

государственное бюджетное профессиональное образовательное  
учреждение Ставропольского края  
«Буденновский медицинский колледж»

**ПМ.02 Осуществление лечебно-диагностической деятельности**  
**Раздел 4 Осуществление диагностики и лечения заболеваний акушерско-**  
**гинекологического профиля**  
**МДК 02.04. Проведение медицинского обследования с целью**  
**диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний**  
**акушерско-гинекологического профиля**  
**преподавателя И.Г. Кайвановой**

**специальность 31.02.01 Лечебное дело**

Буденновск , 2025 г.

Комплект оценочных средств разработан на основе рабочей программы профессионального модуля ПМ.02 Осуществление лечебно-диагностической деятельности . в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом по специальности среднего профессионального образования . **31.02.01 Лечебное дело**

**Организация - разработчик:**

ГБПОУ СК «Буденновский медицинский колледж»

**Разработчики:** И.Г. Кайванова – преподаватель профессионального модуля, высшая квалификационная категория

Рассмотрена и одобрена  
на заседании ЦМК  
хирургического профиля  
« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 г.  
протокол № \_\_\_\_\_  
Председатель \_\_\_\_\_ А.А. Бурдасова

«Утверждаю»

Заместитель директора

по учебной работе

Н.В.Земцова \_\_\_\_\_

# ПАСПОРТ КОМПЛЕКТА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

## 1. Область применения комплекта оценочных средств

КОС предназначен текущего контроля и оценки результатов освоения профессионального модуля ПМ.02 Осуществление лечебно-диагностической деятельности Раздел 4 Осуществление диагностики и лечения заболеваний акушерско-гинекологического профиля МДК 02.04. Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний акушерско-гинекологического профиля 31.02.01 Лечебное дело

КОС для проведения текущего контроля является частью фонда оценочных средств (ФОС) основной профессиональной образовательной программы по специальности 31.02.01 Лечебное дело и разработан на основе ФГОС СПО по профессии 31.02.01 Лечебное дело

Элемент модуля	Форма контроля и оценивания	
	<i>Промежуточная аттестация</i>	<i>Текущий контроль</i>
ПМ.02 Осуществление лечебно-диагностической деятельности Раздел 4 Осуществление диагностики и лечения заболеваний акушерско-гинекологического профиля МДК 02.04. Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний акушерско-гинекологического профиля		<b><i>Теоретическое/практическое задание</i></b>

Формой аттестации по итогам освоения профессионального модуля «Оказание доврачебной медицинской помощи при неотложных и экстремальных состояниях». Итогом квалификационного экзамена является однозначное решение: «освоен / не освоен».

**Перечень проверяемых ПК и ОК**

Код	Наименование результата обучения
Код	Наименование общих компетенций
ОК 01.	Выбирать способы решения задач профессиональной деятельности применительно к различным контекстам
ОК 02.	Использовать современные средства поиска, анализа и интерпретации информации, и информационные технологии для выполнения задач профессиональной деятельности
ОК 04.	Эффективно взаимодействовать и работать в коллективе и команде
ОК 05.	Осуществлять устную и письменную коммуникацию на государственном языке Российской Федерации с учетом особенностей социального и культурного контекста
ОК 07.	Содействовать сохранению окружающей среды, ресурсосбережению, применять знания об изменении климата, принципы бережливого производства, эффективно действовать в чрезвычайных ситуациях
ВД 2	осуществление лечебно-диагностической деятельности
ПК 2.1.	Проводить обследование пациентов с целью диагностики неосложненных острых заболеваний и (или) состояний, хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений
ПК 2.2.	Назначать и проводить лечение неосложненных острых заболеваний и (или) состояний, хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений
ПК 2.3.	Осуществлять динамическое наблюдение за пациентом при хронических заболеваниях и (или) состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента
ПК 2.4.	Проводить экспертизу временной нетрудоспособности в соответствии с нормативными правовыми актами

Предлагаемые задания направлены на проверку освоения профессиональных и общих компетенций.

Результаты (объекты оценивания)	Показатели оценки результатов	Критерии оценки	Тип задания	Форма аттестации
---------------------------------	-------------------------------	-----------------	-------------	------------------

Комбинированное занятие				Текущий контроль
<p><b>ПК 2.1.</b> Проводить обследование пациентов с целью диагностики неосложненных острых заболеваний и (или) состояний, хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений</p>	<p>Правильное ведение амбулаторного приема и посещение пациентов на дому; - сбор жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей); - проведение осмотра, физикального и функционального обследования пациента, оценки состояния здоровья пациента; - формулирование предварительного диагноза, основанного на результатах анализа жалоб, анамнеза и данных объективного обследования пациента; - составление плана обследования пациента, а также направление пациента для его прохождения; - интерпретация информации, полученной от пациента, результатов физикального обследования, результатов инструментальных и лабораторных обследований, с учетом возрастных особенностей и наличия заболеваний; - проведение диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний и (или) состояний хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений; - направление пациента для консультаций к участковому врачу-терапевту, врачу общей практики (семейному врачу), участковому</p>	<p>Оценка освоения практических умений оценки неотложных состояний и травм. Решение ситуационных задач. Оценка деятельности при оказании помощи пациенту реальному или имитируемому при неотложных состояниях и травмах с соблюдением мер инфекционной безопасности. Оценка планирования оказания помощи при воздействии на организм токсических и ядовитых веществ (самостоятельно и в бригаде). Оценка планирования оказания помощи при воздействии на организм токсических и ядовитых веществ (самостоятельно и в бригаде).</p> <p>Оценка планирования мероприятий по защите пациентов от негативных воздействий при чрезвычайных ситуациях. Оценка планирования оказания первой и медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях. Оценка планирования Медицинской сортировки пораженных.</p> <p>Оценка взаимодействия в условиях учебной игры</p>	<p><b>ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ № 1</b> <b>1. Методы</b> обследования в акушерстве и гинекологии. Диагностика и ведение беременности -Индивидуальный устный (фронтальный) опрос</p> <p><b>ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ № 2</b> Методы обследования в акушерстве и гинекологии. Диагностика и ведение беременности.- Индивидуальный устный (фронтальный) опрос Тестирование</p> <p><b>ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ № 3</b> Методы обследования в акушерстве и гинекологии. Диагностика и ведение беременности -Индивидуальный устный (фронтальный) опрос</p> <p><b>ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ № 4</b> Методы обследования в акушерстве и гинекологии. Диагностика и ведение беременности - Индивидуальный устный (фронтальный) опрос. Тестирование</p> <p><b>ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ № 5</b> Методы обследования в акушерстве и гинекологии. Диагностика и ведение беременности. - Индивидуальный устный (фронтальный) опрос</p> <p><b>ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ № 6</b> Методы обследования в акушерстве и гинекологии. Диагностика и ведение беременности - Индивидуальный устный (фронтальный) опрос</p>	
<p><b>ПК 2.2.</b> Назначать и проводить лечение неосложненных острых заболеваний и (или) состояний, хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений</p>	<p>Оценку взаимодействия в условиях учебной игры</p>	<p>Оценку взаимодействия в условиях учебной игры</p>		
<p><b>ПК2.3.</b> Осуществлять динамическое наблюдение за пациентом при хронических заболеваниях и (или) состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента</p>	<p>Оценку взаимодействия в условиях учебной игры</p>	<p>Демонстрация устойчивого интереса к профессии</p>		

<p><b>ПК 2.4.</b> Проводить экспертизу временной нетрудоспособности в соответствии с нормативными и правовыми актами</p> <p><b>ОК 01.</b> Выбирать способы решения задач профессиональной деятельности применительно к различным контекстам</p> <p><b>ОК 02.</b> Использовать современные средства поиска, анализа и интерпретации информации, и информационные технологии для выполнения задач профессиональной деятельности</p> <p><b>ОК 04.</b> Эффективно взаимодействовать и работать в коллективе и ком</p>	<p>врачу-педиатру и врачам-специалистам;</p> <p>- проведение осмотра беременных женщин в случае физиологически протекающей беременности и направление на пренатальный скрининг для формирования групп риска по хромосомным нарушениям и врожденным аномалиям (порокам развития) у плода;</p> <p>- определение медицинских показаний для оказания первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, а также паллиативной помощи;</p> <p>- выявление предраковых заболеваний и злокачественных новообразований, визуальных и пальпаторных локализаций и направление пациентов с подозрением на злокачественное образование и с предраковыми заболеваниями в первичный онкологический кабинет медицинской организации в соответствии с порядком оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»;</p> <p>- составление плана лечения пациентов с хроническими неосложненными заболеваниями и (или) состояниями и их обострениями, травмами, отравлениями;</p> <p>- назначение немедикаментозного лечения с учетом</p>	<p>Эффективность выбора и применения методов и способов решения профессиональных задач в сфере здравоохранения при лечении пациентов, проведении диагностических и реабилитационных мероприятий.</p> <p>Объективность анализа и оценки эффективности и качества собственной профессиональной деятельности.</p> <p>Грамотность решения стандартных и нестандартных профессиональных задач в сфере здравоохранения при лечении пациентов различных возрастов, при различной патологии и в различных ситуациях.</p> <p>Объективность анализа собственной профессиональной деятельности, готовность нести за нее ответственность.</p> <p>Результативность, эффективность поиска необходимой информации, использование различных источников информации, включая электронные.</p> <p>Грамотность при работе с персональным компьютером, Интернетом, другими электронными носителями на уровне пользователя.</p> <p>Конструктивность, эффективность, результативность взаимодействия с обучающимися, преподавателями и представителями практического здравоохранения в ходе</p>	<p><b>ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ № 7 - 14</b></p> <p>Диагностика и лечение осложнений беременности -Индивидуальный устный (фронтальный) опрос Тестирование</p> <p><b>ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ № 15-19</b></p> <p>Физиологические роды - Индивидуальный устный (фронтальный) опрос</p> <p><b>ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ № 21 - 26</b></p> <p>Осложнения родов и послеродового периода Индивидуальный устный (фронтальный) опрос</p> <p><b>ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ № 27-33</b></p> <p>Диагностика и лечение невоспалительных гинекологических заболеваний. -Индивидуальный устный (фронтальный) опрос <b>ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ № 34-38</b></p> <p>Диагностика и лечение воспалительных гинекологических заболеваний - Индивидуальный устный (фронтальный) опрос</p>	
---	---	--	--	--

<p><b>ОК 05.</b> Осуществлять устную и письменную коммуникацию на государственном языке Российской Федерации с учетом особенностей социального и культурного контекста</p> <p><b>ОК 07.</b> Содействовать сохранению окружающей среды, ресурсосбережению, применять знания об изменении климата, принципы бережливого производства, эффективно действовать в чрезвычайных ситуациях</p> <p><b>ОК 09.</b> Пользоваться профессиональной документацией на государственном и иностранном языках.</p>	<p>диагноза и клинической картины заболеваний и (или) состояний; - оценка эффективности и безопасности немедикаментозного лечения; - отпуск и применение лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, в случае возложения на фельдшера отдельных функций лечащего врача пациентам, нуждающимся в лечении и обезболивании; - реализация лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи; - направление пациентов с хроническими заболеваниями, в том числе состоящих под диспансерным наблюдением, к участковому врачу-терапевту, врачу общей практики (семейному врачу) или участковому врачу-педиатру и врачам-специалистам с целью коррекции лечения и плана диспансерного наблюдения; - обеспечение своевременной госпитализации пациентов, нуждающихся в оказании стационарной медицинской помощи, в том числе женщин с патологией беременности, а также медицинской эвакуации рожениц и родильниц в</p>	<p>обучения, взаимодействие с пациентами и их родственниками с соблюдением принципов профессиональной этики</p> <p>Объективность анализа собственной профессиональной деятельности и деятельности коллег, готовность отвечать за результаты коллективной деятельности. Эффективность работы в команде, взаимодействия с обучающимися и преподавателями, с коллегами по работе, готовность нести ответственность за результат коллективного труда.</p> <p>Результативность, рациональность организации самостоятельных занятий при изучении профессионального модуля, обоснованность плана самообразования с планом саморазвития и постановкой целей и задач на ближайшее и отдаленное будущее, выбора траектории профессионального роста.</p> <p>Систематичность анализа инноваций в сфере здравоохранения при лечении пациентов с использованием передовых технологий, своевременность применения их в своей профессиональной деятельности.</p> <p>Соответствие отношения к представителям других национальностей, вероисповеданий и культур, лицам, принадлежащим к различным социальным слоям общества, к ветеранам всех войн, бережное отношение к историческому наследию своего народа и народов других национальностей и государств нормам морали.</p>		
---	--	--	--	--

	<p>родильное отделение;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- обеспечение рецептами на лекарственные препараты;</li> <li>- направление пациентов в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, при наличии медицинских показаний;</li> <li>- ведение физиологических родов;</li> <li>- проведение динамического наблюдения за пациентом при высоком риске развития хронических заболеваний и при хронических заболеваниях и (или) состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, по назначению врача;</li> <li>- посещение пациентов на дому с целью динамического наблюдения за состоянием пациентов, течением заболевания, проведения измерения и оценки показателей жизнедеятельности пациентов в динамике, интерпретации полученных данных;</li> <li>- проведение экспертизы временной нетрудоспособности в соответствии с нормативными правовыми актами;</li> <li>- оформление и выдача пациенту листка временной нетрудоспособности, в том числе в форме электронного документа;</li> <li>- подготовка документов для направления пациента на медико-социальную экспертизу в соответствии с нормативными</li> </ul>	<p>Ответственность по отношению к окружающему миру, живой природе, обществу, ответственность за высказывания и поступки, отношение к каждому человеку как к личности, включая пациентов в соответствии с нормами профессиональной этики.</p> <p>Четкость соблюдения техники безопасности, инфекционной безопасности, личной безопасности при работе с пациентами, обеспечение безопасности для пациентов в соответствии с нормативными документами.</p> <p>Рациональное, грамотное отношение к собственному здоровью с использованием профессиональных знаний и умений.</p>		
--	---	---	--	--

	<p>правовыми актами. Поиск необходимой информации. Использование различных источников информации, включая электронные.</p>			
--	--	--	--	--

Результаты (объекты оценивания)	Показатели оценки результатов	Критерии оценки	Тип задания	Форма аттестации
<p><b>Практические занятия</b></p> <p><b>ПК 2.1.</b> Проводить обследование пациентов с целью диагностики неосложненных острых заболеваний и (или) состояний, хронических заболеваний и</p>	<p>Правильное ведение амбулаторного приема и посещение пациентов на дому; - сбор жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей); - проведение осмотра, физикального и функционального обследования пациента, оценки состояния</p>	<p>Оценка освоения практических умений оценки неотложных состояний и травм. Решение ситуационных задач. Оценка деятельности при оказании помощи пациенту реальному или имитируемому при неотложных состояниях и травмах с соблюдением мер инфекционной безопасности. Оценка планирования оказания помощи при</p>	<p><b>ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №1</b></p> <p>1. Методы обследования в акушерстве и их диагностическое значение. -Индивидуальный устный (фронтальный) опрос; - Тестовые задания; - Клинические задачи; - Стандарты технологий оказания медицинских услуг</p> <p><b>ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №2 - 4</b></p> <p>Диагностика и ведение</p>	<p>Текущий контроль</p>

<p>их обострений, травм, отравлений</p> <p><b>ПК 2.2.</b> Назначать и проводить лечение неосложненных острых заболеваний и (или) состояний, хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений</p> <p><b>ПК2.3.</b> Осуществлять динамическое наблюдение за пациентом при хронических заболеваниях и (или) состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента</p> <p><b>ПК 2.4.</b> Проводить экспертизу временной нетрудоспособности в соответствии с нормативными и правовыми актами</p> <p><b>ОК 01.</b> Выбирать</p>	<p>здоровья пациента;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- формулирование предварительного диагноза, основанного на результатах анализа жалоб, анамнеза и данных объективного обследования пациента;</li> <li>- составление плана обследования пациента, а также направление пациента для его прохождения;</li> <li>- интерпретация информации, полученной от пациента, результатов физикального обследования, результатов инструментальных и лабораторных обследований, с учетом возрастных особенностей и наличия заболеваний;</li> <li>- проведение диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний и (или) состояний хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений;</li> <li>- направление пациента для консультаций к участковому врачу-терапевту, врачу общей практики (семейному врачу), участковому врачу-педиатру и врачам-специалистам;</li> <li>- проведение осмотра беременных женщин в случае физиологически протекающей беременности и направление на пренатальный скрининг для формирования групп риска по хромосомным нарушениям и врожденным anomalies (порокам развития) у плода;</li> <li>- определение</li> </ul>	<p>воздействии на организм токсических и ядовитых веществ (самостоятельно и в бригаде). Оценка планирования оказания помощи при воздействии на организм токсических и ядовитых веществ (самостоятельно и в бригаде).</p> <p>Оценка планирования мероприятий по защите пациентов от негативных воздействий при чрезвычайных ситуациях. Оценка планирования оказания первой и медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях. Оценка планирования Медицинской сортировки пораженных.</p> <p>Оценка взаимодействия в условиях учебной игры</p> <p>Демонстрация устойчивого интереса к профессии</p> <p>Эффективность выбора и применения методов и способов решения профессиональных задач в сфере здравоохранения при лечении пациентов, проведении диагностических и реабилитационных мероприятий. Объективность анализа и оценки эффективности и качества собственной профессиональной деятельности.</p>	<p>физиологической беременности.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Индивидуальный устный (фронтальный) опрос;</li> <li>- Тестовые задания;</li> <li>- Клинические задачи;</li> <li>- Стандарты технологий оказания медицинских услуг</li> </ul> <p><b>ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №5-6</b></p> <p>Проведение диагностических мероприятий и планирование лечения токсикоза беременных, маловодия..</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Индивидуальный устный (фронтальный) опрос;</li> <li>- Тестовые задания;</li> <li>- Клинические задачи;</li> <li>- Стандарты технологий оказания медицинских услуг</li> </ul> <p><b>ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №7</b></p> <p>Методика акушерского пособия в родах.- Индивидуальный устный (фронтальный) опрос;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Тестовые задания;</li> <li>- Клинические задачи;</li> <li>- Стандарты технологий оказания медицинских услуг</li> </ul> <p><b>ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №8</b></p> <p>Физиологические роды. Роды вне лечебного учреждения.- Индивидуальный устный (фронтальный) опрос;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Тестовые задания;</li> <li>- Клинические задачи;</li> <li>- Стандарты технологий оказания медицинских услуг</li> </ul> <p><b>ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №9</b></p> <p>Физиологические роды и послеродовый период. - Индивидуальный устный (фронтальный) опрос;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Тестовые задания;</li> <li>- Клинические задачи;</li> <li>- Стандарты технологий оказания медицинских услуг</li> </ul>
--	---	---	---

<p>способы решения задач профессиональной деятельности применительно к различным контекстам</p> <p><b>ОК 02.</b> Использовать современные средства поиска, анализа и интерпретации информации, и информационные технологии для выполнения задач профессиональной деятельности</p> <p><b>ОК 04.</b> Эффективно взаимодействовать и работать в коллективе и ком</p> <p><b>ОК 05.</b> Осуществлять устную и письменную коммуникацию на государственном языке Российской</p>	<p>медицинских показаний для оказания первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, а также паллиативной помощи;</p> <p>- выявление предраковых заболеваний и злокачественных новообразований, визуальных и пальпаторных локализаций и направление пациентов с подозрением на злокачественное образование и с предраковыми заболеваниями в первичный онкологический кабинет медицинской организации в соответствии с порядком оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»;</p> <p>- составление плана лечения пациентов с хроническими неосложненными заболеваниями и (или) состояниями и их обострениями, травмами, отравлениями;</p> <p>- назначение немедикаментозного лечения с учетом диагноза и клинической картины заболеваний и (или) состояний;</p> <p>- оценка эффективности и безопасности немедикаментозного лечения;</p> <p>- отпуск и применение лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, в случае</p>	<p>Грамотность решения стандартных и нестандартных профессиональных задач в сфере здравоохранения при лечении пациентов различных возрастов, при различной патологии и в различных ситуациях.</p> <p>Объективность анализа собственной профессиональной деятельности, готовность нести за нее ответственность.</p> <p>Результативность, эффективность поиска необходимой информации, использование различных источников информации, включая электронные.</p> <p>Грамотность при работе с персональным компьютером, Интернетом, другими электронными носителями на уровне пользователя.</p> <p>Конструктивность, эффективность, результативность взаимодействия с обучающимися, преподавателями и представителями практического здравоохранения в ходе обучения, взаимодействие с пациентами и их родственниками с соблюдением принципов профессиональной этики</p> <p>Объективность анализа собственной профессиональной деятельности и деятельности коллег, готовность отвечать за результаты коллективной деятельности.</p> <p>Эффективность работы в команде, взаимодействия с обучающимися и преподавателями, с коллегами по работе,</p>	<p><b>ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №10-11</b></p> <p>Проведение диагностических мероприятий и планирование лечения при осложнениях родов и послеродового периода.- Индивидуальный устный (фронтальный) опрос;</p> <p>- Тестовые задания;</p> <p>- Клинические задачи;</p> <p>- Стандарты технологий оказания медицинских услуг</p> <p><b>ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №12</b></p> <p>Аномалии родовой деятельности.</p> <p>Обезболивание родов.</p> <p>-Индивидуальный устный (фронтальный) опрос;</p> <p>- Тестовые задания;</p> <p>- Клинические задачи;</p> <p>- Стандарты технологий оказания медицинских услуг</p> <p><b>ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №13</b></p> <p>Внематочная беременность -</p> <p>Индивидуальный устный (фронтальный) опрос;</p> <p>- Тестовые задания;</p> <p>- Клинические задачи;</p> <p>- Стандарты технологий оказания медицинских услуг</p> <p><b>ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №14</b></p> <p>Преждевременные роды</p> <p>-Индивидуальный устный (фронтальный) опрос;</p> <p>- Тестовые задания;</p> <p>- Клинические задачи;</p> <p>- Стандарты технологий оказания медицинских услуг</p> <p><b>ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №15-16</b></p> <p>Акушерский травматизм. -</p> <p>Индивидуальный устный (фронтальный) опрос;</p> <p>- Тестовые задания;</p>	
--	---	--	---	--

<p>Федерации с учетом особенностей социального и культурного контекста</p> <p><b>ОК 07.</b> Содействовать сохранению окружающей среды, ресурсосбережению, применять знания об изменении климата, принципы бережливого производства, эффективно действовать в чрезвычайных ситуациях</p> <p><b>ОК 09.</b> Пользоваться профессиональной документацией на государственном и иностранном языках.</p>	<p>возложения на фельдшера отдельных функций лечащего врача пациентам, нуждающимся в лечении и обезболивании;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- реализация лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи;</li> <li>- направление пациентов с хроническими заболеваниями, в том числе состоящих под диспансерным наблюдением, к участковому врачу-терапевту, врачу общей практики (семейному врачу) или участковому врачу-педиатру и врачам-специалистам с целью коррекции лечения и плана диспансерного наблюдения;</li> <li>- обеспечение своевременной госпитализации пациентов, нуждающихся в оказании стационарной медицинской помощи, в том числе женщин с патологией беременности, а также медицинской эвакуации рожениц и родильниц в родильное отделение;</li> <li>- обеспечение рецептами на лекарственные препараты;</li> <li>- направление пациентов в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, при наличии медицинских показаний;</li> <li>- ведение физиологических родов;</li> <li>- проведение</li> </ul>	<p>готовность нести ответственность за результат коллективного труда.</p> <p>Результативность, рациональность организации самостоятельных занятий при изучении профессионального модуля, обоснованность плана самообразования с планом саморазвития и постановкой целей и задач на ближайшее и отдаленное будущее, выбора траектории профессионального роста.</p> <p>Систематичность анализа инноваций в сфере здравоохранения при лечении пациентов с использованием передовых технологий, своевременность применения их в своей профессиональной деятельности.</p> <p>Соответствие отношения к представителям других национальностей, вероисповеданий и культур, лицам, принадлежащим к различным социальным слоям общества, к ветеранам всех войн, бережное отношение к историческому наследию своего народа и народов других национальностей и государств нормам морали.</p> <p>Ответственность по отношению к окружающему миру, живой природе, обществу, ответственность за высказывания и поступки, отношение к каждому человеку как к личности, включая пациентов в соответствии с нормами профессиональной этики.</p> <p>Четкость соблюдения техники безопасности, инфекционной безопасности, личной безопасности при работе с пациентами, обеспечение</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Клинические задачи;</li> <li>- Стандарты технологий оказания медицинских услуг</li> </ul> <p><b>ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №17</b></p> <p>Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия в период беременности, родов и в послеродовый период.. -Индивидуальный устный (фронтальный) опрос;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Тестовые задания;</li> <li>- Клинические задачи;</li> <li>- Стандарты технологий оказания медицинских услуг</li> </ul> <p><b>ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №17</b></p> <p>Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия в период беременности, родов и в послеродовый период.. -Индивидуальный устный (фронтальный) опрос;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Тестовые задания;</li> <li>- Клинические задачи;</li> <li>- Стандарты технологий оказания медицинских услуг</li> </ul> <p><b>ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №18</b></p> <p>Методы исследования и диагностики в гинекологии. Индивидуальный устный (фронтальный) опрос;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Тестовые задания;</li> <li>- Клинические задачи;</li> <li>- Стандарты технологий оказания медицинских услуг</li> </ul> <p><b>ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №19</b></p> <p>Менструальный цикл. Регуляция. Диагностика и лечение нарушений менструального цикла.. Индивидуальный устный (фронтальный) опрос;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Тестовые задания;</li> <li>- Клинические задачи;</li> <li>- Стандарты технологий оказания медицинских услуг</li> </ul>	
---	---	--	---	--

