

Задача №2

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

Диагноз? План ведения?

Задача №3

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

Диагноз? План ведения?

Задача №4

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

Диагноз? Ваша дальнейшая тактика?

Задача №5

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

прерывающие в месте разрыва. Матка сократилась хорошо. Кровянистые выделения в небольшом количестве.

Диагноз? Что делать?

Задача №6

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

Диагноз? План ведения?

Задача №7

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

Вероятные причины кровотечения и неотложные мероприятия.

Задача №8

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

Предполагаемая причина кровотечения? Неотложная помощь?

Задача №9

Срочные роды. В анамнезе 4 искусственных аборта, последний осложнился метроэндометритом, лечилась в стационаре. Родилась доношенная девочка весом 4100,0, длина 53 см. Моча выделена катетером. Через 10 минут после рождения плода, началось кровотечение из половых путей. Определены признаки отделения плаценты. Выделилось 250 мл крови, кровотечение продолжается.

Диагноз? План ведения?

Задача №10

Роженице 28 лет, поступила с начавшейся родовой деятельностью, роды в срок. Через 5 часов родился живой доношенный мальчик массой 3100 г, через 20 минут родился второй мальчик массой 3000 г, в момент прорезывания головки второго плода проведена профилактика кровотечения. Сразу после рождения плода моча выпущена через катетер. Послед выделился через 10 минут, сразу после рождения последа выделилось 250 мл. крови, кровотечение продолжается.

Диагноз? План ведения?

Эталоны ответов:

Задача №1

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

Задача №2

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

Задача №3

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

Задача №4

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

Задача №5

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

Задача №6

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

Задача №7

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

Задача №8

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

Задача №9

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

Задача №10

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

Тема 14 Экстрагенитальные заболевания и беременность.

Задача №1

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

Диагноз и действия врача?

Задача №2

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

Обоснуйте действия и оцените тактику ведения беременной.

Задача №3

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

Предположительный диагноз? Пути его уточнения и врачебная тактика.

Задача №4

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

Диагноз? Тактика врача?

Задача №5

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

Диагноз? Консультация соответствующего специалиста? Тактика ведения?

Задача №6

В отделение патологии поступила первобеременная 24 лет с жалобами на сильный кожный зуд, желтушное окрашивание кожи. Выше указанные жалобы появились 7 дней назад.

Сроки беременности 37 недель. Матка в нормальном тоне, положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 в мин. Кожные покровы с желтушным оттенком. Данные биохимического исследования крови: билирубин - 30,4 мкмоль/л (норма: 8,6-20,5 мкмоль/л), холестерин - 8,2 ммоль/л (3,7-7,0), ЩФ - 180 ед/мл (30-120), ПТИ - 100%, сулемовая проба - 0,5 Ед (1,6-2,2), тимоловая проба - 1,6 Ед (0,5), АЛАТ - 1,8 ммоль/л (0,1-1,5), АСАТ - 1,9 ммоль/л (0,1-1,3), маркёры к вирусу А и В отрицательные.

Диагноз? Дифференциальный диагноз? Тактика?

Задача №7

Первобеременная 25 лет, доставлена «машиной скорой помощи» в наблюдательное отделение клиники с беременностью сроком 24-25 недель и с жалобами на резкую боль в правой поясничной области, повышение температуры тела до 38,5°C, озноб, частое болезненное мочеиспускание. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Симптом Пастернацкого справа положительный. Живот мягкий. Матка в обычном тоне. Положение плода неустойчивое. Сердцебиение плода ясное, 140 уд. в мин.

Диагноз. Принципы лечения.

Задача №8

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

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

Задача №9

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

Сформулируйте клинический диагноз?

Задача №10

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

Уровень глюкозы в крови 10,2 ммоль/л, в моче 5 ммоль/л. Реакция мочи на ацетон отрицательная.

Диагноз? Тактика? Возможные осложнения?

Эталонные ответы:

Задача №1

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

Задача №2

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

Задача №3

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

Задача №4

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

Задача №5

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

Задача №6

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

Задача №7

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

Задача №8

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

Задача №9

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

Задача №10

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

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

Задача №1

Повторнородящая с нормальными размерами таза и доношенной беременностью поступила через 6 часов после схваток с целыми околоплодными водами. Диагностирована двой-

ня. Предлежит головка первого плода над входом в малый таз. Через 30 мин родился живой плод массой 3000,0, второй плод в поперечном положении, сердцебиение плода ясное, до 140 уд. В мин.

Диагноз? Как вести роды дальше?

Задача №2

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

Диагноз? План ведения родов?

Задача №3

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

Диагноз? План ведения родов?

Задача №4

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

Задача №5

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

Задача №6

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

Задача №7

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

Задача №8

Роженица 27 лет, поступила в 17.00 29 марта. Потуги хорошие по силе. Последние месячные с 15 по 17 июня. Роженица правильного телосложения. Со стороны костной системы изменений нет. По органам без особенностей. Температура 36,8 С. Размеры таза 25, 28, 31, 21 см. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки над лоном 34 см. При

наружном исследовании обращает внимание несколько необычная форма живота - матка растянута в поперечном направлении. Вторым наружным приёмом определяется сбоку и справа на уровне пупка крупная, плотная, баллотирующая часть плода - головка, слева вторая крупная часть, но менее плотная и небаллотирующая - ягодицы. Третьим и четвёртым приёмами над входом таза предлежащей части пальпировать не удаётся. Пограничная борозда на 5 поперечных пальцев над верхним краем лона. Сердцебиение плода прослушивается на уровне пупка справа, 132 уд. в мин., ритмичное. Потуги хорошие. Воды только что отошли. Влагалищное исследование: влагалище свободное, открытие зева полное, плодного пузыря нет, предлежащей части не определяется, мыс не достигается, в малом тазу костных выступов и других изменений не обнаруживается. Диагноз? Тактика врача

Задача №9

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

Задача №10

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

Диагноз? Метод родоразрешения? В чём ошибка женской консультации?

Эталоны ответов:

Задача №1

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

Задача №2

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

Задача №3

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

Задача №4

Беременность 4, 40 нед. Поперечное положение плода, 2 период родов. Тактика врача: Под общим наркозом провести операцию классического поворота плода на ножку с по-

следующей экстракцией плода за ножку. Далее провести ручное отделение плаценты, выделение последа, ревизию полости матки, чтобы убедиться в целостности её стенок.

Задача №5

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

Задача №6

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

Задача №7

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

Задача №8

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

Задача №9

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

Задача №10

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

Тема 16 Оперативное родоразрешение. Вакуум экстракция. Акушерские щипцы.

Задача №1

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

Диагноз, его обоснование. Как вести роды дальше?

Задача №2

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

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

Задача №3

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

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

Задача №4

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Состояние роженицы средней тяжести. Симптомы внутреннего кровотечения нарастают. Открытие полное.

Сердцебиение плода глухое. Плодного пузыря нет. Головка в узкой части полости малого таза. Что делать?

Задача №5

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

Задача №6

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

Диагноз? Акушерская тактика?

Задача №7

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

Диагноз? План ведения?

Задача №8

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

Задача №9

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

Каков диагноз? Как вести дальше роды?

Задача №10

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

Диагноз? План ведения?

Эталонныe ответы:

Задача №1

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

Задача №2

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

Задача №3

В правом косом размере, "блуждающая" левая ложка.

Задача №4

Наложение полостных акушерских щипцов.

Задача №5

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

Задача №6

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

Задача №7

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

Задача №8

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

Задача №9

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

Задача №10

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

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

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

Диагноз? План ведения родов?

Задача №2

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

Диагноз? Метод родоразрешения?

Задача №3

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

Диагноз? План ведения родов?

Задача №4

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

Диагноз? План ведения родов?

Задача №5

Первородящая 21 года. Роды продолжаются 12 часов, околоплодные воды излились одновременно с наступлением потуг час тому назад. Размеры таза: 26-27-31-17 см. Положение плода продольное, вторая позиция. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердечные тоны плода 140 уд. в мин справа ниже пупка, ясные, ритмичные. Внутреннее исследование: раскрытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, смещён ближе к лону. Диагональная конъюгата 10 см, мыс резко выступает в просвет таза.

