



Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе



/ С.А. Артюшкин /

2019 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

основной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры
по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология

Трудоемкость: 3 зе

Санкт-Петербург
2019 г.

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация по основной образовательной программе высшего образования - программе ординатуры по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология (далее - ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология (далее - Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология (далее - ФГОС ВО). ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляется государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):
- диплом об окончании ординатуры.

2. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительской власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК):

- профилактическая деятельность:
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среди его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
- диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- лечебная деятельность;
- готовность к ведению, родовспоможению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
- реабилитационная деятельность;
- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);
- психолого-педагогическая деятельность;
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- организационно-управленческая деятельность;
- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

3. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 зе), из которых 6 часов - государственный экзамен, 48 часов - консультации и 54 часа - самостоятельная работа.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в устной форме с использованием экзаменационных билетов.

Продолжительность подготовки обучающегося к ответу составляет не более 45 минут.

Продолжительность сдачи государственного экзамена обучающимся составляет не более 15 минут.

Уровень знаний обучающегося оценивается на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

- ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

- демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.
- имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

4. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Результаты ГИА объявляются в день ее проведения.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

5. Фонд оценочных средств для проведения государственного экзамена

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	Номера вопросов
1	2	3	4
1.	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1-7; 75; 78
2.	УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	1-11; 75-79
3.	УК-3	Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном	6-9; 119-121

		федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	
4.	ПК-1	готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	5,9-12; 71-73; 75-78; 81; 119-122
5.	ПК-2	готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	2-9; 29-30; 71-72; 75-88; 100-107
6.	ПК-3	готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	9; 10; 11; 73; 81
7.	ПК-4	готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	1-5; 8; 71-79; 120-122
8.	ПК-5	готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	16-42; 45-70; 80; 82-91; 93-107; 110-118
9.	ПК-6	готовностью к ведению, родовспоможению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи	12-70; 80-118
10.	ПК-7	готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	73; 74
11.	ПК-8	готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	71; 72; 122
12.	ПК-9	готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	5-7; 9-11; 75-87; 119-121
13.	ПК-10	готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1; 2; 3; 4
14.	ПК-11	готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных	3; 4; 8; 79

		медицинско-статистических показателей	
15.	ПК-12	готовностью к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	11; 73; 74

5. Программа государственного экзамена

5.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену.

Подготовка к ГИА должна осуществляться в соответствии с программой государственного экзамена по вопросам, выносимым на ГИА.

В процессе подготовки к экзамену следует опираться на рекомендованную учебную и научную литературу, последние федеральные клинические рекомендации.

Для систематизации знаний необходимо посещение ординаторами консультаций по вопросам, включенным в программу государственного экзамена, которые проводятся выпускающей кафедрой по расписанию, накануне государственных экзаменов.

Содержимое ответов ординатора на государственном экзамене должно соответствовать требованиям ФГОС высшего образования по специальности 31.08.01 "Акушерство и гинекология". Ординатор должен продемонстрировать уровень сформированности универсальных и профессиональных компетенций для самостоятельного решения профессиональных задач различной степени сложности.

В процессе подготовки рекомендуется составить расширенный план ответа на каждый вопрос. Материал по раскрываемому вопросу необходимо излагать структурировано и логически. По своей форме ответ должен быть уверенным и четким. Необходимо следить за культурой речи, и не допускать ошибок в произношении терминов.

5.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен

Акушерство

1. Основные показатели службы родовспоможения.
2. Мероприятия, направленные на снижение материнской и перинатальной смертности.
3. Организация работы женской консультации.
4. Организация работы родильного дома.
5. Социально-экономические предикторы невынашивания беременности.
6. Особенности консультирования по ведению беременности.
7. Особенности консультирования по послеродовой реабилитации.
8. Законодательные акты, регулирующие ведение беременности, родов и послеродового периода.
9. Особенности предгравидарной подготовки, ведения беременности, родов и послеродового периода у пациенток с ВИЧ-инфекцией.
10. Значение TORCH-инфекций для акушерских и перинатальных исходов.
11. Значение острых инфекционных заболеваний для акушерских и перинатальных исходов.
12. Диагностика ранних и поздних сроков беременности. Определение срока дородового отпуска и родов.

13. Строение женского таза: кости, костные ориентиры, наружные размеры таза, ромб Михаэлиса, индекс Соловьева.
14. Строение женского таза: плоскости таза, проводная ось таза, вычисление истинной коньюгаты.
15. Положение плода, позиция, вид, предлежание, членорасположение. Наружное акушерское исследование.
16. Классификация преэклампсии. Методы оценки тяжести преэклампсии.
17. Тяжелая преэклампсия. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
18. Преэклампсия. Клиника. Диагностика. Лечение.
19. Эклампсия. Профилактика. Неотложная помощь. Возможные осложнения.
20. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Этиология. Диагностика. Лечение. Профилактика.
21. Переношенная беременность. Диагностика. Особенности течения и ведения переношенной беременности и запоздалых родов.
22. Предлежание плаценты. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
23. Многоплодная беременность. Диагностика. Тактика ведения родов.
24. Преждевременные роды. Причины. Особенности клинического течения и тактика ведения родов. Признаки недоношенного плода.
25. Истмико-цервикальная недостаточность. Диагностика. Методы коррекции.
26. Искусственное прерывание беременности в ранние сроки. Методы прерывания. Противопоказания. Осложнения.
27. Течение беременности и родов при пороках сердца.
28. Анемия беременных. Классификация. Особенности течения и ведения беременности и родов.
29. Заболевания почек (пиелонефриты) и беременность. Тактика ведения беременности и родов.
30. Сахарный диабет и беременность. Течение беременности и родов.
31. Беременность и заболевания печени (острая желтая атрофия печени, внутрипеченочный холестаз, HELLP-синдром) Клиника. Диагностика. Лечение.
32. Роды. Периоды родов. Особенности течения первого периода родов у перво- и повторнородящих женщин.
33. Клиническое ведение первого периода родов. Обезболивание родов.
34. Клиническое ведение второго периода родов. Шкала Апгар.
35. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.
36. Разгибательные вставления головки плода. Особенности клинического течения родов при разгибательных вставлениях.
37. Биомеханизм родов при тазовом предлежании плода.
38. Особенности течения родов при тазовых предлежаниях. Осложнения для матери и плода.
39. Виды тазовых предлежаний. Ведение родов при ножном предлежании плода.
40. Виды тазовых предлежаний. Ведение родов при чисто ягодичном предлежании плода по методу Цовьянова Н.А.
41. Кровотечения в последовом периоде. Причины. Клиника. Акушерская тактика.
42. Гипотонические и атонические кровотечения в раннем послеродовом периоде. Причины. Диагностика. Профилактика . Лечение.
43. Ранний послеродовый период. Клиническое течение и принципы ведения.
44. III период родов: клиническое течение и ведение третьего периода. Признаки отделения плаценты. Методы выделения последа.
45. Аномалии сократительной деятельности матки. Причины. Классификация. Методы диагностики.
46. Слабость родовой деятельности. Клиника. Диагностика. Лечение.
47. Чрезмерно сильная родовая деятельность (быстрые и стремительные роды). Клиника. Диагностика. Лечение.

48. Дискоординированная родовая деятельность. Клиника. Диагностка. Лечение.
49. Классификация узких тазов по форме и степени сужения. Особенности течения родов при узких тазах .
50. Понятия “анатомически ” и “клинически” узкий таз. Ведение родов при различных степенях сужения таза. Исходы родов для матери и плода.
51. Показания и противопоказания к операции кесарева сечения. Возможные осложнения.
52. Основные этапы операции кесарева сечения. Возможные осложнения. Виды анестезии.
53. Акушерские щипцы. Показания и условия их применению.
54. Акушерский травматизм - разрыв матки при беременности и в родах. Классификация. Клиника. Тактика.
55. Акушерский травматизм - разрывы мягких родовых путей. Классификация. Тактика. Мероприятия по снижению акушерского травматизма.
56. Неправильные положения плода (поперечное, косое). Диагностика. Ведение беременности.
57. Эмболия околоплодными водами. Причины. Клиника. Неотложная помощь.
58. Геморрагический шок в акушерской практике. Причины. Стадии. Диагностика. Лечение.
59. Гнойно-септические заболевания в послеродовом периоде. Послеродовый метроэндометрит. Клиника. Диагностика. Принципы терапии.
60. Акушерский перитонит. Клиника. Диагностика. Основные принципы лечения.
61. Септический шок. Причины. Диагностика. Методы лечения.
62. Лактационный мастит. Классификация. Клиника. Диагностка. Профилактика. Лечение.
63. Современные методы диагностики состояния плода. Биофизический профиль плода.
64. Признаки доношенного и недоношенного плода. Особенности переношенного плода.
65. Синдром задержки развития плода. Классификация. Диагностика. Лечение.
66. Транзиторные состояния новорожденных.
67. Гипоксия плода. Причины. Классификация. Диагностика. Профилактика. Лечение.
68. Асфиксия новорожденных. Реанимация и неотложная помощь новорожденным, родившимся в состоянии асфиксии.
69. Родовой травматизм новорожденных. Причины. Диагностика. Лечение. Профилактика.
70. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного. Причины. Клиника. Диагностика. Профилактика.
71. Показания для проведения санаторно-курортного лечения у беременных.
72. Противопоказания для проведения санаторно-курортного лечения у беременных.
73. Противоэпидемические мероприятия в акушерской практике при объявлении чрезвычайного положения.
74. Особенности акушерских осложнений при ДТП и других техногенных катастрофах.

Гинекология

75. Социально-экономические предикторы бесплодия и репродуктивных потерь.
76. Социально-экономические и медицинские предикторы заболеваний, передающихся половым путем.
77. Социально-экономические и конфессиональные особенности планирования беременности.
78. Особенности реализации репродуктивной функции в различные возрастные периоды жизни женщины.
79. Законодательные акты, регулирующие вопросы восстановления fertильности.
80. Бартолинит. Клиника. Диагностика. Лечение.
81. Социальные и медицинские меры профилактики инфекций, передающихся половым путем.
82. Сальпингоофорит. Виды. Клиника. Диагностика. Лечение.