	<p>динамического наблюдения за пациентом при высоком риске развития хронических заболеваний и при хронических заболеваниях и (или) состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, по назначению врача;</p> <p>- посещение пациентов на дому с целью динамического наблюдения за состоянием пациентов, течением заболевания, проведения измерения и оценки показателей жизнедеятельности пациентов в динамике, интерпретации полученных данных;</p> <p>- проведение экспертизы временной нетрудоспособности в соответствии с нормативными правовыми актами;</p> <p>- оформление и выдача пациенту листка временной нетрудоспособности, в том числе в форме электронного документа;</p> <p>- подготовка документов для направления пациента на медико-социальную экспертизу в соответствии с нормативными правовыми актами. Поиск необходимой информации. Использование различных источников информации, включая электронные.</p>	<p>безопасности для пациентов в соответствии с нормативными документами.</p> <p>Рациональное, грамотное отношение к собственному здоровью с использованием профессиональных знаний и умений.</p>	<p>услуг</p> <p><b>ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №20 - 21</b></p> <p>Проведение диагностических мероприятий и планирование лечения воспалительных гинекологических заболеваний...</p> <p>Индивидуальный устный (фронтальный) опрос;</p> <p>- Тестовые задания;</p> <p>- Клинические задачи;</p> <p>- Стандарты технологий оказания медицинских услуг</p> <p><b>ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №22 - 23</b></p> <p>Проведение диагностических мероприятий и планирование лечения невоспалительных гинекологических заболеваний...</p> <p>Индивидуальный устный (фронтальный) опрос;</p> <p>- Тестовые задания;</p> <p>- Клинические задачи;</p> <p>- Стандарты технологий оказания медицинских услуг</p> <p><b>ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №24</b></p> <p>Заболевания, передающиеся половым путем</p> <p>Индивидуальный устный (фронтальный) опрос;</p> <p>- Тестовые задания;</p> <p>- Клинические задачи;</p> <p>- Стандарты технологий оказания медицинских услуг</p> <p><b>ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №25</b></p> <p>Доброкачественные заболевания шейки матки</p> <p>- Индивидуальный устный (фронтальный) опрос;</p> <p>- Тестовые задания;</p> <p>- Клинические задачи;</p> <p>- Стандарты технологий оказания медицинских услуг</p>	
--	--	--	--	--

			<p><b>ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №26 - 27</b></p> <p>Онкологические заболевания женских половых органов и молочных желез          .-Индивидуальный устный (фронтальный) опрос;          - Тестовые задания;          - Клинические задачи;          - Стандарты технологий оказания медицинских услуг</p> <p><b>ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №28</b></p> <p>Планирование семьи. Контрацепция.-          Индивидуальный устный (фронтальный) опрос;          - Тестовые задания;          - Клинические задачи;          - Стандарты технологий оказания медицинских услуг</p> <p><b>ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №29</b></p> <p>Планирование семьи. Бесплодный брак.          -Индивидуальный устный (фронтальный) опрос;          - Тестовые задания;          - Клинические задачи;          - Стандарты технологий оказания медицинских услуг</p>	
--	--	--	--	--

## ЛИТЕРАТУРА

Основная	Дополнительная
<p>1. Радзинский, В. Е. Акушерство : учебник / под ред. Радзинского В. Е. , Фукса А. М. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1056 с. - ISBN 978-5-9704-6028-3. - Текст : электронный // URL : <a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460283.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460283.html</a></p> <p>2. Радзинский, В. Е. Гинекология : учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 400 с. : ил. - 400 с. - ISBN 978-5-9704-5648-4. - Текст : электронный // URL : <a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456484.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456484.html</a></p>	<p>1. Айламазян Э. К. Акушерство. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Э. К. Айламазяна, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 608 с.</p> <p>2. Акушерство: национальное руководство/под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1080с. - ISBN 978-5-9704-66-32-2. - Текст: непосредственный.</p> <p>3. Папаян Е.Г., Ежова О.Л. Оказание неотложной медицинской помощи детям на догоспитальном этапе. - Санкт_Петербург: Лань, 2021.</p>



периода.

Теоретическое занятие 25. Осложнения родов и послеродового периода.

Теоретическое занятие 26. Осложнения родов и послеродового периода.

Теоретическое занятие 27. Диагностика и лечение невоспалительных гинекологических заболеваний.

Теоретическое занятие 28. Диагностика и лечение невоспалительных гинекологических заболеваний.

Теоретическое занятие 29. Диагностика и лечение невоспалительных гинекологических заболеваний.

Теоретическое занятие 30. Диагностика и лечение невоспалительных гинекологических заболеваний.

Теоретическое занятие 31. Диагностика и лечение невоспалительных гинекологических заболеваний.

Теоретическое занятие 32. Диагностика и лечение невоспалительных гинекологических заболеваний.

Теоретическое занятие 33. Диагностика и лечение невоспалительных гинекологических заболеваний.

Теоретическое занятие 34. Диагностика и лечение воспалительных гинекологических заболеваний.

Теоретическое занятие 35. Диагностика и лечение воспалительных гинекологических заболеваний.

Теоретическое занятие 36. Диагностика и лечение воспалительных гинекологических заболеваний.

Теоретическое занятие 37. Диагностика и лечение воспалительных гинекологических заболеваний.

Теоретическое занятие 38. Диагностика и лечение воспалительных гинекологических заболеваний.

Практическое занятие 1. Методы обследования в акушерстве и их диагностическое значение.

Практическое занятие 2. Диагностика и ведение физиологической беременности.

Практическое занятие 3. Диагностика и ведение физиологической беременности.

Практическое занятие 4. Диагностика и ведение физиологической беременности.

Практическое занятие 5. Проведение диагностических мероприятий и планирование лечения токсикоза беременных, маловодия.

Практическое занятие 6. Проведение диагностических мероприятий и планирование лечения токсикоза беременных, маловодия.

Практическое занятие 7. Методика акушерского пособия в родах.

- Практическое занятие 8. Физиологические роды. Роды вне лечебного учреждения.
- Практическое занятие 9. Физиологические роды и послеродовый период.
- Практическое занятие 10. Проведение диагностических мероприятий и планирование лечения при осложнениях родов и послеродового периода.
- Практическое занятие 11. Проведение диагностических мероприятий и планирование лечения при осложнениях родов и послеродового периода.
- Практическое занятие 12. Аномалии родовой деятельности. Обезболивание родов.
- Практическое занятие 13. Внематочная беременность.
- Практическое занятие 14. Преждевременные роды.
- Практическое занятие 15. Акушерский травматизм.
- Практическое занятие 16. Акушерский травматизм.
- Практическое занятие 17. Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия в период беременности, родов и в послеродовый период.
- Практическое занятие 18. Методы исследования и диагностики в гинекологии.
- Практическое занятие 19. Менструальный цикл. Регуляция. Диагностика и лечение нарушений менструального цикла.
- Практическое занятие 20. Проведение диагностических мероприятий и планирование лечения воспалительных гинекологических заболеваний.
- Практическое занятие 21. Проведение диагностических мероприятий и планирование лечения воспалительных гинекологических заболеваний.
- Практическое занятие 22. Проведение диагностических мероприятий и планирование лечения невоспалительных гинекологических заболеваний.
- Практическое занятие 23. Проведение диагностических мероприятий и планирование лечения невоспалительных гинекологических заболеваний.
- Практическое занятие 24. Заболевания, передающиеся половым путем.
- Практическое занятие 25. Доброкачественные заболевания шейки матки.
- Практическое занятие 26. Онкологические заболевания женских половых органов и молочных желез.
- Практическое занятие 27. Онкологические заболевания женских половых органов и молочных желез.
- Практическое занятие 28. Планирование семьи. Контрацепция.
- Практическое занятие 29. Планирование семьи. Бесплодный брак.

## **2. Комплект оценочных средств**

### **2.1. Теоретические задания**

**Сборник лекций (прилагаются)**

### **2.2. Практические задания**

**сборник ситуационных задач к каждой теме (прилагаются)**

**сборник для проведения тестового контроля (прилагаются)**

## **Практическое занятие 1 Методы обследования в акушерстве и их диагностическое значение.**

Практическое занятие 1 Фронтальный опрос.

- 1) Субъективные и объективные методы обследования беременной женщины.
- 2) Общий осмотр женщины.
- 3) Методы обследования беременной.
- 4) Методы экспресс – диагностики беременности.
- 5) Приемы наружного и внутреннего исследования.
- 6) Наружные размеры таза.
- 7) Определение предполагаемой даты родов.
- 8) Медицинская документация для беременной и правила ее заполнения.

2. Тестирование

### **К теме: “Диагностика беременности”**

1. Укажите сомнительные признаки беременности:

Ответы:

1. вкусовые прихоти
2. увеличение молочных желез
3. увеличение матки
4. признак Гегара

2. Укажите вероятные признаки беременности:

Ответы:

1. рвота
2. пигментация кожи
3. прекращение менструации
4. УЗИ плода

3. Укажите достоверный признак беременности:

Ответы:

1. выслушивание сердцебиения плода
2. признак Снегирева
3. признак Пискачека
4. иммунологические пробы

4. Экспресс анализ на беременность заключается в определении:

Ответы:

1. прогестерона
2. гормонов гипофиза
3. эстрогенных гормонов
4. хорионического гонадотропина

5. Иммунологические пробы на беременность - это:

Ответы:

1. биологические реакции
2. вероятные признаки
3. реакции пассивной гемагглютинации
4. достоверные признаки

6. Позиция плода - это:

Ответы:

1. отношение спинки плода к плоскостям таза
2. отношение спинки плода к боковым сторонам матки
3. положение спинки плода по отношению к передней и задней стенке матки.

7. Положение плода - это:

Ответы:

1. отношение продольной оси плода к продольной оси матки
2. отношение стенки плода к стенке матки
3. отношение головки к плоскостям таза

**Эталоны ответов**

**ТЕМА: ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ**

1 – 1

2 – 3

3 – 1

4 – 4

5 – 2, 3

6 – 2

7 – 1

### Задача № 1

Первородящая 28 лет поступает в акушерское отделение с жалобами на регулярные схватки через 5 минут по 35 секунд в течение двух часов.

Из анамнеза: беременность 2-ая, первая 4 года назад завершилась в сроке 7 недель искусственным абортom без осложнений. На диспансерном учете по поводу данной беременности состоит с 11 недель. С 30 недель беременности отмечает подъем артериального давления до 140/90 – 150/90 мм Нг. Прибавка веса составила 18 кг. Дано направление на госпитализацию, от которой женщина отказалась.

Общий анализ крови в сроке 30 недель: эритроциты  $4,1 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 136 г/л, гематокрит 37%, лейкоциты  $10,2 \times 10^9$  в л, тромбоциты  $198 \times 10^9$  в л, СОЭ 12 мм/ч. Общий анализ мочи: р 1017, лейкоциты 2-3 в поле зрения, белка нет.

Объективный осмотр: рост 160 см, вес 84 кг. Общее состояние средней тяжести. Самочувствие удовлетворительное. Жалоб нет. Кожные покровы обычной окраски, отеков нет. Пульс 80 в минуту, удовлетворительных свойств, ритмичный. Артериальное давление 170/110 мм Нг на левой руке и 160/100 мм Нг на правой. ВСДМ- 30 см. регулярные схватки через 5 минут по 35 секунд. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 136 – 140 в минуту, выслушивается слева ниже пупка. Околоплодные воды не изливались. Физиологические отправления в норме.

Влагалищное исследование: вход во влагалище нерожавшей, шейка матки гладкая, раскрытие маточного зева 4-5 см, края мягкие, средней толщины. Плодный пузырь цел, предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Мыс не достижим, экзостозов нет.

1. Диагноз.
2. Акушерская тактика.

### Дополнительные методы обследования к задаче № 1

1. Общий анализ мочи: р 1017, лейкоциты 3 – 4 п/зр, белок 6,5 г/л.
2. Общий анализ крови: эритроциты  $4,3 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 141 г/л, гематокрит 38%, лейкоциты  $10,2 \times 10^9/л$ , тромбоциты  $176 \times 10^9/л$ , СОЭ 10 мм/ч.
3. Биохимический анализ крови: общий белок 59 г/л, креатинин 98 ммоль/л, билирубин 18 г/л, АСТ 20 ЕД, АЛТ 26 ЕД.
4. КТГ 5. УЗИ: плод один, в головном предлежании, без аномалий, соответствует 35 неделям беременности (БПР 8,4см, ОЖ 29,8см, ДБ 6,3см). Расчетная масса 2400г. Сердцебиение (+), движение (+), дыхательные движения (-)

). Легкие плода «зрелой» эхоструктуры. Плацента II степени зрелости, расположена по передней стенке матки. Количество вод – нормальное.

### Эталон ответа к задаче № 1

1. Диагноз: Беременность II 35 недель, I период I преждевременных родов. Продольное положение, первая позиция, передний вид. Головное предлежание. Затылочное вставление. Тяжелая преэклампсия.

2. Консервативное ведение родов, используя принципы терапии В.В. Строганова – лечебно-охранительный режим, противосудорожная терапия, быстрое и бережное родоразрешение.

- Необходимо поместить роженицу в отдельную палату, приглушить свет, избегать громких разговоров, обезболить (оптимальный метод – перидуральная аналгезия).
- Проводить противосудорожную терапию с момента поступления роженицы в отделение в течение всего родового акта и 24 часа после родов. Дозировка сернокислого магния: нагрузочная – 20 мл 25% раствора в течение 20 минут инфузодомом (5г сухого вещества), поддерживающая – 25% раствор сульфата магния со скоростью 8 мл/час инфузодомом (2г сухого вещества в час). При проведении магниальной терапии необходима установка постоянного катетера в мочевой пузырь: диурез должен быть не менее 30 мл/час, контроль частоты дыхания.
- Учитывая чрезмерно повышенное артериальное давление необходимо проведение гипотензивной терапии: ганглиоблокаторы (пентамин 50-100 мг в/в), клофелин 0,015 мг под язык каждые 4-6 часов, нифедипин 10 мг под язык каждые 4-6 часов. Нельзя снижать давление ниже 140/90 мм Hg.
- Консервативное родоразрешение: амниотомия, кардиотокограмма как мониторинг состояния плода; профилактика кровотечения в/в капельным введением 5 ЕД окситоцина в 400 мл 0,9% раствора хлорида натрия в III периоде родов и раннем послеродовом периоде.

## **Практическое занятие 2 Диагностика и ведение физиологической беременности.**

### 1. Фронтальный опрос

- 1) Признаки беременности.
- 2) Определение срока беременности.
- 3) Лабораторные и инструментальные методы диагностики в акушерстве, их значение.
- 4) Лабораторные методы определения беременности.
- 5) Наружные размеры таза, их значение.
- 6) Крестцовый ромб и индекс А. Соловьева, их значение при диагностике.
- 7) Методы исследования беременных и рожениц.
- 8) Наружное акушерское обследование.
- 9) Внутреннее акушерское исследование.

### 2. Тестирование

#### **К теме: “Методы обследования беременных”.**

#### 1. Нормальные размеры большого таза женщины:

Ответы:

1. 23-27-31-20
2. 25-28-31-20
3. 25-28-31-18,5
4. 21-26-29-17
5. 26-29-32-16

#### 2. Нормальные размеры диагональной конъюгаты:

Ответы:

1. 11 см
2. 12 см
3. 10-13 см
4. не менее 13 см
5. больше 13 см

#### 3. Нормальные размеры истинной (акушерской) конъюгаты:

Ответы:

1. не менее 9 см
2. не менее 10 см
3. не менее 13 см

4. 11 см

4. Нормальные размеры ромба Михаэлиса:

Ответы:

1. прямой - 11 см

2. прямой - 15 см

3. поперечный - 9-10 см

4. поперечный - 12 см

5. косые - 10 см

5. Альфа-фетопротеин - это:

Ответы:

1. вещество, образующееся всегда в организме плода

2. вещество, которое значительно повышается при аномалиях развития плода

3. гликопротеид, образующийся при пузырьном заносе

6. Истинная конъюгата измеряется:

Ответы:

1. по диагональной конъюгате

2. непосредственно тазомером

3. по наружным размерам таза

4. по наружной конъюгате

7. Диагональная конъюгата измеряется:

Ответы:

1. при влагалищном исследовании

2. в сантиметрах

3. по ромбу Михаэлиса

4. тазомером

8. Четвертым приемом наружного акушерского исследования (прием Леопольда) определяют:

Ответы:

1. высоту дна матки

2. местонахождение головки по отношению к плоскостям малого таза

3. предлежащую часть

4. мелкие части плода

5. спинку плода

#### Эталоны ответов ТЕМА: МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ

1 – 2

2 – 4

3 – 4

4 – 1, 3

5 – 1, 2

6 – 1, 4

7 – 1, 2

8 – 2

**Задача № 1** Беременная 29 лет поступает в отделение патологии беременных в 32-33 недели гестации по направлению женской консультации. Данная беременность первая. На диспансерном учете состоит с 10 недель. Исходное артериальное давление 110/70 мм Hg. Прибавка веса за беременность 10 кг. С 29 недель отмечает повышение артериального давления до 130/90 – 140/90 мм Hg. Из сопутствующей патологии – хронический пиелонефрит с ремиссией в течение 5 лет. При поступлении жалоб не предъявляет. Объективно: кожные покровы обычной окраски. Отеки стоп, голеней. Артериальное давление 150/100 мм Hg на обеих руках. Матка в нормальном тонусе. Высота стояния дна матки 32 см, окружность живота 90 см. Положение плода продольное, предлежит головка, ограничено подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 – 144 в минуту, выслушивается слева ниже пупка. Физиологические отправления в норме. Влагалищное исследование: вход во влагалище нерожавшей, шейка длиной 2,5 см, по периферии размягчена, наружный зев пропускает кончик пальца, через своды пальпируется предлежащая часть – головка плода, находится над входом в малый таз, мыс не достижим, экзостозов нет.

1. Диагноз.
2. Акушерская тактика.

#### Дополнительные методы обследования к задаче № 1

1. УЗИ: плод один, в головном предлежании, без аномалий, соответствует 32 неделям беременности (БПР - 7,9 см, ОЖ –т 28,5 см, ДБ - 6,1 см) Расчетная масса 1900 г. Сердцебиение (+), движение (+), дыхательные движения (+). Легкие плода «переходной» эхоструктуры. Плацента I степени зрелости, расположена по задней стенке матки. Количество вод – нормальное. Шейка матки 2,7 см, цервикальный канал закрыт.

2. КТГ:
3. Общий анализ крови: эритроциты  $3,3 \times 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобин 118 г/л, гематокрит 33%, лейкоциты  $12,3 \times 10^9/\text{л}$ , тромбоциты  $276 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ 22 мм/ч.
4. Биохимический анализ крови: общий белок 66 г/л, креатинин 78 ммоль/л, билирубин 14 г/л, АСТ 18 ЕД, АЛТ 10 ЕД.
5. Общий анализ мочи: р 1011, лейкоциты 3 – 4 п/зр, белок 0,8 г/л.
6. Консультация окулиста: глазное дно без патологических изменений.
7. ЭКГ: норма

### Эталон ответа к задаче № 1

1. Беременность 32-33 недели, первая. Продольное положение, головное предлежание. Первая позиция, передний вид. Умеренная преэклампсия. Хронический пиелонефрит, ремиссия. Зрелость шейки матки 4 балла.
2. Тактика: динамическое наблюдение за беременной и плодом; проведение профилактики синдрома дыхательных расстройств дексаметазоном 12 мг в/м через 12 часов №3, обычный пищевой и питьевой режимы, периодический контроль артериального давления (четыре раза в день), протеинурии (не реже 1 раза в сутки), КТГ не реже 1 раза в 2 – 3 дня.
3. При достижении срока беременности 35 недель или при ухудшении состояния матери и плода – рассмотреть возможность родоразрешения, способ которого определяется акушерской ситуацией (преимущественно консервативное).

### **Практическое занятие 3 Диагностика и лечение осложнений беременности**

#### 1. Фронтальный опрос

1. Критические периоды развития эмбриона и плода.
2. Группы факторов, влияющих на плод.
3. Взаимодействие системы мать-плод.
4. Понятие о фетоплацентарном барьере, его роль в сохранении беременности.
5. Эмбриопатии.
6. Фетопатии.

#### 2. Тестирование

#### **К теме: “ Физиологическая беременность”.**

##### 1. Физиологическая беременность - это:

Ответы:

1. период созревания яйцеклетки
2. время превращения яйцеклетки в зрелый плод
3. физиологический процесс созревания оплодотворенной яйцеклетки
4. физиологический процесс в организме женщин, в результате которого из оплодотворенной яйцеклетки развивается плод

##### 2. Укажите необходимые лечебно-оздоровительные мероприятия при физиологической беременности:

Ответы:

1. соблюдение гигиены
2. рациональное питание
3. физиопсихопрофилактическая подготовка к родам
4. утренняя гимнастика
5. плавание

##### 3. Прибавка массы тела в I половине беременности составляет:

Ответы:

1. 400-500 гр. в неделю
2. 200-300 гр. в неделю
3. 100-200 гр. в неделю
4. 800 гр. в неделю

##### 4. Средняя продолжительность беременности составляет:

Ответы:

1. 220 дней
2. 250 дней
3. 280 дней
4. 360 дней
5. 40 недель
5. Срок беременности определяют по:

Ответы:

1. анамнезу
2. сомнительным признакам
3. УЗИ
4. вероятным признакам
5. по длине плода
6. по величине матки

### **Эталоны ответов ТЕМА: ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ**

1 – 4

2 – 1, 2, 3

3 – 2

4 – 3, 5

5 – 1, 3, 5, 6

**Задача № 1** В акушерскую клинику доставлена повторнородящая женщина 32 лет с жалобами на головную боль, мелькание «мушек» перед глазами, снижение двигательной активности плода в течение последних суток.

Из анамнеза: на диспансерном учете по беременности не состоит. Данная беременность четвертая. В анамнезе два искусственных аборта в сроке до 12 недель без осложнений и преждевременные роды в сроке 34 недели 3 года назад (ребенок жив). По первому дню последней менструации срок беременности составляет 36 недель. Объективно: общее состояние тяжелое, заторможена. Кожные покровы бледные, отеков нет. Пульс 88 в минуту, удовлетворительных свойств, ритмичный. Артериальное давление 170/110 мм Hg на левой руке и 160/90 мм Hg на правой. Высота стояния дна матки 28 см, окружность живота 88 см. Матка при осмотре тонизируется. Предлежит головка, над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное 130 в минуту, выслушивается справа ниже пупка. Воды не изливались. Физиологические отправления в норме. Влагалищное исследование: вход во влагалище рожавшей, шейка матки длиной 1,5 см, полностью размягчена, цервикальный канал проходим для одного пальца за внутренний зев, плодный пузырь цел, предлежит головка, над входом в малый таз, мыс не достижим, экзостозов нет.

1. Диагноз.
2. Акушерская тактика.

### Дополнительные методы обследования к задаче № 1

1. УЗИ: плод один, в головном предлежании, без аномалий развития, соответствует 30 неделям беременности (БПР - 7,5 см, ОЖ - 26,1 см, ДБ - 5,6 см) Расчетная масса 1600 г. Сердцебиение (+), движение (-), дыхательные движения (-). Легкие плода «зрелой» эхоструктуры. Плацента III степени зрелости, расположена в теле матки спереди. Количество вод снижено (индекс амниотической жидкости 5,0 см). Шейка матки 2,2 см, цервикальный канал закрыт.
2. Допплерометрия маточно- и фетоплацентарного кровотока: правая маточная артерия: С/Д 3,4, ИР 0,67, ПИ 1,39, дикротическая выемка; левая маточная артерия: С/Д 3,2, ИР 0,72, ПИ 1,42, дикротическая выемка; артерия пуповины: С/Д 3,0, ИР 0,7, ПИ 1,51.
3. КТГ 4. Общий анализ крови: эритроциты  $4,3 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 138 г/л, гематокрит 36%, лейкоциты  $11,7 \times 10^9/л$ , тромбоциты  $212 \times 10^9/л$ , СОЭ 10 мм/ч.
5. Биохимический анализ крови: общий белок 56 г/л, креатинин 96 мкмоль/л, мочевины 8,8 мкмоль/л, билирубин 9,5 мкмоль/л, АСТ 34 ЕД, АЛТ 56 ЕД.
6. Общий анализ мочи: р 1014, лейкоциты 6 – 7 п/зр, эритроциты 3 – 4 п/зр, белок 5,8 г/л, эпителий (+)
7. Консультация окулиста: ангиоспазм сосудов сетчатки.
8. ЭКГ: норма

### Эталон ответа к задаче № 1

1. Беременность IV 36 недель. Предстоящие 2 роды. Продольное положение. Головное предлежание. Вторая позиция, передний вид. Тяжелая преэклампсия. Внутриутробная задержка роста плода. Нарушение маточно-плацентарного и фето-плацентарного кровотока. Гипоксия плода. Маловодие. ОАА. Зрелость шейки матки 10 баллов.
2. Экстренное абдоминальное родоразрешение по показаниям – гипоксия плода. Одновременно: а. Проводить противосудорожную терапию с момента поступления роженицы в отделение до суток послеродового периода. Дозировка сернокислого магния: нагрузочная – 20 мл 25% раствора в течение 20 минут инфузодомом (5г сухого вещества), поддерживающая – 25% раствор сульфата магния со скоростью 8 мл/час инфузодомом (2г сухого вещества в час). При проведении магниальной терапии необходима установка постоянного катетера в мочевой пузырь, контроль частоты дыхания.  
б. Учитывая чрезмерно повышенное артериальное давление необходимо проведение гипотензивной терапии: ганглиоблокаторы (пентамин 50-100 мг в/в), клофелин 0,015 мг под язык каждые 4-6 часов, нифедипин 10 мг под язык каждые 4-6 часов. Нельзя снижать давление ниже 140/90 мм Нг.  
с. Объем инфузионной терапии не более 1-1,5 л/сут, введения диуретиков следует избегать: возможно применение после родов при олигоурии.