Диагноз? Тактика врача?

Задача №6

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

Диагноз? Как вести роды дальше?

Задача №7

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

Задача №8

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

Задача №9

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

Диагноз. Какое возникло осложнение. Тактика врача.

Задача №10

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

Диагноз? Тактика врача.

Эталонные ответы:

Задача №1

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

Задача №2

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

Задача №3

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

Задача №4

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

Задача №5

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

Задача №6

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

Задача №7

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

Задача №8

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

Задача №9

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

Задача №10

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

Тема 18 Преэклампсия.

Задача №1

У беременной на 6 неделе появилась рвота до 10-15 раз в сутки, слабость, тошнота. Жалуются на потерю аппетита, слабость, резкое исхудание, в моче обнаружен ацетон.

Предполагаемый диагноз? Лечение?

Задача №2

Первобеременная 22 лет. Срок беременности 8 недель. Жалобы на частую рвоту (20-25 раз в сутки), общую слабость, жажду, сухость во рту, головокружение, головную боль, плохой аппетит (пищу практически не удерживает), бессонницу. За последние 5 дней потеряла в весе 5 кг. Кожные покровы бледные, отмечается их сухость. Язык сухой, при пальпации

живота - печень выступает за край рёберной дуги на 2,5 см, край её безболезненный. Температура 37,6 С. Пульс 110 уд. в мин, АД 90/60 мм рт. ст. В моче белок 1,89‰, положительная реакция на ацетон.

Диагноз? Терапия?

Задача №3

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

Диагноз? План ведения?

Задача №4

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

Диагноз? Какова должна быть тактика ведения?

Задача №5

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

Диагноз? Первые действия врача по окончании припадка

Задача №6

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

Диагноз? В течение какого времени возможно консервативное лечение?

Задача №7

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

Диагноз? План ведения?

Задача №8

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

Диагноз, его обоснование. Тактика врача.

Задача №9

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

Диагноз? Как вести роды дальше?

Задача №10

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

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

Эталоны ответов:

Задача №1

Беременность 6 недель. Ранний токсикоз средней степени. Посиндромная терапия в условиях стационара в течение 5-7 дней с оценкой эффективности лечения.

Задача №2

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

Задача №3

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

Задача №4

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

Задача №5

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

Задача №6

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

Задача №7

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

Задача №8

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

Задача №9

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

Задача №10

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

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

Задача №1

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

Диагноз. Тактика.

Задача №2

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

Диагноз. План ведения родов.

Задача №3

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

Диагноз. Его обоснование. Тактика.

Задача №4

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

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

Диагноз? Тактика?

Задача №5

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

Диагноз? Метод родоразрешения?

Задача №6

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

Диагноз? Тактика врача?

Задача №7

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

Оценка по шкале Апгар? Диагноз? План реанимационных мероприятий?

Задача №8

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

Диагноз. Причины осложнения. Ваша тактика.

Задача №9

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

Ваша тактика.

Задача №10

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

Ваша тактика.

Эталоны ответов:

Задача №1

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

Задача №2

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

Задача №3

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

Задача №4

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

Задача №5

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

Задача №6

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

Задача №7

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

Задача №8

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

Задача №9

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

Задача №10

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

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

Вариант №1

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

Вариант №2

1. Основной принцип работы женской консультации.

2. Составить план проведения второго группового занятия по психопрофилактической подготовке к родам.

Вариант №3

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

Вариант №4

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

Вариант №5

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

Вариант №6

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

Вариант №7

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

Вариант №8

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

Вариант №9

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

Вариант №10

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

Эталоны ответов:

Эталон №1

1. Оказание лечебно-профилактической помощи во время беременности, после родов; лечение гинекологических больных; внедрение среди женщин путём санитарной пропаганды гигиенических навыков; изучение условий труда женщин-работниц и охрана здоровья женщин; проведение психопрофилактической подготовки; социально-правовая работа; профилактические осмотры женщин; диспансеризация; борьба с абортами.
2. 1-е занятие:
 - а) анатомическое строение матки, влагалища и наружных половых органов, мышц тазового дна и костного таза; б) менструальная функция, оплодотворение, развитие беременности; в) строение плаценты, значение околоплодных вод; г) периоды родов; д) роль коры головного мозга в формировании болевого ощущения.

Эталон №2

1. Принцип участковости, 1 акушерско-гинекологический участок равен 2 терапевтическим с числом женщин 4000-4500, оказание специализированной помощи женщинам.

2. Первый период родов: а) механизм раскрытия шейки матки; б) схватки; в) роль плодного пузыря в раскрытии шейки матки; г) важность правильного поведения роженицы.

Эталон №3

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

Эталон №4

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

Эталон №5

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

Эталон №6

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

Эталон №7

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

Эталон №8

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

Эталон №9

1. В работу юриста входит: а) юридическая консультация по законодательству прав матери и ребёнка; б) юридическая консультация незамужних (права и обязанности); в) оформление отказа от ребёнка и вопросы усыновления ребёнка; г) беседа с несовершеннолетними беременными, родителями, сожителями; д) оформление документов в суд по вопросу растления несовершеннолетних, определение отцовства и алиментов.

2. 4-е занятие: а) физиология 2 периода родов; б) физиология 3 периода родов; в) поведение роженицы во 2-ом и 3-ем периодах родов; г) показания к поступлению в родильный дом.

Эталон №10

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

Тема 21 Вводная лекция. Гинекология как наука о женщине. Препедевтика гинекологических заболеваний. Регуляция менструального цикла.

1. Перечислите виды специализированных гинекологических стационаров?
2. Перечислите основные функциональные помещения гинекологического стационара.
3. Перечислите основные симптомы в гинекологической практике.
4. Какие симптомокомплексы в гинекологической практике встречаются чаще всего?
5. Дайте характеристику симптома «бели».
6. Дайте характеристику симптома «маточное кровотечение».
7. Перечислите гинекологическую терминологию, характеризующую менструальный цикл.
8. Перечислите обязательные методы исследования в гинекологической практике.
9. Перечислите дополнительные методы исследования в гинекологической практике.
10. Перечислите инвазивные методы исследования в гинекологической практике.

Тема 22 Нарушения функции репродуктивной системы.

Задача № 1

Гиперпластические процесс эндометрия.

Гистероскопия. УЗИ гениталий. Выскабливание полости матки.

Терапия гестагенами во 2 фазу цикла.

Задача № 2

НОЭС. Нарушение менструального цикла по типу менометроррагии.

Комплексное обследование включая гормоны крови.

Лечение НОЭС. Регуляция менструального цикла оральными контрацептивами или эстроген-гестагенными препаратами.

Задача № 3

Ановуляция.

Необходимо УЗИ гениталий. Определение гормонов крови.

Регуляция менструального цикла. Прогестероновая проба.

Задача № 4

Нарушение менструального цикла. Метроррагия.

УЗИ гениталий. Гистероскопия. Диагностическое выскабливание.

Гемостатическая терапия. Гестагены во 2 фазу цикла.

Задача № 5

Нарушение менструального цикла. Метроррагия.

УЗИ гениталий. Гистероскопия. Диагностическое выскабливание по жизненным показаниям.

Гемостатическая терапия. Эстрогеновый гемостаз. Регуляция менструального цикла.

Задача № 6

Нарушение менструального цикла. Метроррагия.

УЗИ гениталий. Гистероскопия. Диагностическое выскабливание.

Гемостатическая терапия. Гестагены во 2 фазу цикла.

Задача № 7

Нарушение менструального цикла.
УЗИ гениталий. Гистероскопия. Определение гормонов крови.
Регуляция менструального цикла.
Задача № 8

Гиперпластические процесс эндометрия.
Гистероскопия. УЗИ гениталий. Выскабливание полости матки.
Терапия гестагенами во 2 фазу цикла.