83. Пельвиоперитонит и перитонит при ВЗОМТ. Клиника. Диагностика. Лечение.
84. Трихомониаз. Клиника. Диагностика. Лечение.
85. Гонорея. Клиника. Диагностика. Лечение.
86. Хламидиоз. Клиника. Диагностика. Лечение.
87. Генитальный герпес. Клиника. Диагностика. Лечение.
88. Эктопическая беременность. Причины возникновения. Виды. Диагностика.
89. Эктопическая беременность, прервавшейся по типу трубного аборта: клиника, диагностика, тактика.
90. Эктопическая беременность, прервавшейся по типу разрыва трубы: клиника, диагностика, тактика.
91. Апплексия яичника. Клиника. Диагностика. Тактика.
92. Регуляция менструального цикла.
93. Яичниковая и маточная форма аменореи. Диагностика. Лечение.
94. Предменструальный синдром. Клиника. Лечение.
95. Бесплодный брак. Причины женского бесплодия. Диагностика.
96. Аномальные маточные кровотечения в перименопаузальном периоде. Диагностика. Лечение.
97. Кровотечения в постменопаузе. Причины. Методы диагностики. Тактика.
98. Эндометриоз женских половых органов. Классификация. Методы диагностики. Влияние на менструальный цикл и на репродукцию.
99. Аденомиоз. Клиника. Диагностика. Лечение.
100. Миома матки. Классификация. Методы диагностики.
101. Миома матки. Показания к хирургическому лечению, варианты лечения.
102. Рак тела матки. Патогенетические варианты. Диагностика. Лечение.
103. Рак тела матки. Классификация по стадиям. Клиника. Диагностика. Тактика.
104. Гиперпластические процессы эндометрия. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
105. Рак шейки матки - Ca *in situ*: диагностика, лечение, прогноз.
106. Рак шейки матки. Методы диагностики и принципы лечения в зависимости от стадии процесса.
107. Рак шейки матки. Значение профилактических осмотров.
108. Основные этапы операции надвлагалищной ампутации матки без придатков.
109. Основные этапы операции экстирпации матки с придатками.
110. Доброкачественные опухоли яичников. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
111. Рак яичников. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение в зависимости от стадии процесса.
112. Злокачественные опухоли яичников. Принципы химиотерапии. Основные этапы операции удаления кистомы яичников.
113. Эпителиальные опухоли яичников. Клиника. Диагностика. Лечение.
114. Перекрут ножки опухоли яичника. Клиника. Диагностика. Лечение. "Анатомическая" и "хирургическая" ножка опухоли яичника.
115. Трофобластическая болезнь. Классификация. Диагностика. Тактика.
116. Пузырный занос. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
117. Хорионкарцинома матки. Клиника. Диагностика. Лечение.
118. Опущение и выпадение половых органов женщины. Причины, лечение, профилактика.
119. Особенности консультирования по вопросам контрацепции.
120. Планирование семьи. Современные методы контрацепции (естественные, гормональные). Критерии выбора методов контрацепции. Противопоказания.
121. Планирование семьи. Современные методы контрацепции (внутриматочные, барьерные, хирургические). Критерии выбора методов контрацепции. Противопоказания.
122. Показания для проведения санаторно-курортного лечения у гинекологических больных.

5.3. Ситуационные задачи, выносимые на государственный экзамен

Акушерство.

Клиническая ситуационная задача №1

В дородовое отделение акушерской клиники поступила повторнобеременная первородящая 35 лет со сроком беременности 35/36 недели. За время беременности прибавка массы тела 13 кг, АД до 140/90 мм. рт. ст. (со срока 8/9 недель беременности, впервые повышение цифр АД выявлено при постановке на учет по беременности). Гипотензивную терапию не получала.

Из анамнеза: данная беременность - вторая: 1-ая (2 года назад) закончилась самопротивольным абортом на сроке 7/8 недель, производили выскабливание полости матки, б/осложнений.

Курит с 21 года. В течение последних 5 лет - по 15-18 сигарет в день. Во время беременности сократила число выкуриемых сигарет до 5-7 в день.

По данным УЗИ (в день поступления): Плод по размерам соответствует сроку 32 недели 1 день. Предполагаемый вес плода 1200г. При допплерометрии - определяется повышение резистентности в обеих маточных артериях. Кровоток в сосудах пуповины - в норме.

По данным КТГ состояние плода компенсировано.

При влагалищном исследовании - влагалище нерожавшей, шейка матки плотная, длиной 2,5 см, наружный зев пропускает кончик пальца. Через своды определяется предлежащая часть - головка плода, высоко над входом в малый таз. Экзостозов, костных деформаций нет. Мыс не достигим.

- 1. Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
- 2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
- 3. Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
- 4. Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №2

В приемный покой родильного дома поступает по направлению женской консультации первородящая первобеременная 27 лет с жалобами на снижение частоты шевелений плода в течение 3 дней. На момент поступления срок беременности 34 недели 1 день.

Из анамнеза: Варикозная болезнь нижних конечностей. Тромбофлебит поверхностной вены голени справа 8 лет назад.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски. Пульс 78 уд/мин. ритмичный. АД 110/70 мм рт.ст. (D=S). Матка в нормальном тонусе, при пальпации безболезненна. Положение плода продольное, предлежит головка плода, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода несколько приглушено, ритмичное, до 140 уд/мин.

В день поступления в РД проведено УЗ-исследование: Плод в головном предлежании. С/б плода ритмичное. Головка плода по размеру соответствует 34 неделям беременности, окружность живота соответствует 31/32 неделям беременности. Амниотический индекс 12,0. Плацента по передней стенке, соответствует сроку гестации; нижний край плаценты - на 5 см выше внутреннего зева.

По данным влагалищного исследования - влагалище нерожавшей, шейка матки плотная, длиной 2,5 см, наружный зев закрыт. Через своды влагалища определяется предлежащая часть - головка плода, высоко над входом в малый таз. Экзостозов, костных деформаций нет. Мыс не достижим.

1. **Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
2. **Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
3. **Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
4. **Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №3

Повторнобеременная первородящая 36 лет поступила в родильное отделение с жалобами на регулярные схватки в течение 2 часов. Срок беременности 38/39 недель.

При поступлении: схватки через 5 мин, по 20 сек., регулярные, умеренные по силе. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 уд/мин.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 3 см, края средней толщины, умеренно податливые. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок слева сзади. Мыс не достижим. Деформации костей таза нет.

Из анамнеза: 1 медицинский аборт на сроке 8 недель, без осложнений.

Через 4 часа от момента поступления: схватки через 5-6 мин, по 15-20 сек., слабые. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 уд/мин.

Влагалищное исследование: раскрытие маточного зева 4 см, края средней толщины, умеренно податливые. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок слева сзади. Мыс не достижим. Деформации костей таза нет.

1. **Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
2. **Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
3. **Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
4. **Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №4

В приемный покой родильного дома поступила повторнобеременная 32 лет. Срок гестации - 38 недель. Жалобы на регулярные схватки, начавшиеся 2 часа назад.

Из анамнеза известно: 1 роды - срочные, без осложнений, 3200/49, 2-е роды - экстренное кесарево сечение в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, 3500/51. Ребенок жив. Беременная состоит на учете в женской консультации с 7/8 недель беременности. Беременность протекала без особенностей. За время беременности не госпитализировалась. Болела ОРВИ в сроке 11/12 недель с подъемом температуры до 37,5 градусов, лекарственные препараты не применяла.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Пульс 78 уд/мин., ритмичный, АД 110/70 мм. рт. ст. Размеры таза 25-28-30-20 см. Схватки через 5-6 мин., по 20-25 сек., сред-

ней силы. Полуокружность матка - 28 см, высота стояния дна матки - 39 см. Положение плода продольное. В дне матки определяется крупная, плотная, баллотирующая часть. Сердцебиение плода 144 уд/мин., ритмичное, выслушивается выше пупка.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 6 см, края тонкие, податливые. Плодный пузырь цел, плоский. Предлежит тазовый конец плода, прижат ко входу в малый таз, lin. intertrochanterica в левом косом размере, крестец справа спереди. Экзостозов, костных деформаций нет. Мыс не достичим.

1. **Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
2. **Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
3. **Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
4. **Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №5

Повторнобеременная первородящая 34 лет с доношенным сроком беременности поступила в РД через 5 часов от начала регулярной родовой деятельности. Околоплодные воды не изливались. В женской консультации наблюдается с 13/14 недель беременности. Беременность протекала без осложнений.

Из анамнеза - два искусственных аборта на сроке 7 и 9 недель беременности, без осложнений. Соматические заболевания - миопия средней степени.

При объективном осмотре: АД 120/75 мм рт. ст. на обеих руках. Полуокружность матки 26 см, высота стояния дна матки 38 см. Размеры таза: 25-28-32-20 см. Ромб Михаэлиса правильной формы.

Схватки через 4-5 минут, средней интенсивности, по 20-25 секунд. Положение плода продольное, предлежит головка плода - прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода выслушивается справа ниже пупка 142 удара/мин, ясное, ритмичное. Патологических выделений из половых путей нет.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, узкое. Шейка матки сглажена, открытие маточного зева 2 см. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода - прижата к входу в малый таз. Экзостозов и костных деформаций в малом тазу нет.

1. **Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
2. **Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
3. **Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
4. **Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №6

Повторнородящая 29 лет с доношенным сроком беременности поступила в РД через 5 часов от начала регулярной родовой деятельности. Околоплодные воды излились 6 часов назад, светлые, в умеренном количестве. В женской консультации наблюдается с 8/9 недель беременности. Беременность протекала без осложнений.

Из анамнеза - два искусственных аборта на сроке 7 и 9 недель беременности, без осложнений, одни срочные роды 3 года назад. Соматические заболевания отрицают

При объективном осмотре: АД 130/75 мм рт. ст. на обеих руках. Полуокружность матки 25 см, высота стояния дна матки 37 см. Размеры таза: 25-28-31-20 см. Индекс Соловьева 15 см. Ромб Михаэлиса правильной формы.

Схватки через 3-4 минуты, интенсивные, по 30-35 секунд. Положение плода продольное, предлежит головка плода - прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода выслушивается справа ниже пупка 136 ударов/мин, ясное, ритмичное. Патологических выделений из половых путей нет.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, емкое. Шейка матки сглажена, открытие маточного зева 7 см. Плодный пузырь отсутствует. Предлежит головка плода - прижата к входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок определяется справа сзади. Мыс не достичим. Экзостозов и костных деформаций в малом тазу нет.

Роды развивались в умеренном темпе, и через 2,5 часа родился живой доношенный мальчик массой 3250 г и длиной 50 см, с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Через 20 минут после рождения плода признаков отделения плаценты нет, кровотечения нет.

- 1. Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
- 2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
- 3. Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
- 4. Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №7

Повторнобеременная первородящая 26 лет с доношенным сроком беременности поступила в РД через 5 часов от начала регулярной родовой деятельности. Околоплодные воды не изливались. В женской консультации наблюдается с 8/9 недель беременности. Прибавка массы тела за беременность 13 кг. По УЗИ в 38 недель предполагаемая масса плода 3800.

Из анамнеза - один искусственный аборт на сроке 7 недель беременности и один самоизъвальный выкидыш на сроке 6 недель беременности, без осложнений.

При объективном осмотре: АД до 125/75 мм рт. ст. на обеих руках. Полуокружность матки 26 см, высота стояния дна матки 37 см. Размеры таза: 25-28-32-20 см. Индекс Соловьева 16 см. Ромб Михаэлиса правильной формы.

Схватки через 5-6 минут, средней интенсивности, по 30-35 секунд. Положение плода продольное, предлежит головка плода - прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода выслушивается слева ниже пупка 138 ударов/мин, ясное, ритмичное. Патологических выделений из половых путей нет.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, узкое. Шейка матки сглажена, открытие маточного зева 5 см. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода - прижата к входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок определяется слева спереди. Мыс не достичим. Экзостозов и костных деформаций в малом тазу нет.