## **Практическое занятие 4 Диагностика и лечение осложнений беременности**

### **1. Фронтальный опрос.**

- 1) Роль диспансерного наблюдения в профилактике беременности.
- 2) Группы риска при беременности.
- 3) Знакомство с лабораторными и инструментальными методами диагностики в акушерстве.
- 4) Измерение роста, веса, артериального давления.
- 5) Ультразвуковое доплеровское исследование маточных артерий с определением пульсационного индекса.
- 6) Трансвагинальная ультразвуковая цервикометрия.

## **2. Тестирование Пропедевтика и диагностика в акушерстве и гинекологии**

### **1. ИНДЕКС СОЛОВЬЕВА**

1. окружность запястья
2. прямой размер малого таза
3. поперечный размер малого таза
4. окружность таза

### **2. ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК БЕРЕМЕННОСТИ**

1. ощущение шевеления плода
2. задержка менструации
3. выделение молозиво
4. нагрубание молочных желез

### **3. ЕЖЕМЕСЯЧНАЯ ПРИБАВКА ВЕСА БЕРЕМЕННОЙ ПОСЛЕ 30 НЕДЕЛЬ**

1. 500,0
2. до 1 кг
3. 600,0
4. до 3 кг

### **4. НА КАКОМ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ ВЫСОТА ДНА МАТКИ СОСТАВЛЯЕТ 32 СМ**

1. 24 недели
2. 30 недель
3. 26 недель
4. 36 недель

### **5. ПРЕДВЕСТНИКИ РОДОВ**

1. отхождение околоплодных вод
2. беременность достигает до 39-40 недельного срока
3. появляется боли внизу живота, опускается дно матки
4. учащается швеление плода

**6. К СОМНИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСЯТСЯ**

1. головные боли, головокружения, задержка менструации
2. пигментация кожи, выделение молозива
3. пигментация кожи, изменение в нервной системе, нарушение аппетита и обоняния
4. пигментация кожи, нарушение аппетита, увеличение матки

**7. ШЕВЕЛЕНИЕ ПЛОДА У ПЕРВОБЕРЕМЕННЫХ ОЩУЩАЕТСЯ НА СРОКЕ**

1. 16-18 недель
2. 24 недели
3. 26 недель
4. 20 недель

**8. ШЕВЕЛЕНИЕ ПЛОДА У ПОВТОРНОБЕРЕМЕННЫХ ОЩУЩАЕТСЯ НА СРОКЕ**

1. 19-20 недель
2. 22 недели
3. 24 недели
4. 18 недель

**9. ОПРЕДЕЛИТЕ СРОК РОДОВ ПО НЕГЕЛЕ, ЕСЛИ ПОСЛЕДНЯЯ МЕНСТРУАЦИЯ У ЖЕНЩИНЫ БЫЛА 1 АПРЕЛЯ**

1. 8 января
2. 8 марта
3. 8 февраля
4. 18 марта

**10. ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД НАЧИНАЕТСЯ**

1. с 22 недель беременности
2. с 32 недель
3. с 30 недель
4. с 12 недель

**11. СРОК РОДОВ ПО ФОРМУЛЕ НЕГЕЛЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

1. в первый день швеления плода прибавляется 22 недели
2. от первого дня последней менструации отнимается 3 месяца и прибавляется 7 дней
3. от дня последней менструации отнимается 2 месяца и прибавляется 7 дней
4. в первый день последней менструации прибавляется 9 месяцев

**12. К АКУШЕРСКОМУ МЕТОДУ НАРУЖНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОСИТСЯ**

1. метод Жордания
2. метод Леопольда - Левицкого
3. метод Негеля
4. метод Рудакова

**13. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БЕРЕМЕННОСТИ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ**

1. 36-42 недели
2. 40-42 недели
3. 40 недель
4. 32-40 недели

**14. ПРИ КАКОМ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ РАЗМЕР МАТКИ СООТВЕТСТВУЕТ РАЗМЕРУ С ЖЕНСКИЙ КУЛАК**

1. 12 недель
2. 14 недель
3. 8 недель
4. 16 недель

**15. ФОРМА ШЕЙКИ МАТКИ У НЕРОЖАВШИХ**

1. цилиндрическая
2. у всех женщин конусовидная
3. округлой формы
4. конусовидная

**16. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

1. отсутствие менструации
2. увеличение плода
3. пигментация кожных покровов
4. выслушивание сердцебиения плода

**17. НОРМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ПРИ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.**

1. 0,5 - 1,5 литра
2. 3 - 4 литра
3. 5 - 6 литров
4. более 6 литров

**18. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ВЕС ПЛОДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО МЕТОДУ**

1. Рудакова
2. Апгар
3. Леопольда
4. Соловьева

**19. К ОСНОВНОМУ ПРИЗНАКУ АНАТОМИЧЕСКОГО УЗКОГО ТАЗА ОТНОСИТСЯ**

1. маленький размер индекса Соловьева
2. уменьшенный размер наружной конъюгаты
3. рост беременной 150 см
4. крупное телосложение

**20. СЕРДЦЕБИЕНИЕ ПЛОДА ПРИ 1 ПОЗИЦИИ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ**

1. справа от пупка
2. слева от пупка
3. выше пупка
4. над лоном

**21. ДИСТАНЦИЯ СПИНАРУМ (DISTANCIA SPINARUM) РАВНА**

1. 20-21 см
2. 28-29 см
3. 25-26 см
4. 30-31 см

**22. ДИСТАНЦИЯ ТРОХАНТЕРИКА (DISTANCIA TROCHANTERICA) РАВНА**

1. 20-21 см
2. 28-29 см
3. 30-31 см
4. 25-26 см

**23. РАЗМЕР НАРУЖНОЙ КОНЪЮГАТЫ**

1. 28-29 см
2. 25-26 см
3. 30-31 см
4. 20-21 см

**24. В СОСТАВ ПОСЛЕДА ВХОДИТ**

1. плацента
2. плацента и пуповина
3. плаценты и оболочки
4. плацента, пуповина и оболочки плода

**25. СИМПТОМЫ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ КЛИНИЧЕСКОГО УЗКОГО ТАЗА**

1. сильная конфигурация головки продолжительные роды
2. симптом Вастена "вровень"
3. нарушается сердцебиение плоды
4. внутриутробная гипоксия плоды

**26. ГРАВИ-ТЕСТ ОСНОВАН НА**

1. определение хорионгонадотропина в моче
2. определение эксрадиола в моче
3. определение сткритых отеков
4. определение срока овуляции

**27. МЕСТО ВЫСЛУШИВАНИЯ СЕРДЦЕБИЕНИЯ ПЛОДА ПРИ 2 ПОЗИЦИИ**

1. слева от пупка
2. справа от пупка
3. выше пупка

4. над лоном

## **28. ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА — ЭТО**

1. отношение спинки плода к сагиттальной плоскости
2. отношение оси плода к длиннику матки
3. отношение спинки плода к фронтальной плоскости
4. отношение оси плода к поперечнику матки

## **29. ПРАВИЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ПЛОДА СЧИТАЕТСЯ**

1. косое
2. поперечное с головкой плода, обращенной влево
3. продольное
4. поперечное с головкой плода, обращенной вправо

## **30. ПОЗИЦИЯ ПЛОДА ПРИ ПОПЕРЕЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО РАСПОЛОЖЕНИЮ**

1. спинки
2. мелких частей
3. головки
4. тазового конца

## **31. ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА - ЭТО ОТНОШЕНИЕ**

1. головки плода ко входу в таз
2. тазового конца плода ко входу в малый таз
3. головки плода ко дну матки
4. крупной части плода ко входу в малый таз

## **32. ПЕРВЫМ ПРИЕМОМ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

1. позиция плода
2. вид плода
3. предлежащая часть
4. высота стояния дна матки

## **33. ОКРУЖНОСТЬ ЖИВОТА ИЗМЕРЯЕТСЯ**

1. на уровне пупка
2. на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком
3. середине расстояния между пупком и лонным сочлением
4. на 3 поперечных пальца ниже пупка

## **34. ИСТИННАЯ КОНЬЮГАТА - ЭТО РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ**

1. наиболее выступающими внутрь точками симфиза и мысом
2. серединой верхнего края лонного сочленения и мысом
3. нижним краем симфиза и выступающей точкой мыса
4. верхним краем симфиза

**35. ПРИ РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ НЕ ПРОИСХОДИТ**

1. увеличения размеров матки
2. уплотнения матки
3. размягчения ее
4. изменения реакции на пальпацию

**36. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

1. отсутствие менструации
2. наличие плода в матке
3. увеличение размеров матки
4. диспепсические нарушения

**37. ДЛЯ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПРИ НАРУЖНОМ АКУШЕРСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ НЕ ХАРАКТЕРНО**

1. высокое расположение дна матки
2. баллотирующая часть в дне матки
3. баллотирующая часть над входом в малый таз
4. низкое расположение дна матки изкое

**38. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ТЯЖЕЛОЙ ОСТРОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ**

1. сердцебиение плода 100-110 уд./мин
2. глухость тонов сердца плода
3. аритмия
4. сердцебиение плода 120-140 уд./мин

**39. ТЯЖЕСТЬ ТОКСИКОЗА 1-Й ПОЛОВИНЫ БЕРЕМЕННОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

1. увеличением массы тела
2. диареей
3. гипертензией
4. ацетонурией

**40. ПРИ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО НЕ УЧИТЫВАЕТСЯ**

1. сердцебиение
2. дыхание
3. мышечный тонус
4. состояние зрачков

Ответ	№	Ответ	№	Ответ	№	Ответ	№	Ответ
1	а		г		г		в	
2	а		а		г		г	

3	б		а		а		г	
4	б		б		а		а	
5	в		б		б		а	
6	в		в		б		б	
7	г		в		в		б	
8	г		г		в		в	
9	а		г		г		в	
10	а		а		г		г	
11	б		а		а		г	
12	б		б		а		а	
13	в		б		б		а	
14	в		в		б		б	
15	г		в		в		б	
16	г		г		в		в	
17	а		г		г		в	
18	а		а		г		г	
19	б		а		а		г	
20	б		б		а		а	
21	в		б		б		а	
22	в		в		б		б	
23	г		в		в		б	

**Задача № 1** Повторнобеременная повторнородящая женщина 35 лет поступила в акушерскую клинику в сроке 38 недель с жалобами на постоянные тянущие боли внизу живота, темно-кровянистые выделения из половых путей. Из анамнеза: беременность третья, первая 10 лет назад завершилась срочными родами без осложнений, вторая 2 года назад – искусственным абортom в сроке 8 недель без осложнений. В течение последних 5 лет отмечает периодические подъемы артериального давления до 150/100 мм Нг. К терапевту не обращалась. Лечилась самостоятельно. На диспансерном учете по поводу данной беременности состоит с 12 недель. Артериальное давление при первой явке – 140/90 мм Нг. В последующем отмечен подъем до 160/100 – 170/100 мм Нг, что потребовало назначения гипотензивной терапии. С 18 недель по настоящее время постоянно принимает допегит 1000 мг/сутки и нифедипин 40 мг/сутки. Во время беременности дважды находилась на стационарном лечении в ОПБ.

Объективный осмотр: рост 162см, вес 92кг. Общее состояние удовлетворительное. Головной боли нет. Зрение ясное. Кожные покровы обычной окраски, отеки голеней. Пульс 80 в минуту, удовлетворительных свойств, ритмичный. Артериальное давление 160/110 мм Нг на левой руке и 150/100 мм Нг на правой. Матка соответствует сроку беременности, при осмотре в повышенном тоне, не расслабляется. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное 100 в минуту, выслушивается справа ниже пупка. Околоплодные воды не изливались. Физиологические отправления в норме. В зеркалах: шейка матки цилиндрическая, чистая, наружный зев щелевидный, из наружного зева – темно-кровянистые выделения в небольшом количестве.

1. Диагноз.
2. Ошибки ведения.
3. Акушерская тактика.

## Дополнительные методы обследования к задаче № 1

1. УЗИ: срок по менструации 38 недель 2 дня, плод один, в головном предлежании, без аномалий, соответствует 36 - 37 неделям беременности (БПР - 8,9см, ОЖ - 32,7см, ДБ –т 6,7см) Расчетная масса 2900г. Сердцебиение (+), движение (-), дыхательные движения (-). Легкие плода «зрелой» эхоструктуры. Плацента II степени зрелости, расположена в теле матки по правому ребру, ретроплацентарно гипоэхогенный участок с неровными контурами 7,4х3,8х2,9 см. Количество вод нормальное. Шейка матки 2,7см, цервикальный канал закрыт.
2. КТГ 3. Общий анализ крови: эритроциты  $3,3 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 108 г/л, гематокрит 33%, лейкоциты  $12,9 \times 10^9/л$ , тромбоциты  $287 \times 10^9/л$ , СОЭ 23 мм/ч.
4. Биохимический анализ крови: общий белок 65 г/л, креатинин 69 ммоль/л, мочевины 5,4 ммоль/л, билирубин 15,5 ммоль/л, АСТ 24 ЕД, АЛТ 29 ЕД.
5. Общий анализ мочи: р 1014, лейкоциты 3 – 4 п/зр, эритроциты 0 – 1 п/зр, белок 0,6 г/л. 6. Консультация окулиста: ангиоспазм сосудов сетчатки.
7. ЭКГ: признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

## Эталон ответа к задаче № 1

1. Беременность III 38 недель, предстоящие вторые роды. Продольное положение. Головное предлежание. Вторая позиция, передний вид. Умеренная преэклампсия на фоне хронической артериальной гипертензии. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Гипоксия плода.
2. При наличии у беременной синдрома артериальной гипертензии показана плановая родовая госпитализация и родоразрешение по достижении срока беременности 37 недель.
3. Показано экстренное абдоминальное родоразрешение по показаниям: преждевременная отслойка плаценты, гипоксия плода. Учитывая степень тяжести преэклампсии, профилактика судорожного синдрома не показана. Продолжать терапию артериальной гипертензии в послеоперационном периоде по общепринятой методике.

## **Практическое занятие 5 Проведение диагностических мероприятий и планирование лечения токсикоза беременных, маловодия**

1. Фронтальный опрос.
- 7) Роль диспансерного наблюдения в профилактике беременности.
- 8) Группы риска при беременности.
- 9) Знакомство с лабораторными и инструментальными методами диагностики в акушерстве.
- 10) Измерение роста, веса, артериального давления.
- 11) Ультразвуковое доплеровское исследование маточных артерий с определением пульсационного индекса.
- 12) Трансвагинальная ультразвуковая цервикометрия.
- 13) Степени тяжести токсикоза.
- 14) Гестоз, его классификация, лечение.
- 15) Профилактика токсикоза и гестозов.

### **К теме: “Ранние гестозы”**

1. Ранние гестозы - это:

Ответы:

1. частое осложнение беременности
2. заболевание связанное с нарушением нейро-эндокринной системы у беременных
3. осложнение первой половины беременности
4. хронические аллергозы

2. Укажите основные формы ранних гестозов:

1. слюнотечение
2. рвота
3. дерматозы
4. гепатозы

3. При рвоте беременных в крови наблюдается:

1. снижение Нв
2. Повышение Нв и гематокрита
3. Изменение тромбоцитов
4. лейкоцитоз
5. лейкопения

4. Рвота при тяжелой степени бывает:

Ответы:

1. 2-3 раза в сутки
2. 10-12 раз в сутки
3. до 20 раз в сутки
4. 5-6 раз в сутки

5. Лечение ранних гестозов включает:

Ответы:

1. лечебно-охранительный режим
2. обязательную госпитализацию
3. диетотерапию
4. введение спазмолитиков

### **К теме: "Поздние гестозы"**

1. Патологическая прибавка массы тела, уменьшение диуреза, положительная проба Мак-Клюра-Олдрича характерны для:

Ответы:

1. водянки беременных
2. нефропатии
3. гипотонии
4. гипертонии

2. В анализах крови при поздних гестозах наблюдается:

Ответы:

1. лейкоцитоз
2. снижение уровня тромбоцитов
3. снижение альбумин-глобулинового коэффициента меньше I
4. лейкопения
5. лимфоцитоз

3. Появление симптомов нарушения мозгового кровообращения характерно для:

Ответы:

1. раннего гестоза
2. нефропатии
3. эклампсии
4. преэклампсии
5. водянки беременных

4. Появление вегетативных нарушений: стреляющие, иногда со жгучим оттенком боли в лице, шее, груди, верхних и нижних конечностях свидетельствует о:

Ответы:

1. преэклампсии
2. нефропатии
3. эклампсии
4. водянке беременных
5. раннем гестозе

5. Появление мелких фибиллярных подергиваний мышц, тонические и клонические судороги наблюдаются при:

Ответы:

1. преэклампсии
2. водянке
3. раннем гестозе
4. эклампсии
5. нефропатии

6. Симптомы нарастающего отека и гипоксией мозга (головная боль, тошнота, рвота) характерны для:

Ответы:

1. водянки
2. нефропатии II степени
3. нефропатии III степени
4. преэклампсии

## Эталоны ответов

### ТЕМА: РАННИЕ ГЕСТОЗЫ

1 – 2, 3

2 – 1, 2

3 – 2

4 – 3

5 – 1, 3

### ТЕМА: ПОЗДНИЕ ГЕСТОЗЫ

1 – 1

2 – 2

3 – 4

4 – 1

5 – 4

6 – 4

**Задача № 1** Роженица 19 лет, первобеременная, поступила в акушерскую клинику с регулярной родовой деятельностью в течение 3-х часов, излитие светлых околоплодных вод 1 час назад. Из анамнеза: на диспансерном учете по беременности не состояла. Соматический анамнез не отягощен. Объективный осмотр: общее состояние удовлетворительное. Регулярные схватки через 3-3,5 минуты по 40 секунд. Голова не болит, зрение ясное. Кожные покровы обычной окраски, отеки стоп, голеней, передней брюшной стенки. Пульс 78 в минуту, удовлетворительных свойств, ритмичный. Артериальное давление при поступлении 140/100 мм Hg на левой руке и 150/90 мм Hg на правой. Матка соответствует доношенной беременности. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 134 – 140 в минуту, выслушивается слева ниже пупка. Подтекают светлые воды. Размеры таза: 25-28-30-20см. Физиологические отправления в норме. Через 2 часа после поступления состояние ухудшилось. Роженица потеряла сознание, появились тонические и клонические судороги. Пульс 108 в минуту, ритмичный, артериальное давление 160/100 мм Hg на обеих руках. Схватки потужного характера, через 2 – 2,5 минуты по 50 секунд. Положение плода продольное, предлежит головка плода, в полости малого таза. Сердцебиение плода ясное ритмичное 136 в минуту вне схватки, после схватки урежается до 90 в минуту, восстанавливается через 40 секунд после окончания схватки.

Влагалищное исследование: плодного пузыря нет, подтекают светлые околоплодные воды в незначительном количестве. Предлежит головка, полностью выполняет лонное сочленение и две верхние трети крестцовой впадины, седалищные ости не пальпируются, стреловидный шов в правом косом размере таза, малый родничок слева спереди.

1. Диагноз.
2. Ошибки ведения в стационаре.
3. Тактика врача.

#### Дополнительные методы обследования к задаче

1. КТГ
2. Общий анализ крови: эритроциты  $3,8 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 110 г/л, гематокрит 33%,
3. Общий анализ мочи через 2 часа после поступления: р 1019, лейкоциты 3 – 4 п/зр, эритроциты 0 – 1 п/зр, белок 2,2 г/л.

#### Эталон ответа к задаче 1

1. Диагноз: Доношенная беременность, II период первых срочных родов. Продольное положение. Первая позиция, передний вид. Головное предлежание, затылочное вставление. Эклампсия. Дистресс плода.
2. Ошибки ведения: не определена величина протеинурии при поступлении роженицы в стационар, это повлекло недооценку тяжести состояния, которое не определяется только величиной АД. Ведение тяжелой преэклампсии подразумевает проведение противосудорожной терапии в течение родов и 24 часов после родов.
3. Тактика врача:  
А) Родоразрешение путем наложения полостных акушерских щипцов.

Показания: приступ эклампсии во II периоде родов, дистресс плода.

Условия: живой плод,

- полное раскрытие маточного зева,
- отсутствие плодного пузыря,

- нормальные размеры таза,
- головка плода в узкой части полости малого таза.

Б) Одновременно проводится противосудорожная терапия: сначала нагрузочная доза сернокислого магния 20 мл 25% раствора в течение 20 минут инфузوماتом (5г сухого вещества), а затем поддерживающая – 25% раствор сульфата магния со скоростью 8 мл/час инфузوماتом (2г сухого вещества в час). Если судороги не прекратятся, то возможен перевод пациентки на искусственную вентиляцию легких с введением миорелаксантов. Необходимо помнить, что передозировка ионов магния может сопровождаться угнетением дыхания, что также требует проведения ИВЛ. Антидот магнезии – глюконат кальция 10 мл 10% раствора в/в.

В) Гипотензивная терапия показана только при цифрах диастолического давления равном или выше 110 ммHg.

**Задача № 2** Женщина 24 лет поступает в акушерскую клинику в сроке 31 неделя беременности с жалобами на периодические тянущие боли внизу живота и в пояснице. Из анамнеза: в возрасте 5 лет прооперирована в НЦССХ им. Бакулева по поводу врожденного порока сердца – тетрады Фалло. Беременность первая. На диспансерном учете состоит с 7 недель. Артериальное давление при взятии на учет 100/60 мм Hg. Женскую консультацию посетила 8 раз. Дважды в сроках 8 и 22 недели находилась на стационарном обследовании в отделении патологии беременных. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Выполняет обычную домашнюю работу без появления одышки. С небольшой одышкой поднимается на 2 этаж. Кожные покровы обычной окраски, имеется небольшой цианоз носо-губного треугольника, кончиков пальцев рук и ног. На передней поверхности грудной клетки в проекции грудины послеоперационный рубец от яремной вырезки до мечевидного отростка. Отеков нет. Пульс 86 в минуту, удовлетворительных свойств, ритмичный. Артериальное давление 100/70 мм Hg. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Матка соответствует 31 неделе беременности, при осмотре тонизируется. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 130 – 140 в минуту, выслушивается слева ниже пупка. Воды не изливались. Физиологические отправления в норме. Влагалищное исследование: вход во влагалище нерожавшей, шейка укорочена до 1,0 – 1,5см, полностью размягчена, цервикальный канал пропускает палец за внутренний зев. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, мыс не достигим, экзостозов нет.

1. Диагноз.
2. Тактика ведения.

### 3. План родоразрешения.

**Дополнительные методы обследования к задаче 2** □ УЗИ: (срок по менструации 31 неделя 1 день). Плод один, в головном предлежании, без аномалий развития, соответствует 30 неделям беременности (БПР - 7,4 см, ОЖ - 26,1 см, ДБ - 5,6 см) Расчетная масса 1600 г. Сердцебиение (+), движение (+), дыхательные движения (+). Легкие плода «переходной» эхоструктуры. Плацента I степени зрелости, расположена в теле матки сзади. Количество вод нормальное. Шейка матки 2,0 см, цервикальный канал закрыт.

#### □ Доплерэхокардиография

□ Общий анализ крови: эритроциты  $4,3 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 138 г/л, гематокрит 36%, лейкоциты  $11,7 \times 10^9/л$ , тромбоциты  $317 \times 10^9/л$ , СОЭ 10 мм/ч.

□ Биохимический анализ крови: общий белок 58 г/л, креатинин 71 ммоль/л, мочевины 4,4 ммоль/л, билирубин 11,0 ммоль/л, АСТ 14 ЕД, АЛТ 18 ЕД.

□ Общий анализ мочи: р 1014, лейкоциты 2 – 3 п/зр, белка нет.

□ Консультация терапевта: врожденный порок сердца – тетрада Фалло, недостаточность кровообращения 1 ст.

□ ЭКГ: Нерезко выраженные признаки субэндокардиальной ишемии.

□ КТГ:

### Эталон ответа к задаче

#### 1. Диагноз

Основной: Беременность 31 неделя, первая. Начинающиеся преждевременные роды в головном предлежании. Первая позиция, передний вид. Зрелость шейки матки 10 баллов

Сопутствующий: Врожденный порок сердца – тетрада Фалло (оперативная коррекция 19 лет назад). Недостаточность кровообращения 1 ст. Функциональный класс II.