Эталон ответов

Задача № 1
Гиперпластические процесс эндометрия.
Гистероскопия. УЗИ гениталий. Выскабливание полости матки.
Терапия гестагенами во 2 фазу цикла.

Задача № 2
НОЭС. Нарушение менструального цикла по типу менометроррагии.
Комплексное обследование включая гормоны крови.
Лечение НОЭС. Регуляция менструального цикла оральными контрацептивами или эстроген-гестагенными препаратами.

Задача № 3
Ановуляция.
Необходимо УЗИ гениталий. Определение гормонов крови.
Регуляция менструального цикла. Прогестероновая проба.

Задача № 4
Нарушение менструального цикла. Метроррагия.
УЗИ гениталий. Гистероскопия. Диагностическое выскабливание.
Гемостатическая терапия. Гестагены во 2 фазу цикла.

Задача № 5
Нарушение менструального цикла. Метроррагия.
УЗИ гениталий. Гистероскопия. Диагностическое выскабливание по жизненным показаниям.
Гемостатическая терапия. Эстрогеновый гемостаз. Регуляция менструального цикла.

Задача № 6
Нарушение менструального цикла. Метроррагия.
УЗИ гениталий. Гистероскопия. Диагностическое выскабливание.
Гемостатическая терапия. Гестагены во 2 фазу цикла.

Задача № 7
Нарушение менструального цикла.
УЗИ гениталий. Гистероскопия. Определение гормонов крови.
Регуляция менструального цикла.

Задача № 8
Гиперпластические процесс эндометрия.
Гистероскопия. УЗИ гениталий. Выскабливание полости матки.
Терапия гестагенами во 2 фазу цикла.

Тема 23 Нейроэндокринные синдромы в гинекологии

Задача № 1
Больной 16 лет, менструации нерегулярные, с большими перерывами, последние менструации 4 месяца назад. При поступлении бледна, из половых путей значительные кровяные выделения.

Диагноз, план лечения.

Задача № 2
Больной 32 года. Жалобы на нерегулярные менструации. Нередко бывают задержки на 2-3 месяца, бесплодие (в браке 5 лет). При осмотре - гирсутизм, при влагалищном исследовании пальпируются несколько увеличенные, плотные, безболезненные яичники.

Предполагаемый диагноз?

Задача № 3

Больная В. 24 лет предъявляет жалобы на маточное кровотечение после небольшой задержки месячных. Менархе с 16 лет, месячные нерегулярные, обильные. Имеется нарушение жирового обмена 2 степени, рост волос на верхней губе, подбородке, около сосков, на голени по белой линии живота. Бимануально определяются плотные безболезненные подвижные яичники размером 3x4x2.

Ваш предполагаемый диагноз?

Задача № 4

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

Диагноз?

Задача № 5

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

Обоснуйте предварительный диагноз, тактику ведения.

Задача № 6

Больная, 29 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на раздражительность, плаксивость, головную боль, головокружение, тошноту, иногда рвоту, боли в области сердца, нагрубание молочных желез, снижение памяти, метеоризм. Все эти симптомы появляются за 6-14 дней до менструации и исчезают накануне ее. В анамнезе первая беременность закончилась искусственным абортом с повторным выскабливанием полости матки по поводу остатков плодного яйца, две другие - самопроизвольными абортами с последующим выскабливанием полости матки. При обследовании анатомических изменений со стороны гениталий не обнаружено, по тестам функциональной диагностики - ановуляторный цикл с гиперэстрогенией.

Поставьте обоснованный диагноз. Проведите дифференциальную диагностику.

Обоснуйте Вашу тактику

Задача № 7

Больная, 30 лет, обратилась к врачу женской консультации за справкой о состоянии здоровья для поездки на работу в Африку. Жалоб не предъявляет. В анамнезе воспаление придатков матки, от беременности предохранялась. При осмотре: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная, подвижная, безболезненная. С обеих сторон пальпируются плотные придатки.

Обоснуйте диагноз и тактику врача.

Эталон ответов

Задача № 1

Нарушение менструального цикла. Метроррагия.

УЗИ гениталий. Гистероскопия. Определение гормонов крови.

Гемостатическая терапия. Эстрогеновый гемостаз. Регуляция менструального цикла.

Задача № 2

ПКЯ. Гипоменструальный синдром.

Определение гормонов крови.

Регуляция менструального цикла Диане-35. Каутеризация яичников.

Задача № 3

НОЭС. Вторичный ПКЯ.

Комплексное обследование эндокринологического профиля.

Снижение веса. Регуляция менструального цикла эстроген-гестагенами или оральными контрацептивами.

Задача № 4

Синехии в полости матки.

Гистероскопия, УЗИ гениталий.

Разъединение спаек в ходе гистероскопии. Введение ВМС.

Инстилляций в полость матки противовоспалительных средств.

Задача № 5

Генитальный инфантилизм.

Комплексное обследования эндокринологического профиля.

Гормонотерапия эстроген-гестагенными препаратами. Физиотерапия.

Задача № 6

Предменструальный синдром средней степени тяжести.

Обследование терапевтического, неврологического профиля.

Оральные контрацептивы. Лечебно-охранительный режим. Физиопроцедуры.

Задача № 7

ПКЯ.

УЗИ гениталий. Контроль уровня гормонов крови.

При наличии ановуляции – гестагены во 2 фазу менструального цикла.

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

Задача № 1

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

Диагноз. План ведения.

Задача № 2

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

Диагноз. Тактика врача.

Задача № 3

Больной 30 лет. Последние месячные 6 недель назад. Беспокоят боли внизу живота, больше справа. Температура 37,0. Синюшность шейки матки, смещение резко чувствительно. Матка больше нормы, мягковатая, симптомы Гентера, Горвица-Гегара отрицательны. Правые придатки утолщены, болезненны. Своды свободны. Выделения скудные, темно-красные. В моче обнаружен хорионический гонадотропин (350 ЕД).

Диагноз. Тактика врача.

Задача № 4

Больной 26 лет. В анамнезе хроническое воспаление придатков матки, бесплодие в течение 4 лет. Задержка месячных на 4 недели. Жалоб нет. Смещение матки безболезненное, тело ее несколько увеличено, мягковатой консистенции, справа в области придатков образование 8x4x3 см, мягковатой консистенции, ограничено подвижное, чувствительное. Своды свободные. Выделения светлые.

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

Диагноз. План обследования включает.

Задача № 5

Больной 21 год. Последние менструации 2 недели назад. Бледна. Пульс 90 уд/мин. АД -100 и 60 мм рт. ст. Живот в нижних отделах болезнен с нерезко выраженным симптомом Щеткина. Слизистая шейки матки и влагалища обычная. Смещения шейки матки болезненны, тело матки и правые придатки без особенностей. Слева - образование до 6 см в поперечнике, болезненное, ретрообразной формы. Температура 37,5.

Диагноз. Тактика врача.

Задача № 6

Больной 26 лет. Произведено выскабливание слизистой оболочки по поводу мажущихся кровянистых выделений из половых путей, появившихся после задержки месячных на 3 недели. В соскобе обнаружена децидуальная реакция и ворсины хориона.

Предполагаемый диагноз. Тактика врача.

Задача № 7

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

Диагноз. Обследование.

Задача № 8

Больной 37 лет. Жалобы на боли внизу живота, слабость, длительные кровомазания. Задержки менструации не отмечает. В анамнезе хроническое воспаление придатков матки. Пульс – 78 уд/мин. АД - 120 и 70 мм рт. ст. Влагалище свободное. Слизистая цианотична. Матка несколько больше нормы, мягковатая, болезненная при смещении. Справа придатки матки утолщены, болезненные, слева - спайки. Задний свод уплощен.

Предполагаемый диагноз. Какой из перечисленных методов позволит правильно поставить диагноз?