Через 30 мин после поступления в родильное отделение спонтанно излились светлые околоплодные воды в умеренном количестве. Данные влагалищного исследования - прежние. Схватки через 4-5 минут, средней интенсивности, по 30-35 секунд. Положение плода продольное, предлежит головка плода - прижата к входу в малый таз. По КТГ состояние плода компенсировано, сердцебиение плода 140 ударов/мин.

Через 12 часов от начала регулярной родовой деятельности выполнено влагалищное исследование - открытие маточного зева 10 см. Головка фиксирована малым сегментом во входе в малый таз. Схватки через 2-3 минуты, слабой интенсивности, по 35-40 секунд.

1. **Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
2. **Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
3. **Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
4. **Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №8

Первобеременная 21 года с доношенным сроком беременности поступила в РД через 8 часов от начала регулярной родовой деятельности. Околоплодные воды не изливались. В женской консультации наблюдается с 10 недель беременности. Прибавка массы тела за беременность 15 кг. По УЗИ в 38 недель предполагаемая масса плода 3900.

При объективном осмотре: АД 120/75 мм рт. ст. на обеих руках. Полуокружность матки 25 см, высота стояния дна матки 38 см. Размеры таза: 25-28-32-21 см. Индекс Соловьева 15,5 см. Ромб Михаэлиса правильной формы.

Схватки через 5-6 минут, средней интенсивности, по 30-35 секунд. Положение плода продольное, предлежит головка плода - прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода выслушивается слева ниже пупка 140 ударов/мин, ясное, ритмичное. Патологических выделений из половых путей нет.

При влагалищном исследовании - влагалище нерожавшей, узкое. Шейка матки сглажена, открытие маточного зева 7 см. Плодный пузырь цел - вскрыт браншем пулевых щипцов. Излилось скучное количество светлых околоплодных вод. Предлежит головка плода - прижата к входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок определяется справа сзади. Мыс не достичим. Экзостозов и костных деформаций в малом тазу нет.

По КТГ состояние плода компенсировано, сердцебиение плода 140 ударов/мин.

Через 5 часов после поступления в родильное отделение для оценки акушерской ситуации выполнено влагалищное исследование - открытие маточного зева 10 см. Головка фиксирована малым сегментом во входе в малый таз. Схватки через 2-3 минуты, не выраженные по интенсивности, по 35-40 секунд.

1. **Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
2. **Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
3. **Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
4. **Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №9

Повторнобеременная первородящая 32 лет со сроком беременности 41 неделя и 4 дня поступила в РД через 8 часов от начала регулярной родовой деятельности. Околоплодные во-

ды не изливались. В женской консультации наблюдается с 12 недель беременности, посещала женскую консультацию нерегулярно. Прибавка массы тела неравномерная - 10 кг.

Из анамнеза - один искусственный аборт на сроке 10 недель беременности, без осложнений, два самопроизвольных выкидыша на сроке 6/7 недель беременности, без осложнений. Соматические заболевания - Хронический пиелонефрит, вне обострения, Хронический гастрит, фаза ремиссии, Миопия слабой степени.

При объективном осмотре: АД 125/75 мм рт. ст. на обеих руках. Полуокружность матки 26 см, высота стояния дна матки 38 см. Размеры таза: 25-29-31-21 см. Индекс Соловьева 14,5 см. Ромб Михаэлиса правильной формы.

Схватки через 3-4 минуты, интенсивные, по 35-40 секунд. Положение плода продольное, предлежит головка плода - прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода выслушивается справа ниже пупка 136 ударов/мин, ясное, ритмичное. Патологических выделений из половых путей нет.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, узкое. Шейка матки сглажена, открытие маточного зева 8 см. Во время осмотра спонтанно излились околоплодные воды в скучном количестве, слегка окрашенные меконием. Предлежит головка плода - прижата к входу в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере. Малый родничок определяется справа спереди. Мыс не достичим. Экзостозов и костных деформаций в малом тазу нет.

По КТГ состояние плода компенсировано, децелераций нет, сердцебиение плода 140 ударов/мин.

Роды протекали в умеренном темпе, и через 10 часов от начала регулярной родовой деятельности в II позиции переднего вида родился живой плод с признаками перенасыщения женского пола массой 3100 г и длиной 50 см, с оценкой по шкале Апгар 8/8 баллов, без признаков ВПР.

Через 20 минут после рождения плода самостоятельно отделилась плацента, выделился послед. При осмотре последа - плацентарная ткань с кальцификатами, дефектов нет, плодные оболочки все. Матка сократилась, плотная. Кровопотеря в III периоде родов - 150 мл.

1. **Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
2. **Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
3. **Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
4. **Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача № 10

В родильный дом обратилась повторнобеременная, с жалобами на появление мажущих кровянистых выделений из половых путей. Срок беременности 36/37 недель. На учете в ЖК с 10/11 недель. Женскую консультацию посещала редко (четыре явки за весь срок), от УЗИ отказывалась.

Из анамнеза: три аборта (прерывание беременности- abrasio cavae uteri), последний аборт год назад, осложнился метроэндометритом. Соматической патологии нет.

Объективно: Состояние удовлетворительное, АД 130/80 мм.рт.ст. Пульс 80 уд.в.мин. Матка возбудима при пальпации. Высота стояния дна матки-37 см, окружность живота -95 см. Положение плода продольное, предлежит головка плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 146 уд. в минуту. Размеры таза: 26-29-32-21 см. Индекс Соловьева - 14,5 см

При влагалищном исследовании: Шейка матки плотная, длиной 2,5 см, отклонена к крестцу, наружный зев закрыт. Через своды определяется тестоватая ткань. Предлежащая часть расположена высоко. Полость малого таза вся свободна, мыс не достичим.

1. Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.
2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.
3. Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?
4. Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?

Клиническая ситуационная задача №11

Первородящая 18 лет на сроке 39 нед поступила в РД с жалобами на регулярные схватки в течение 5 часов. Околоплодные воды излились 4 часа назад. На учете в ЖК с 6/7 недель. На сроках 7 недель и 14 недель - угроза прерывания, на сроке 30 нед - угрожающие преждевременные роды. Соматической патологии нет.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Пульс 78 уд/мин., ритмичный, АД 110/70 мм. рт. ст. Размеры таза 25-28-30-20 см. Схватки через 4-5 мин., по 25-30 сек., средней силы. Предполагаемый вес плода - 3400. Положение плода продольное. С/б плода 144 уд/мин., ясное, ритмичное.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 5 см, края тонкие, податливые. Плодный пузырь отсутствует. Подтекают светлые околоплодные воды. Предлежит головка плода, прижата к входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок определяется справа сзади. Экзостозов, костных деформаций нет. Мыс не достичим.

Роды продолжались в умеренном темпе, и через 5 часов родилась живая доношенная девочка, 3250/50, с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Последовый период без особенностей.

Через 45 мин после родов из полости матки одномоментно выделилось 300 мл крови. Объективно: Кожные покровы бледные АД 110/60 мм рт. ст., Ps 100 в мин, ритмичный, слабого наполнения. Матка при пальпации мягкая, дно на уровне пупка. Из половых путей умеренные кровянистые выделения.

1. Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.
2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.
3. Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?
4. Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?

Клиническая ситуационная задача № 12

Повторнородящая 38 лет, поступила в родильное отделение через 6,5 часов после начала регулярной родовой деятельности. Схватки слабые, через 7-8 мин по 25-30 сек, малоболезненные. Воды не изливались.

Из анамнеза: настоящая беременность II-я, I-я беременность закончилась срочными родами 3 года назад, которые закончились наложением выходных акушерских щипцов. Послеродовый период осложнился метроэндометритом.

Настоящая беременность осложнилась анемией (НЬ - 90 г/л).

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4 см, плодный пузырь цел. Края маточного зева средней толщины, умеренно податливые. Передних вод мало - произведена амниотомия браншем пулевых щипцов. Излоилось скучное количество светлых околоплодных вод. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигим.

В связи со слабостью родовой деятельности назначена родостимуляция окситоцином. Через 12 часов от начала родовой деятельности родилась живая доношенная девочка 3050/52, с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов. Через 30 мин после рождения ребенка родился послед - без дефектов плацентарной ткани. Оболочки все. Сразу после рождения последа началось умеренное кровотечение из половых путей. Состояние родильницы ухудшилось. Кожные покровы бледные. Пульс 90 уд/мин, ритмичный, слабого наполнения. АД - 80/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, матки при пальпации недостаточно плотная, дно матки на уровне пупка. Кровопотеря составила 400 мл. Кровотечение продолжается.

1. **Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
2. **Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
3. **Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
4. **Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача № 13

Повторнородящая 33 лет поступила в родильный дом в 1 периоде родов со схватками средней силы.

Из анамнеза: настоящая беременность III-я, две предыдущие закончились медицинским абортом.

При объективном осмотре: АД 110/75 мм рт. ст. на обеих руках. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 30 см. Размеры таза: 25-28-31-20 см. Индекс Соловьева 15 см. Ромб Михаэлиса правильной формы.

Схватки через 5-6 мин., по 20-25 сек., средней силы. Положение плода продольное. Сердцебиение плода 144 уд/мин., ритмичное, выслушивается выше пупка.

Per vaginum: шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 6 см, края тонкие, податливые. Плодный пузырь цел, плоский - вскрыт браншем пулевых щипцов. Излоилось скучное количество светлых околоплодных вод. Предлежит головка плода - прижата к входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок определяется справа сзади. Мыс не достигим. Экзостозов и костных деформаций в малом тазу нет. Подтекают светлые околоплодные воды.

Внезапно у роженицы появились локальные боли в животе, слабость, АД снизилось до 80/50 мм.рт.ст. Матка плотная, не расслабляется. По правому ребру резкая болезненность матки. Из влагалища появились умеренные кровянистые выделения. Сердцебиение плода глухое, 100 уд. в мин.

1. **Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
2. **Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
3. **Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
4. **Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача № 14

Повторнородящая 26 лет поступила в РД через 6 часов от начала регулярной родовой деятельностью. Околоплодные воды излились 3 часа назад, светлые. В женской консультации на учете не состоит. Определяются отеки нижних конечностей, пастозность кистей рук, лица.

Из анамнеза: настоящая беременность II-я, предыдущая закончилась выкидышем на раннем сроке беременности.

При объективном осмотре: АД 110/70 мм рт. ст. Окружность живота 95 см, высота стояния дна матки 37 см. Размеры таза: 25-28-31-20 см. Индекс Соловьева 15 см. Ромб Михаэлиса правильной формы.

Влагалищное исследование: Шейка матки сглажена, открытие маточного зева 8 см. Плодный пузырь отсутствует. Предлежит головка плода - прижата к входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок определяется справа сзади. Мыс не достижим. Экзостозов и костных деформаций в малом тазу нет. Подтекают светлые околоплодные воды.

Сердцебиение плода выслушивается справа ниже пупка, 120 ударов/мин, ясное, ритмичное.