2. Учитывая срок беременности, предполагаемую массу плода, «переходную» зрелость легких плода показано проведение профилактики синдрома дыхательных расстройств дексаметазоном: 12 мг в/м через 12 часов №3. Одновременно начинают токолитическую терапию для продления беременности с целью завершения курса профилактики СДР. Учитывая то, что при применении β-адреномиметиков и нифедипина наблюдается тахикардия, нежелательная при кардиальной патологии, эти препараты противопоказаны. Оптимальным токолитическим средством в данной ситуации будет индометацин в ректальных свечах: 1 свеча через 4-6 часов максимум в течение 10 дней (опасность внутриутробного закрытия боталлового протока). Беременной назначают постельный режим, ограничение потребления поваренной соли до 2-3 г/сутки, питьевой режим в объеме не менее 1,5 - 2,0 л/сутки, по показаниям назначаются седативные средства.

3. План ведения родов: консервативное родоразрешение; в родах положение на левом боку с приподнятым головным концом, постоянный контроль пульса,

артериального давления, сатурации кислорода, мониторный контроль состояния плода (КТГ).

В случае сохранения беременности родоразрешение по достижении срока 37 недель (при прежней толерантности к физической нагрузке амбулаторное наблюдение с 34 недель беременности).

II период родов при появлении признаков застойной сердечной недостаточности укорачивают путем наложения акушерских щипцов или вакуум-экстрактора (только при доношенной беременности).

Профилактика кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде проводится путем внутривенного капельного введения окситоцина. Кесарево сечение должно выполняться только по акушерским показаниям.

### **Практическое занятие 6 Проведение диагностических мероприятий и планирование лечения при различных заболеваниях во время беременности и родов.**

2. Фронтальный опрос.

1) Оказание медицинской помощи беременной при неотложных состояниях, возникших на фоне экстрагенитальной патологии.

2) Клинические проявления, профилактика осложнений у беременных с гипертонической болезнью, пиелонефритом.

3) Течение и ведение беременности и родов при гипертонической болезни.

4) План ведения беременности и родов при экстрагенитальной патологии.

2. Тестирование

#### **К теме: “Сердечно-сосудистые заболевания и беременность”.**

1. Наиболее часто встречаются следующие заболевания сердечно-сосудистой системы:  
Ответы:

1. ревматические пороки сердца
2. гипотония
3. пороки “синего” типа
4. острая сердечная недостаточность

2. Прерывание беременности показано при:  
Ответы:

1. активном ревмокардите
2. недостаточности кровообращения II-III стадии
3. мерцательной аритмии
4. гипотонии
5. гипертонии

3. При пороках сердца и беременности возникают осложнения:

Ответы:

1. гестозы
2. инфекции
3. физическое и нервное перенапряжение
4. обязательно декомпенсация сердечной деятельности

4. Меры профилактики недостаточности кровообращения во время беременности:

Ответы:

1. трудоустройство
2. устранение отрицательной эмоции
3. полноценное питание
4. постоянный прием лекарственных средств
5. прерывание беременности

5. Тактика акушерки при взятии на учет беременной с наличием порока сердца должна состоять из:

Ответы:

1. полного лабораторного обследования
2. индивидуального плана ведения беременности
3. немедленной госпитализации для решения вопроса о возможности сохранения беременности
4. госпитализации в специализированный родильный дом в 26-28 недель
5. назначение сердечных препаратов

### **К теме: "Гипертония и беременность".**

1. Диагноз: "гипертоническая беременность" ставится по следующим признакам:

Ответы:

1. присоединение позднего гестоза
2. развитие протеинурии при II стадии болезни
3. нормализация АД в первый триместр беременности
4. снижение АД во второй триместр

2. Роды при гипертонической болезни:

Ответы:

1. проходят без осложнений
2. требуют квалифицированной помощи
3. всегда заканчиваются кесаревым сечением
4. вызывают сосудистую недостаточность

3. На развивающуюся гипертонию у беременных указывают:

Ответы:

1. проба Мак-Клюра-Олдрича
2. АД=140\90\ - 155\100 мм рт ст
3. пульсовое давление – 40 мм рт ст
4. повышение систолического АД на 35-40%, диастолического на 20% от исходного уровня

4. При стойком повышении АД у роженицы во II периоде родов необходимо:

Ответы:

1. кесарево сечение
2. провести управляемую нормотонию
3. сделать эпизиотомию
4. выключить потуги
5. ввести гипотензивные препараты
6. наложить акушерские щипцы

### **К теме: "Заболевание почек и беременность".**

1. Прерывание беременности показано при:

Ответы:

1. пиелонефрите
2. остром гломерулонефрите
3. острой почечной недостаточности
4. мочекаменной болезни

2. Диета при заболеваниях почек во время беременности:

Ответы:

1. не соблюдается
2. обязательна
3. зависит от характера заболевания
4. должна включать продукты с мочегонным действием

3. Диета при пиелонефрите должна включать:

Ответы:

1. фрукты и овощи
2. много воды в остром периоде
3. ограничение жидкости до 500 мм
4. белок до 200 г ежедневно

4. Обследование больных пиелонефритом при беременности включает:

Ответы:

1. еженедельный анализ мочи на белок
5. анализ мочи по Нечипоренко
6. анализ мочи по Зимницкому
7. обследование глазного дна
8. измерение в/глазного давления

5. При пиелонефрите беременных госпитализируют для:

Ответ:

1. прерывания беременности
5. лечения при обострении процесса
6. профилактики гестоза
7. нефрологического обследования перед родами

**Эталоны ответов**

**ТЕМА: СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

1 – 1, 2

2 – 1, 2, 3

3 – 1, 3

4 – 1, 2, 3

5 – 3

**ТЕМА: ГИПЕРТОНИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ**

1 – 2

2 - 2

3 – 4

4 – 2, 3, 4

5 – 3

**ТЕМА: ЗАБОЛЕВАНИЕ ПОЧЕК И БЕРЕМЕННОСТЬ**

1 – 1, 2, 3

2 – 2, 3, 4

3 – 1, 2

4 – 2, 3, 4

5 – 2, 3

**Задача № 1** Беременная 27 лет поступила в акушерскую клинику с жалобами на одышку при минимальной физической нагрузке, ощущение нехватки воздуха в горизонтальном положении, боли за грудиной, сердцебиение, головокружение. Жалобы появились после повышенной физической активности. Из анамнеза: в возрасте 15 лет переболела тяжелой формой ангины, после чего появились боли в суставах, одышка при физической нагрузке (была вынуждена оставить занятия лыжным спортом). Данная беременность первая. На диспансерном учете состоит с 10 недель. Регулярно наблюдалась акушером-гинекологом и кардиологом, периодически во время беременности находилась на стационарном обследовании. Объективный осмотр: общее состояние тяжелое, одышка при малейшей физической активности, кашель с розовой мокротой. Беременная занимает вынужденное сидячее положение с фиксированным плечевым поясом. Кожные покровы обычной окраски, цианоз пальцев рук, ног, носогубного треугольника, розовый цвет щек. Отеков нет. Пульс 110 в минуту, ритмичный. Артериальное давление 100/60 мм Hg на левой руке и 90/60 мм Hg на правой. Границы сердца смещены вправо. Аускультативно: усиление I тона на верхушке, акцент II тона над легочной артерией, щелчок открытия митрального клапана следом за ним пандиастолический шум, наиболее четко выслушиваемый во II межреберье слева от грудины. Частота дыхательных движений 26 в минуту, дыхание поверхностное. Аускультативно в легких жесткое дыхание, влажные мелко- и среднепузырчатые хрипы, преимущественно в нижних отделах.

Высота стояния дна матки 35 см, окружность живота 95 см, матка при осмотре тонизируется. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 136 – 140 в минуту, выслушивается справа ниже пупка. Воды не изливались. Физиологические отправления в норме.

Влагалищное исследование: вход во влагалище нерожавшей, шейка длиной 1,5 см, полностью размягчена, цервикальный канал проходим более чем для одного пальца за внутренний зев, плодный пузырь цел, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, мыс не достижим, экзостозов нет.

1. Диагноз.
2. Врачебная тактика.
3. Рекомендации.

#### **Дополнительные методы обследования к задаче 1**

1. Эхокардиография: дилатация правого и левого предсердия, легочная гипертензия; площадь левого атриовентрикулярного отверстия 1,5 см<sup>2</sup>.
2. ЭКГ: признаки увеличения правого и левого предсердий.
3. КТГ
4. Общий анализ крови: эритроциты  $3,3 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 112 г/л, гематокрит 33%, лейкоциты  $9,1 \times 10^9/л$ , тромбоциты  $234 \times 10^9/л$ , СОЭ 15 мм/ч.

5. Общий анализ мочи: р 1018, лейкоциты 1 – 2 п/зр, белка нет.

### Эталон ответа к задаче 1

1. Диагноз. Основной: Доношенная беременность, предстоящие первые роды. Продольное положение, головное предлежание. Вторая позиция, передний вид. Сопутствующий: Порок сердца: выраженный стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. Декомпенсация. Недостаточность кровообращения ПА, Функциональный класс IV. Острая левожелудочковая недостаточность. Отек легких.

2. Попытка родоразрешения должна быть предпринята только после купирования отека легких.

Лечение отека легких:

- a) Кислород через маску,
- b) Морфин 1% - 1,0 в/в,
- c) Фуросемид 40 – 160 мг в/в,
- d) Донаторы оксида азота:
- e) нитропруссит натрия (нанипрусс) 30 мг в 200 мл физиологического раствора. Скорость введения 10 мкг/мин или нитроглицерин 1% 1,0 – 2,0 в 200 мл физ. раствора в/в 6 – 8 кап/мин. Скорость инфузии регулируется частотой сердечных сокращений и уровнем АД.
- f) Дроперидол 0,25% - 2,0 – 4,0 в/в.

Родоразрешение через естественные родовые пути (только после купирования отека легких)

- a. Выполняется амниотомия с последующим родовозбуждением окситоцином,
- c. Адекватное обезболивание, опасно, но возможно применение эпидуральной анестезии (следует избегать гипотензии),
- d. Мониторный контроль состояния плода,
- g. Профилактика кровотечения в III периоде родов проводится в/в капельным введением окситоцина.

3. После родов женщине показана надежная контрацепция (вплоть до стерилизации) в связи с высоким риском повторения отека легких при последующей беременности. Необходима хирургическая коррекция порока.

В акушерское отделение поступила беременная женщина с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и пояснице каждые 4 – 6 минут.

Срок беременности:

По менструации - 32 – 33 недели

По шевелению - 33 недели

По 1-ой явке в женскую консультацию – 32 недели

По родовому отпуску – 32 недели

В анамнезе 3 года назад преждевременные роды в сроке 35 недель беременности, масса плода - 2350 грамм, рост - 46 сантиметров, ребенок жив, развивается нормально.

При осмотре размеры матки соответствуют сроку беременности, схватки по 30 секунд, через 6 минут. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное ритмичное 130 ударов в минуту, выслушивается слева ниже пупка. Воды не изливались. Физиологические отправления в норме.

Влагалищное исследование: вход во влагалище рожавшей женщины, шейка матки укорочена до 1 сантиметра, мягкая, цервикальный канал пропускает 1 палец за внутренний зев. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Мыс не достигается, экзостозов нет.

При динамическом осмотре через 2 часа – данные те же. Продолжают беспокоить схваткообразные боли в нижних отделах живота и пояснице.

1. Диагноз.
2. Тактика ведения.

#### **Дополнительные методы обследования к задаче**

1. УЗИ: плод один в головном предлежании без аномалий развития, соответствует 32 неделям беременности. Масса плода 1600 грамм, легкие «незрелые». Плацента в теле матки спереди, II степени зрелости. Количество вод в норме. Шейка матки 15 мм.

2. Кардиотокограмма – базальный ритм 130 ударов в 1 минуту, переменный, акцелерации до 150 – 160 ударов в 1 минуту. Нестрессовый тест реактивный. На токограмме маточные сокращения каждые 5 – 8 минут.

3. Общий анализ мочи: удельный вес 1016, белка нет, лейкоциты 0 – 1 в поле зрения, эпителиальные клетки 0 – 1 в поле зрения, соли – оксалаты ++.

4. Мазки на флору: лейкоциты 3 – 5 в поле зрения, флора палочковая, скудная.

#### **Эталон ответа к задаче**

1. Диагноз: Беременность II 32 – 33 недели. Продольное положение. Головное предлежание. Первая позиция, передний вид. Начинающиеся преждевременные роды. ОАА.

2. Тактика ведения.

- Постельный режим на левом боку для улучшения кровоснабжения матки и предотвращения повышенной сократительной активности матки.
- Динамическое наблюдение за состоянием шейки матки и сократительной деятельностью матки.
- Учитывая «незрелую» эхоструктуру легких по данным ультразвукового исследования – профилактика синдрома дыхательных расстройств: возможно в 2-х режимах:
  - Дексаметазон 12 миллиграмм внутримышечно № 2 с интервалом 24 часа
  - Дексаметазон 8 миллиграмм в/в № 3 с интервалом 12 часов.

1. Учитывая жалобы на схваткообразные боли в нижних отделах живота и пояснице, показано проведение токолитической терапии:

Бета – адреномиметики (ритодрин, тербуталин, гинипрал, партусистен)

Гинипрал: токолиз начинается с 10 микрограмм (1 ампула - 2 миллилитра), разведенных в 10 миллилитрах 5% раствора глюкозы и вводятся внутривенно в течение 5 – 10 минут, с последующей инфузией со скоростью 0,3 мкг/мин и переходом на длительное введение со скоростью 0,075 мкг/мин. Суточная доза не должна превышать 400 микрограмм.

При наличии противопоказаний к применению бета – адреномиметиков можно начать токолитическую терапию сульфатом магния.

Схема введения: 4 – 6 грамм сульфата магния растворяют в 100 миллилитрах 5% раствора глюкозы и вводят внутривенно за 20 – 30 минут. Далее переходим на поддерживающую дозу 2 грамма в час, при необходимости увеличиваем дозу до максимальной: 3 грамма в час. Суточный объем вводимой жидкости не должен превышать 2,5 литра.

При проведении токолиза сульфатом магния необходим ежечасный контроль за артериальным давлением, диурезом (количество мочи не менее 30 мл/час), коленным рефлексом, частотой дыхания (не менее 12 – 14 в минуту), мониторинг за состоянием плода и сократительной активностью матки.

Нельзя одновременно для токолитической терапии использовать бета – адреномиметики и сульфат магния.

3. При начале преждевременных родов провести профилактику сепсиса новорожденных в/в введением матери антибиотиков (ампициллин, цефазолин)

## Практическое занятия 7 Методика акушерского пособия в родах.

3. Фронтальный опрос.
- 5) Приемы Леопольда.
- 6) Наружное акушерское исследование.
- 7) Пособие при головном предлежании.
- 8) Пособие при тазовом предлежании.

4. Тестирование.

### К теме: “Клиническое течение неосложненных родов”

1. Началом родов следует считать:

Ответы:

1. излитие околоплодных вод
2. появление схваток с периодичностью 20 минут
3. прижатие головки ко входу в малый таз
4. появление регулярных схваток и сглаживание шейки

2. Проводная точка - это:

Ответы:

1. точка на предлежащей части плода, которая первой опускается во вход таза
2. точка опоры, вокруг которой при прорезывании происходит вращение головки
3. точка фиксации
4. нижний край лонного сочленения

3. Родовые схватки характеризуются:

Ответы:

1. периодичностью, длительностью, продолжительностью, болезненностью и силой сокращения
2. нерегулярностью и производительностью
3. тем, что роженица может их ослабить или усилить по собственному желанию
4. тем, что они начинаются в нижнем сегменте и распространяются вверх до дна

4. Раскрытие шейки матки в родах у первородящих происходит:

Ответы:

1. с наружного зева
2. быстрее, чем у повторнорожавших
3. оба зева раскрываются одновременно
4. с внутреннего зева, сглаживается шейка, потом раскрывается наружный зев

5. Период изгнания начинается с момента:

Ответы:

1. отхождения вод
2. полного открытия
3. потуг
4. Когда головка опустилась на тазовое дно

6. Отхождение околоплодных вод происходит в норме:

Ответы:

1. при полном раскрытии шейки матки
1. при раскрытии 5-6 см
3. с началом потуг

7. При родах в заднем виде затылочного предлежания головка прорезывается:

Ответы:

1. средним косым размером
2. малым косым разрезом
3. вертикальным
4. прямым

8. При переднем виде затылочного предлежания прорезывается головка:

Ответы:

1. косым размером
2. вертикальным разрезом
3. малым косым размером
4. большим косым размером

9. Клинические признаки окончания второго периода родов:

Ответы:

1. излитие задних околоплодных вод
2. рождение плода
3. сокращение матки

10. Конфигурация головки - это:

Ответы:

1. изменение ее формы при прохождении через родовые пути
  2. образование родовой опухоли
  3. сгибание головки
1. внутренний поворот головки

**Эталоны ответов**

**ТЕМА: КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ НЕ ОСЛОЖНЕННЫХ РОДОВ**

- |       |        |
|-------|--------|
| 1 – 4 | 8 - 3  |
| 2 – 1 | 9 - 2  |
| 3 – 1 | 10 - 1 |
| 4 – 4 |        |
| 5 – 2 |        |
| 6 – 1 |        |
| 7 – 1 |        |

**Задача № 1** В акушерское отделение поступила первобеременная женщина с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и пояснице каждые 5 – 7 минут. Срок беременности: По менструации – 35 недель

По шевелению – 35 - 36 недель

По 1-ой явке в женскую консультацию – 34 - 35 недель

По дородовому отпуску – 34 - 35 недель

При осмотре размеры матки соответствуют сроку беременности, схватки по 35 секунд, через 7 минут. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное ритмичное 130 ударов в минуту, выслушивается слева ниже пупка. Воды не изливались. Физиологические отправления в норме. Влагалищное исследование: вход во влагалище нерожавшей женщины, шейка матки укорочена до 1 сантиметра, мягкая, цервикальный канал пропускает 1 палец за внутренний зев. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Мыс не достигается, экзостозов нет.

При динамическом осмотре через 2 часа – данные те же.

1. Диагноз.
2. Тактика ведения.

### **Дополнительные методы обследования к задаче**

1. УЗИ: плод один в головном предлежании без аномалий развития, соответствует 35 неделям беременности. Масса плода 2300 грамм, легкие «зрелые». Плацента в теле спереди, II степени зрелости. Количество вод в норме. Шейка матки - 1 см.
2. Кардиотокограмма – базальный ритм 130 ударов в 1 минуту, переменный, акцелерации до 150 – 160 ударов в 1 минуту. Нестрессовый тест реактивный. На токограмме маточные сокращения каждые 5 – 8 минут.
3. Общий анализ мочи: удельный вес 1016, белка нет, лейкоциты 0 – 1 в поле зрения, эпителиальные клетки 0 – 1 в поле зрения, соли – оксалаты ++.
4. Мазки на флору: лейкоциты 3 – 5 в поле зрения, флора палочковая, скудная.

### **Эталон ответа к задаче 1**

1. Диагноз: Беременность 35 недель, первая. Продольное положение, головное предлежание. Первая позиция, передний вид. Начинающиеся преждевременные роды.
2. Тактика ведения:
  - Постельный режим на левом боку для улучшения кровоснабжения матки и предотвращения повышенной сократительной активности матки.
  - Динамическое наблюдение за состоянием шейки матки и сократительной деятельностью матки.

- Учитывая срок беременности и «зрелую» эхоструктуру легких по данным ультразвукового исследования – профилактику синдрома дыхательных расстройств и токолитическую терапию проводить не надо.

### **Практическое занятия 8. Физиологические роды и послеродовый период.**

#### 1. Фронтальный опрос.

- 1) Ведение физиологических родов.
- 2) Методы определения готовности организма к родам.
- 3) Методика акушерского пособия в родах, акушерское пособие при тазовом предлежании.
- 4) Определение признаков отделения плаценты.
- 5) Способы выделения последа, осмотр и оценка.

#### 2. Тестирование

### **К теме: “Биомеханизм родов”.**

#### 1. Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания состоит из моментов:

Ответы:

1. разгибание головки
2. дополнительное сгибание
3. внутренний поворот
4. дополнительное разгибание

#### 2. При переходе из плоскости узкой части малого таза в плоскость выхода головка плода совершает:

Ответы:

1. дополнительное сгибание
2. внутренний поворот
3. разгибание

#### 3. Укажите моменты биомеханизма родов при переднем виде затылочного предлежания:

Ответы:

1. сгибание
2. разгибание
3. дополнительное сгибание

#### 4. При первой позиции заднем виде малый родничок обращен:

Ответы:

1. влево и кзади

2. вправо и кзади
3. кпереди
4. вправо

5. Точкой фиксации при переднем виде затылочного предлежания является:

Ответы:

1. малый родничок
2. подзатылочная ямка
3. большой родничок
4. лоб

**Эталоны ответов**

**ТЕМА: БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ**

1 – 1, 2, 3

2 – 2

3 – 1, 2

4 – 1

5 – 2

**Задача № 1** В акушерское отделение поступила беременная женщина с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и пояснице каждые 4 – 7 минут. Срок беременности:

По менструации - 33 – 34 недели . По шевелению - 34 недели. По 1-ой явке в женскую консультацию – 34 недели. По родовому отпуску – 34 недели

В анамнезе 4 года назад медицинский аборт в сроке 6 недель беременности.

При осмотре размеры матки соответствуют сроку беременности, схватки по 30 секунд, через 7 минут. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное ритмичное 130 ударов в минуту, выслушивается справа ниже пупка. Воды не изливались. Физиологические отправления в норме. Влагалищное исследование: вход во влагалище нерожавшей женщины, шейка матки укорочена до 1 сантиметра, мягкая, цервикальный канал пропускает 1 палец за внутренний зев. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Мыс не достигается, экзостозов нет. При динамическом осмотре через 2 часа – данные те же. Продолжают беспокоить схваткообразные боли в нижних отделах живота и пояснице.

1. Диагноз.
2. Тактика ведения.

## Дополнительные методы обследования к задаче

1. УЗИ: плод один в головном предлежании без аномалий развития, соответствует 33 - 34 неделям беременности. Масса плода 1950 грамм, легкие «дозревающие» (риск развития синдрома дыхательных расстройств – не более 30%). Плацента в теле спереди, II степени зрелости. Количество вод в норме. Шейка матки 12 мм.
2. Трансабдоминальный амниоцентез – взято 10 миллилитров амниотической жидкости.
  - Бактериологическое исследование амниотической жидкости – роста аэробной флоры нет.
  - Индекс стабильности пенного теста – 0,45.
  - Спектрофотометрия амниотической жидкости – оптическая плотность амниотической жидкости менее 0,13.
3. Кардиотокограмма – базальный ритм 130 ударов в 1 минуту, переменный, акцелерации до 150 – 160 ударов в 1 минуту. Нестрессовый тест реактивный. На токограмме маточные сокращения каждые 4 – 7 минут.
4. Общий анализ мочи: удельный вес 1016, белка нет, лейкоциты 0 – 1 в поле зрения, эпителиальные клетки 0 – 1 в поле зрения, соли – оксалаты ++.
5. Мазки на флору: лейкоциты 3 – 5 в поле зрения, флора палочковая, скудная.

## Эталон ответа к задаче 1

1. Диагноз: Беременность 33 – 34 недели, вторая. Продольное положение, головное предлежание. Вторая позиция, передний вид. Начинаясь преждевременные роды. ОАА
2. Тактика ведения.
  - Постельный режим на левом боку для улучшения кровоснабжения матки и предотвращения повышенной сократительной активности матки.
  - Динамическое наблюдение за состоянием шейки матки и сократительной деятельностью матки.
  - Учитывая «дозревающую» эхоструктуру легких по данным ультразвукового исследования – возможна профилактика синдрома дыхательных расстройств: возможно в 2-х режимах:
    - Дексаметазон 12 миллиграмм внутримышечно № 2 с интервалом 24 часа
    - Дексаметазон 8 миллиграмм внутримышечно № 3 с интервалом 12 часов.

Оптимальная длительность профилактики – 48 часов. Надо учитывать, что профилактическое действие глюкокортикоидов отмечается через 24 часа после начала терапии и продолжается 7 дней.

2. Учитывая жалобы на схваткообразные боли в нижних отделах живота и пояснице, показано проведение токолитической терапии: Бета – адреномиметики (ритодрин, тербуталин, гинипрал, партусистен)

Гинипрал: токолиз начинается с 10 микрограмм (1 ампула - 2 миллилитра), разведенных в 10 миллилитрах 5% раствора глюкозы и вводятся внутривенно в течение 5 – 10 минут, с последующей инфузией со скоростью 0,3 мкг/мин и переходом на длительное введение со скоростью 0,075 мкг/мин. Суточная доза не должна превышать 400 микрограмм.

На протяжении инфузии необходим контроль за состоянием женщины:

измерение пульса и артериального давления каждые 15 минут, глюкозы крови каждые 4 часа, объема вводимой жидкости и диуреза, электролитов крови раз в сутки, аускультация легких каждые 4 часа, мониторинг за состоянием плода и сократительной активностью матки.