Задача № 9

Девочка 14 лет поступила с жалобами на чувство тяжести внизу живота, учащенное мочеиспускание. В последние 5 месяцев отмечались острые боли внизу живота, которые после приема но-шпы постепенно исчезали в течение 3-4 дней. Из перенесенных заболеваний отмечает корь, паротит, скарлатину. Менструаций не было. Живот мягкий, безболезненный. Над лоном пальпируется опухолевидное образование, исходящее из малого таза. Девственная плева сохранена. Ректально: матка увеличена до 11-12 недель, шарообразной формы, мягковатой консистенции, безболезненная. С обеих сторон в области придатков матки определяются ретортообразной формы, эластической консистенции, безболезненные образования 10x5 см.

Предполагаемый диагноз. Дополнительные методы исследования.

Задача № 10

Больная 29 лет поступила с жалобами на озноб, высокую температуру, боли внизу живота схваткообразного характера, кровянистые выделения из половых путей при задержке менструации 10 недель. На учете в женской консультации не состояла. Не замужем. Вмешательство с целью прерывания беременности отрицает. Пульс 100 уд/мин, ритмичный. АД - 110 и 70 мм рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, активно участвует в акте дыхания, умеренно болезненный внизу живота. Симптом Щеткина отрицательный. СОЭ - 22 мм/час, Le - 9 000. Шейка матки укорочена, цианотична. Цервикальный канал пропускает 1 поперечный палец. Матка в правильном положении, мягковатая, болезненная, увеличена до 9-10 недель беременности. Придатки матки безболезненные, не увеличены. Параметрии свободны, своды глубокие. Выделения кровянистые, умеренные.

Диагноз. Тактика врача?

Эталон ответов

Задача № 1

Трубная беременность, прервавшаяся по типу разрыва трубы.

Экстренное определение показателей красной крови, группы крови и резуса.

Пункция через задний свод влагалища.

Оперативное лечение в экстренном порядке.

Задача № 2

Прогрессирующая внематочная беременность.

УЗИ гениталий. Повторное определение ХГЧ. Динамическое наблюдение.

При подтверждении диагноза – оперативное лечение. При отвержении – регуляция менструального цикла.

Задача № 3

Правосторонняя трубная беременность, прервавшаяся по типу трубного аборта.

УЗИ гениталий. Кольпоцентез. Определение ХГЧ крови.

Оперативное лечение.

Задача № 4

Прогрессирующая внематочная беременность.

Оперативное лечение.

Задача № 5

Апоплексия яичника. Геморрагическая форма.

Определение показателей красной крови. Группа крови и резус. Кольпоцентез.

Оперативное лечение при наличии крови в пунктате.

Задача № 6

Неполный самопроизвольный выкидыш.

Утеротоническая, антибактериальная и противовоспалительная терапия.

Регуляция менструального цикла оральными контрацептивами.

Задача № 7

Полный самопроизвольный выкидыш. Нельзя исключить прогрессирующую внематочную беременность.

УЗИ гениталий. Определение ХГЧ крови. Наблюдение.

Утеротоническая, антибактериальная и противовоспалительная терапия.

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

Задача № 8

Угроза прерывания беременности. Нельзя исключить прогрессирующую внематочную беременность.

УЗИ гениталий. Определение ХГЧ крови. Наблюдение в динамике.

Токолитическая терапия, сохранение беременности.

При подтверждении внематочной беременности – оперативное лечение.

Задача № 9

Атрезия цервикального канала. Гематометра. Гематосальпингсы.

УЗИ гениталий. Кольпо и гистероскопия.

Разъединение синехий, опорожнение матки. Противовоспалительная терапия.

Задача № 10

Неполный внебольничный выкидыш. Эндометрит.

УЗИ гениталий. Общеклиническое обследование.

Антибактериальная, противовоспалительная терапия. Выскабливание полости матки.

Тема 26 Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии.

Задача № 1

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

Диагноз, план обследования.

Задача № 2

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

Диагноз, лечебные мероприятия.

Задача № 3

Машиной «Скорой помощи» в гинекологическое отделение доставлена женщина с жалобами на резкие боли внизу живота, однократную рвоту, повышение температуры до 37,8. Из анамнеза: страдает двусторонним хроническим аднекситом с частыми обострениями. Беременностей 8, родов 3, аборт 4, выкидыш 1. Живот болезненный в нижних отделах, симптом Щёткина сомнительный. Живет половой жизнью не предохранялась, случайные связи отрицает. При осмотре матка несколько больше нормы, справа и слева придатки пальпируются в виде конгломератов 4x5x5 см и 5x6x6 см в спайках, резко болезненные при пальпации. Выделения - кровянистые, умеренные (2 день месячных).

Предполагаемый диагноз, дополнительное обследование.

Задача № 4

Больная 27 лет обратилась на прием с жалобами на боли в области наружных половых органов, повышенную температуру, неловкость при ходьбе в течение 4-х дней. Связывает с работой на сельскохозяйственном участке. В анамнезе 2 родов, 1 аборт. Объективно: в области правой большой половой губы определяется образование размером 3x4 см, кожа над ним гиперемирована, при пальпации флюктуация и резкая болезненность.

Диагноз, его обоснование. Тактика врача, обоснование.

Задача № 5

Больная 28 лет обратилась на прием по поводу болей внизу живота, кровянистых выделений, появившихся через 7 дней после введения внутриматочной спирали. Менструация с 14 лет, по 7 дней, через 30 дней, обильные, последний год после третьего аборта стали болезненными. В анамнезе 2 родов, 3 искусственных аборта, фолликулярная псевдоэрозия. Объективно: матка несколько больше нормы, при пальпации чувствительная, придатки не изменены. Выделения слизисто-кровянистые.

Диагноз, его обоснование. Тактика врача, обоснование.

Задача № 6

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

Обоснуйте объем операции.

Задача № 7

В анамнезе у больной, 32 лет, бесплодие, двухсторонний аднексит с частыми обострениями. При поступлении высокая температура, озноб, боли по всему животу. Живот вздут, напряжен во всех отделах, болезнен, с выраженным симптомом Щёткина по всему животу. Язык суховат, пульс 120 ударов в минуту. При влагалищном исследовании смещения шейки резко болезненны, придатки и матку определить не удастся из-за болезненности. Задний свод влагалища уплощен, болезнен.

Обоснуйте диагноз и план лечения.

Задача № 8

Больная, 29 лет, поступила в районную больницу с жалобами на повышение температуры тела, общую слабость, боли внизу живота. В анамнезе роды и аборт, последний аборт произведен 8 дней тому назад, выписана на следующий день. Живот мягкий, несколько болезненный над лоном. Из влагалища гнойные выделения.

Обоснуйте диагноз и Ваши действия.

Задача № 9

Больная, 36 лет, доставлена машиной «скорой помощи» в гинекологический стационар. Жалобы при поступлении на резкие боли внизу живота, озноб, повышение температуры тела до 38, общую слабость, головную боль. В анамнезе роды, три аборта, после последнего аборта проводилось повторное выскабливание, беспокоили боли внизу живота. При осмотре живот не вздут, болезненный в нижних отделах, симптомы раздражения брюшины не обнаружены. При влагалищном исследовании слева и сзади от матки пальпируется образование, ограниченное в подвижности, резко болезненное, с участками размягчения, размерами 4x9 см.

Диагноз, его обоснование. Тактика врача, обоснование.

Задача № 10

Больная, 31 года, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на резкие боли внизу живота, чувство жара, озноб, слабость, повышение температуры до 38,8. В анамнезе воспаление придатков матки. Кожные покровы бледноватые, язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации болезнен во всех отделах, выражены симптомы раздражения брюшины.

ны. В крови Нв 126 г/л, лейкоцитов – 18 тыс. в 1 л. СОЭ 32 мм/ч. При влагалищном исследовании: матка не контурирует, справа и слева в области придатков определяются опухолевидные образования без четких границ, тугоэластической консистенции, интимно спаянные с маткой, неподвижные, резко болезненные при пальпации.

Обоснуйте тактику врача и диагноз?

Эталон ответов

Задача № 1

Острый двухсторонний аднексит.

Взятие мазков на ЗППП, УЗИ гениталий.

Антибактериальная, противовоспалительная терапия.