Роды развивались в умеренном темпе, и через 2 часа родился доношенный ребенок с двухкратным тугим обвитием пуповины вокруг шеи плода. Отмечается при осмотре новорожденного резкая бледность кожных покровов, ослабленное дыхание, рефлексы снижены, сердцебиение 90 ударов в мин. Оценка по шкале Апгар 4/5 баллов.

- 1. Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
- 2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
- 3. Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
- 4. Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача № 15

В приемный покой родильного дома поступила повторнородящая 32 лет. Срок гестации - 39 недель. Жалобы на регулярные схватки, начавшиеся 4 часа назад, и излитие светлых околоплодных вод 2 часа назад.

Из анамнеза: Беременность III-я, 1 роды - без осложнений, 2-ая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем раннего срока (без осложнений). Беременная состоит на учете в женской консультации с 7/8 недель беременности. Беременность протекала без особенностей. За время беременности не госпитализировалась.

При объективном осмотре: АД до 140/75 мм рт. ст. на обеих руках. Окружность живота 110 см, высота стояния дна матки 30 см. Размеры таза: 25-28-32-20 см. Ромб Михаэлиса правильной формы. Положение плода продольное. Головка плода прижата ко входу в малый таз.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, емкое. Шейка матки сглажена, открытие маточного зева 7 см. Плодный пузырь отсутствует. Предлежит головка плода - прижата к входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок определяется справа сзади. Мыс не достижим. Экзостозов и костных деформаций в малом тазу нет. Подтекают светлые околоплодные воды.

По кардиотокографии: частота базального ритма - 90-95 уд/мин, поздние децелерации по 25-30 секунд. Общая оценка - 5 баллов.

- 1. Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**

- 2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
- 3. Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
- 4. Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача № 16

Повторнобеременная 30 лет с доношенным сроком беременности доставлена бригадой скорой помощи в родильный дом с жалобами на кровянистые выделения из половых путей в течение 20 минут.

Наблюдается в женской консультации с 10 недель беременности.

Из анамнеза - беременность вторая. Один искусственный аборт на сроке беременности 8-9 недель, осложненный послеродовым эндометритом. Данная беременность протекала с угрозой прерывания беременности на сроке 8 нед.

Со слов пациентки 2 часа назад начались регулярные схватки, а затем кровянистые выделения со сгустками (около 200 мл). Околоплодные воды излились 1 час назад.

Состояние удовлетворительное. АД 110/ 60 мм.рт.ст. Пульс 90 уд/мин, ритмичный. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, нормальной влажности. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Полуокружность матки 24 см, высота стояния дна матки 37 см. Размеры таза: 25-28-31-20 см. Индекс Соловьева 15 см. Ромб Михаэлиса правильной формы.

Схватки через 3-4 мин по 35-40 сек. Матка вне схватки расслабляется. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода до 180 уд/мин, ритмичное.

В условиях развернутой операционной произведено влагалищное исследование: шейка матки сглажена, края средней толщины, открытие маточного зева 2-3 см, плодного пузыря нет. По краю зева определяется губчатая ткань, во влагалище сгустки крови в количестве 200-250мл. Головка плода слегка прижата ко входу в малый таз.

- 1. Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
- 2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
- 3. Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
- 4. Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №17

Повторнобеременная 25 со сроком беременности 17-18 недель доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение родильного дома с жалобами на боли в правой подвздошной области, тошноту, повышение температуры тела до 37,5°C. Считает себя больной в течение 7 часов, когда отметила появление болей в эпигастральной области. Постепенно присоединилась тошнота, общая слабость, повышение температуры тела до 37,5°C. Рвоты не было. Стул был нормальный.

Из анамнеза: беременность вторая. Первая беременность закончилась искусственным абортом на сроке беременности 5-6 недель, без осложнений. На учете в женской консультации

ции не состоит. Соматические заболевания - отрицает. Контакт с инфекционными больными отрицает.

При объективном осмотре: АД 110/60 мм рт. ст. на обеих руках. Кожные покровы и видимые слизистые бледноватые. АД 110/70-115/70 мм.рт.ст. ЧСС - 86 уд/мин, удовлетворительного наполнения. Температура тела - 37,6С. Живот незначительно подвздут, умеренно болезненный при пальпации в нижних отделах, больше справа. Симптомы раздражения брюшины слабо положительные. В положении лежа на правом боку отмечается усиление болевого синдрома.

Влагалищное исследование: шейка матки отклонена кзади, длиной 3,0 см, плотная. Наружный зев закрыт. Матка увеличена до 18 недель беременности, безболезненная при пальпации. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

Клинический анализ крови: Hb 123 г/л; L - 14,2 10⁹/л. Общий анализ мочи - в норме.

- 1. Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
- 2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
- 3. Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
- 4. Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №18

Первобеременная 29 лет со сроком беременности 37 недель доставлена бригадой СМП в родильный дом из женской консультации с жалобами на слабость, тошноту, отеки нижних конечностей. С 34 недель появилась неравномерная прибавка массы, отеки голеней. На сроке беременности 36 недель впервые повысилось АД до 130/80 мм рт.ст. и отмечена протеинурия до 0,33 г/л. Сегодня, при очередной явке в ЖК зафиксировано повышение АД до 160/100 мм рт.ст.

Из анамнеза - беременность первая. Протекала с явлениями угрозы прерывания беременности в первом триместре. Соматические заболевания отрицает.

При объективном осмотре: АД 155/95 мм рт. ст. (D=S). Высота стояния дна матки 35 см. Размеры таза: 25-28-31-20 см. Индекс Соловьева 15 см.

Состояние средней степени тяжести. Голова не болит. Зрение ясное. Тошноты, рвоты не было. Пульс 86 уд/мин. АД 160-150/100 мм.рт.ст. Матка не возбудима при пальпации, безболезненна. Предлежит головка плода, подвижна над входом в малый таз. С/биеение плода ясное, ритмичное, 136 уд/мин. Отеки голеней и стоп.

Влагалищное исследование: Шейка матки отклонена кзади, длиной 2, 5 см, наружный зев закрыт. Матка увеличена до 36 недель беременности. Через своды определяется предлежащая часть - головка плода, подвижна над входом в м/таз. Мыс не достигим. Экзостозов и костных деформаций в малом тазу нет.

В общем анализе мочи - содержание белка 3,6 г/л.

При УЗИ: плод один, соответствует гестационному сроку. При допплерометрии определяется двустороннее повышение резистентности кровотока в маточных артериях.

- 1. Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
- 2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
- 3. Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
- 4. Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №19

Повторнобеременная 26 лет поступила в родильное отделение с доношенным сроком беременности и наличием регулярных схваток в течение 3 часов, спонтанным излитием околоплодных вод за 30 минут до поступления. В женской консультации на учете состоит с 9 недель беременности, посещала женскую консультацию за время беременности регулярно. В анамнезе 1 искусственный аборт при сроке 9 недель беременности. Через 10 часов от начала регулярной родовой деятельности у роженицы появились кровянистые выделения в объеме 150-200 мл. При аусcultации сердцебиение плода 198 уд/мин. Определяется локальная болезненность матки при пальпации. Для выяснения акушерской ситуации выполнено влагалищное исследование.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей. Раскрытие маточного зева полное. Плодный пузырь отсутствует. Предлежит головка плода. Вся крестцовая впадина выполнена головкой, нижний полюс головки находится на уровне крестца. Мыс не достичим. Экзостозов и деформаций в малом тазу нет. Выделения кровянистые.

- 1. Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
- 2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
- 3. Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
- 4. Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №20

В приемный покой акушерского стационара машиной «скорой помощи» доставлена первобеременная 29 лет с жалобами на внезапно появившиеся 40 минут назад боли внизу живота, ощущение тяжести, слабость, головокружение. Околоплодные воды не изливались. Шевеления плода ощущает слабо. Жалобы на головную боль, нарушение зрения, боли в эпигастральной области отрицают. Срок беременности - 35 недель.

Из анамнеза: менархе в 12 лет. Менструации - 5-7/28-30 дней, умеренные, безболезненные, регулярные. На учете в женской консультации с 8/9 недель беременности, посещала женскую консультацию за время беременности регулярно. В анамнезе миомэктомия 2,5 года назад.

Соматические заболевания отрицает.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Пульс 110 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД 100/60 мм рт. ст. Живот при пальпации в отделах свободных от беременной матки мягкий, безболезненный. Матка увеличена соответственно 35 неделям беременности, в повышенном тонусе, при пальпации резко болезненная в нижнем отделе по передней стенке. Пальпация плода затруднена, положение плода продольное. Предлежит головка плода, прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, затруднительно выслушивается, 190 ударов в минуту. Из половых путей выделений нет.

- 1. Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
- 2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
- 3. Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**

4. Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?

Клиническая ситуационная задача №21

В приемный покой РД доставлена СМП повторнобеременная 35 лет с беременностью сроком 35 недель с жалобами на учащенное мочеиспускание в течение последних 12 часов и внезапно появившиеся 1 час назад резкие приступообразные боли в области поясницы. Околоплодные воды не изливались. Шевеления плода ощущает хорошо. Из анамнеза: менархе в 14 лет, менструации по 6-7 дней, через 28-30 дней, умеренные, безболезненные, регулярные.

В анамнезе: 1 срочные роды, без осложнений, и 1 искусственный аборт на сроке до 12 недель, без осложнений.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пульс 80 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД 120/60 мм рт. ст. Живот при пальпации в отделах свободных от беременной матки мягкий, безболезненный. Поколачивания по пояснице резко болезненные справа. Матка увеличена соответственно 35 неделям беременности, в нормотонусе, при пальпации безболезненная во всех отделах. Предлежит головка плода, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 146 ударов в минуту. Из половых путей выделений нет.

1. Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.
2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.
3. Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?
4. Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?

Клиническая ситуационная задача №22

Первобеременная 24 лет состоит на диспансерном учете в женской консультации с 9 недель беременности, доставлена в приемное отделение родильного дома бригадой «скорой помощи» при сроке беременности 34 недели беременности в связи с дорожно-транспортным происшествием: пациентка находилась на пассажирском сидении легкового автомобиля, когда на перекрестке произошло боковое столкновение с ее стороны с другим автомобилем.

При осмотре матка увеличена до 34 недель, в гипертонусе. Положение плода продольное, предлежит головка плода, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 132 удара в минуту. Околоплодные воды не изливались.

Влагалищное исследование: шейка матки длинной 3,5 см, плотная, наружный зев закрыт, мыс не достижим, экзостозов в малом тазу нет. Патологических выделений из половых путей нет.

Произведена кардиотокография плода: базальная частота сердцебиения плода 130 уд в мин, амплитуда осцилляций 3-5 уд в мин, частота осцилляций до 5 в мин, моторно-кардиальный рефлекс не регистрируется, за 30 минут регистрации КТГ децелерации не зарегистрированы.

1. Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.
2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.
3. Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?
4. Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?

Клиническая ситуационная задача №23

В приемное отделение родильного дома из дома доставлена первобеременная 24 лет в связи со спонтанным излитием умеренного количества светлых околоплодных вод при сроке беременности 39/40 недель. На учете в ЖК с 9 недель, всего посетила ЖК 11 раз. Общая прибавка за время беременности 14 кг, неравномерная. Динамика артериального давления: 120/75 - 130/80 - 140/80 мм рт. ст. В последнем анализе мочи белок 0,6 г/л.