При наличии противопоказаний к применению бета – адреномиметиков можно начать токолитическую терапию сульфатом магния.

Схема введения: 4 – 6 грамм сульфата магния растворяют в 100 миллилитрах 5% раствора глюкозы и вводят внутривенно за 20 – 30 минут. Далее переходим на поддерживающую дозу 2 грамма в час, при необходимости увеличиваем дозу до максимальной 3 грамма в час. Суточный объем вводимой жидкости не должен превышать 2,5 литра.

3. При начале преждевременных родов провести профилактику сепсиса новорожденных в/в введением матери антибиотиков (ампициллин, цефазолин)

## **Практическое занятия 9. Физиологические роды и послеродовый период. Роды вне лечебного учреждения**

1. Фронтальный опрос.
  - 1) Ведение физиологических родов и послеродового периода.
  - 2) Методика ведения пациентки в послеродовом периоде.
  - 3) Роды вне лечебного учреждения.
2. Тестирование.

### **К теме: “Ведение не осложненных родов”**

1. Мониторный контроль в родах проводится для оценки

Ответы:

1. состояния плода
2. родовой деятельности
3. степени раскрытия шейки матки

4. околоплодных вод

2. Партограмма - это:

Ответы:

1. графическое изображение течения родов
2. обязательный вкладыш к истории при патологическом течении родов.
3. графическое изображение кардиограммы плода
4. отображение способов ведения родов

3. Средняя продолжительность 1 периода родов у первородящих:

Ответы:

1. 10 часов
2. 15 часов
3. 20 часов
4. 24 часа

4. Перечислите принципы ручного пособия при рождении плода:

Ответы:

1. предупреждение преждевременного сгибания головки
2. предупреждение преждевременного разгибания головки
3. мобилизация окружающих тканей
4. ручное обследование матки
5. определение сердцебиения плода

5. Средняя физиологическая кровопотеря в родах:

Ответы:

1. 1% от массы тела
2. 10% от массы тела
3. 0,5% от массы тела
4. 5% от массы тела

6. Родильница остается в зале после физиологических родов:

1. 30 минут
2. 2 часа
3. 1 час
5. 24 часа

### **Эталоны ответов**

#### **ТЕМА: ВЕДЕНИЕ НЕ ОСЛОЖНЕННЫХ РОДОВ**

- 1 – 1, 2,
- 2 – 1
- 3 – 2
- 4 – 2, 3
- 5 – 3
- 6 – 2

**Задача № 1** В акушерское отделение поступила первобеременная женщина с жалобами на боли в нижних отделах живота и пояснице тянущего, иногда схваткообразного характера, которые продолжаются в течение нескольких дней. Иногда беспокоит чувство давления в области влагалища. Срок беременности: По менструации - 32 – 33 недели. По шевелению - 33 недели. По 1-ой явке в женскую консультацию – 32 недели. По дородовому отпуску – 32 недели

Матка при осмотре слегка тонизируется. Размеры матки соответствуют сроку беременности. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное ритмичное 130 ударов в минуту, выслушивается справа ниже пупка. Воды не изливались. Физиологические отправления в норме.

Влагалищное исследование: вход во влагалище нерожавшей женщины, шейка матки длиной 2 сантиметра, незначительно размягчена, наружный зев пропускает кончик пальца, внутренний зев закрыт. Через передний свод определяется головка, подвижна над входом в малый таз. Воды не подтекают. Мыс не достигается, экзостозов нет.

При динамическом осмотре через 2 часа – данные те же.

1. Диагноз.
2. Тактика ведения.

**Дополнительные методы обследования к задаче**

1. УЗИ: плод один в головном предлежании без аномалий развития, соответствует 32 неделям беременности. Масса плода 1600 грамм, легкие «незрелые». Плацента в теле спереди, II степени зрелости. Количество вод в норме. Шейка матки 25 мм.
2. Кардиотокограмма – базальный ритм 130 ударов в 1 минуту, переменный, акцелерации до 150 – 160 ударов в 1 минуту. Не стрессовый тест реактивный.
3. Общий анализ мочи: удельный вес 1016, белка нет, лейкоциты 0 – 1 в поле зрения, эпителиальные клетки 0 – 1 в поле зрения, соли – оксалаты ++.
4. Мазки на флору: лейкоциты 3 – 5 в поле зрения, флора палочковая, скудная.

#### Эталон ответа к задаче 1

1. Диагноз: Беременность 32 – 33 недели, первая. Продольное положение, головное предлежание. Вторая позиция, передний вид. Угрожающие преждевременные роды.
2. Тактика ведения.
  - Постельный режим на левом боку для улучшения кровоснабжения матки и предотвращения повышенной сократительной активности матки.
  - Динамическое наблюдение за состоянием шейки матки и сократительной деятельностью матки.
  - Токолитическая терапия: нифедипин в дозе 20 мг через 4-6 часов
  - Учитывая срок беременности и состояние шейки матки от введения глюкокортикоидов можно воздержаться
  - При неэффективности лечения, учитывая «незрелую» экоструктуру легких по данным ультразвукового исследования – возможна профилактика синдрома дыхательных расстройств в 2-х режимах:
    - Дексаметазон 12 миллиграмм внутримышечно №2 с интервалом 24 часа
    - Дексаметазон 8 миллиграмм внутримышечно №3 с интервалом 12 часов.

Оптимальная длительность профилактики – 48 часов. Надо учитывать, что профилактическое действие глюкокортикоидов отмечается через 24 часа после начала терапии и продолжается 7 дней.

3. При родах, начавшихся до 37 недель беременности, провести профилактику сепсиса новорожденных в/в введением матери антибиотиков (ампициллин, цефазолин)

**Практическое занятие 10. Проведение диагностических мероприятий и планирование лечения при осложнениях родов и послеродового периода.**

5. Фронтальный опрос.
  - 1) Осложнения родов.
  - 2) ПОНРП, клиника, диагностика, тактика фельдшера.
  - 3) Принципы немедикаментозного и медикаментозного лечения, побочные действия лекарственных препаратов.
  - 4) Дать анализ внутриутробному состоянию плода.
2. Тестирование

**К теме: “Кровотечение в последовом периоде”.**

1. Тактика акушерки при отделившемся последе и задержке его в полости матки:

Ответы:

1. сокращающие препараты в/венно
2. сокращающие препараты в шейку матки
3. применение наружных методов выделения последа
4. ручное отделение и выделение последа

2. Тактика акушерки при обнаружении истинного приращения плаценты:

Ответы:

1. переливание крови
2. сокращающие средства в матку в/венно и в шейку матки
3. холод на низ живота
4. готовить больную на операцию чревосечения
5. попытаться отделить послед от стенки матки

3. Основной симптом при задержке последа в матке плаценты или его частей:

Ответы:

1. боль внизу живота
2. кровотечение из половых путей
3. падение АД, учащение пульса
4. тошнота, рвота, слабость

4. Последовательность мероприятий акушерки при задержке детского места в полости матки больше чем на 30 минут:

Ответы:

1. катетеризация мочевого пузыря
2. выделение последа наружными способами

3. введение спазмолитиков
4. ручное отделение последа
5. вызов врача

5. Тактика акушерки при задержке детского места, когда не прошло 30 минут после рождения плода, а кровопотеря превысила физиологические границы:

Ответы:

1. метилэргометрин в/венно в системе с 5 % глюкозой
2. промедикация
3. переливание крови
4. ручное отделение и выделение последа

6. Тактика среднего медицинского персонала на ФАП при кровотечении в III периоде родов включает следующие мероприятия:

Ответы:

1. введение обезболивающих средств
2. ручное отделение последа
3. определение признаков отделения последа
4. срочная транспортировка в стационар

1. проведение ИВЛ

2. **Эталоны ответов**

3. **ТЕМА: КРОВОТЕЧЕНИЕ В ПОСЛЕДОВОМ ПЕРИОДЕ**

4.

5. 1 – 3

6. 2 – 4

7. 3 – 2

8. 4 – 1, 5

9. 5 – 1, 2, 4

10. 6 – 1, 2, 3

**Задача № 1** В акушерское отделение поступила беременная женщина с жалобами на боли в нижних отделах живота и пояснице тянущего, иногда схваткообразного характера, которые продолжают в течение нескольких дней. Иногда беспокоит чувство давления в области влагалища. В анамнезе 3 года назад преждевременные роды в сроке 35 недель беременности, масса плода - 2350 грамм, рост - 46 сантиметров, ребенок жив, развивается нормально. Срок беременности:

По менструации – 35 недель

По шевелению – 35 - 36 недель

По 1-ой явке в женскую консультацию – 34 - 35 недель

По родовому отпуску – 34 - 35 недель

При осмотре матка незначительно тонизируется, размеры матки соответствуют сроку беременности. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное ритмичное 130 ударов в минуту, выслушивается справа ниже пупка. Воды не изливались. Физиологические отправления в норме.

Влагалищное исследование: вход во влагалище рожавшей женщины, шейка матки длиной 2 сантиметра, незначительно размягчена, наружный зев пропускает кончик пальца, внутренний зев закрыт. Через передний свод определяется головка, подвижна над входом в малый таз. Воды не подтекают. Мыс не достигается, экзостозов нет.

При динамическом осмотре через 2 часа – данные те же.

1. Диагноз.
2. Тактика ведения.

#### **Дополнительные методы обследования к задаче**

1. УЗИ: плод один в головном предлежании без аномалий развития, соответствует 35 неделям беременности. Масса плода 2300 грамм, легкие «зрелые». Плацента в теле спереди, II степени зрелости. Количество вод в норме. Шейка матки 24 мм.
2. Кардиотокограмма – базальный ритм 130 ударов в 1 минуту, переменный, акцелерации до 150 – 160 ударов в 1 минуту. Нестрессовый тест реактивный.
3. Общий анализ мочи: удельный вес 1016, белка нет, лейкоциты 0 – 1 в поле зрения, эпителиальные клетки 0 – 1 в поле зрения, соли – оксалаты ++.
4. Мазки на флору: лейкоциты 3 – 5 в поле зрения, флора палочковая, скудная.

#### **Эталон ответа к задаче 1**

1. Диагноз: Беременность 35 недель, первая. Продольное положение, головное предлежание. Вторая позиция, передний вид. Угрожающие преждевременные роды.
2. Тактика ведения:
  - Постельный режим на левом боку для улучшения кровоснабжения матки и предотвращения повышенной сократительной активности матки.
  - Динамическое наблюдение за состоянием шейки матки и сократительной деятельностью матки.
  - Учитывая «зрелую» эхоструктуру легких по данным ультразвукового исследования – профилактику синдрома дыхательных расстройств проводить не надо.
3. При родах, начавшихся до 37 недель беременности, провести профилактику сепсиса новорожденных в/в введением матери антибиотиков (ампициллин, цефазолин)

**Практическое занятие 11. Проведение диагностических мероприятий и планирование лечения при осложнениях родов и послеродового периода.**

1. Фронтальный опрос.
  - 1) Осложнения послеродового периода.
  - 2) Послеродовые гнойно-септические заболевания: мастит, эндометрит.
  - 3) Диагностика, осложнения, дифференциальная диагностика.
  - 4) Принципы немедикаментозного и медикаментозного лечения, побочные действия лекарственных препаратов.
  
6. Тестирование.

**К теме: “Кровотечение в послеродовом периоде”**

1. Укажите основные причины кровотечения в раннем послеродовом периоде:

Ответы:

1. травма родовых путей
2. гипо-атония матки
3. эндометрит
4. опухолевые процессы

2. Тактика акушерки при гипотоническом кровотечении в раннем послеродовом периоде:

Ответы:

1. катетеризации мочевого пузыря

2. наружный массаж матки
3. сокращающее матку средство в/венно
4. кюретаж матки
5. вызов помощи на себя

3. Неотложная помощь при кровотечении в раннем послеродовом периоде для самостоятельно работающей акушерки и фельдшера состоит из следующих мероприятий:

Ответы:

1. осмотр мягких тканей родового канала в зеркалах
2. ушивание при разрывах с обезболиванием
3. введение сокращающих матку средств
4. ручное обследование полости матки по показаниям
5. введение сердечных препаратов
6. кюретаж матки

4. Тактика акушерки, фельдшера на ФАП при кровотечении в послеродовом периоде состоит из следующих мероприятий:

1. ручное обследование полости матки
2. промедикация
3. холод на низ живота
4. введение сокращающих средств
5. гемотрансфузия
6. наркоз

5. Для выделения частей последа применяют:

1. прием Абуладзе
2. прием Креде-Лазоровича
3. прием Шредера
4. ручное обследование полости матки и удаление частей последа

**К теме: “Гипотония и атония матки”.**

1. Характер кровотечения при гипотонии матки:

Ответы:

1. выделения крови отдельными порциями
2. струйное кровотечение
3. кровотечение при сократившейся матки

2. Гипотония матки – это:

Ответы:

1. понижение сократительной способности маточной мускулатуры
2. полное отсутствие сокращений матки
3. сохранение способности отвечать на действия различных раздражителей

3. Атония матки – это:

Ответы:

1. полное отсутствие сократительной способности матки
2. отсутствие ответных реакций на окситоцин
3. отсутствие ответных реакций на любые сокращающие средства

4. При гипотонии матки применяются:

Ответы:

1. питуитрин
2. окситоцин
3. эргометрин
4. лидокаин

5. Укажите методы лечения гипо- и атонии матки:

Ответы:

1. прижатие брюшной аорты
2. перевязка магистральных сосудов
3. холод на низ живота
4. массаж матки
5. тампон с эфиром в задний свод влагалища
6. ампутация матки

**Эталоны ответов**

## **ТЕМА: КРОВОТЕЧЕНИЕ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ**

1 – 1, 2

2 – 1, 2, 3, 5

3 – 1, 2, 3, 4

4 – 1, 2, 3

5 – 2, 4

**Эталоны ответов**

## **ТЕМА: ГИПОТОНΙΑ И АТОНΙΑ МАТКИ**

1 – 1

2 – 1

3 – 1

4 – 1, 2, 3

5 – 1, 2, 3, 4, 6

### **Задача № 1**

В акушерское отделение поступила первобеременная женщина с жалобами на боли в нижних отделах живота и пояснице тянущего, иногда схваткообразного характера, которые продолжают в течение нескольких дней. Иногда беспокоит чувство давления в области влагалища. Срок беременности:

По менструации - 33 – 34 недели

По шевелению - 34 недели

По 1-ой явке в женскую консультацию – 34 недели

По дородовому отпуску – 34 недели

В анамнезе 4 года назад медицинский аборт в сроке 6 недель беременности.

При осмотре матка незначительно тонизируется, размеры матки соответствуют сроку беременности. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное ритмичное 130 ударов в минуту, выслушивается справа ниже пупка. Воды не изливались. Физиологические отправления в норме.

Влагалищное исследование: вход во влагалище нерожавшей женщины, шейка матки длиной 2 сантиметра, незначительно размягчена, наружный зев пропускает кончик пальца, внутренний зев закрыт. Через передний свод определяется головка, подвижна над входом в малый таз. Воды не подтекают. Мыс не достигается, экзостозов нет.

При динамическом осмотре через 2 часа – данные те же.

1. Диагноз.
2. Тактика ведения.

### **Дополнительные методы обследования к задаче**

1. УЗИ: плод один в головном предлежании без аномалий развития, соответствует 33 - 34 неделям беременности. Масса плода 1950 грамм, легкие «дозревающие» (риск развития синдрома дыхательных расстройств – не более 30%). Плацента в теле матки сзади, II степени зрелости. Вод норма. Шейка матки 20 мм.

2. Кардиотокограмма – базальный ритм 130 ударов в 1 минуту, переменный, акцелерации до 150 – 160 ударов в 1 минуту. Не стрессовый тест реактивный.
3. Общий анализ мочи: удельный вес 1016, белка нет, лейкоциты 0 – 1 в поле зрения, эпителиальные клетки 0 – 1 в поле зрения, соли – оксалаты ++.
4. Мазки на флору: лейкоциты 3 – 5 в поле зрения, флора палочковая, скудная.

### Эталон ответа к задаче 1

1. Диагноз: Беременность 33 – 34 недели, вторая. Продольное положение, головное предлежание. Вторая позиция, передний вид. Угрожающие преждевременные роды. ОАА.
2. Тактика ведения:
  - Постельный режим на левом боку для улучшения кровоснабжения матки и предотвращения повышенной сократительной активности матки.
  - Динамическое наблюдение за состоянием шейки матки и сократительной деятельностью матки.
  - Токолитическая терапия: нифедипин в дозе 20 мг через 4-6 часов
  - Учитывая срок беременности и состояние шейки матки от введения глюкокортикоидов можно воздержаться

3. При родах, начавшихся до 37 недель беременности, провести профилактику сепсиса новорожденных в/в введением матери антибиотиков (ампициллин, цефазолин)

### Задача № 2

В акушерское отделение поступила беременная женщина с жалобами на схватки каждые 6 минут. Срок беременности: По менструации - 31 – 32 недели

По шевелению - 32 недели

По 1-ой явке в женскую консультацию – 31 неделя

По родовому отпуску – 31 неделя

В анамнезе 7 лет назад преждевременные роды в сроке 35 недель беременности, масса плода - 2350 грамм, рост - 46 сантиметров, ребенок жив, развивается нормально, 3 года назад самопроизвольный выкидыш в сроке 15 недель беременности.

При осмотре размеры матки соответствуют сроку беременности, схватки по 35 секунд, через 5 – 6 минут. Положение плода продольное, предлежит головка, неплотно прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное ритмичное 130 ударов в минуту, выслушивается слева ниже пупка. Воды не изливались. Физиологические отправления в норме.

Влагалищное исследование: вход во влагалище рожавшей женщины, шейка матки гладкая, открытие маточного зева 2 – 3 сантиметра. Плодный пузырь цел. Предлежит

головка, неплотно прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается, экзостозов нет. Выделения на пальцах обильные, творожистые.

Из диспансерной книжки беременной: Общий анализ мочи: удельный вес 1015, белка нет, лейкоциты 4 – 6 в поле зрения, эпителиальные клетки 6 – 8 в поле зрения, соли – оксалаты ++, бактериурия +.

Мазки на флору: лейкоциты 15 – 20 в поле зрения, флора кокковая, обильная.

1. Диагноз.
2. Тактика ведения.

### **Дополнительные методы обследования к задаче**

1. УЗИ: плод один в головном предлежании без аномалий развития, соответствует 31 - 32 неделям беременности. Масса плода 1450 грамм, легкие «незрелые». Плацента в теле матки спереди, вод норма.

2. Кардиотокограмма – базальный ритм 130 ударов в 1 минуту, переменный, акцелерации до 150 – 160 ударов в 1 минуту. Нестрессовый тест реактивный. На токограмме маточные сокращения каждые 5 – 6 минут.

3. Общий анализ мочи: удельный вес 1016, белка нет, лейкоциты 4 – 6 в поле зрения, эпителиальные клетки 2 – 3 в поле зрения, соли – оксалаты ++, бактериурия +.

4. Мазки на флору: лейкоциты 10 – 15 в поле зрения, флора кокковая, обильная.

### **Эталон ответа к задаче 2**

1. Диагноз: Беременность 31 – 32 недели, третья. Продольное положение, головное предлежание. Первая позиция, передний вид. Начавшиеся преждевременные роды. Кольпит. Бактериурия. ОАА.

2. Тактика ведения.  Постельный режим на левом боку для улучшения кровоснабжения матки и предотвращения повышенной сократительной активности матки.

Динамическое наблюдение за раскрытием маточного зева и сократительной деятельностью матки.

Учитывая регулярную родовую деятельность и «незрелую» эхоструктуру легких, показано проведение токолитической терапии:

Бета – адреномиметики (ритодрин, тербуталин, гинипрал, партусистен)

Гинипрал: токолиз начинается с 10 микрограмм (1 ампула - 2 миллилитра), разведенных в 10 миллилитрах 5% раствора глюкозы и вводятся внутривенно в течение 5 – 10 минут, с последующей инфузией со скоростью 0,3 мкг/мин и переходом на длительное введение со скоростью 0,075 мкг/мин. Суточная доза не должна превышать 400 микрограмм.

На протяжении инфузии необходим контроль за состоянием женщины:

измерение пульса и артериального давления каждые 15 минут, глюкозы крови каждые 4 часа, объема вводимой жидкости и диуреза, электролитов крови раз в сутки, аускультация

легких каждые 4 часа, мониторинг за состоянием плода и сократительной активностью матки. При наличии противопоказаний к применению бета – адреномиметиков можно начать токолитическую терапию сульфатом магния.

Схема введения: 4 – 6 грамм сульфата магния растворяют в 100 миллилитрах 5% раствора глюкозы и вводят внутривенно за 20 – 30 минут. Далее переходим на поддерживающую дозу 2 грамма в час, при необходимости увеличиваем дозу до максимальной - 3 грамма в час. Суточный объем вводимой жидкости не должен превышать 2,5 литра.

- Учитывая срок беременности и начавшиеся преждевременные роды немедленно начать профилактику сепсиса новорожденных: введение антибиотиков (ампициллин 2,0 внутривенно с повторным введением 1,0 каждые 6 часов до родоразрешения).
- Учитывая срок беременности и «незрелую» эхоструктуру легких по данным ультразвукового исследования – профилактика синдрома дыхательных расстройств: возможно в 2-х режимах:
  - Дексаметазон 12 миллиграмм внутримышечно №2 с интервалом 24 часа
  - Дексаметазон 8 миллиграмм внутримышечно №3 с интервалом 12 часов.

Оптимальная длительность профилактики – 48 часов. Надо учитывать, что профилактическое действие глюкокортикоидов отмечается через 24 часа после начала терапии и продолжается 7 дней.

## **Практическое занятие 12 Аномалии родовой деятельности. Обезболивание родов.**

7. Фронтальный опрос.
  - 1) Оказание классического ручного пособия при полном открытии маточного зева.
  - 2) Алгоритмы оказания медицинской помощи при неотложных состояниях матери и плода.
  - 3) Лечение и профилактика внутриутробной гипоксии плода.
  - 4) Основные этапы интенсивной инфузионной терапии.
  - 5) Немедикаментозные методы воздействия.
  - 6) Применение методов фармакологического обезболивания. Ингаляционные анестетики. Регионарная анальгезия.
  - 7) Преимущества и недостатки каждого из методов обезболивания.
2. Тестирование

### **К теме: “Обезболивание родов”**

1. Обезболивание родов проводится:

Ответы:

1. только медикаментозно
2. только наркозными средствами
3. комплексным методом

2. Физиопсихопрофилактическая подготовка к родам - это:

Ответы:

1. система мероприятий, направленная на устранение страха перед родами и родовыми болями
2. метод обезболивания родов
3. метод безвредный для матери и плода

3. Медикаментозное обезболивание родов проводится:

Ответы:

1. всегда
2. обязательно во II периоде
3. при отсутствии эффекта от физиопсихопрофилактической подготовки

4. Для обезболивания родов используют:

Ответы:

1. промедол
2. апрофен
3. анальгин
4. атропин
5. аутоанальгезию
6. кордиамин

5. Нейролептоаналгезия в акушерской практике используются:

Ответы:

1. для обезболивания родов
2. для создания психоэмоционального покоя
3. только при акушерских операциях
5. при любых родах

**К теме: “Послеродовый период”.**

1. Укажите противопоказания для совместного пребывания матери и ребенка:

Ответы:

1. тяжелые гестозы

2. ОРЗ, грипп матери
3. недоношенность
4. безводный период 4 часа

2. В послеродовом отделении всем роженицам необходимо:

Ответы:

1. измерять температуру тела ежедневно 2 раза
2. АД определять не реже 1 раза в неделю
3. определять состояние молочных желез
4. оценивать характер лохий
5. проводить УВЧ молочных желез

3. После ручного обследования полости матки роженицу выписывают:

Ответы:

1. на 9-11 дни послеродового периода
2. на 5-6 день
3. при заживлении трещин, разрывов

4. В послеродовом отделении смена подкладных пеленок производится впервые три дня:

Ответы:

1. через 4 дня
2. по мере загрязнения
3. через 1-2 часа
4. 2 раза в день

5. Продолжительность послеродового периода:

Ответы:

1. 1 неделя
2. 1 месяц
3. 2 недели
4. 8 недель

## Эталоны ответов

### ТЕМА: ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ

1 – 3

2 – 1

3 – 3

4 – 1, 2, 3, 5

5 – 1, 2

### ТЕМА: Послеродовый период

1 – 2

2 – 1,3,4

3 – 2

4 – 3

5 – 4

**Задача № 1** В акушерское отделение поступила повторнобеременная женщина с жалобами на схватки каждые 10 минут., продолжающиеся 6 часов.Срок беременности:По менструации - 37 – 38 недели. По шевелению - 38 недели.По 1-ой явке в женскую консультацию – 37 недели.По дородовому отпуску – 38 недели.В анамнезе 4 года назад медицинский аборт в сроке 6 недель беременности.При осмотре размеры матки соответствуют сроку беременности, схватки по 15 – 20 секунд, через 10 минут. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное ритмичное 130 ударов в минуту, выслушивается слева ниже пупка. Воды не изливались. Физиологические отправления в норме.

Влагалищное исследование: вход во влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие маточного зева 2 сантиметра. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Мыс не достигается, экзостозов нет.

1. Диагноз.
2. Тактика ведения.