Задача № 2

Двухсторонний tuboовариальный абсцесс.

Удаление ВМС. Обследование на ЗППП. УЗИ гениталий.

Антибактериальная терапия. При отсутствии эффекта – оперативное лечение.

Задача № 3

Острый двухсторонний аднексит. Эндометриоз придатков.

Обследования на ЗППП. УЗИ гениталий.

Антибактериальная, противовоспалительная терапия. Гормональная контрацепция.

Задача № 4

Абсцесс правой бартолиновой железы.

Вскрытие абсцесса, дренирование. Антибактериальная терапия.

Задача № 5

Острый эндометрит на фоне ВМС.

Обследование на ЗППП. УЗИ гениталий.

Удаление ВМС. Утеротоническая, антибактериальная и противовоспалительная терапия.

Задача № 6

Гнойный двухсторонний сальпингит.

Промыть трубы р-ром антисептика.

Антибактериальная и противовоспалительная терапия в послеоперационном периоде.

Задача № 7

Разлитой перитонит неясной этиологии. Хронический двухсторонний аднексит, стадия обострения.

Консультация хирурга. Оперативное лечение в экстренном порядке общей бригадой с хирургами.

Антибактериальное и противовоспалительное лечение.

Задача № 8

Острый метроэндометрит после мед. аборта.

Обследование на ЗППП. Узи гениталий. Гистероскопия.

При наличии остатков хориальной ткани повторное выскабливание матки.

Антибактериальная, противовоспалительная терапия.

Задача № 9

Tuboовариальный абсцесс.

Обследование на ЗППП. УЗИ гениталий.

Антибактериальная терапия. При отсутствии эффекта – оперативное лечение.

Задача № 10

Разлитой перитонит неясной этиологии. Хронический двухсторонний аднексит, стадия обострения.

Консультация хирурга. Оперативное лечение в экстренном порядке общей бригадой с хирургами.

Антибактериальное и противовоспалительное лечение.

Тема 27 Воспалительные заболевания женских половых органов специфической этиологии.

Задача № 1

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

Задача № 2

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

Обоснуйте диагноз. План лечения.

Задача № 3

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

Обоснуйте план обследования.

Задача № 4

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

Обоснуйте предполагаемый диагноз и дальнейшие действия.

Задача № 5

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

Обоснуйте предполагаемый диагноз и план обследования.

Задача № 6

Больная, 32 лет, поступила в гинекологическую клинику с жалобами на сильные боли внизу живота, озноб, тошноту, слабость, повышение температуры. В настоящее время в браке не состоит. Две недели назад имело место случайное половое сношение. Живот резко болезненный в нижних отделах, положительные симптомы брюшины, свободной жидкости в брюшной полости нет. Матку и придатки пропальпировать не удается из-за напряжения и болезненности передней брюшной стенки.

Диагноз и тактика врача. Обоснуйте.

Эталон ответов

Задача № 1

Кольпит. (Вульвовагинит).

Взятие мазка на степень чистоты, на ЗППП.

Противовоспалительная терапия.

Задача № 2

Хронический двухсторонний аднексит. Нельзя исключить туберкулез гениталий.

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

Специфическое лечение.

Задача № 3

Хронический двухсторонний аднексит. Нельзя исключить туберкулез гениталий.

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

Специфическое лечение.

Задача № 4

Вагинит. Возможно трихомонадной этиологии.

Мазок на степень чистоты, ЗППП.

Специфическое противовоспалительное лечение.

Задача № 5

Хронический двухсторонний аднексит. Нельзя исключить туберкулез гениталий.

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

Специфическое лечение.

Задача № 6

Пельвиоперитонит. Возможно гонорейной этиологии.
Мазок на степень чистоты, ЗППП, УЗИ гениталий.
Антибактериальное, противовоспалительное лечение.

Тема 28 Миома матки. Эндометриоз.

Задача № 1

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

Диагноз. Тактика врача.

Задача № 2

Машиной "Скорой помощи" в гинекологическое отделение доставлена женщина с жалобами на резкие боли внизу живота, однократную рвоту, повышение температуры до 37,8. Из анамнеза: страдает двусторонним хроническим аднекситом с частыми обострениями. Беременностей 8, родов 3, аборт 4, выкидыш 1. Живот болезненный в нижних отделах, симптом Щеткина сомнительный. Живет половой жизнью не предохраняясь, случайные связи отрицает. При осмотре матка несколько больше нормы, справа и слева придатки пальпируются в виде конгломератов 4x5x5 см и 5x6x6 см в спайках, резко болезненные при пальпации. Выделения - кровянистые, умеренные (2 день месячных).

Предполагаемый диагноз. Дополнительное обследование.

Задача № 3

На очередную явку обратилась женщина 52 лет, находящаяся на диспансерном учете в женской консультации по поводу миомы матки. Впервые заболевание диагностировано 1 год назад. Общие размеры матки соответствовали 5-6 неделям беременности. Амбулаторно лечение не получала. При осмотре матка плотная, бугристая, соответствует 11-12 неделям беременности. Придатки без особенностей.

Тактика врача. В чем ошибка врача женской консультации?

Задача № 4

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

Диагноз. Что позволит подтвердить диагноз?

Задача № 5

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

Диагноз. Укажите ошибки, допущенные при ведении этой женщины.

Задача № 6

Женщина 28 лет обратилась в консультацию "Семья и брак" с жалобами на привычное невынашивание. В анамнезе 3 выкидыша в сроке 10-12 недель. При обследовании

обнаружен единичный миоматозный узел $d=7$ см в области дна матки. Другой патологии не выявлено.

Тактика врача. Прогноз последующей репродуктивной функции.

Задача № 7

Машиной "скорой помощи" в гинекологическое отделение доставлена женщина 40 лет с жалобами на обильное кровотечение из половых путей, слабость, головокружение. 5 дней назад началась очередная менструация, которая приобрела профузный характер. Стоит на учете в женской консультации с диагнозом миома матки. Менструации с 14 лет, последние 5 лет очень обильные и болезненные, по поводу чего неоднократно производилось диагностическое выскабливание. Родов 4, аборт 2, выкидышей 1. Консервативно не лечилась. При осмотре бледность кожных покровов, тахикардия 90 уд/мин. Матка бугристая, увеличена до 7-8 недель, умеренно болезненная при пальпации. Придатки не определяются. Выделения кровянистые, обильные.

Диагноз. Тактика врача.

Задача № 8

В консультацию "Семья и брак" обратилась женщина 23 лет с жалобами на бесплодие в течение 1,5 лет половой жизни без предохранения. Из анамнеза страдает полливалентной аллергией. В период становления менструации (в 15 лет) диагностирована атрезия вульвы, было произведено ее хирургическое рассечение. Менструальный цикл через 28 дней по 6 дней, менструации умеренные, резко болезненные. При осмотре матка обычных размеров, плотная, безболезненная при пальпации. Придатки в спайках, слегка увеличены, болезненные.

Предварительный диагноз. Тактика врача.

Задача № 9

Во время профилактического осмотра у женщины 40 лет обнаружено увеличение матки до 6-7 недель беременности. Жалоб не предъявляет. Из анамнеза менструации с 13 лет, регулярные по 4-5 дней через 28 дней, умеренные, безболезненные. Родов 3, аборт 6. В течение последних 8 лет предохраняется внутриматочными контрацептивами.

Диагноз. Выберите и установите правильную последовательность тактики врача.

Задача № 10

В женскую консультацию обратилась женщина 35 лет с жалобами на тянущие боли внизу живота, запоры. При осмотре матка плотная, бугристая, увеличена до 6 недель беременности, подвижная безболезненная. Слева от матки определяется образование $d=5$ см, ограничено подвижное, чувствительное при пальпации. Проба с пулевыми щипцами положительная. Справа придатки без особенностей.

Диагноз. Тактика врача.

Эталон ответов

Задача № 1

Рождающийся субмукозный миоматозный узел.

Откручивание узла. Диагностическое выскабливание матки. Гистероскопия.