С 10 лет пациентка страдает ревматизмом, последнее обострение ревматического процесса в возрасте 17 лет в виде ревматического эндокардита.

С 20 лет у пациентки сформировался сочетанный приобретенный митральный порок с преобладанием стеноза атриовентрикулярного отверстия. Признаков обострения ревматического процесса во время беременности отмечено не было, профилактическое лечение не проводилось. Госпитализаций за беременность не было. Последний раз осмотрена кардиологом при сроке беременности 30 недель.

Объективно при поступлении: АД 130/75 мм рт. ст. на обеих руках. Пульс 92 удара в минуту, ритмичный. Частоты дыхательных движений 18 в мин. Отеки нижних конечностей и кистей рук. Матка в нормальном тонусе, схватки по 15 - 20 секунд через 7-10 минут, слабые. Предлежит головка плода, прижата к входу в малый таз. С/б плода 136 ударов/мин, ясное, ритмичное. Предполагаемая масса плода 3300 г. Размеры таза: 25-28-31-20 см. Индекс Соловьева 15 см. Подтекают светлые околоплодные воды.

Влагалищное исследование: Шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4 см, края маточного зева средней толщины, умеренно податливые. Плодный пузырь отсутствует. Предлежит головка плода, прижата к входу в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере. Малый родничок определяется слева спереди. Мыс не достижим. Экзостозов и костных деформаций в малом тазу нет.

- 1. Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
- 2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
- 3. Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
- 4. Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №24

Первобеременная 19 лет доставлена бригадой СМП при сроке гестации 39 недель с жалобами на интенсивные схватки в течение 6 часов. Околоплодные воды не изливались.

Рост 160 см, масса тела 53 кг. Размеры таза 25-27,5-30-21 см. Индекс Соловьева 15 см. Ромб Михаэлиса правильной формы, 11x11 см. Высота стояния дна матки 39 см, поперечная полуокружность матки 28 см. Предполагаемый вес плода 3800.

Схватки через 3-4 минуты по 30-35 секунд, интенсивные, болезненные. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 155 ударов в минуту, ритмичное. Выделений из половых путей нет.

При влагалищном исследовании: влагалище нерожавшей женщины, узкое. Шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 8 см, края толстые, отечные. Плодный пузырь цел, вскрыт амниотомом, излилось скучное количество передних околоплодных вод, слегка окрашенных меконием. Стреловидный шов в прямом размере, под лоном малый родничок. Мыс не достигается. Деформаций костей таза и экзостозов нет.

Через 40 минут поведение роженицы беспокойное, отмечает появление резких болей над лоном. Внезапно на высоте очередной схватки отмечает острую кинжалную боль, после чего роженица потеряла сознание, родовая деятельность прекратилась. Из половых путей кровянистые выделения.

1. Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.
2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.
3. Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?
4. Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?

Клиническая ситуационная задача №25

Первобеременная 19 лет бригадой «скорой помощи» в приемный покой акушерского стационара. Срок беременности 29 недель. Жалобы на боли в поясничной области в течение 3 дней, повышение температуры тела до 39,5 градусов.

В анамнезе 1,5 года назад произведена пиелопластика по поводу структуры пиелоуретрального сегмента справа. Масса тела 45 кг, рост 175 см.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы влажные равномерно бледные. Пульс 92 удара в минуту, ритмичный. АД 125/80 мм рт. ст. Живот увеличен соответственно 29 неделям беременности. Матка в нормальном тонусе, возбудима при пальпации. Предлежит головка плода, высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 166 ударов в минуту. Выделений из половых путей нет. Поколачивание по поясничной области болезненное справа, чувствительное слева.

По назначению дежурного акушера-гинеколога выполнены лабораторные обследования в срочном порядке

В клиническом анализе крови: гемоглобин 108 г/л, гематокрит 35%, лейкоциты $13,4 \times 10^9/\text{л}$, сегментоядерные 86%, палочкоядерные 6%.

В общем анализе мочи: белок 0,8 г/л, лейкоциты - 40-50 в п.з., соли оксалаты +++, фосфаты ++, слизь ++, бактерии +++.

Выполнено УЗИ почек беременной по Cito: определяется расширение полостной системы почек (справа до $5,5 \times 4,5$ см, слева $2,5 \times 2,2$ см).

1. Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.
2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.
3. Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?
4. Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?

Гинекология.

Клиническая ситуационная задача №1

Больная Д., 25 лет, доставлена в стационар бригадой скорой медицинской помощи с диагнозом: "Острый живот".

При поступлении предъявляет жалобы на схваткообразные боли в правой подвздошной области, общую слабость. Заболела остро, когда на фоне полного спокойствия стала отмечать вышеописанные жалобы. Сознание не теряла. На момент осмотра задержка менструации.

ции на 2 недели. Кожные покровы бледно-розовой окраски, пульс 68 уд/мин, удовлетворительного наполнения, АД 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

При осмотре в зеркалах: шейка матки визуально не изменена. Выделения светлые, умеренные.

При влагалищном исследовании: смещение шейки матки безболезненное. Тело матки незначительно увеличено, мягкой консистенции, чувствительное при пальпации. В области правых придатков пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции, болезненное при пальпации. Левые придатки не увеличены, безболезненные при пальпации. Правый боковой свод незначительно уплощен, безболезненный при пальпации. Выделений из половых путей нет.

- 5. Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
- 6. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
- 7. Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
- 8. Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №2

Больная У., 38 лет. При поступлении жалобы на боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, общую слабость, головокружение, сухость во рту. Задержка менструации на 4 недели.

При осмотре в приемном отделении дежурным врачом: состояние больной средней степени тяжести, кожные покровы бледные, влажные. Язык сухой, обложен белым налетом. АД 90/60, пульс 92 уд/мин, слабого наполнения. Живот не участвует в акте дыхания, незначительно вздут, болезненный при пальпации над лоном. Френикус-симптом положительный. Симптомы раздражения брюшины положительные над лоном. Притупление перкуторного звука в отлогих местах.

При осмотре в зеркалах: шейка матки визуально не изменена. Выделения темно-коричневые, скудные.

При влагалищном исследовании: матка и придатки не пальпируются, область их резко болезненная при пальпации. Тракции за шейку матки резко болезненные. Задний свод влагалища уплощен, резко болезненный при пальпации. В области левых придатков пальпируется опухолевидное образование без четких контуров, болезненное при пальпации. Правые придатки не увеличены, болезненные при пальпации. Левый свод влагалища незначительно уплощен. Выделения из половых путей темно-коричневые.

- 1. Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
- 2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
- 3. Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
- 4. Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №3

Больная С., 33 лет. При поступлении жалобы на тянущие боли внизу живота, задержку менструации на 10 дней, мажущие коричневые выделения из половых путей.

Из анамнеза: всего беременностей было 2, Р - 0, А - 1, В - 1. Менструации с 13 лет, по 5 дней через 28-35 дней, болезненные, умеренные.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовой окраски. АД 110/70 мм.рт.ст., пульс 76 уд/мин. Живот мягкий, чувствительный при глубокой пальпации в правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

При осмотре в зеркалах: шейка матки визуально не изменена. Выделения кровянистые, скучные.

При влагалищном исследовании: тело матки несколько больше нормы, подвижное, безболезненное при пальпации. Правые придатки не увеличены, тяжистые, область их чувствительная при пальпации. Левые придатки не увеличены, область их безболезненная при пальпации. Тракции за шейку матки безболезненные. Своды влагалища с обеих сторон глубокие, свободные. Выделения из половых путей коричневые, скучные.

- 1. Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
- 2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
- 3. Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
- 4. Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №4

Больная Н., 39 лет. Поступила в отделение гинекологии с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, периодически тянувшие боли внизу живота. На протяжении 10 дней беспокоят кровянистые выделения из половых путей, тянувшие боли внизу живота. Самостоятельно принимала но-шпу, с кратковременным положительным эффектом.

Из анамнеза: менструации с 12 лет, по 4-5 дней, через 27-29 дней, умеренные, безболезненные. На фоне задержки менструации на 2 недели тест на беременность слабоположительный. Всего беременностей было 3: Р - 1, А - 2. Контрацепция - спермициды местно (свечи).

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовой окраски. АД 110/70 мм.рт.ст., пульс 72 уд/мин, удовлетворительно наполнения. Живот мягкий, чувствительный при пальпации над лоном. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

При осмотре в зеркалах: шейка матки визуально не изменена. Выделения кровянистые, умеренные.

При влагалищном исследовании: тракции за шейку болезненные. Тело матки увеличено до 4-5 недель беременности, плотной консистенции, чувствительное при пальпации. Придатки матки справа не увеличены, область их безболезненная при пальпации. Слева пальпируется увеличенные придатки до 5-6 см, чувствительные при пальпации. Своды влагалища с обеих сторон глубокие, свободные. Выделения из половых путей кровянистые, умеренные.

При обследовании в стационаре - кровь на В-ХГЧ при поступлении 96 МЕ/мл. При УЗИ малого таза выявлено: матка соответствует размерам 5-6 недель беременности, слева от матки - расширенная труба (?). В позадиматочном пространстве определяется узкая полоска свободной жидкости.

- 1. Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
- 2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
- 3. Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
- 4. Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №5

Пациентка К., 27 лет обратилась к врачу женской консультации с жалобами на отсутствие беременности в течение 3 лет при регулярной половой жизни без контрацепции, прогрессирующее увеличение оволосения.

Из анамнеза: менструации менструации с 13 лет, до настоящего времени нерегулярные, по 5-7 дней, через 30-90 дней, безболезненные. Половая жизнь с 23 лет. Беременностей не было.

При осмотре: телосложение гиперстеническое, рост 165 см, вес 92 кг, отмечается гирсутизм средней степени выраженности.

При осмотре в зеркалах: шейка матки визуально не изменена. Выделения светлые, умеренные.

При влагалищном исследовании: матка нормальных размеров, плотная, безболезненная при исследовании. Придатки с обеих сторон не увеличены, область из безболезненна с обеих сторон. Своды влагалища с обеих сторон глубокие, свободные. Выделения из половых путей светлые.

Пациентке проведено обследование:

Гормоны крови (на 3-й день МЦ): ФСГ-5,3 МЕ/мл, ЛГ-15,4МЕ/мл, ЛГ/ФСГ-2,9.

Тест толерантности к глюкозе - 5,5-9,8-7,1 ммоль/л.

УЗИ органов малого таза (на 21 день МЦ): матка 47*35*52 мм. М-эхо 7 мм. Правый яичник объемом 13 см³, со множественными фолликулами диаметром 6 - 11 мм, левый яичник объемом 14 см³, со множеством фолликулов 7-10 мм и гиперэхогенной стромой.

- 1. Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
- 2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
- 3. Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
- 4. Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №6

Пациентка О., 44 лет, обратилась с жалобами на потливость, приступы тахикардии, нарушение сна, приливы жара до 10 раз в сутки, дискомфорт во влагалище при половом контакте.