## Дополнительные методы обследования к задаче

1. УЗИ: плод один в головном предлежании без аномалий развития, соответствует 33 - 34 неделям беременности. Масса плода 1950 грамм, легкие «дозревающие» (риск развития синдрома дыхательных расстройств – не более 30%). Плацента по левому ребру, II степени зрелости. Вод норма.
  2. Трансабдоминальный амниоцентез – взято 10 миллилитров амниотической жидкости.
    - Бактериологическое исследование амниотической жидкости – роста аэробной флоры нет.
    - Индекс стабильности пенного теста – 0,45.
  3. Спектрофотометрия амниотической жидкости – оптическая плотность амниотической жидкости менее 0,13.
  4. Кардиотокограмма – базальный ритм 130 ударов в 1 минуту, переменный, акцелерации до 150 – 160 ударов в 1 минуту. Нестрессовый тест реактивный. На токограмме маточные сокращения каждые 5 минут.
  5. Общий анализ мочи: удельный вес 1016, белка нет, лейкоциты 0 – 1 в поле зрения, эпителиальные клетки 0 – 1 в поле зрения, соли – оксалаты ++.
6. Мазки на флору: лейкоциты 3 – 5 в поле зрения, флора палочковая, скудная

## Эталон ответа к задаче 1

1. Беременность 38 недели. Головное предлежание плода. Первичная слабость родовой деятельности.

## Задача 2

Первобеременная, первородящая 20 лет в родах 8 часов, утомлена. В анамнезе 2 медикаментозных аборта. Схватки через каждые 5-6 минут по 25-30, слабые, умеренно болезненные. Околоплодные воды не отходили. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд. в 1 мин. Головка плода прижата ко входу в малый таз. При влажной исследовании: шейка матки по проводной оси таза, сглажена, открытие маточного зева 4-5 см, края средней толщины, плохо растяжимы. Плодный пузырь цел, плоский. Предлежит головка плода, плотно прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере таза, малый родничок слева спереди.

1. Диагноз.
2. План ведения родов.
3. Укажите механизм родов, по типу которого идут данные роды
4. В какой плоскости малого таза находится головка плода?
5. Показания для амниотомии?

## Эталон ответа к ситуационной задаче 2

1. Диагноз: 1 период 1 срочных родов в головном предлежании, первая позиция передний вид. Первичная слабость родовой деятельности. Плоский плодный
2. Амниотомия. Через 1 - 2 ч показано назначение утеротонических средств. Внутривенное введение окситоцина. Для внутривенного введения 1 - 2 мл окситоцина (5-10 ЕД) разводят в 500 мл 0,9% изотонического раствора натрия хлорида и вводят капельно, начиная с 6 - 8 капель/мин, постепенно увеличивая количество капель каждые 15-30 мин на 5 - 10 капель до получения эффекта (но не более 40 капель/мин) . Если введение окситоцина, в достаточной дозе, в течение 2 ч не усиливает сокращения матки и не способствует увеличению раскрытия шейки матки, то дальнейшая или повторная инфузия его нецелесообразна. При этом можно поставить вопрос о кесаревом сечении.
3. Передний вид затылочного предлежания, I позиция.
4. Головка в плоскости входа малого таза.
5. Многоводие, маловодие, переносная беременность, слабость родовой деятельности, ПОНРП, неполное предлежание плаценты, тяжелая преэклампсия, антенатальная гибель плода, экстрагенитальная патология.

### Задача 3

Роженица Н., 29 лет, переведена в клинику из районного родильного дома по поводу четвертых срочных родов. Воды излились 2 ч назад при почти полном раскрытии маточного зева, после чего сразу начались слабые, непродолжительные, малопродуктивные потуги. Продвижение головы замедлилось, потуги стали еще слабее. Беременность четвертая. Первая закончилась срочными родами живого плода массой 3500 г, вторая - медицинским абортom без осложнений, третья - 3 года назад срочными родами, продолжающимися, со слов роженицы, более суток, во время которых родился живой мальчик массой 3900 г.. Пульс-78 в 1 мин, правильный, АД -120/80- 125/80 мм рт. ст. Окружность живота-114 см, высота стояния дна матки над лобком- 36 см. Размеры таза: 26-29-32-21 см. Положение плода продольное, спинка - слева, мелкие части плода- справа. Предлежащая часть головка, большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода 140 уд./мин, ясное, ритмичное, слева ниже пупка. ПМП – 4100 г. Потуги короткие, слабые, не эффективные. Роженица утомлена, беспокойна, мочится самостоятельно.

1. При влагалищном исследовании: Влагалище рожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Голова плода большим сегментом стоит во входе в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере входа. Стреловидный шов в левом косом размере. Малый родничок справа спереди. Емкость таза хорошая. Экзостозов нет.
2. Диагноз.
3. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
4. План дальнейшего ведения родов.
5. Профилактика гипоксии плода
6. Максимальный промежуток времени в течение которого головка может находиться большим сегментом в одной плоскости малого таза.

### Эталон ответа к ситуационной задаче 3

1. Второй период 3 срочных родов. Крупный плод. Слабость потуг. ОАГА.
2. Вторичная слабость потуг подтверждается затяжным течением родов с преимущественным ослаблением родовой деятельности во втором периоде родов.
3. При слабости потуг показано применение утеротоников (окситоцин в/в капельно в течение 1 ч. При отсутствии эффекта - накладывают акушерские щипцы или вакуум-экстрактор.

4. Кислородотерапия; введение 40% раствора глюкозы; актовегина; инстенона; для борьбы с метаболическим ацидозом – 5% раствор натрия бикарбоната; для устранения гиперкалиемии – 10% раствор кальция глюконата; средства, улучшающие маточно-плацентарный кровоток – токолитики, эуфиллин, курантил, трентал. С целью стимуляции созревания сурфактантной системы легких – дексаметазон.
5. Во II периоде головка плода большим сегментом не должна находиться в одной плоскости малого таза свыше 30 – 40 минут у первородящих и 20 – 30 минут – у повторнородящих. Определение высоты расположения головки плода осуществляется наружными приемами или влагалищным исследованием. Потуги эффективны при головке расположенной в узкой части таза или на тазовом дне .

### **Практическое занятие 13 Внематочная беременность.**

8. Фронтальный опрос.
  - 1) Неотложная помощь при внематочной беременности.
  - 2) Оксигенотерапия.
  - 3) Правила оксигенотерапии.
  - 4) Антибактериальная терапия.

### **К теме: “Самопроизвольное прерывание беременности”.**

1. Привычный аборт – это:

Ответ:

1. прерывание беременности более 5 раз
2. прерывание беременности 1 раз
3. самопроизвольное прерывание беременности более 2 раз

2. Укажите симптомы угрожающего аборта:

Ответы:

1. боли внизу живота
2. кровянистые выделения их половых путей
3. повышение тонуса брюшной стенки
4. повышение температуры тела

3. Укажите симптомы начинающегося аборта:

Ответ:

1. кровотечение
2. скудные кровянистые выделения
3. выделение частей плода
4. боли внизу живота

4. Признаками аборта в ходу являются:

Ответы:

1. обильное кровотечение
5. выделение частей плода
6. непрекращающиеся схватки
7. инфекция
8. анемия

5. Укажите осложнения при неполном аборте:

Ответы:

1. повышение температуры тела
2. продолжающееся кровотечение
3. схваткообразные боли внизу живота
4. анемия, инфекция
5. гипо-афибриногенемия

6. При длительной задержке мертвого плода в матке возникает:

Ответы:

1. анемия
2. инфекция
3. гипо-афибриногенемия
4. кровотечение

7. Укажите меры профилактики самопроизвольных абортов:

Ответы:

1. антенатальная охрана плода
2. раннее взятие беременных на учет
3. санитарно-просветительная работа
4. комплекс ЛФК
5. экстренная госпитализация

**К теме: “Внематочная беременность”.**

1. Укажите основные причины внематочной беременности:

Ответы:

1. нарушение проходимости труб
2. нарушение овуляции
3. вирусные заболевания
4. аномалии развития половых органов

2. Наиболее частой локализацией внематочной беременности является:

Ответы:

1. шейка матки

2. яичники
3. трубы
4. брюшная полость

3. Укажите симптомы трубного аборта:

Ответы:

1. периодические боли внизу живота
2. кровянистые выделения из половых путей
3. обильные кровотечения со сгустками
4. быстрое развитие шокового состояния

4. Укажите симптомы разрыва трубы:

Ответы:

1. быстрорастающая анемия
2. картина внутреннего кровотечения
3. “кинжальная” боль внизу живота
4. периодические боли над лоном
5. сукровичные выделения

5. При внематочной беременности:

Ответы:

1. матка увеличивается до 10-11 недельного срока
2. в соскобе из полости матки обнаруживают ворсины хориона
3. в соскобе из полости матки обнаруживают части плодного яйца

#### **Эталоны ответов**

#### **ТЕМА: САМОПРОИЗВОЛЬНОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

1 – 3

2 – 1

3 – 2, 4

4 – 1, 2, 3

5 – 2, 3, 4

6 – 3

7 – 1, 2, 3, 5

#### **ТЕМА: ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ**

1 – 1, 2, 4

2 – 3

3 – 1, 2

4 – 1, 2, 3

5 – 2

**Задача № 1** Больная 28 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли в нижних отделах живота, больше справа, мажущие кровянистые выделения из половых путей в течение 10 дней на фоне задержки менструации в течение 7 дней. Боли возникли 4 часа назад, за последний час усилились. Специальный анамнез: менструации с 14 лет, по 5 - 6 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные, регулярные. Последние менструации с задержкой на 7 дней в виде мажущих кровянистых выделений в течение 10 дней. Половая жизнь с 18 лет. В анамнезе две беременности: первая закончилась срочными родами, вторая – искусственным абортom в сроке 8 недель, без осложнений. В течение последнего года контрацепция при помощи ВМС. Неоднократно проходила стационарное лечение по поводу хронического аднексита. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы розовые, слизистые чистые, язык влажный. АД 120/80 мм. рт. ст. PS 86 в минуту, ритмичный, температура тела 37.1 С. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в нижних отделах, больше в правой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины отсутствуют.

В зеркалах: слизистая влагалища и влагалищной части шейки матки несколько цианотична, из наружного зева цервикального канала определяются нити ВМС. Выделения темные, мажущие, умеренные. Бимануально: тело матки несколько увеличено, мягковатой консистенции, подвижное, безболезненное при пальпации. Слева придатки не определяются, в области их - тяжесть, чувствительная при пальпации. Справа придатки тестоватой консистенции, без четких контуров, болезненные при пальпации. Задний свод несколько уплощен, пальпация его чувствительна.

1. Диагноз.
2. Дополнительное обследование.
3. Тактика .

#### **Дополнительные методы обследования к задаче**

1. Анализ крови на хорионический гонадотропин человеческий - 1800 МЕ/мл.
2. УЗИ органов малого таза трансвагинальное: матка 61x43x54 мм (незначительно увеличена), в правильном положении, однородная. Эндометрий 11 мм, однородный. В полости матки ВМС, расположена правильно. Правый яичник 38x23 мм, не изменен. Левый яичник 36x22 мм, не изменен. Рядом с правым яичником определяется плодное яйцо с эмбрионом. КТР 11 мм, соответствует 7 неделям беременности. Сердцебиение (+). За маткой - незначительное количество жидкости.

Заключение: правосторонняя внематочная беременность.

3. Анализ крови клинический: эритроциты -  $4 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 112 г/л, цветовой показатель - 0.8, лейкоциты -  $6 \times 10^9$ /л, СОЭ - 15 мм/час. Нейтрофилы: палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 60%, эозинофилы - 4%, базофилы - 1%, лимфоциты - 30%, моноциты - 2%, свертываемость - 6 минут.

4. Биохимический анализ крови: глюкоза - 5.5 ммоль/л, общие липиды - 6 г/л, общий холестерин - 4.2 ммоль/л, общий белок - 80 г/л, общий билирубин - 19.4 мкмоль/л, прямой - 4.1 мкмоль/л, непрямой - 15.3 мкмоль/л.

5. Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, плотность 1019, прозрачная, рН - 5.0, белок - нет, лейкоциты 2 - 3 в поле зрения, эритроциты - 0, соли - не обнаружены, цилиндры - нет, бактерии - 0.

### Эталон ответа к задаче

1. Диагноз: правосторонняя внематочная беременность на фоне ВМС. Отягощенный гинекологический анамнез.

2. Дополнительные методы обследования:

- Ультразвуковое исследование органов малого таза.
- Анализ крови на хорионический гонадотропин человеческий.
- Анализ крови на группу и Rh фактор, RW, ВИЧ, HBs.
- Анализ крови общий.
- Анализ крови биохимический.
- Общий анализ мочи.
- Мазки на влагалищную флору.

3. Тактика врача. Больной показано удаление ВМС и оперативное лечение путем лапароскопии, при возможности – сохранение маточной трубы. В послеоперационном периоде - рекомендации по контрацепции и проверке проходимости маточных труб. В данной ситуации оптимальным будет назначение комбинированных оральных контрацептивов. Предпочтение отдать низко - или микродозированным однофазным препаратам (марвелон, ярина, логест и др.), которые она может принимать до времени наступления желательной беременности

## Задача № 2

Больная 17 лет, поступила в гинекологическое отделение 15 июня с жалобами на боли в левой подвздошной области с иррадиацией в задний проход. Боли возникли резко, утром 15 июня в левой подвздошной области, затем над лоном. На высоте боли беспокоила тошнота, рвоты не было.

Специальный анамнез: менструации с 13 лет, регулярные, по 3 - 4 дня, через 28 - 30 дней, умеренные, безболезненные. Первый день последней менструации 28 мая. Половой жизнью не живет.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы розовые, видимые слизистые – чистые. АД 120/70 мм. рт. ст. PS 78 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в нижних отделах, перитонеальных симптомов нет.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, девственная плева сохранена.

Ректально: тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное при пальпации. Придатки справа не увеличены, область над ними безболезненна. Слева пальпируются чувствительные, без четких контуров придатки. Своды свободные, чувствительны слева.

1. Диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. План ведения.

### Дополнительные методы обследования к задаче

1. УЗИ органов малого таза трансабдоминальное: матка не увеличена, 58x33x50 мм, в правильном положении, с четкими ровными контурами, однородной эхоструктуры. Эндометрий 7 - 8 мм, соответствует середине менструального цикла. Правый яичник 38x23 мм, не изменен. Левый яичник 46x24 мм, незначительно увеличен, изменен за счет гипоехогенного образования диаметром 26 мм несколько неоднородного с гиперэхогенными контурами (гематома?). В области левых придатков наличие свободной жидкости в незначительном количестве.

Заключение: апоплексия левого яичника.

2. Анализ крови на хорионический гонадотропин - 4 МЕ/л.

3. Анализ крови клинический: эритроциты  $3 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 105 г/л, цветовой показатель 0.75, лейкоциты  $4.1 \times 10^9/л$ , нейтрофилы: палочкоядерные 5%, сегментоядерные 69%. Эозинофилы 4%, базофилы 1%, лимфоциты 18%, моноциты 3%, СОЭ 16 мм/час, свертываемость 9 минут.

4. Анализ мочи общий: цвет соломенно-желтый, плотность - 1020, прозрачная, рН - 5.0, белок - нет, сахар - нет, ацетон - нет. Микроскопия: эпителиальные клетки 1 - 2 в поле зрения, лейкоциты до 5 в поле зрения, эритроциты нет, цилиндры нет, слизь нет, бактерии нет.

### Эталон ответа к задаче

1. Диагноз: Апоплексия яичника.
2. Дифференциальный диагноз:
  - внематочная беременность
  - острый аппендицит
  - перекрут ножки кисты яичника.
3. План ведения: ведение больной консервативное. Возможно применение обезболивающих средств (НПВС). При нарастании отрицательной динамики заболевания - лапароскопия с ушиванием (коагуляцией) места кровотечения.

### Практическое занятие 14

9. Фронтальный опрос.
  - 1) Факторы риска преждевременных родов.
  - 2) Риски осложнений при преждевременных родах.
  - 3) Предупредительные сигналы преждевременных родов.
  - 4) Лечебные мероприятия при преждевременных родах.
  - 5) Оказание помощи недоношенному новорожденному.
2. Тестирование

### К теме: “Преждевременные роды”

1. Преждевременными называют роды при сроке беременности

Ответы:

1. до 36 недель
2. с 28 до 36 недель
3. с 26 до 30 недель

4. после 30 недель

2. Причины преждевременных родов:

Ответы:

1. инфантилизм
2. истмико-цервикальная недостаточность
3. узкие тазы
4. резус-отрицательная кровь матери

3. Осложнениями преждевременных родов могут быть:

Ответы:

1. аномалии родовой деятельности
2. аномалии отхождения вод
3. родовые травмы
4. нарушения свертывающей системы крови

4. Критериями преждевременных родов являются:

Ответы:

1. масса плода менее 1000 г.
2. масса плода от 1000 до 2500 г.
3. длина плода до 35 см.
4. длина плода от 35 до 45 см
5. срок беременности до 30 недель

5. При ведении преждевременных родов необходимо:

Ответы:

1. быть очень осторожными
2. назначать спазмолитика с начала родов
3. проводить профилактику гипоксии плода
4. давать наркоз

## К теме: “Перенашивание беременности”

1. Роды при перенашивании:

Ответы:

1. называются запоздалыми
2. осложняются
3. всегда сопровождаются кровотечением

2. Переношенной считается беременность при сроке:

Ответы:

1. более 40 недель
2. 280 дней
3. более 42 недель

3. Осложнения при запоздалых родах:

Ответы:

1. слабость родовых сил
2. родовые травмы
3. могут быть только у юных первородящих
4. возникают в третьем периоде

4. Окончательный диагноз переношенной беременности ставится:

Ответы:

1. до родов на основании анамнеза
2. по ультразвуковому исследованию
3. после родов по признакам переношенности плода

5. При перенашивании беременности:

Ответы:

1. снижается количество эстрогенов
2. повышается прогестерон
3. снижается прогестерон

4. низкий кариопикнотический индекс
5. нет точек окостенения в плечевых костях у плодов

### **Эталоны ответов**

#### **ТЕМА: ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ**

- 1 – 2
- 2 – 1, 2
- 3 – 1, 2, 3
- 4 – 2, 4
- 5 – 1, 3

#### **ТЕМА: ПЕРЕНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

- 1 – 1
- 2 – 3
- 3 – 1, 2
- 4 – 3
- 5 – 1, 2, 4

#### **ЗАДАЧА 1**

Беременная в 14 недель пришла на прием в ЖК, где она состоит на учете. Возраст женщины 30 лет. В течение 5 лет лечилась по поводу первичного бесплодия на фоне склерокистоза яичников. Применялись гормональные методы лечения, клиновидная резекция яичников, методы стимуляции овуляции. Настоящая беременность первая. В 5 недель беременности встала на учет, в 6-8 недель была профилактическая госпитализация и лечение с целью сохранения беременности. От УЗИ беременная категорически отказывалась из опасения вредного воздействия на плод. После стационара беременная уезжала в отпуск, так что данная явка в ЖК вторая. Прием ведет акушерка.

В настоящее время жалоб нет, до 3-х недель была тошнота, но сейчас все благополучно. Болей в животе и патологических выделений нет. Пульс, температура и АД в норме. Прибавка веса с начала беременности 3,5 кг.

Матка в нормальном тонусе, безболезненная, дно её на середине между пупком и лобком. Ф = 18 см, окружность 90. Отеков нет, физиологические отправления в норме.

#### **Задания**

1. Выделить проблемы беременной и пути их решения.
2. Оценка акушерского статуса на день осмотра и тактика акушерки.
3. Рассказать о причинах возникновения многоплодия, особенностях течения и ведения беременности и родов.

### Эталоны ответов Задача 1

1. В настоящий момент самочувствие беременной и её моральное состояние хорошее, однако она относится к группе очень высокого риска по невынашиванию и вытекающим из этого осложнениям беременности и родов, о которых она не подозревает. Поэтому она недооценивает значение систематического наблюдения в ЖК и профилактического обследования и лечения. Акушерка должна внимательнее относиться к наблюдению данной беременной, своевременно проводить патронаж, следить за посещением ЖК, выполнением анализов, госпитализацией. Эту беременную должен наблюдать врач, консультировать специалист по невынашиванию. Беременной нужно объяснить, что благополучный исход беременности может гарантировать только очень бережное к ней отношение, просить ее не уезжать, посещать ЖК, выполнять рекомендации специалистов,

2. По данным предыдущих осмотров и мнению женщины, беременность 14 недель, но, по данным наружного осмотра, соответствует 16 неделям, что может быть при многоплодии. Имеются факторы, предрасполагающие к многоплодию в анамнезе: методы стимуляции овуляции.

Диагноз: беременность 14 недель. Подозрение на многоплодие. Отягощенный гинекологический анамнез. Первороберенная 30 лет. Женщину непременно должен проконсультировать врач. Если сегодня это невозможно, надо рекомендовать УЗИ для уточнения вопроса о многоплодии, направить беременную в кабинет по невынашиванию. Дать рекомендации по гигиене, профилактике факторов риска по невынашиванию. Поскольку многоплодие является дополнительным фактором риска по невынашиванию, можно будет рекомендовать профилактическую госпитализацию для проведения обследования в условиях стационара.

### ЗАДАЧА 2

В родовое отделение ЦРБ поступила первобеременная А., 21 год, с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 3 часа назад. Беременность 32 недель, протекала без осложнений. Соматически здорова, гинекологические заболевания отрицает. Менструальная функция без особенностей. Брак 1-й. Занятия по подготовке к родам не посещала, прочитала учебник по акушерству.

Объективно: Рост 164 см, вес - 62 кг. Кожные покровы обычной окраски. АД-110/70, 110/65 мм рт.ст., пульс 72 уд. в мин., ритмичный. ОЖ - 95 см, ВДМ - 35 м, размеры таза - 25-28-30-20 см. Положение плода продольное, предлежание головное. Головка прижата ко входу в малый таз. Схватки через 4-5 минут, по 30-35 секунд, болезненные. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 134 удара в минуту. Матка хорошо расслабляется между схватками. Во время схватки женщина ведет себя беспокойно, дышит напряженно, высказывает опасение о возникновении у неё опасных осложнений. Настаивает на медикаментозном обезболивании.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка сглажена, края мягкие, открытие 4 см, плодный пузырь цел. Головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Мыс не достигается. Выделения светлые незначительные.

### Задания

1. Выявить проблемы женщины и их причины.
2. Оценить состояние женщины. Сформулировать диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.

## Эталоны ответов Задача 2

1. Настоящие проблемы женщины:

- боли схваткообразные, обусловленные родовой деятельностью;
- беспокойство за исход родов и здоровье ребенка;
- дефицит знаний о поведении в I периоде родов. Избыточная информация об акушерской патологии и страх осложнений. Все это обусловлено отсутствием ППП к родам.

Потенциальные проблемы: учитывая отсутствие соматической и акушерско-гинекологической патологии, каких-либо осложнений в родах быть не должно, однако неадекватное поведение роженицы и страх могут вызвать нежелательные поведенческие реакции и спазм сосудов, а следовательно, гипоксию плода, повышение АД.

2. Состояние роженицы удовлетворительное, что подтверждается цветом кожных покровов, АД-110/70, 110/65 мм рт.ст., пульс – 72 уд. в мин., ритмичный. Диагноз: Преждевременные роды 1-ые, срочные, первый период родов Активная фаза.

Из условий задачи следует, что женщина первобеременная, имеются регулярные родовые схватки, открытие шейки, соответствующее фазе родов. Предполагаемая масса плода определена по формуле Жордания:  $ВДМ \times ОЖ = 95 \times 35 = 3300,0$ .

3. Учитывая физиологическое течение родов тактика акушерки:

- обучить женщину правильному поведению в родах (правильному дыханию, приемам расслабления) - информировать о течении родов, о том, что ей предстоит; научить методам самообезболивания, уверить в благополучном исходе родов;
- вести наблюдение за роженицей в первом периоде родов в соответствии со стандартной схемой;
- приготовить для введения раствор но-шпы или дротаверина. При отсутствии эффекта пригласить врача акушера, анестезиолога.

## Задача 3.

Машиной скорой помощи 10 ноября доставлена в родильный дом районного центра роженица Д., 25 лет, в связи с начавшейся родовой деятельностью.

Жалобы на схваткообразные боли внизу живота, слизистые выделения.

Из анамнеза. Последняя менструация 18-22 марта. Беременность третья, желанная, в женской консультации наблюдалась регулярно. Беременность осложнилась анемией легкой степени, получает сорбифер по 1 таблетке в день, эффект от лечения положительный. Первая и вторая беременности закончились медицинскими абортами,

постабортный период осложнился эндометритом, по поводу чего проводилось стационарное лечение.

Status praesens. Состояние удовлетворительное. Температура 36,8 ° С. Пульс 92 в минуту. АД 110/70 мм ртст на обеих руках. Отеков нет.

Status obstetrics. ОЖ 80 см. ВДМ 30 см. Размеры таза: 26-28-30-20 см.

Пальпаторно схватки регулярные, интенсивные, по 30 секунд, через 5-6 минут. Предлежащая часть плотная, округлой формы, прижата ко входу в малый таз. Спинка обращена влево. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 138 ударов в минуту.