Кровоостанавливающая терапия

Задача № 2

Наружно-внутренний эндометриоз матки, придатков матки, брюшины. Нельзя исключить острый двухсторонний аднексит.

Общеклиническое обследование. УЗИ гениталий. Гистероскопия.

Противовоспалительная терапия. Диагностическая / лечебная лапароскопия.

Гормонотерапия оральными контрацептивами.

Задача № 3

Быстрорастущая миома матки.

Общеклиническое обследование.

Оперативное лечение.

Задача № 4

Эндометриоз легких. Диф. диагноз с туберкулезом, раком легких.

Микроскопия мокроты. Общеклиническое обследование. Обследование на БК. Рентген грудной клетки.

Гормональная терапия эндометриоза.

Задача № 5

Эндометриоз шейки матки.

Кольпоскопия. Биопсия шейки матки.

Коагуляция эндометриоидных очагов.

Задача № 6

Миома матки. Привычное невынашивание.

УЗИ гениталий. Гистероскопия.

Консервативная миомэктомия. Реабилитация. Планирование беременности.

Задача № 7

Миома матки с субмукозной локализацией узла. Менометроррагия. Анемия.

УЗИ гениталий. Диагностическое выскабливание.

Гистерорезектоскопия удаление миоматозного узла. Удаление матки.

Задача № 8

Наружно-внутренний эндометриоз матки, придатков матки, брюшины.

Общеклиническое обследование. УЗИ гениталий. Гистероскопия.

Противовоспалительная терапия. Диагностическая / лечебная лапароскопия.

Гормонотерапия оральными контрацептивами

Задача № 9

Миома матки 6-7 нед.

УЗИ контроль. Наблюдение в женской консультации.

Задача № 10

Миома матки с субсерозной локализацией узла. Нарушение питания узла.

Общеклиническое обследование. УЗИ гениталий.

Оперативное лечение.

Тема 29 Опухоли яичников.

Задача № 1

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

Предварительный диагноз? Тактика врача.

Задача № 2

Больная в 44 года поступила в стационар с жалобами на резкие боли в левой подвздошной области с иррадиацией в левое бедро, учащенное мочеиспускание, тошноту, периодическую рвоту в течение последних 6 часов. Из анамнеза: менструация и детородная функция без особенностей. При очередном осмотре у гинеколога 1 месяц тому назад обнаружена опухоль левого яичника размерами 9х8х6 см. При объективном исследовании температура 37,4; Артериальное давление 140 и 90 мм рт.ст., пульс 92 уд/мин., ритмичный. Язык суховат, обложен. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации, напряжение мышц живота и положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

При влагалищном исследовании: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки цилиндрической формы, без особенностей. Тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки справа не определяются. Слева и сзади в обла-

сти придатков пальпируется нижний полюс опухоли, ограниченно подвижный, тугоэластической консистенции. Из-за болезненности контуры и размер опухоли установить не удается. Своды влагалища глубокие, выделения скудные, слизистого характера.

Диагноз? Тактика врача.

Задача № 3

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

Диагноз? Лечебные мероприятия.

Задача № 4

У больной 22-х лет справа в переднем своде определяется подвижное образование тугоэластической консистенции, безболезненное, размером 7х7 см. Менструация 3 недели тому назад. В анамнезе поздний самопроизвольный аборт после гриппа.

Предполагаемый диагноз? Тактика врача.

Задача № 5

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

Предварительный диагноз? Дополнительное обследование.

Задача № 6

У больной 48 лет во время операции обнаружены двусторонние папиллярные цистаденомы яичников с наличием сосочков на наружной поверхности и отдельных имплантатов по брюшине. В малом тазу имеется до 200,0 светлой асептической жидкости. Произведена надвлагалищная ампутация матки с придатками. Результат экспресс-гистологии - пограничная папиллярная цистаденома.

Тактика врача. Дальнейший план ведения больной.

Задача № 7

Больной 29 лет, страдает первичным бесплодием. В анамнезе операция - удаление придатков матки справа по поводу воспалительного образования 3 года тому назад. 1 месяц тому назад на УЗИ обнаружено тонкостенное ретенционное образование в области яичника слева размером 4х5 см.

Предварительный диагноз? План ведения больной.

Задача № 8

На профосмотре у девочки 10 лет впервые обнаружена подвижная опухоль в малом тазу справа размером примерно 8х8 см, жалоб нет. На УЗИ определяется кистозное образование яичника справа размером 6х7х7 см, двухкамерное, тонкостенное, внутренняя поверхность капсулы без плотных включений и папиллярных разрастаний.

Предполагаемый диагноз? Тактика ведения больной.

Задача № 9

Больной 60 лет. На операции обнаружена псевдомуцинозная цистаденома яичника слева размером 18х18 см.

Объем операции?

Задача № 10

Больной 39 лет. В малом тазу справа от матки в области придатков тугоэластической консистенции образование 8х6х6 см, ограничено подвижное, безболезненное. В анамнезе дважды были приступы болей, к врачу не обращалась.

Диагноз? План ведения

Эталон ответов

Задача № 1

Фолликулема яичника.

Общеклиническое обследование. УЗИ малого таза.

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

Задача № 2

Диагноз? Тактика врача.

Киста левого яичника с явлением мерекрута.

Общеклиническое обследование по cito.

Оперативное лечение. Удаление опухоли в пределах хирургической ножки.

Задача № 3

Киста яичника воспалительного генеза.

Общеклиническое обследование. УЗИ гениталий.

Противовоспалительное лечение. Регуляция менструального цикла.

При отсутствии эффекта от лечения операция.

Задача № 4

Дермоидная киста яичника.

Общеклиническое обследование. УЗИ гениталий.

Оперативное лечение резекция яичника.

Задача № 5

Аренобластома.

Общеклиническое обследование. УЗИ гениталий.

Оперативное лечение. Ампутация/экстирпация матки с придатками, резекция сальника.

Задача № 6

Необходимо выполнить релапаротомию, резекцию большого сальника.

дальнейшая тактика зависит от результата гистологического исследования.

Задача № 7

Киста левого яичника.

Общеклиническое обследование. УЗИ гениталий.

Регуляция менструального цикла. Рассасывающая терапия.

При сохранении кисты – оперативное лечение.

Задача № 8

Киста правого яичника.

Общеклиническое обследование. УЗИ гениталий.

Оперативное лечение. Резекция яичника.

Задача № 9

Экстирпация матки с придатками, резекция большого сальника.

Задача № 10

Киста правого яичника.

Общеклиническое обследование. УЗИ гениталий.

Оперативное лечение. Резекция яичника.

Тема 30 Фоновые, предраковые заболевания и рак шейки матки.

Задача № 1

У больной, 27 лет, после диатермокоагуляции по поводу железисто-мышечной гиперплазии обнаружено вновь изменение поверхностного покрова влагалищной порции шейки матки.

План ведения. Цель. Обоснуйте.

Задача № 2

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

Возможный диагноз. Дополнительное обследование.

Задача № 3

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

Диагноз. Тактика врача.

Задача № 4

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

Какая стадия рака соответствует данной клинике? Тактика врача.

Задача № 5

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

Предполагаемый диагноз? Тактика врача.

Задача № 6

Больной 27 лет в течение 3 недель проводилась консервативная терапия при наличии дисплазии шейки матки, без эффекта.

План ведения?

Задача № 7

У больной 45 лет обнаружена гипертрофия шейки матки со старыми разрывами и изменением покрова влагалищной порции шейки матки: поверхность гиперемирована, кровоточит.

План ведения?

Задача № 8

У больной 40 лет при осмотре шейки матки зеркалами на передней её губе выявлен белесоватый участок 1x1 см. Данные двуручного исследования без особенностей.

Диагноз?

Задача № 9

К врачу женской консультации с профосмотра направлена женщина 54 лет, страдающая климактерическими кровотечениями с диагнозом: полип цервикального канала. При осмотре диагноз подтвержден, полип удален путем откручивания, направлен на гистологическое исследование.

Дальнейшие действия врача?

Эталон ответов

Задача № 1

Эрозия шейки матки.