Из анамнеза: менструации с 13 лет, по 3-4 дня, через 30 дней, умеренные, безболезненные. Всего беременностей было 4: Р - 2, А - 2 (без осложнений). Контрацепция - презервативы.

В связи с миомой матки с центрипетальным ростом одного из узлов, лейкоплакии шейки матки и кистой левого яичника 6 месяцев назад выполнена экстирпация матки с придатками. Послеоперационный период протекал гладко, выписана на 7 сутки.

Через 1 месяц появились вышеописанные жалобы с тенденцией к прогрессированию.

При осмотре в зеркалах: Выделения светлые, умеренные. Купол влагалища - без патологических изменений.

При влагалищном исследовании: матка не определяется. Область придатков безболезненна с обеих сторон. Выделения из половых путей светлые.

- 1. Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
- 2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**

- 3. Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
- 4. Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №7

Пациентка В., 25 лет предъявляет жалобы на постоянные выделения из половых путей с неприятным запахом (в течение последних 2-3 месяцев).

Из анамнеза: менструации с 11 лет, по 4 дня, через 28-30 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 16 лет, в настоящее время в браке. Всего беременностей было 2: А - 1 (без осложнений), Р - 1 (без осложнений, ребенку 1 год и 2 месяца, здоров). Контрацепция в настоящее время - прерванный половой акт.

Гинекологической осмотр: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу.

При осмотре в зеркалах: Слизистая влагалища гиперемирована, отечна. Шейка матки деформирована старыми послеродовыми разрывами на 3 и 9 часах, визуализируется выворот слизистой цервикального канала. Выделения из половых путей обильные, творожистые.

При влагалищном исследовании: шейка матки деформирована старыми послеродовыми разрывами на 3 и 9 часах, на 1.5 см не доходящими до сводов, наружный зев свободно пропускает фалангу пальца. Тело матки нормальных размеров, плотное, безболезненное. Придатки без особенностей с обеих сторон. Своды влагалища с обеих сторон глубокие, свободные. Выделения из половых путей обильные, творожистые.

- 1. Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
- 2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
- 3. Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
- 4. Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №8

Пациентка Ц., 36 л., доставлена бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на резкие боли внизу живота, озноб, повышение температуры тела до 38-39С. В анамнезе 2 рода и 3 абортов. Контрацепция - 2 года назад установлена ВМС "Мирена". Из гинекологических заболеваний отмечает хронический сальпингофорит с частыми обострениями, по поводу которых неоднократно лечилась в стационаре. Считает себя больной в течение 2 недель, когда спустя 3 дня после очередной менструации появилась тупая боль внизу живота. В течение недели состояние больной ухудшалось, боли нарастали, появился озноб, температура тела до 38-39С, гнойные выделения из половых путей.

При поступлении: состояние удовлетворительное, пульс 96 уд. в мин, $t = 38,5$ С, Lei - 12.5x10. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, при пальпации болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет.

При осмотре в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, визуально не изменена, выделения гнойные; во влагалище визуализируются «контрольные усы» ВМС.

При влагалищном исследовании: матка несколько больше нормальных размеров, мягковатой консистенции, болезненная при исследовании. Правые придатки утолщены, болезненные. Слева и несколько кзади от матки пальпируется образование резко болезненное, неравномерной консистенции, с участками размягчения, размерами 5x8 см, ограниченно под-

важное. Правый свод влагалища свободный. Левый свод уплощен, чувствителен при пальпации.

1. **Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
2. **Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
3. **Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
4. **Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №9

Больная Д., 26 лет. В анамнезе 4 абортов 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, пульс 120 ударов в минуту, АД 80/40 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах Симптомы раздражения брюшины положительные в гипогастральной области. Притупление перкуторного звука в отлогих местах.

При осмотре в зеркалах: шейка матки визуально не изменена. Выделения светлые, умеренные.

При влагалищном исследовании: тракции шейки матки резко болезненны. Четко пропальпировать тело матки и придатки не удается из-за напряжения мышц передней брюшной стенки. Задний свод влагалища нависает, при пальпации резко болезненный.

1. **Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
2. **Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
3. **Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
4. **Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №10

Больная Г., 32 лет, обратилась с жалобами на тянувшие боли внизу живота, больше справа. Боли беспокоят в течение 3-х месяцев. Из анамнеза: менструации с 15 лет, по 4-5 дней, болезненные. Последние 6 месяцев отмечает задержки менструации до 3 недель. Половая жизнь с 18 лет. Беременностей всего было 3: Р - 1, А - 2 (без осложнений). Неоднократно лечилась стационарно по поводу обострения хронического сальпингофорита.

При осмотре в зеркалах: шейка матки визуально не изменена. Выделения светлые, умеренные.

При влагалищном исследовании: тело матки и левые придатки без особенностей. В области правых придатков определяется образование округлой формы до 6 см в диаметре, малоболезненное при пальпации, подвижное. Своды влагалища с обеих сторон глубокие, свободные.

Данные УЗИ: в проекции правого яичника однокамерное округлое образование 5x7 см, с тонкой капсулой, с гомогенным содержимым.

1. **Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
2. **Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**

- 3. Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
- 4. Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №11

Больная Ш., 45 лет, обратилась к урологу с жалобами на учащенное мочеиспускание. Обследована. Патологии со стороны мочевыделительной системы не выявлено. Рекомендована консультация гинеколога. Менструации с 11 лет, по 3 дня, через 30 дней, умеренные, безболезненные. Последние 2 года отмечала усиление длительности менструаций до 7-8 дней. Половая жизнь с 18 лет. Всего беременностей было 2: Р - 1, А - 1 (без осложнений). Из гинекологических заболеваний отмечает послеродовый эндометрит. У гинеколога наблюдалась нерегулярно. Последний осмотр более 7 лет назад.

При осмотре в зеркалах: выявлена рубцовая деформация шейки матки, эктропион, увеличение шейки матки в объеме. Выделения светлые, умеренные.

При влагалищном исследовании: матка увеличена до 14 недель беременности, со множеством узлов по передней стенке и в дне, разного диаметра. Один из узлов по передней стенке в диаметре около 8 см. Придатки четко не определяются, область из безболезненна при пальпации с обеих сторон. Своды влагалища с обеих сторон несколько уплощены. Выделения слизистые, умеренные.

- 1. Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
- 2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
- 3. Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
- 4. Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №12

Больная Д., 26 лет поступила с жалобами на боли в правой пахово-подвздошной области.

Из анамнеза: Боли появились после физической нагрузки. Менструальный цикл регулярный. Менструации болезненные. Последняя менструация 18 дней назад, обычная. Половая жизнь регулярная, вне брака. Контрацепция - презервативы. Беременностей не было.

Объективное обследование: Больная астеничной конституции. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пульс 72 в 1 мин, АД 100/70 мм. рт. ст.. Живот мягкий, не вздут, умеренно болезненный в правой пахово-подвздошной области. Перитонеальных симптомов нет.

При осмотре в зеркалах: шейка матки визуально не изменена. Выделения светлые, умеренные.

При влагалищном исследовании: тракции за шейку матки умеренно болезненные. Тело матки нормальных размеров, плотное, безболезненное. Придатки слева безболезненные. Справа от матки пальпируется образование до 5 см, округлой формы, болезненное при пальпации. Пальпация заднего свода влагалища умеренно болезненная. Выделения из половых путей светлые.

Данные ультразвукового исследования: матка и левые придатки без особенностей. В проекции правого яичника образование до 5 см в диаметре, "сетчатой" структуры. В малом тазу около 50 мл жидкости.

1. Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.
2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.
3. Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?
4. Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?

Клиническая ситуационная задача №13

Больная Ж., 21 год доставлена бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на резкую слабость, головокружение, боли внизу живота с иррадиацией в крестец, прямую кишку.

Боли возникли резко 2 часа назад после coitus, сначала в левой пахово-подвздошной области, затем по всему животу. Принимала нош-пу, без эффекта. В связи с нарастанием слабости и боли вызвала скорую помощь.

Из анамнеза: Менструальный цикл регулярный, последняя менструация 16 дней назад. Контрацепция - презервативы.

Объективно: Кожа и видимые слизистые оболочки бледные. АД 85/50, пульс 101. Язык суховат, живот напряжен. При пальпации определяется резкая болезненность по всему гипогастрою. Перитонеальные симптомы положительные в нижних отделах.

При осмотре в зеркалах: шейка матки визуально не изменена. Выделения светлые, умеренные.

При влагалищном исследовании: исследование затруднено из-за выраженной болезненности передней брюшной стенки. Тракции за шейку матки резко болезнены. Боковые своды влагалища нависают. Задний свод при пальпации выбухает, при пальпации болезненный.

1. Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.
2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.
3. Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?
4. Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?

Клиническая ситуационная задача №14

Больная К., 27 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, высокую температуру. Заболела остро 12 часов назад. Появились боли внизу живота, озноб, температура 39оС.

Гинекологический анамнез: Менструальная функция не нарушена. Последняя менструация началась 2 дня назад. Всего было 4 беременности, из них - Р - 1, А - 2, В - 1. В анамнезе - хронический сальпингоофорит. Половая жизнь нерегулярная. Контрацепция - прерванный половой акт. 2 недели назад был случайный половой контакт.

Объективно: Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски. АД 120/80, пульс 100 уд. в 1 мин. Температура - 39,4 С. Язык суховат, не обложен. При пальпации живот резко болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины положительные.

При осмотре в зеркалах: шейка матки визуально не изменена. Выделения обильные, гноевидные.

При влагалищном исследовании: матка и придатки четко не контурируются из-за резкой болезненности и напряжения мышц живота. Выделения обильные, гноевидные.

1. **Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
2. **Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
3. **Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
4. **Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №15

Больная Д., 33 года. Доставлена бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на возникшие 3 часа назад острые боли в левой подвздошной области, сопровождающиеся кратковременной потерей сознания. Боли возникли через час после полового контакта.

Из анамнеза: Менструальный цикл нерегулярный, с задержками до 10 дней. Последняя менструация 1,5 месяца назад, Контрацепция - прерванный половой акт.

Объективно: кожные покровы бледные, пульс 120 ударов в минуту, АД 80/50 мм рт ст., живот болезненный в нижних отделах живота, отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки и положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

При осмотре в зеркалах: шейка матки визуально не изменена. Выделения выделения кровяные, скудные, темного цвета.

При влагалищном исследовании: матку и придатки четко определить невозможно из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки. Задний свод влагалища сглажен, при пальпации болезненный.

1. **Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
2. **Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
3. **Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
4. **Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №16

Больная У., 26 лет, доставлена в стационар бригадой скорой медицинской 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 началась 15 дней назад.

Объективно: Кожные покровы и слизистые бледные, температура 37,0 С. АД 70/40 мм рт ст. Рт 130 ударов в минуту, 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 осмотре в зеркалах: шейка матки визуально не изменена. Выделения светлые, умеренные.

При влагалищном исследовании: матка не увеличена, плотная, безболезненная при пальпации, подвижная. Тракции за шейку матки болезненные. Состояние придатков с обеих

сторон определить не представляется возможным ввиду резкой болезненности при исследовании. Своды влагалища нависают, пальпация их резко болезненная.