Влагалищное исследование: при осмотре: наружные половые органы сформированы правильно. Н/з: шейка матки цианотичная, наружный зев открыт, выделения слизистые.

P/V: шейка матки мягкая, укорочена до 1 см, по проводной оси таза, открытие 2 см. Мыс не достижим. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Кости черепа мягкие, швы и роднички выражены. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Плодный пузырь цел.

Дополнительные методы исследования: КТГ: оценка по Фишеру 6 баллов.

Токограмма: базальный тонус 10 мм рт ст. схватки по 60 секунд, средней силы, за 10 минут -4 схватки.

Диагноз. Тактика

**Диагноз.** 1 период родов. При дальнейшем ведении родов риск дистресса, показано КС.

Беременность 33 недели. Привычное невынашивание. Преждевременные роды. Второй период родов. Головное предлежание. Продольное положение. Первая позиция. Начальные признаки нарушения жизнедеятельности плода. Отягощенный акушерский анамнез.

**Тактика ведения пациентки.** Консервативно-выжидательная тактика.

Постельный или полупостельный режим.

**•Острый токолиз токолитиками:**

- атозибан (ингибитор окситоциновых рецепторов);
- 2 -адреномиметики - фенотерол, тербуталин , гексопреналин,и др.;
- блокаторы кальциевых каналов - нифедипин, верапамил;
- ингибиторы простагландинсинтазы - индометацин и др.

**•Профилактика РДС плода глюкокортикоидами:**

-декаметазон по 6 мг 2 раза в сутки в течение 2 сут (48 ч). Курсовая доза глюкокортикоидов - 24 мг.

•**Профилактика церебральных нарушений** у плода.

•**Антибиотикопрофилактика хориоамнионита и эндометрита** при несвоевременном излитии околоплодных вод. Назначают препараты широкого спектра действия. Если проводилось исследование на видовой состав вагинальной флоры, ориентируются на заключение лаборатории (чувствительность к антибиотикам).

## Практические занятия 15

### К теме: "Акушерский травматизм".

1. Фронтальный опрос.

- 1) Родовой травматизм матери.
- 2) Клинические проявления и принципы лечения.
- 3) Методы профилактики и реабилитационные мероприятия при материнском травматизме.
- 4) Уход за послеродовыми свищами, швами.

Тестирование

1. Разрывы промежности – это патология:

Ответы:

1. частая акушерская патология
2. встречаются только у первородящих
3. встречается при высокой промежности
4. возникает при неправильном ведении родов

2. Причины разрыва промежности:

Ответы:

1. регидность тканей
2. рубцы от предыдущих разрывов
3. узкие тазы
4. неправильное ведение родов

3. При разрыве III степени нарушаются:

Ответы:

1. сфинктер прямой кишки
2. кожа промежности
3. мышцы промежности
4. урогенитальная диафрагма
5. шейка матки

4. При разрыве промежности I степени:

Ответы:

1. разрывается кожа промежности
2. ушивание может проводить акушерка
3. повреждается анус
4. кровотечение обильное

5. Лечение разрывов промежности проводится:

Ответы:

1. непосредственно после родов
2. только врачами
3. строго индивидуально
6. Признаки угрожающего разрыва промежности:

Ответы:

11. синюшность ткани
12. куполовидные выпячивание
13. отечность ткани
14. гиперемия ткани
15. изменение гемодинамики

**Эталоны ответов**

## **ТЕМА: АКУШЕРСКИЙ ТРАВМАТИЗМ**

1 – 1, 4

2 – 1, 2, 4

3 – 1, 2, 3

4 – 1, 2

5 – 1, 3

6 – 1, 2, 3

### **ЗАДАЧА 1**

Роженица М., 29 лет, доставлена в роддом с регулярной родовой деятельностью в течение 8 часов, при сроке беременности 39-40 недель. Анамнез не отягощен. Менструальная функция без особенностей. Беременность 4-ая. Были срочные роды, вес ребенка 3900 г, два медаборта без осложнений. Женщина обеспокоена длительным течением родов.

Объективно: кожные покровы обычной окраски, температура 36,6° С, пульс 68 в мин, ритмичный. АД-120/70, 115/70 мм рт.ст., рост 168 см, вес 78 кг, на коже живота рубцы беременности. окружность живота 105 см, высота дна матки 36 см. Размеры таза 25-28-30-20 см. Положение плода продольное, предлежит головка, плотно прижата ко входу в малый таз. Спинка плода пальпируется слева, между спинкой и головкой плода - отчетливая выемка. Сердцебиение плода выслушивается справа, ниже пупка, 132 в мин, ритмичное. Схватки через 4-5 минут, по 35-40 секунд, средней силы, болезненные.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, емкое. Шейка сглажена, открытие 6-7 см, края тонкие. Во время исследования излились светлые околоплодные воды. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Справа спереди определяется подбородок и ротик плода. Слева сзади - лобик и надбровные дуги. Мыс не достигается.

### **Задания**

1. Выявить проблемы женщины.
2. Оценить состояние женщины.
3. Определить диагноз и обосновать его.

### **Эталоны ответов**

1. Действительные проблемы: боли, вызванные регулярной родовой деятельностью, беспокойство за исход родов;

Потенциальные проблемы:

- риск повышенного травматизма матери (разрыв мягких родовых путей, шейки матки, тела матки);
- риск травматизма, развития гипоксии и даже гибели плода.

2. Состояние женщины удовлетворительное, что подтверждает состояние кожных покровов, АД- 120/70, 115/70 мм. рт.ст., пульс 68 в мин, температура 36,6° С.

Диагноз: роды 2-ые срочные, первый период родов, лицевое вставление. Крупный плод. Отягощенный акушерский анамнез.

Из условий задачи известно, что женщина повторнобеременная, у нее регулярные схватки, открытие маточного зева 6-7см. Данные наружного исследования (отчетливая выемка между спинкой и головкой плода, сердцебиение плода выслушивается со стороны грудки плода) и данные влагалищного исследования (определяется подбородок и ротик плода, лобик и надбровные дуги плода) свидетельствуют о лицевом вставлении.

Размеры плода высчитаны по формуле Жордания:  $ВДМ \times ОЖ = 105 \times 38 = 4100$  г.

3.Тактика акушерки в предотвращении травматизма матери и плода, для этого необходимо:

- вызвать врача-акушера;
- успокоить женщину, убедить ее в благополучном исходе родов;
- приготовить к ведению 40% р-р глюкозы с 5% аскорбиновой кислотой, сигетин;
- ввести спазмолитики и токолитики для ослабления родовой деятельности;
- дать увлажненный кислород;
- по назначению врача начать подготовку к операции кесарева сечения

Повторнобеременная В., 21 год, поступила в родовое отделение ЦРБ с доношенной беременностью и схватками, продолжающимися 6 часов. Анамнез: соматически здорова. Менструальные нерегулярные. Беременность 2-ая, 2 года назад были срочные роды, слабость родовой деятельности.

Объективно: женщина беспокоена за исход родов. Кожные покровы обычной окраски, пульс 76 в мин, ритмичный. АД-110/70, 115/70 мм рт.ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. ОЖ – 108 см, ВДМ – 38см. Размеры таза 26-28-31-20 см. Положение плода продольное, предлежание головное. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное, 140 уд. в мин. Схватки через 6-7 минут, по 15-20 секунд, слабые, умеренно болезненные.

Влагалищные исследования: влагалище емкое, шейка сглажена, расположена по проводной оси таза, края умеренно плотные, открытие 3 см. Плодный пузырь цел, вялый, плохо наливается во время схватки. Головка прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается.

### **Задания**

1. Выявить проблемы женщины.
2. Оценить состояние женщины, сформулировать диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.

### **Эталоны ответов**

1. Действительные проблемы женщины: слабые схватки, обусловленные нарушением сократительной способности матки, возможно этому способствуют гормональные нарушения (у женщины нарушение менструального цикла, в прошлом была слабость родовой деятельности), перерастяжение матки крупным плодом, малый промежуток между родами. Беспокойство за исход родов.

Потенциальные проблемы: риск развития затяжных родов, инфицирования, гипоксии плода и кровотечения.

2. Состояние женщины удовлетворительное. Диагноз: роды 2-ые, срочные, в головном предлежании, первый период родов. Первичная слабость родовой сил. Отягощенный гинекологический анамнез.

Схватки слабые, редкие и короткие, малая динамика раскрытия маточного зева, функционально неполноценный плодный пузырь. Предполагаемая масса плода высчитана по формуле Жордания  $ВДМ \times ОЖ = 108 \times 38 = 4100$  г.

3. Учитывая наличие аномалии родовой деятельности, акушерка должна:

- вызвать врача акушера;
- уложить женщину на бок, соответствующий позиции плода;
- подготовить браншу пулевых щипцов для амниотомии;
- подготовиться к выполнению назначений врача.

Возможно, что после амниотомии родовая деятельность усилится. Если этого не произойдет, то возможно, понадобится родостимуляция, восполнение энергетических затрат. На фоне родостимуляции более строгий контроль за всеми показателями роженицы и уход.

### **Практическое занятие 16**

1. Фронтальный опрос.

- 1) Родовой травматизм плода.
- 2) Классификация травматизма новорожденных.
- 3) Этиология и меры профилактики травматизма новорожденных.
- 4) Уход за родильницей со швами.

### **Тестирование К теме: “Разрывы матки”.**

1. Основным клиническим симптомом при угрожающем разрыве матки по рубцу является:

Ответы:

1. высокое косое стояние контрационного кольца
2. положительный признак Вастена
3. болезненность по рубцу
4. затруднение самопроизвольного мочеиспускания
5. изменение формы матки (в виде “песочных” часов)

2. Тактика при начавшемся и совершившемся разрыве матки:

Ответы:

1. немедленное чревосечение
2. интубационный наркоз
3. интубационный наркоз и чревосечение
4. переливание крови, кровезаменителей
5. ручное обследование полости матки

3. Укажите причины разрыва матки:

Ответы:

1. введение окситотических препаратов
2. рациональное ведение родов

3. клиническое несоответствие размеров таза и предлежащей части плода
4. дистрофические изменения матки
5. рубцовые изменения матки

4. Причиной гистопатического разрыва матки является:

Ответы:

1. узкий таз
2. крупный плод
3. поперечное положение плода
4. рубец на матке
5. рубцовые сужения различных отделов родовых путей

5. Основной признак несостоятельности рубца на матке:

Ответы:

1. положительный признак Вастена
2. в анамнезе - лихорадка в послеоперационном периоде после кесарева сечения
3. наступление беременности в течение 1-го года после операции на матке
4. болезненность "ниши" по ходу рубца при пальпации

## **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

### **ТЕМА: РАЗРЫВЫ МАТКИ**

1 – 3

2 – 3, 4

3 – 3, 4, 5

4 – 4

5 – 4

#### **Задача 1**

Повторнородящая 28 лет поступила с диагнозом: беременность 37 - 38 недель, рубец на матке после корпорального кесарева сечения. Схватки нерегулярные, головка подвижна над входом в малый таз. Из анамнеза беременность и роды 2, учитывая гладкое течение послеоперационного периода, давность операции 3 года, нормальное течение беременности, роды велись консервативно. При раскрытии маточного зева 5 см. и головки

малым сегментом во входе в малый таз излились околоплодные воды, окрашенные кровью.

Диагноз. Тактика

**Эталон ответа**

Диагноз:

Срочные роды II

I период родов

Начавшийся разрыв матки по рубцу

ОАА (рубец на матке после кесарево сечения 3 года назад)

Тактика: экстренное оперативное родоразрешение

## **Задача 2**

Повторнородящая поступила с бурной родовой деятельностью. Околоплодные воды излились дома - светлые. Роды 2. Размеры таза: 25-29-31-20, окружность живота - 112 см, высота стояния дна матки - 42 см. Положение плода продольное. Поведение роженицы беспокойное: кричит, мечется, держится за низ живота, сердечные тоны глухие, ритмичные. При вагинальном исследовании: шейка сглажена, раскрытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Головка прижата ко входу в малый таз, вставление правильное, мыс не достижим.

Диагноз. Тактика

**Эталон ответа**

Диагноз: Срочные роды II. Конец первого периода родов. Крупный плод. Клинически узкий таз. Угрожающий разрыв матки.

Тактика: снятие родовой деятельности и экстренное оперативное родоразрешение.

## **Задача 3**

Первородящая 35 лет поступила с диагнозом: срочные роды I в 35 лет; I период родов протекал без особенностей. В конце 2 периода - поведение роженицы беспокойное, мечется. Положение плода продольное, предлежит голова - врезывается. Промежность - блестящая, бледная. Через 5 минут самостоятельно родился живой доношенный мальчик массой 4 800,0, через 3 мин. Самостоятельно отделился и выделился послед, матка сократилась, плотная. При осмотре родовых путей - половая щель зияет, имеется разрыв кожи и мышц промежности, сфинктер цел.

Тактика

**Эталон ответа**

Тактика: учитывая крупные размеры ребенка необходимо под внутривенной анестезией произвести ручное обследование полости матки на предмет целостности, после чего ушить разрыв промежности.

### **Практическое занятие 17 Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия в период беременности, родов и в послеродовый период.**

1. Фронтальный опрос.
  - 1) ДВС-синдром в акушерстве.
  - 2) Кровотечение в послеродовом периоде.
  - 3) Факторы риска кровотечений в родах.
  - 4) Основные этапы интенсивной инфузионной терапии.
  - 5) Абдоминальный синдром в гинекологии.
  - 6) Острые кровотечения из внутренних половых органов во время и после родов.
  - 7) Острые гнойные заболевания внутренних половых органов с последующим развитием перитонита. Перфорация матки. Принципы лечения. Неотложная помощь.
2. Тестирование

#### **К теме: “Кровотечение во время беременности”.**

1. Укажите причины кровотечения во время беременности:

Ответы:

1. отслойка плаценты
2. повышение АД
3. тяжелый гестоз
4. низкое расположение плаценты

2. Основные симптомы предлежания плаценты:

Ответы:

1. повторные маточные кровотечения
2. боли внизу живота
3. внутриутробная гипоксия плода

3. Основные причины преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты:

Ответы:

1. общие заболевания матери
2. гестозы
3. амниотомия
4. дистрофические изменения матки

4. Дифференцировать преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты необходимо с:

Ответы:

1. разрывом органов брюшной полости
2. травмой органов брюшной полости
3. предлежанием плаценты
4. хориоамнионитом

5. Укажите основной клинический симптом предлежания плаценты :

Ответы:

1. болевые ощущения внизу живота
2. нарушение гемодинамики
3. анемия
4. асфиксия плода
5. повторные кровотечения

### **К теме: "Акушерские родоразрешающие операции".**

1. Укажите родоразрешающие операции:

Ответы:

1. кесарево сечение
2. поворот плода на ножку
3. извлечение плода за ножку
4. пособие по Цовьянову при смешанном предлежании

2. Основными показаниями к кесареву сечению являются:

Ответы:

1. центральное предлежание плаценты
2. клинически узкий таз
3. узкий таз, сужение III – IV степени
4. угрожающая гипоксия плода
5. начавшаяся обслойка плаценты

3. Условия для кесарева сечения:

Ответы:

1. отсутствие явной инфекции
2. безводный период менее 6 часов
3. живой плод
4. наличие целостности плодного пузыря

4. Методы абдоминального кесарева сечения:

Ответы:

1. классическое
2. в нижнем сегменте матки
3. кесарево сечение с ампутацией матки
4. кесарево сечение по рубцу

5. Осложнения родоразрешающих операций:

Ответы:

1. перитонит
2. сепсис
3. образование спаек
4. анемия
5. цистит

**Эталоны ответов**

**ТЕМА: КРОВОТЕЧЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

1 – 1

2 – 1

3 – 2, 4

4 – 1, 2, 3

5 – 5

**ТЕМА: АКУШЕРСКИЕ РОДОРАЗРЕШАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ**

1 – 1, 3

2 – 1, 2, 3

3 – 1, 2

4 – 1, 2, 3

5 – 1, 2, 3

**ЗАДАЧА № 1**

В родильный дом по экстренной помощи доставлена беременная 19 лет, срок беременности 34—35 недель. Беременность первая, с 28 недель

осложнилась гестозом. Лечилась в дневном стационаре, от госпитализации отказывалась, последний месяц женскую консультацию не посещала. Заболела остро 2 часа назад. Появились сильные боли в животе, слабость. Позднее из влагалища начались кровянистые выделения в умеренном количестве. Объективно: состояние средней тяжести. В сознании. Кожа бледная, отеки ног. АД 100/50, 100/60 мм ртутного столба. Пульс 104 удара в 1 минуту. Матка соответствует сроку беременности, напряжена, не расслабляется. Части плода определяются с трудом. Над входом в малый таз пальпируется головка. Сердцебиение плода глухое, 115 ударов в 1 минуту. Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки сформирована, зев закрыт. Предлежит головка, над входом в малый таз. Выделения кровянистые, умеренные.

1. Поставить диагноз.

2. Акушерская тактика.

3. Ответьте на вопросы (один правильный ответ).

I. По какой причине беременная с данным осложнением попадает в группу риска массивного акушерского кровотечения?

А. Недоношенность

Б. Коагулопатия (синдром истощения факторов свертывания крови.)

В. Болевой синдром

Г. Гипоксия плода.

II. Что такое шоковый индекс?

А. Отношение систолического давления к пульсу

Б. Отношение диастолического давления к пульсу

В. Отношение пульса к систолическому давлению

Г. Отношение пульса к диастолическому давлению.

III. Назовите главную задачу лечения:

А. Инфузионная терапия

Б. Гемотрансфузия

В. Экстренное кесарево сечение

Г. Верно всё.

Эталоны ответов

Задача № 1

Диагноз: Беременность 34-35 недель. Гестоз. ПОНРП. Острая гипоксия плода. Геморрагический шок I степени.

Ответы:

I – Б

II – В

III – Г

ЗАДАЧА № 2

В родильное отделение экстренно доставлена беременная 23 лет с обильным кровотечением из половых путей. Беременность третья, в анамнезе 2 искусственных аборта. Срок беременности 33 недели. Кровотечение началось 1,5 часа назад, ночью. Вначале оно было незначительным, затем усилилось.

Объективно: кожа бледная. Пульс 106 ударов в 1 минуту. АД 90/60, 80/60 мм. ртутного столба. Матка в обычном тоне, соответствует сроку 33 недели. Положение плода продольное, предлежит головка, расположена высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное, 130 ударов в 1 минуту. Воды не отходили.

С целью выявления причины акушерского кровотечения в позднем сроке беременности проведено ультразвуковое исследование, при котором обнаружено, что плацента полностью перекрывает внутренний зев цервикального канала.

1. Поставить диагноз.

2. Акушерская тактика.

3. Ответьте на вопросы (один правильный ответ).

I. Какой вариант предлежания плаценты имеет место в данном случае?

А. Боковое предлежание плаценты

Б. Краевое предлежание плаценты

В. Полное предлежание плаценты

Г. Ситуация неясна.

II. Акушерская тактика:

А. Базовые реанимационные мероприятия

Б. Экстренное кесарево сечение

В. Введение бетаметазона

Г. Все верно.

III. Какие мероприятия позволяют свести к минимуму потерю тепла у недоношенного новорожденного?

А. Все нижеперечисленное

Б. Сухие пеленки

В. Контролируемый источник лучистого тепла

Г. Чепчик на головку новорожденного. \_\_\_

Эталоны ответов Задача № 2

Диагноз: Беременность 33 недели.

Центральное предлежание плаценты. Геморрагический шок II степени. Острая гипоксия плода.

ОАА.

Ответы:

I – В

II – Б

III – В

### ЗАДАЧА № 3

В родильный дом поступила повторнородящая роженица 27 лет. Роды начались в срок, вместе со схватками из влагалища появились умеренные кровянистые выделения.

Объективно: состояние удовлетворительное. АД 115/80, 110/70 мм ртутного столба. Пульс 78 ударов в 1 минуту. Матка соответствует сроку доношенной беременности. Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в малый таз. Сердцебиение ясное, ритмичное, 136 ударов в 1 минуту. Воды не отходили. Схватки

через 5 минут по 30 секунд, средней силы. С целью выявления причины влагалищного кровотечения срочно проведено УЗИ, обнаружены признаки частичного предлежания плаценты.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, мягкая, открытие зева 5 см. Плодный пузырь цел. Слева и сзади определяется мягкая губчатая ткань.

Предлежит головка над входом в малый таз. Мыс не достигается.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Ответьте на вопросы (один правильный ответ).

I. Какова рациональная тактика ведения влагалищных родов у данной пациентки?

- A. Вскрытие плодного пузыря
- B. Стимуляция окситоцином после вскрытия плодного пузыря
- V. Непрерывный мониторинг состояния плода
- Г. Все верно.

II. В какой ситуации должно быть выполнено кесарево сечение?

- A. Продолжающееся после амниотомии кровотечение
- B. Признаки гипоксии плода
- V. Признаки геморрагического шока у матери
- Г. Все верно.

III. Какой вариант операции кесарева сечения предпочтителен при расположении предлежащей плаценты на передней стенке матки?

- A. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки
- B. Корпоральное (классическое) кесарево сечение
- V. Перешеечно-корпоральное кесарево сечение
- Г. Не имеет значения, какой вариант выберет хирург.

Эталоны ответов Задача № 3

Диагноз: Беременность 40 недель. I период срочных родов в головном предлежании. Частичное предлежание плаценты.

Ответы:

- I – Г  
II – А  
III- Б

### **Практическое занятие 18 Методы исследования и диагностики в гинекологии.**

10. Фронтальный опрос.

- 1) Особенности осмотра и сбора анамнеза у гинекологических больных.
- 2) Общее объективное исследование.
- 3) Гинекологическое исследование.
- 4) Лабораторные методы.
- 5) Инструментальные методы.
- 6) Эндоскопические методы.
- 7) Рентгенологические методы..
- 8) УЗИ, КТ, МРТ методы..
- 9) Медико-генетические методы.
- 10) ДНК-диагностика.
- 11) Иммунологические методы.

12) Специальные методы исследования: тесты функциональной диагностики, определение гормонов в крови.

**К теме: “Методы обследования в гинекологической практике”**

1. При бимануальном исследовании определяется:

Ответы:

1. величина матки
2. подвижность матки
3. величина яичников
4. проходимость труб
5. чувствительность гениталий
6. характер белей

2. При кольпоскопии определяют:

Ответы:

1. размеры шейки матки
2. рельеф слизистой цервикального канала
3. рельеф слизистой шейки матки и характер сосудов
4. наличие псевдоэрозии шейки матки

3. При гистеросальпингографии определяют:

Ответы:

1. рельеф слизистой матки
2. проходимость маточных труб
3. размеры матки
4. наличие опухолей

4. Для IV степени чистоты влагалища характерно:

Ответы:

1. обилие флоры, лейкоцитов, гнойные выделения
2. умеренное количество лейкоцитов, слизистые выделения
3. единичные лейкоциты, отсутствие флоры во влагалище

4. кислая реакция влагалищного содержимого, большое количество

5. Вторая степень чистоты влагалища наблюдается у:

Ответы:

1. здоровых женщин
2. беременных
3. женщин при наличии палочек Додерляйна

6. Укажите современные методы обследования для выявления гинекологических больных:

Ответы:

1. ультразвуковой метод
2. иммунологические реакции
3. гормональные пробы
4. приемы Леопольда
5. тазоизмерение

7. Типичные жалобы гинекологических больных:

Ответ:

1. боли, зуд, отсутствие менструаций
2. боли, бели, нарушение менструаций
3. кровянистые выделения, бели, боли
4. боли, бесплодие, нарушение менструаций

8. Объективное обследование женщин при гинекологических заболеваниях включает:

Ответы:

1. общий осмотр, тазоизмерение
2. общий осмотр, влагалищное исследование, антропометрию
3. общий осмотр, влагалищное и дополнительные методы исследования

9. Степень чистоты влагалища определяется по:

Ответы:

1. количеству лейкоцитов

2. наличие палочек Додерлейна
3. гормональным пробам
4. характеру болей

10. Для определения чистоты влагалища берутся мазки:

Ответы:

1. из уретры
2. из цервикального канала
3. из заднего свода влагалища
4. из нижней трети влагалища

### **К теме: “Анатомия женских половых органов”.**

1. Величина матки у нерожавшей женщины:

Ответы:

1. длина 7-8 см, ширина 4-5 см
2. толщина 2 см
3. вес 50 г.
4. длина 10 см, ширина 8 см, вес 100 г.
5. длина 7 см, толщина 5 см, вес 50 г.