Кольпоскопия. Взятие мазка на онкоцитологию. Биопсия шейки матки.

Тактика зависит от заключения обследования. Максимально консервативная.

Задача № 2

Рак шейки матки.

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

Тактика зависит от полученных результатов обследования.

Задача № 3

Рак шейки матки 4 ст.

Диагностическое выскабливание. Лучевая терапия.

Задача № 4

Рак шейки матки 4 ст.

Консультация онкогинеколога.

Сочетаннолучевая терапия. Нефростома.

Задача № 5

Эрозия шейки матки.

Кольпоскопия. Мазок на онкоцитологию. Выскабливание цервикального канала, биопсия шейки матки.

Задача № 6

Дисплазия шейки матки.

Электроэксцизия шейки матки с последующим динамическим наблюдением.

Обследование на ВПЧ инфекцию

Задача № 7

Эрозированный эктропион.

Выскабливание цервикального канала. Биопсия шейки матки.

Электроэксцизия шейки матки.

Задача № 8

Лейкоплакия шейки матки.

Кольпоскопия. Мазки на онкоцитологию Выскабливание цервикального канала. Биопсия шейки матки.

Электроэксцизия шейки матки.

Задача № 9

К врачу женской консультации с профосмотра направлена женщина 54 лет, страдающая климактерическими кровотечениями с диагнозом: полип цервикального канала. При осмотре диагноз подтвержден, полип удален путем откручивания, направлен на гистологическое исследование.

Дальнейшие действия врача?

Тема 31 Фоновые, предраковые заболевания и рак эндометрия.

Задача № 1

Больная, 45 лет, поступила с дисфункциональным маточным кровотечением. При диагностическом выскабливании в эндометрии обнаружен аденоматозный полип.

Укажите тактику врача.

Задача № 2

52-летняя женщина обеспокоена тем, что в прошлом месяце у неё в течение 4 дней были кровянистые выделения из влагалища. Последняя менструация была 2 года назад. При биопсии эндометрия была выявлена аденоматозная гиперплазия.

Что из нижеуказанного могло бы объяснить клиническую картину?

Задача № 3

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

Тактика врача.

Задача № 4

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

Тактика врача

Задача № 5

Больной 46 лет, за последние годы трижды произвели выскабливание слизистой матки по поводу ациклических кровотечений. Гистологически-железисто-кистозная ги-

перплазия эндометрия, медикаментозное лечение не проводила. Последнее выскабливание 7 месяцев назад. В момент осмотра небольшие кровяные выделения.

Обоснуйте диагноз и план лечения.

Задача № 6

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

Обоснуйте предварительный диагноз и Ваши действия.

Задача № 7

Больная 45 лет, поступила с дисфункциональным маточным кровотечением. При диагностическом выскабливании обнаружен рак эндометрия.

План ведения, обоснуйте.

Эталон ответов

Задача № 1

Атипическая гиперплазия эндометрия.

Пересмотр стекл и консультация у онколога.

17-ОПК на 6 месяцев с контрольным выскабливанием через 2 месяца лечения.

Задача № 2

Атипическая гиперплазия эндометрия.

Пересмотр стекл и консультация у онколога.

17-ОПК на 6 месяцев с контрольным выскабливанием через 2 месяца лечения.

Задача № 3

Рак эндометрия.

Общеклиническое обследование. Исследование соседних с маткой органов.

Консультация онкогинеколога с персмотром стекл.

Экстирпация матки с придатками.

Задача № 4

НОЭС Нарушение менструального цикла. Нельзя исключить рак эндометрия.

Диагностическое выскабливание.

Гормонотерапия при гиперплазии эндометрия. При атипической гиперплазии и раке эндометрия – консультация онколога.

Задача № 5

Рецидивирующий гиперпластический процесс эндометрия.

Повторное диагностическое выскабливание. Установка МИРЕНЫ.

Назначение гестагенов во вторую фазу цикла.

Задача № 6

Хорионэпителиома.

Исследование соскоба из полости матки. Рентген легких. Консультация онколога.

Лечение метатрексомом.

Задача № 7

Рак эндометрия.

Общеклиническое обследование. Исследование соседних с маткой органов.

Консультация онкогинеколога с персмотром стекл.

Экстирпация матки с придатками.

Тема 32

Задача 1

Больная 15 лет, доставлена в стационар машиной скорой помощи с диагнозом: Подострый двухсторонний

сальпингоофорит. Жалобы на боли в левой подвздошной области, с иррадиацией в прямую кишку. Боли возникли резко, в левой подвздошной области, затем над лоном.

Тошноты, рвоты не было. Последняя нормальная менструация - 2 недели назад. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа и слизистые нормальной окраски, АД 110/70 мм. рт. ст. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области. Перитонеальных симптомов исследования матка неувеличена, плотная, безболезненная.

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

Диагноз? Дифференциальный диагноз? План ведения?

Задача 2

Больная 36 лет. В анамнезе 4 аборта без осложнений, на момент поступления задержка менструации на 4 недели. Заболела остро: появились схваткообразные боли внизу живота, внезапно потеряла сознание. При осмотре: кожные покровы бледной окраски, вялая, пульс 120 уд/мин., АД 80/40 мм. рт. ст. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины положительные в гипогастриальной

области. Притупление перкуторного звука в отлогих местах. При двуручном влагалищно-абдоминальном

исследовании смещения шейки матки резко болезненны, четко пропальпировать тело матки и придатки не удается из-за напряжения мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность заднего свода, выделений из половых путей нет. Диагноз? План ведения?

Задача 3

Больная 26 лет. Задержка менструации на 3 недели. Без проведения дополнительных методов обследования

был произведен аборт по желанию пациентки. После выскабливания кровяные выделения из половых путей продолжались. При гистологическом исследовании в соскобе обнаружена децидуальная реакция без ворсин хориона. Предполагаемый диагноз? План дальнейшего обследования?

Задача 4

Больная 33 лет предъявляет жалобы на схваткообразные головокружение, задержку менструации на 2 недели. Вчера внезапно появились острые боли внизу живота, сопровождающиеся кратковременной потерей сознания. При осмотре найдено: кожные покровы бледные, пульс 120 уд/мин., АД 80/50 мм. рт. ст., живот болезненный в нижних отделах, отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При гинекологическом исследовании матку и придатки четко определить невозможно из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки, задний свод сглажен, выделения кровяные, скудные, темного цвета.

Диагноз? Тактика? Дополнительные методы исследования?

Задача 5

Больная, 26 лет, доставлена в стационар машиной «скорой помощи» с диагнозом: Острый живот. Жалобы на резкие боли в нижних отделах живота, общую слабость, головокружение. Из анамнеза: 6 месяцев назад диагностирована киста левого яичника. В течение 2-х месяцев принимала оральные контрацептивы.

Последняя менструация была 2 недели назад. Кожные покровы и слизистые бледные, температура 37,0°C,

АД 70/40 мм. рт. ст. НЬ 78 г/л, L 11x 109 /л, пульс 130 уд/мин., ритмичный, слабого наполнения. Язык

суховат. Живот напряжен, резко болезненный при пальпации в нижних отделах. Там же положительные симптомы раздражения брюшины. Выделений из половых путей нет. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании: матка не увеличена, плотная, болезненная при пальпации, легко смещаемая.

Состояние придатков с обеих сторон определить не представляется возможным ввиду резкой болезненности

при исследовании. Своды влагалища нависают, пальпация их резко болезненная.

Диагноз? Дифференциальный диагноз? Тактика ведения?

Задача 6.