1. **Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
2. **Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
3. **Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
4. **Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №17

Больная Д., 35 лет. Жалобы на боли внизу живота, тянувшего характера, больше справа.

Из анамнеза: менструации с 15 лет, установились через 1,5 года, обильные и болезненные. В 23 года перенесла острый двухсторонний сальпингоофорит. В дальнейшем - неоднократные обострения хронического сальпингоофорита. В течение последних 4 лет беспокоят периодические ноющие боли в нижних отделах живота, в последние 6 мес отмечается усиление болевого синдрома.

При осмотре в зеркалах: шейка матки визуально не изменена. Выделения светлые, умеренные.

При влагалищном исследовании: матка и левые придатки без особенностей. В области правых придатков определяется округлое образование, мягкоэластической консистенции, до 8-9 см в диаметре, безболезненное при пальпации. Своды влагалища с обеих сторон глубокие, свободные. Выделения из половых путей светлые.

Данные УЗИ: матка и левый яичник без особенностей. Из правого яичника исходит тонкостенное образование с жидким гомогенным содержимым, округлое до 8 см в диаметре.

1. **Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
2. **Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
3. **Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
4. **Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №18

Больная И., 32 лет доставлена в клинику бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на резкие боли внизу живота схваткообразного характера. Боли появились после акта дефекации утром, сопровождались полуобморочным состоянием, головокружением, рвотой.

Из анамнеза: менструации с 13 лет, по 3-4 дня, через 28 дней, безболезненные, регулярные, необильные. Половая жизнь в течение последних 3-х лет. Беременность полтора года назад окончилась нормальными родами. Контрацепция - презервативы.

Кровяные выделения, появившиеся в срок ожидаемой менструации, продолжались более 2-х недель, сопровождались болями и чувством «дурноты». В настоящее время кровяные выделения продолжаются, скучные, темно-кровянистые.

Объективно: кожные покровы бледные, пульс 100-105 ударов в минуту, АД 90/60 мм рт ст. Язык влажный, чистый. Живот вздут, напряжен, резко болезненный в нижних отделах, при перкуссии - притупление перкуторного звука в нижних отделах.

При осмотре в зеркалах: стенки влагалища и шейки матки цианотичные. Из цервикального канала скучные кровяные выделения.

При влагалищном исследовании: тракции за шейку матки резко болезнены. Матка увеличена до 5 недель беременности, мягковатая. В области правых придатков «тестостость», левые придатки без особенностей. Задний свод выбухает, при пальпации болезненный.

1. **Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
2. **Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
3. **Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
4. **Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №19

Больная С., 47 лет обратилась с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, продолжающиеся 20 дней и возникшие после 2-х месячной задержки менструации. Менструации с 17 лет, регулярные до 41 года. С 41 года до настоящего времени менструальный цикл нерегулярный, с задержками до 15-20 дней.

Общее состояние удовлетворительное.

Из анамнеза: Экстрагенитальной патологии нет. В связи с НМЦ 5 лет назад было выполнено выскабливание полости матки. При гистологическом исследовании соскoba железистая гиперплазия эндометрия. Гормональная терапия не проводилась.

При осмотре в зеркалах: шейка матки визуально не изменена. Выделения кровянистые, умеренные.

При влагалищном исследовании: матка нормальных размеров, плотная, безболезненная при исследовании. Придатки с обеих сторон не увеличены, область из безболезненна с обеих сторон. Своды влагалища с обеих сторон глубокие, свободные.

1. **Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
2. **Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
3. **Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
4. **Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №20

Больная Ч., 49 лет. Жалобы на кровяные выделения из влагалища, беспокоящие больную в течение 3-х недель, возникшее после 1,5 месячной задержки менструации. Иногда беспокоят приливы жара.

Из анамнеза: гипертоническая болезнь I ст. (АД до 140-150/90-100 мм.рт.ст.); хронический пиелонефрит с 26 лет, последнее обострение более 7 лет назад: сахарный диабет II типа в течение последних 5 лет. Менструации с 12 лет, установились через 1 год, по 4 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные. В течение последних 8 месяцев наблюдаются задержки менструаций, с последующими обильными и длительными (до 8-9 дней), кровотечениями. К врачу не обращалась.

При осмотре в зеркалах: шейка матки визуально не изменена. Выделения кровянистые, умеренные.

При влагалищном исследовании: матка нормальных размеров, плотная, безболезненная при исследовании. Придатки с обеих сторон не увеличены, область из безболезненна с обеих сторон. Своды влагалища с обеих сторон глубокие, свободные.

- 1. Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
- 2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
- 3. Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
- 4. Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №21

Больная И., 45 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в гинекологическое отделение с жалобами на обильные кровяные выделения из половых путей. Анамнез: из перечисленных заболеваний отмечает в детстве корь, скарлатину, эпидемический паротит, частые ангины.

Менструации с 14 лет, по 4-5 дней через 28 дней, умеренные, безболезненные. Нарушения менструального цикла - с 43 лет. Половая жизнь с 22 лет. Всего беременностей было 4: Р - 2, А - 2 (без осложнений). Гинекологические заболевания отрицает. Больной считает себя в течение 2 лет, когда появились эпизоды задержки менструаций на 2-3 месяца с последующим кровотечением.

Соматически здорова.

В анамнезе крови: Нb = 80 г/л.

При осмотре в зеркалах: шейка матки визуально не изменена. Выделения кровянистые, обильные.

При влагалищном исследовании: матка нормальных размеров, плотная, безболезненная при исследовании. Придатки с обеих сторон не увеличены, область из безболезненна с обеих сторон. Своды влагалища с обеих сторон глубокие, свободные.

- 1. Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
- 2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
- 3. Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
- 4. Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №22

Больная Р., 54 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в гинекологический стационар с жалобами на нерегулярные кровянистые выделения из половых путей в течение 1 года.

Из анамнеза; менструации с 14 лет, регулярные, по 3-4 дня, через 30 дней. Нарушения менструального цикла - с 50 лет. В 52 года было кровотечение, по поводу которого произведено раздельное диагностическое выскабливание. Гистологическое исследование соскоба - железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. В течение 3-х месяцев лечилась гормональными препаратами -норколут 10мг * 2 р/д с 5 по 25 день менструального цикла. Во время лечения и после прекращения приема норколута нарушений менструального цикла не было.

Соматические заболевания: Атеросклеротический кардиосклероз, ИБС. Артериальная гипертензия, ожирение 3 ст.

При осмотре в зеркалах: шейка матки визуально не изменена. Выделения светлые, умеренные.

При влагалищном исследовании: матка нормальных размеров, плотная, безболезненная при исследовании. Придатки с обеих сторон не увеличены, область из безболезненна с обеих сторон. Своды влагалища с обеих сторон глубокие, свободные. Выделения из половых путей светлые.

При ультразвуковом исследовании органов малого таза: М-эхо - 15 мм.

- 1. Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
- 2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
- 3. Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
- 4. Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №23

Пациентка А., 41 года обратилась с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, продолжающиеся в течение 15 дней. Из анамнеза: соматические заболевания отрицает. В связи с НМЦ 2 года назад произведено раздельное диагностическое выскабливание с гистероскопией. При гистологическом исследовании выявлена простая железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. Назначен дюфастон в циклическом режиме на 6 месяцев. Контрольное исследование эндометрия не проводилось. Самостоятельно отменила прием препарата через 2 месяца приема.

При осмотре в зеркалах: шейка матки визуально не изменена. Выделения кривянистые, умеренные.

При влагалищном исследовании: матка увеличена до 5/6 нед. беременности, плотная, безболезненная при исследовании. Придатки с обеих сторон не увеличены, область из безболезненна с обеих сторон. Своды влагалища с обеих сторон глубокие, свободные.

При ультразвуковом исследовании органов малого таза - матка 60*50*70 мм, М-эхо 12 мм. Яичники не увеличены, структура однородная.

В связи с продолжающимися кровяными выделениями произведено раздельное лечебно-диагностическое выскабливание с гистероскопией, при гистологическом исследовании - сложная железисто-кистозная гиперплазия.

- 1. Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.**
- 2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.**
- 3. Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?**
- 4. Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?**

Клиническая ситуационная задача №24

Больная А., 24 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на невозможность половой жизни, отсутствие менструаций. К врачам не обращалась. В 20 лет вышла замуж, во время первого полового контакта - резкая болезненность, обильные кровянистые выделения. В последующем, учитывая невозможность половых актов, от половой жизни отказалась. Разведена.

Гинекологическое осмотр: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Преддверие влагалища имеет вид девственной плевы, в которой отмечается ниша глубиной до 1,5 см, выраженные рубцовые изменения преддверия влагалища.

При ректоабдоминальном исследовании: матка в типичном месте не определяется, в малом тазу пальпируется поперечный тяж, по обе стороны от которого имеются булавовидные утолщения размерами 2x2 см каждое. Придатки матки не определяются, область их безболезненна.

Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза: матка не визуализируется, яичники расположены высоко, правый яичник 3,6*2,0*1,8 см, содержит фолликул диаметром 1,0 см, левый яичник - 2,7*2,0*2,7 см, содержит мелкие фолликулы диам. 2-4 мм. При УЗИ почек: аплазия правой почки, левая почка удвоенная.

1. Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.
2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.
3. Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?
4. Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?

Клиническая ситуационная задача №25

Больная А., 14 лет, поступила в отделение детской гинекологии с жалобами на постоянные боли внизу живота, принимающие распирающий характер во время менструаций.

Родилась от первой беременности. Беременность и роды у матери протекали без осложнений. Работа матери связана с пестицидами.

Менархе в 13 лет, первая менструация умеренная, безболезненная, последующие менструации очень болезненные, принимала спазмолитики и анальгетики.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, имеется два влагалища, отделенные перегородкой, две шейки матки конической формы. Отмечено резкое выбухание правой передней стенки влагалища размерами 10x8 см, левый свод затруднен для осмотра.

Ректоабдоминальное исследование: на 2-3 см от заднепроходного отверстия пальпируется образование размерами 10x6x5 см, на верхнем полюсе которого определяются два тугогигиенических плотных образования (матки?). Придатки не определяются, область их безболезненна.

УЗИ: определяются две матки, размеры правой матки 3,7*3,6*4,6 см, длина ее шейки - 1,8 см, полость матки расширена до 1,8 см. Правое влагалище расширено за счет жидкостного содержимого размерами 10,2*6,4*8,6 см, справа от матки выявлено образование с жидким содержимым размерами 3,5*2,2*4,4 см (гематосальпингс?). Размеры правого яичника 3,5*1,8*3,1 см. Размеры левой матки 3,7*2,8*4,4 см, ее шейки - 2,1 см, полость матки не расширена. Размеры левого яичника 2,8*1,4*2,7 см. Матки на всем протяжении разъединены между собой.

УЗИ почек: аплазия правой почки, левая почка - в типичном месте, размерами 12,9*5,0*7,5 см.