Больная, 21 года, доставлена в стационар машиной «скорой помощи» с диагнозом:

Обострение

хронического сальпингоофорита, пельвиоперитонит. Из анамнеза: страдает воспалением придатков с 17 лет. Контрацепция: постинор. Заболела остро, после занятий в тренажерном зале, когда появились боли в левой подвздошной области, которые постепенно усилились с иррадиацией в прямую кишку. Отмечала тошноту, однократную рвоту. Сознание не теряла. Последняя нормальная менструация 2 недели назад. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые обычной окраски. Температура 37,0°C. АД 100/70 мм. рт. ст., НБ 110 г/л, L 9x10⁹, пульс 90 уд/мин., ритмичный. Язык влажный. Живот при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах, больше слева. Симптомы раздражения брюшины слабо положительные в нижних отделах живота. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании: матка не увеличена, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон тяжистые, справа чувствительные, слева – болезненные при исследовании. Своды влагалища глубокие. Диагноз? Дифференциальный диагноз? Тактика ведения?

Задача 7

Больная 25 лет, менструальная функция не нарушена. Готовилась на лапароскопическую операцию по поводу кисты правого яичника, диагностированной 5 месяцев назад при УЗИ. Доставлена «скорой помощью» с жалобами на резкие боли внизу живота, больше справа, которые возникли внезапно при подъеме с постели. Температура нормальная, L - 6,2x10⁹. при двуручном исследовании - влагалище, шейка матки без особенностей, справа в области придатков определяется округлое образование, тугоэластической консистенции, резко болезненное при исследовании, ограниченно подвижное, размерами до 8 см в диаметре, своды свободны, выделения слизистые. Диагноз? Недостатки осмотра? Тактика ведения?

Задача 8

Больная 28 лет обратилась с жалобами на боли внизу живота больше слева, ноющего характера. Из анамнеза: 2 месяца назад - медицинский аборт в сроке 9-10 недель, осложнился эндометритом. В течение месяца беспокоят боли внизу живота ноющего характера. При двуручном исследовании: тело матки и правые придатки не изменены. В области левых придатков определяется образование округлой формы, мягкоэластичной консистенции до 5-6 см в диаметре, болезненное при пальпации. Данные УЗИ исследования: в области левого яичника - однокамерное образование, с плотной капсулой со взвесью, до 5 см в диаметре. Диагноз? План ведения?

Эталон ответов

Задача 1

Диагноз: Апоплексия левого яичника.

План ведения: УЗИ - при обнаружении жидкости в дугласовом пространстве меньше 100 мл и отсутствии

образования, исходящего из левого яичника, ведение консервативное (лед на живот, спазмолитики),

контрольное УЗИ. При обнаружении при УЗИ больше 100 мл жидкости - лапароскопия

Задача 2

Диагноз: Нарушенная внематочная беременность. Внутрибрюшное кровотечение. Геморрагический шок Тактика: Экстренное оперативное лечение (лапаротомия), инфузионная, противошоковая терапия.

Задача 3

Диагноз: Внематочная беременность. Тактика:

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

Задача 4

Диагноз: Хронический двухсторонний сальпингоофорит, спаечный пельвиоперитонит. Нарушенная внематочная беременность.

Тактика:

- 1)Тест на ХГ
- 2)УЗИ малого таза
- 3)Клинический анализ крови, группа крови, Rh фактор
- 4)оперативная лапароскопия

Задача 5

Диагноз: Нарушенная внематочная беременность (Трубный аборт?) Внутрибрюшное кровотечение.

Геморрагический шок

Тактика: Экстренное оперативное лечение - нижнесрединная лапаротомия, тубэктомия.

Исследования: а)

клинический анализ крови, б) коагулограмма, в) ЭКГ, г) группа крови, Rh фактор

Задача 6

Диагноз:

Апоплексия левого яичника. Внутрибрюшное кровотечение. Геморрагический

Дифференциальный диагноз: Внематочная беременность?

Тактика: Экстренное оперативное лечение, инфузионная терапия, контроль гемоглобина, гематокрита, числа эритроцитов.

Задача 7

Диагноз: Апоплексия левого яичника.

Тактика ведения: Общеклиническое обследование, УЗИ малого таза, при необходимости - пункция брюшной

полости через задний свод влагалища, диагностическая и оперативная лапароскопия.

Задача 8

Диагноз: Опухоль правого яичника. Перекрут ножки опухоли.

Недостатки - слишком длительное наблюдение в женской консультации (более 1 месяца), не определен

опухольный маркер СА-125.

Тактика - Оперативное лечение в экстренном порядке, аднексэктомия справа. Экспресс-диагностика, при подозрении на злокачественную опухоль - расширение объема операции

5. Организация СРС

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

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

- подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);

- основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);
 - заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).
- Организацию самостоятельной работы студентов обеспечивают: факультет, кафедра, учебный и методический отделы, преподаватель, библиотека, электронная информационно-образовательная среда ВУЗа и сам обучающийся.

**6.Самостоятельная работа студентов по дисциплине
«Акушерство и гинекология» (лечебный факультет)**

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
1	СРС (по видам учебных занятий) всего-192 часа	
1	Акушерство как наука. Организация работы акушерского стационара. Регуляция менструального цикла. Учение о половых гормонах.	Написание реферата, выполнение презентации
2	Беременность. Диагностика беременности и её сроков. Физиологические изменения в организме женщины при беременности. Методы исследования в акушерстве.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
3	Физиологические роды. Управление родовым актом. Периоды, течение и ведение родов.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
4	Послеродовой период. Период новорожденности.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
5	Аномалии родовой деятельности.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
6	Беременность и роды при тазовом предлежании. Диагностика. Тактика врача.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
7	Невынашивание и перенашивание беременности.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
8	Послеродовые инфекционные заболевания.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
9	Узкий таз в современном акушерстве.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
10	Родовой травматизм матери и плода.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
11	Иммунологическая несовместимость матери и плода.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
12	Кровотечения во II половине беременности.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
13	Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
14	Экстрагенитальные заболевания и беременность.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
15	Многоплодная беременность. Аномальные положения и вставления плода.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи

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

	го)-34 часа	
3	СРС (ИТОГО)-226 часов	

7. Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине «Акушерство и гинекология» (лечебный факультет)

Для оценки рефератов:

Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

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

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

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

Для оценки презентаций

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

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

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

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

Для оценки решения ситуационной задачи:

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

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

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

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

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ

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

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

Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя студент должен:

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

студент может:

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

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

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

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

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

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

Работа с книгой.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Правила самостоятельной работы с литературой.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Методические рекомендации по составлению конспекта:

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

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

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

Практические занятия.

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

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

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

Самопроверка.

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

В случае необходимости нужно еще раз внимательно разобраться в материале.

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

Консультации

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

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

Подготовка к экзаменам и зачетам.

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

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

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

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

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

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

Правила подготовки к зачетам и экзаменам:

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

Правила написания научных текстов (рефератов):

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

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

3. Самостоятельная работа студентов по дисциплине «Акушерство и гинекология» (лечебный факультет)

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
1	СРС (по видам учебных занятий) всего-192 часа	
1	Акушерство как наука. Организация работы акушерского стационара. Регуляция менструального цикла. Учение о половых гормонах.	Написание реферата, выполнение презентации
2	Беременность. Диагностика беременности и её сроков. Физиологические изменения в организме женщины при беременности. Методы исследования в акушерстве.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
3	Физиологические роды. Управление родовым актом. Периоды, течение и ведение родов.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
4	Послеродовой период. Период новорожденности.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
5	Аномалии родовой деятельности.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
6	Беременность и роды при тазовом предлежании. Диагностика. Тактика врача.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
7	Невынашивание и перенашивание беременности.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
8	Послеродовые инфекционные заболевания.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
9	Узкий таз в современном акушерстве.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
10	Родовой травматизм матери и плода.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
11	Иммунологическая несовместимость матери и плода.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
12	Кровотечения во II половине беременности.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи

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

		презентации, решение ситуационной задачи
33	Типичные гинекологические операции.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
34	Бесплодный брак. Алгоритм обследования супружеской пары. Планирование беременности. Контрацепция.	Написание реферата, выполнение презентации, решение ситуационной задачи
2	СРС по промежуточной аттестации (всего)-34 часа	подготовка к экзамену
3	СРС (ИТОГО)-226 часов	

4.Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине «Акушерство и гинекология» (лечебный факультет)

Критерии оценки самостоятельной работы студентов (СРС)

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

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