1. Объясните имеющуюся клиническую ситуацию.
2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его.
3. Есть ли необходимость дополнительного обследования (что именно? для чего?), проведения диф. диагностики?
4. Какова должна быть врачебная тактика при сложившейся клинической ситуации?

5.4. Перечень рекомендуемой литературы

Основная литература:

1. Акушерство: национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 1200 с. - (Серия "Национальные руководства").
2. Апресян С. В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях / Под ред. В.Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 536 с.
3. Айламазян Э.К. Гинекология от пубертата до постменопаузы. - М.: Медпресс - информ, 2007. - 500 с.
4. Бауэр Г. Цветной атлас по кольпоскопии. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2010. - 288 с.
5. Гинекология. Национальное руководство. - Под ред. В.И.Кулакова, И.Б.Манухина, Г.М. Савельевой - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 1120 с.
6. Гинекология. Учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукс - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014 - 1000 с.
7. Логутова Л.С. Экстрагенитальная патология и беременность. - М.: ГОЭТАР-Медиа, 2012. - 544с.
8. Руководство по геронтологии и гериатрии. Под ред. Ярыгина А.С., Мелентьева А.С. - М.: ГЭОТАР-Медиа 2010. - 720 с.
9. Тумилович Л. Г., Геворкян М. А Справочник гинеколога-эндокринолога. - М: Практическая медицина, 2010. - 208 с.
10. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология у беременных. - М.: «Триада - Х», 2011. - 896 с.

Дополнительная литература:

1. Адамс Х-А., Флеминг А., Фридрих Л., Рушулте Х. Атлас по неотложной помощи. - М.: МЕДпресс-информ 2009. - 216 с.
2. Артионина Г. П., Игнатькова С. А. Основы медицинских знаний: здоровье, болезнь и образ жизни учебное пособие для вузов. - Изд. 3-е, перераб. - М.: 2006. - 304 с.
3. Багметов Н. П., Мульганова Т. Б., Сабанов, В. И. Делопроизводство в учреждениях здравоохранения: учебное пособие для вузов. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. - 224 с.
4. Бургхардт Э., Пикель Г., Жирарди Ф. Кольпоскопия. Атлас и руководство - М.: Медицинская литература, 2013 - 168 с.
5. Буянова С.Н., Попов А.А., Петрова В. Д. и др. Недержание мочи у женщин. - М.: 2006 - 415 с.
6. ВИЧ - инфекция и СПИД. Клинические рекомендации. Под ред. Покровского В.В. - М.: ГЭОТАР-Медиа. 2010. - 192 с.
7. Гайдуков С. Н., Прохорович Т. И., Земляной Д. А. Акушерские пособия и операции. Фантомный курс: учебное пособие - СПб., СпецЛит, 2016 - 112 с.
8. Гельфанд Р.Б. Инфузионно-трансфузионная терапия в клинической медицине М.: МИА, 2009. - 256 с.
9. Герасимов, А. Н. Медицинская статистика. - Москва: МИА, 2007. - 480 с.
10. Гериатрия / С.Н. Пузин, М.А. Рычкова, Л.И. Заволовская и др. - М.: Профессионал, 2011. - 192 с.
11. Гинекология: учебник, 4-е издание. - Под ред. Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 432 с.
12. Демидов В.Н. Ультразвуковая диагностика пороков развития матки и влагалища. Клиническая визуальная диагностика. -М.: ТриадаХ, 2006. - 120 с.
13. Демихов В.Г. и др. Патогенез и лечение анемий беременных - М.: Практическая Медицина, 2015 - 224 с.
14. Ефимов В.С., Озолиня Л.А., Кашежева А.З., Макаров О.В. Гипергомоцистеинемия в клинической практике: руководство - М.: - ГЭОТАР-Медиа, 2013 - 80 с.

15. Житловский В.Е. Сексология. Сексопатология. Основные вопросы реабилитации (Серия Практические руководства). М.: Литтерра. - 2007. - 212 с.
16. Схема написания истории родов: учеб. пособие - Каптильный В. А. и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016 - 112 с.
17. Карлова Е. А., Кочетова, Л. В. Дунаевская С. С., Винник Ю. С. Кровотечение и трансфузиология Издательство Феникс, 2007. - 160 с.
18. Кембел А. Медицинская этика. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 272 с.
19. Сперофф Л., Дарни Ф.Д. Клиническое руководство по контрацепции - М.: изд-во БИНОМ, 2009 - 432 с.
20. Клиффорд Р.Уиллис. Атлас оперативной гинекологии. - М.: Медицинская литература, 2007 - 528 с.
21. Коган М. И., Перехов А. Я. Женские сексуальные дисфункции - Практическая Медицина, 2011 - 208 с.
22. Краснопольский В.И. с соавт. Хирургическое лечение больных с опущением и выпадением внутренних половых органов и профилактика опущения купола влагалища после гистерэктомии. Медицинская технология. - М.: Макс-Пресс, 2007. - 27 с.
23. Кулаков В.И., Селезнёва Н.Д., Белоглазова С.Е. Руководство по оперативной гинекологии. М.: МИА, 2006. - 640 с.
24. Левчук И.П., Третьякова Н.В. Медицина катастроф. Курс лекций. - М. ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 240 с.
25. Лопаткин Н.А., Перепанова Т.С Рациональная фармакотерапия в урологии. М.: Литера, 2012. - 800 с.
26. Лоран О.Б., Серегин А.В., Синякова Л.А., Серегин А.А. Современные методы лечения недержания мочи и пролапса органов малого таза. - М.: 2006. - 44 с.
27. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции: руководство 2-е изд., испр. и доп. (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 280 с.
28. Макаров И.О., Юдина Е.В. Кардиотокография при беременности и в родах - МЕДпресс-информ, издание третье - 2014 - 112 с.
29. Медицина климактерия / Под.ред. В.П. Сметник. - Ярославль: ООО «Издательство Ли-тера», 2006. - 848 с.
30. Медицинское право. Юридические основы деятельности врача. Под ред. Сергеева Ю.Д. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 258 с.
31. Неонатология: национальное руководство: руководство / под ред. Н. Н. Володина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 848 с.
32. Неотложная помощь в акушерстве: руководство для врачей / Э.К. Айламазян и др. - 5-е издание - М.: ГОЭТАР-Медиа, 2015 - 384 с.
33. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: краткое руководство: научное изда-ние / под ред. В. Н. Серова. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2011. - 256 с.
34. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии / под ред. Омарова С.-М.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016 - 272 с.
35. Номенклатура работ и услуг в здравоохранении (в области акушерства и гинекологии) - М.: ГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии - 2006 - 168 с.
36. Номенклатура работ и услуг в здравоохранении (в области перинатологии) - М.: ГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии - 2006 - 180 с.
37. Озерская И.А. Эхография в гинекологии. - М.: Медика, 2006 - 292 с.
38. Олман К., Уилсон А. Оксфордский справочник по анестезии (Пер. с англ. под ред. Е.А. Евдокимова), М.: «БИНОМ. Лаборатория знаний», 2009. - 764 с.
39. Парсонз П.Э., Винер-Крошин Дж.П. Секреты неотложной помощи. - М: МЕДпресс-информ, 2006 - с. 60.
40. Прилепская В. Н. Руководство по контрацепции. - М.: Медпресс-информ, 2006. - 400 с.
41. Подзолкова Н.М. и др. Невынашивание беременности - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013 - 136 с.

42. Подзолкова Н.М.: Глазкова О.Л. Исследование гормонального статуса женщины в практике гинеколога. - 2 - изд., перераб. и доп. - М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 64 с.
43. Подзолкова Н.М.: Глазкова О.Л. Симптом, синдром, диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии. - М.: ГЭОТАР-Мед, 2005 - 520 с.
44. Подзолкова Н.М.: Кузнецова И.В., Глазкова О.Л. Клиническая гинекология - М.: МИА, 2009 - 616 с.
45. Пузин С.Н., Модестов А.А., Подкорытов А.В. Медико-социальная реабилитация лиц пожилого и старческого возраста. - М.: Медицина, 2007 - 232 с.
46. Пушкарь Д.Ю., Гумин Л.М. Тазовые расстройства у женщин. - М.: Медпресс-информ, 2006. - 256 с.
47. Пушкарь Д.Ю., Гумин Л.М. Уродинамические исследования у женщин. М «Медпресс-информ» 2006. - 136 с.
48. Рагимов А.А., Щербакова Г.Н. Инфузионно-трансфузионная терапия. - ГЭОТАР-МЕД, 2010. - 240 с.
49. Радзинский В.Е. Женская консультация. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 472 с.
50. Репродуктивная эндокринология: руководство / Генри М. Кроненберг, Шломо Меллед., пер. с англ. под ред. : И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - М.: Рид Элсивер, 2011. - 416 с.
51. Роговская С.И. Папилломавирусная инфекция у женщин и патология шейки матки: Руководство для практического врача. - ГЭОТАР - МЕДИА, 2006. - 144 с.
52. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 49 с.
53. Руководство по скорой медицинской помощи. Под ред. Багненко С.Ф., Верткина А.Л., Мирошниченко А.Г. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 820 с.
54. Савельева Г.М. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии - М.: МИА, 2006. - 720 с.
55. Савицкий Г. А., Савицкий А. Г. Что такое миома матки? - СПб., ЭЛБИ-СПб, 2016 - 216 с.
56. Сенчук А.Я., Вдовиченко Ю.П., Венцковский Б.М.: Шунько Е.Е. Руководство по практическим навыкам в гинекологии, акушерстве и неонатологии. - Киев, 2006. - 368 с.
57. Сергеев Ю.Д. Медицинское право. - М.: ГЭОТАР - Медиа. 2008. - 584 с.
58. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. - М.:«Триада-Х», 2008. - 304 с.
59. Силантьева Е.С., Кондрина Е.Ф., Пономаренко Г.Н. Физиотерапия в репродуктивной гинекологии - ВМА, 2008. - 192 с.
60. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. - М.: МИА, 2007. - 312 с.
61. Соколов В.А. Дорожно-транспортная травма. - М.: ГЭОТАР-Медиа 2009. - 176 с.
62. Спрагингс Д., Чамберс Дж. Экстренная медицина. Диагностика и лечение неотложных состояний. - М.: Медицинская литература, 2006 - 544с.
63. Стругацкий В.М., Маланова Т.Б., Арсланян К.Н. Физиотерапия в практике акушера-гинеколога. Клинические аспекты и рецептура - 2 изд.. - МедПресс, 2008 - 27 с.
64. Сухих, Т. А. Назаренко Г. Т. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 784 с.
65. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Миома матки. - М.: МИА, 2006 - 176 с.
66. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология. - М.: Литтерра, 2009 - 384 с.
67. Уилли К.Р. Атлас оперативной гинекологии. - М.: Медицинская литература, 2007 - 304 с.
68. Фармакотерапия при беременности. Под ред. Рубина П., Рэмсей М., Белоусова Ю.Б. - ГЭОТАР-Медиа, 2010 - 296 с.
69. Чернуха Е.А., Пучко Т.К. Тазовое предлежание плода: руководство - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007 - 172 с.