2. Матка получает артериальную кровь из:

Ответы:

1. маточной артерии
2. яичниковой артерии
3. аорты
4. подвздошной артерии

3. Маточная труба:

Ответы:

1. длиной 10-12 см
2. длиной 15-20 см
3. имеет два отверстия (маточное и ампулярное)

4. Подвешивающий аппарат матки и придатков состоит из:

Ответы:

1. широких маточных связок
2. собственных связок яичников
3. подвешивающих связок яичников
4. круглых связок матки
5. главной связки матки

5. Тазовое дно состоит из:

Ответы:

1. трех слоев мышц и фасций
2. наружного и внутреннего слоя мышц
3. мочеполовой диафрагмы

4. соединительной ткани

**К теме: “Физиология женских половых органов”**

1. Специфические функции женского организма - это:

Ответы:

1. секреторная
2. детородная
3. менструальная
4. сексуальная
5. половая
6. выработка эстрогенов

2. Менструальный цикл это:

Ответы:

1. Функциональные изменения в матке
2. Периодические изменения в яичниках и матки
3. Совокупность, ритмически повторяющихся изменений в организме женщины, обеспечивающих возможность наступления беременности

3. Менструальная функция регулируется гормонами:

Ответы:

1. Гипоталамическими
2. Яичниковыми
3. Маточными
4. Гипофизарными

4. Менструация это:

Ответы:

1. Фаза десквамации эндометрия
2. Период отторжения функционального слоя слизистой оболочки матки
3. Кровянистые выделения из половых путей, которыми сопровождается период десквамации

5. Лютеиновая фаза - это:

Ответы:

1. Вторая фаза менструального цикла
2. Период от овуляции до начала менструации
3. Фаза развития желтого тела
4. Период десквамации

**Эталоны ответов**

**ТЕМА: МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

1 – 1, 2, 3, 5

2 – 3, 4

3 – 1, 2

4 – 1

5 – 1

6 – 1, 2, 3

7 – 1

8 – 3

9 – 1, 2

10 – 3

**ТЕМА: АНАТОМИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

1 – 3, 5

2 – 1

3 – 1

4 – 1, 2, 3, 4

5 – 1, 2, 3

## **ТЕМА: ФИЗИОЛОГИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

1 – 1, 2, 3, 4

2 – 3

3 – 1, 2, 4

4 – 1, 2, 3

5 – 1, 2, 3

### **Задача № 1**

Пациентка 18 лет, беспокоят беловатые образования на наружных половых органах. Образования заметила около одного месяца назад, при этом отмечает увеличение их числа и размеров за период наблюдения. Анамнез: менархе в 11 лет. Менструации установились примерно через 6 месяцев, цикл регулярный, 30 - 32 дня, протекают безболезненно, умеренные, по 4-5 дней. Последняя менструация началась 11 дней назад. Половую жизнь ведет с 16 лет, всего было 3 партнера, в настоящее время один. Предохраняется презервативом и прерыванием полового акта. Беременностей не было. Перенесённые заболевания: трихомонадный кольпит, кандидоз, цервицит. Лечилась амбулаторно, контрольные мазки без патологических изменений. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6 °С. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Наружные половые органы сформированы правильно. На поверхности малых половых губ, задней спайки, промежности множественные беловатые образования с бугристой поверхностью, размером 3 – 8 мм, безболезненные при пальпации. Паховые лимфатические узлы не увеличены. Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища без патологических изменений. Влагалищная часть шейки матки конической формы, на передней губе определяется округлое, белесоватое, с бугристой поверхностью образование, размером около 1 см. По задней губе определяется участок ярко-розового цвета с зернистой поверхностью и четким ровным контуром. Выделения беловато-желтоватые, слизистые, умеренные. Бимануальное исследование: матка в положении anteflexio, anteversio, нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненна при пальпации. Придатки четко не пальпируются, область их безболезненна. Своды свободны.

1. Предполагаемый диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Методы диагностики.
4. Лечение

### **Дополнительные методы обследования к задаче № 1**

1. Заключение цитологического исследования: цитограмма воспаления.
2. Микроскопия мазка, окрашенного по Грамму: лейкоциты в цервикальном канале – 15-20, во влагалище 25-30 в поле зрения; смешанная кокко-бациллярная флора в большом количестве; лактобациллы – единичные в поле зрения; гонококки, трихомонады, кандиды – не обнаружены.
3. При обследовании методом ПЦР обнаружен 16 тип вируса папилломы человека.
4. Расширенная кольпоскопия. Заключение: множественные кондиломы вульвы. Кондилома шейки матки. Эктопия цилиндрического эпителия.
5. Гистологическое заключение: типичная кондилома с выраженным акантозом и паракератозом.

### Эталон ответа к задаче № 1

1. Диагноз: папилломавирусная инфекция. Остроконечные кондиломы вульвы и шейки матки. Эндоцервикоз (псевдоэрозия).
2. Дифференцировать необходимо с:
  - папилломой шейки матки и вульвы;
  - карциномой шейки матки.
3. Методы диагностики:
  - Цитологическое исследование.
  - Расширенная кольпоскопия.
  - Микроскопия мазков, окрашенных по Грамму.
  - Исследование на ИППП (включая онкогенные штаммы ВПЧ).
  - Биопсия шейки матки с выскабливанием цервикального канала и гистологическое исследование полученного материала.
4. Методы лечения кондилом:
  - Химическая деструкция (только для кондилом вульвы) – обработка препаратами солкодерм, кондиллин, трихлоруксусная кислота.
  - Физические методы
    - a. Диатермокоагуляция.
    - b. Криодеструкция.
    - c. Радиоволновая вапоризация.

d. Лазерная вапоризация.

## Задача № 2

Пациентка 38 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на обильные белые выделения из половых путей, сильный зуд. Считает себя больной в течение 5 дней.

Анамнез: менструации с 13 лет, установились сразу, регулярные, умеренные, безболезненные, по 5 дней, цикл 32 дня. Последняя менструация началась 19 дней назад.

Половую жизнь ведет с 20 лет, последние 15 лет имеет постоянного партнера. Контрацепция – медьсодержащее внутриматочное средство, введено 5 лет назад. Было две беременности, одна из которых завершилась срочными родами, вторая – искусственным абортом в сроке 8 недель. Роды и аборт без осложнений.

Гинекологические заболевания отрицает. Три недели назад перенесла фолликулярную ангину, которую лечила амоксициллином.

Объективное исследование: общее состояние удовлетворительное. Пульс 86 ударов в минуту, температура тела 36,7 °С. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Наружные половые органы гиперемированы, отёчны. Паховые лимфатические узлы не пальпируются.

Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища гиперемирована, отечна. Влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, наружный зев щелевидный, видна нить ВМС. На поверхности слизистой влагалища и шейки матки определяются белые округлой формы налёты, которые легко удаляются тампоном.

Бимануальное исследование: влагалище рожавшей женщины. Шейка матки эластической консистенции, зев закрыт. Матка в положении retroflexio, retroversio, не увеличена, плотная, подвижная, безболезненна при пальпации. Придатки с обеих сторон не увеличены, подвижны, безболезненны. Своды свободны.

1. Предположительный диагноз.
2. Дополнительное обследование.
3. Лечение.

## Дополнительные методы обследования к задаче № 2

1. Исследование препарата, окрашенного по Грамму: количество лейкоцитов в цервикальном канале – 5-10 в поле зрения, во влагалище – 30 – 35 в поле зрения. Клетки плоского эпителия в умеренном количестве. Смешанная кокко-бациллярная флора в большом количестве. Визуализируются бластоспоры и псевдомицелий дрожжеподобного гриба. Гонококки и трихомонады не обнаружены.

2. В посеве обнаружена культура *Candida albicans*, чувствительная к флуконазолу, итраконазолу, миконазолу, клотримазолу.
3. Кольпоскопия.

### Эталон ответа к задаче № 2

1. Диагноз: острый кандидозный вульвовагинит. ВМС в полости матки.
2. Дополнительное обследование. Для подтверждения диагноза необходимо выполнить микроскопическое исследование отделяемого из влагалища. Полученный препарат окрашивают по Грамму (возможна окраска по Романовскому или метиленовой синькой) и исследуют под микроскопом.

По показаниям производят микробиологическое исследование – посев на грибы рода *Candida* и их чувствительность к антимикотикам.

3. При вагинальном кандидозе назначают как системные, так и локальные противогрибковые препараты. Системные (перорально): флуконазол, кетоконазол, итраконазол. Локальные (вагинально): полиеновые препараты (нистатин, натамицин) или имидазолы: клотримазол, кетоконазол, миконазол, бутконазол и другие.

У описанной пациентки вагинальный кандидоз этиологически связан с предшествующей антибиотикотерапией по поводу фолликулярной ангины, поэтому лучше назначить системные препараты, которые пролечат другие возможные очаги кандидоза (в полости рта, кишечнике).

### Задача № 3

Больная А. 15 лет. Поступила в гинекологический стационар с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей, общую слабость, головокружение, нерегулярные менструации.

Из анамнеза: менархе в 12 лет. Менструации нерегулярные, через 25 – 60 дней по 7-10 дней, обильные, безболезненные. Половую жизнь отрицает. Страдает частыми простудными заболеваниями. Состоит на учете по поводу хронического тонзиллита. Данная менструация началась после трехмесячного интервала и продолжается 14 дней. По рекомендации участкового педиатра в течение недели принимала отвар крапивы, аминокaproновую кислоту, викасол – без эффекта.

Объективно: телосложение правильное. Рост 170 см, вес 52 кг. Вторичные половые признаки хорошо развиты: Ма-2, Р-3, Ах-3, Ме-2. Кожа и слизистые бледные. АД – 110/70 мм. рт. ст., пульс 88 в минуту. Живот мягкий, безболезненный.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, рост волос по женскому типу. Девственная плева не нарушена. Слизистая преддверия влагалища розовая. Выделения яркие кровянистые умеренные с мелкими сгустками.

Ректальное исследование: матка в правильном положении, не увеличена, плотная, безболезненная. Придатки матки не увеличены, безболезненны.

1. Предполагаемый диагноз.
2. Дополнительное исследование.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Тактика .

### **Дополнительные методы обследования к задаче № 3**

1. Общий анализ крови: эритроциты –  $2,9 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 90 г/л, лейкоциты –  $7,8 \times 10^9/л$ , СОЭ – 20 мм/час. Тромбоциты – 88 %. Гематокрит – 29%
2. Показатели гемостаза: МНО – 1,0, фибриноген – 3 г/л, время свертывания по Масс и Магро – 8 мин, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) – 25 сек, активированное время рекальцификации (АВР) – 60 сек.
3. Концентрация хорионического гонадотропина (ХГ) в сыворотке крови составляет 5 МЕ/мл.
4. Ультразвуковое исследование органов малого таза: матка в правильном положении, несколько меньше возрастной нормы (37х22х34 мм) с четкими ровными контурами, однородной эхоструктуры. Эндометрий 4 мм, Правый яичник 39х24 мм, левый – 46х26 мм. Оба яичника незначительно увеличены за счет множества мелких фолликулов. Жидкости в малом тазу нет. Заключение: мультифолликулярные яичники.

### **Эталон ответа к задаче № 3**

1. Предполагаемый диагноз: Ановуляция. Ювенильное кровотечение. Осложнение: постгеморрагическая анемия.
2. Дополнительное исследование:
  - Общий анализ крови.
  - Коагулограмма.
  - Уровень ХГ в крови.
  - УЗИ.
3. Дифференциальный диагноз:
  - Заболевания, связанные со снижением свертываемости крови.
  - Нарушенная маточная беременность.
4. Тактика.

□ Первым этапом лечения является гемостаз. Гормональный гемостаз с помощью КОК (ригевидон). Препарат назначается по 1 таблетке 2-3 раза до остановки кровотечения. В последующем доза снижается до 1 табл. в день. В этой дозировке прием препарата продолжается до 21 дня.

□ Гемостаз можно провести чистыми эстрогенами (прогинова). Эти препараты назначают в дозе 2 мг (1 драже) через 2-4-6-8 часов в зависимости от темпа и объема кровопотери. После остановки кровотечения доза снижается до 1 драже в день и принимается на протяжении 10-15 дней. В последующем добавляются гестагены в течение 10-12 дней. Через 2-3 дня после окончания приема прогестинов начинается менструальноподобная реакция.

□ Второй этап терапии – профилактика кровотечения. Оптимальным методом профилактики является циклический прием гормональных контрацептивов. Предпочтение необходимо отдать однофазным низкодозированным препаратам (ригевидон, марвелон, ярина, жанин). Можно использовать только гестагены (дюфастон по 1 таблетке 2 раза в день с 16 по 26 день сформированного менструального цикла). Возможно применения комбинированных препаратов ЗГТ (дивина, климонорм) в циклическом режиме.

□ Гормональную терапию проводить на фоне общеукрепляющего лечения, включающего лечение анемии, лечение сопутствующих заболеваний. Необходимо постараться ликвидировать дефицит массы тела, обратив внимание на полноценность питания, закаливающие процедуры, режим труда и отдыха, достаточный ночной сон, пребывание на свежем воздухе. Девочки с ювенильными кровотечениями должны находиться на диспансерном наблюдении. У женщин, имеющих в анамнезе ЮК, чаще, чем в популяции отмечают ановуляторное бесплодие, аденокарциному эндометрия, опухоли молочных желез.

### **Практическое занятие 19 Менструальный цикл. Регуляция. Диагностика и лечение нарушений менструального цикла.**

1. Фронтальный опрос.
  - 1) Критерии диагностики нарушений менструальной функции.
  - 2) Данные гормональных тестов.
  - 3) Принципы проведения дифференциальной диагностики.
  - 4) Составление плана оздоровительных мероприятий.
2. Тестирование

#### **К теме: “Физиология менструального цикла”.**

1. Менструальным циклом называется:

Ответы:

1. период между менструациями
2. менструальный период
3. период от первого дня менструации до следующей менструации

2. Продолжительность нормального менструального цикла:

Ответы:

1. 21 день
2. 30 дней
3. 40 дней
4. 28 дней
5. от 21 до 35 дней

3. Менструальный цикл регулируется:

Ответы:

1. гормонами гипофиза
2. нейросекретом гипоталамуса
3. экстрагенитальными заболеваниями
4. хорионическим гонадотропином

4. Из передней доли гипофиза в первую фазу менструального цикла выделяется:

Ответы:

1. фолликулостимулирующий гормон
2. лютеотропный гормон
3. фолликулин
4. эстрогены

5. Вторая фаза менструального цикла называется:

Ответы:

1. лютеиновой
2. фазой желтого цвета
3. фолликулиновой
4. периодом десквамации эпителия

6. Менструация - это:

Ответы:

1. период овуляции
2. десквамация эпителия
3. период менархе
5. фаза менструального цикла

**К теме: “Патология менструального цикла”**

1. Дисфункциональные маточные кровотечения обусловлены:

Ответы:

1. нарушением свертываемости крови
2. нарушениями гипоталамо-гипофизарной системы
3. нарушением секреции половых гормонов яичниками
4. опухолевыми заболеваниями гениталий

2. Атрезия фолликула это:

Ответы:

1. длительное существование фолликула
2. появление незрелого фолликула
3. обратное развитие не созревшего фолликула
4. длительное существование зрелого фолликула

3. При ановуляции происходит:

Ответы:

1. длительное существование фолликула
2. длительное выделение эстрогенов
3. гиперплазия эндометрия
4. гипоплазия эндометрия
5. обильные кровотечения

4. Аменорея - это:

Ответы:

1. нарушение менструального цикла
2. отсутствие месячных более 6 месяцев
3. обильные месячные
4. скудные месячные
5. Персистенция фолликула диагностируется на основании:

Ответы:

1. анамнеза (отсутствие ожидаемой менструации)
2. симптома “зрачка” 4+
3. двухфазной базальной температуры

### Задача № 1

Больная 32 лет обратилась к врачу женской консультации с жалобами на темно-кровянистые незначительные выделения из половых путей в течение 2 – 3 дней перед менструацией в течение последних 3-х месяцев. Анамнез: Менструации с 12 лет, установились сразу, регулярные, цикл 30 дней, умеренные, продолжительностью 4-5 дней, безболезненные. Последняя менструация началась 29 дней назад. Половую жизнь ведет с 18 лет, в настоящее время постоянный партнер, использует барьерную контрацепцию. Всего было 2 беременности: первая закончилась срочными родами, вторая – искусственным абортом в сроке 7-8 недель, без осложнений. Девять месяцев назад была произведена диатермокоагуляция шейки матки по поводу псевдоэрозии. Объективное исследование: состояние удовлетворительное. Пульс 76 ударов в минуту, температура тела 36,7 °С. Пациентка правильного телосложения, кожные покровы нормальной окраски. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Осмотр при помощи зеркал: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, не деформирована. Наружный зев закрыт. На шейке матки видны мелкие, синюшные образования, из некоторых отходят темные, кровянистые, скудные выделения. Бимануальное исследование: матка в положении anteflexio, anteversio, нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненна при пальпации. Придатки четко не пальпируются, область их безболезненна. Своды свободны.

1. Предполагаемый диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Методы диагностики.
4. Лечение.

### Дополнительные методы обследования к задаче № 1

1. Расширенная кольпоскопия.
2. Область вульвы без патологических изменений. Влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, не гипертрофирована, не деформирована. Наружный зев щелевидной формы, закрыт. Экзоцервикс покрыт многослойным

плоским эпителием, переходная зона расположена в области наружного зева, хорошо визуализируется, без атипических изменений. На 16-ти и 19-ти часах, определяются подэпителиальные, узелковые, мелкокистозные образования багрово-синюшного цвета. Некоторые из этих образований имеют темно-красное, скудное отделяемое.

Заключение: эндометриоз шейки матки.

3. Заключение цитологического исследования: плоский эпителий без патологических изменений.

4. Биопсия шейки матки и выскабливание цервикального канала. Гистологическое исследование: кусочек шейки матки покрыт отечным, гиперплазированным многослойным плоским эпителием. В строме, по краю среза определяется участок эндометриоза. В соскобе из цервикального канала – обрывки неизменной слизи, кровь.

5. Ультразвуковое исследование. Матка в правильном положении, не увеличена в размерах: 52x46x50 мм. Толщина передней стенки 16 мм, задней – 15 мм. Миометрий однородный, очаговых изменений нет. М-эхо 15 мм, однородно структуры, не деформировано. Оба яичника не увеличены (правый – 32x16 мм, левый – 30x17 мм), содержат множество фолликулов диаметром 3 - 9 мм. Жидкости в малом тазу нет. Заключение: эхографическая картина без патологии.

### Эталон ответа к задаче № 1

1. Предполагаемый диагноз: эндометриоз шейки матки.

2. Заболевание необходимо дифференцировать с:

- варикозом вен шейки матки;
- наботковыми кистами шейки матки;
- аденокарциномой шейки и тела матки.

3. Методы диагностики:

- Расширенная кольпоскопия.
- Цитологическое исследование.
- Прицельная биопсия шейки матки и выскабливание цервикального канала с последующим гистологическим исследованием полученного материала.
- Для исключения аденокарциномы тела матки – УЗИ
- Гистероскопия и выскабливание полости матки.

4. Лечение: деструкция очагов эндометриоза на шейке матки. Возможно: диатермокоагуляция, криодеструкция, радиоволновая или лазерная вапоризация очагов эндометриоза. По показаниям (глубокое проникновение эндометриоидных гетеротопий в

ткань шейки матки, обнаружение дисплазии при гистологическом исследовании) производят диатермоконизацию или высокую ножевую ампутацию шейки матки.

## Задача № 2

Женщина 49 лет обратилась в женскую консультацию для профилактического осмотра, жалоб не предъявляет.

Анамнез: менархе в 13 лет. Менструации установились через год, были регулярными, цикл 28 – 30 дней, умеренными, по 5 дней, слабо болезненными. В последние 6 месяцев менструации приходят нерегулярно, удлинились до 7 – 8 дней, цикл 25 – 42 дня.

Половую жизнь ведет редко, от беременности не предохраняется. Имела 2 беременности, обе завершились искусственным абортom, осложнений не было. Перенесенные гинекологические заболевания отрицает.

Объективное обследование: состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски, чистые. Пульс 80 ударов в минуту, температура тела – 36,8 °С. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Осмотр при помощи зеркал: влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы. Из наружного зева свешивается образование овальной формы, с гладкой поверхностью, размером около 1 см. Выделения слизистые, умеренные.

Бимануальное исследование: матка в положении anteflexio, anteversio, нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненна при пальпации. Придатки четко не пальпируются, область их безболезненна. Своды свободны.

2. Предполагаемый диагноз.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Методы диагностики и лечение.

### Дополнительные методы обследования к задаче № 2

1. Расширенная кольпоскопия. Область вульвы и стенки влагалища без патологических изменений. Влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы. Наружный зев округлый, растянут полипом, свешивающимся из цервикального канала. Полип, размером 11x8 мм, покрыт метапластическим и цилиндрическим эпителием. На передней губе шейки матки, в области наружного зева, определяется участок нежной мозаики, с четким, неровным контуром.

Заключение: полип цервикального канала.

2. Заключение цитологического исследования: цитограмма воспаления с выраженной пролиферацией плоского эпителия.

3. Цервикогистероскопия. Произведено зондирование полости матки, длина полости по зонду 7 см. Канал шейки матки расширен расширителями Гегара до №

4. При цервикоскопии установлено, что полип имеет тонкое основание в средней трети цервикального канала, по передней стенке. При осмотре полости матки патологических изменений эндометрия не обнаружено.

4. Произведена операция: полипэктомия, биопсия шейки матки на 12 часах и выскабливание цервикального канала.

Гистологическое исследование:

- Железистый полип цервикального канала;
- Кусочек шейки матки покрыт отечным многослойным плоским эпителием с участком лейкоплакии (акантоз, зернистый и тонкий роговой слой). Признаки хронического пролиферативного воспаления.
- В соскобе обрывки слизистой цервикального канала, слизь, кровь.

Заключение гистологического исследования: железистый полип цервикального канала. Лейкоплакия шейки матки (патологический участок полностью в удаленном препарате). Хронический цервицит.

## Эталон ответа к задаче № 2

5. Диагноз: полип цервикального канала. Пременопауза.

6. Необходимо дифференцировать с:

- полипом эндометрия;
- рождающимся узлом миомы;
- аденокарциномой шейки и тела матки.

3. Методы диагностики:

- Расширенная кольпоскопия.
- Цитологическое исследование.
- Ультразвуковое исследование.
- Гистологическое исследование.
- Раздельное диагностическое выскабливание.

4. Лечение: полипэктомия и раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки с последующим гистологическим исследованием удаленного материала. В послеоперационном периоде рекомендована противовоспалительная терапия. Лечение лейкоплакии шейки матки не требуется, поскольку патологический участок был полностью удален при биопсии шейки матки.

### Задача № 3

Больная 25 лет, доставлена ночью машиной «скорой помощи» в гинекологическое отделение с жалобами на сильные схваткообразные боли внизу живота.

Анамнез: менструации с 13 лет, установились сразу, регулярные, по 4 - 5 дней, цикл 21 день, умеренные, безболезненные. Последняя нормальная менструация была 3 месяца назад.

Половую жизнь ведет с 20 лет. Состоит в браке. В последние полгода в качестве контрацепции использует спермицидные средства.

Всего было 5 беременностей: две из них завершились нормальными срочными родами, а три искусственными абортами. Последний аборт был произведен 1 месяц назад при сроке беременности 8 недель. Выписана на 2-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. В срок ожидаемой очередной менструации кровянистые выделения отсутствовали, но появились ноющие боли внизу живота, которые ночью усилились, стали схваткообразными. Больная вызвала «скорую помощь» и была госпитализирована.

Перенесенные гинекологические заболевания: цервицит, во время беременности кандидозный кольпит.

Объективное обследование: состояние удовлетворительное. Пульс 80 ударов в минуту. Артериальное давление – 120/80 мм. рт. ст. Температура тела 36,6 °С. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптомы раздражения брюшины не определяются. Мочеиспускание свободное, безболезненно, учащено.

Осмотр в зеркалах: влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев закрыт. Выделения из влагалища светлые, слизистые.

Бимануально: матка увеличена до 9-10 недель беременности, округлой формы, тугоэластической консистенции, подвижная, резко болезненна при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна.

1. Предполагаемый диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. План обследования и лечения.
4. Наиболее рациональный метод контрацепции после лечения.

#### Дополнительные методы обследования к задаче № 3

1. Анализ крови клинический: эритроциты -  $3 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 115 г/л, цветовой показатель - 0,75, лейкоциты -  $4,1 \times 10^9$ /л, нейтрофилы: палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 69%. Эозинофилы - 4%, базофилы - 1%, лимфоциты - 18%, моноциты - 3%, СОЭ - 16 мм/час, свертываемость - 9 минут.

2. Анализ мочи общий: цвет соломенно-желтый, плотность - 1020, прозрачная, рН - 5.0, белок - нет, сахар - нет, ацетон - нет. Микроскопия: эпителиальные клетки 1 – 2 в поле зрения, лейкоциты - 5 в поле зрения, эритроциты - нет, цилиндры - нет, слизь - нет, бактерии – нет.
3. Анализ крови на хорионический гонадотропин - 4 МЕ/л.
4. УЗИ органов малого таза: матка увеличена до 7 – 8 недель беременности, в положении anteflexio, anteversio. Миометрий однородной эхо-структуры, очаговых изменений нет. Полость матки расширена до 15 мм, заполнена гипоэхогенным содержимым. Цервикальный канал закрыт, длина шейки матки 4 см. Яичники: правый 32x18 мм, левый 30x19 мм, – не увеличены, без структурных изменений. В малом тазу незначительное количество свободной жидкости.
5. Зондирование цервикального канала: из полости матки вытекло 100 мл темно-вишневой крови со слизью.
6. Гистероцервикоскопия: в средней трети цервикального канала определяются линейные повреждения слизистой оболочки длиной 5-7 мм (после расширения канала). Полость матки расширена, заполнена темной кровью, эндометрий истончен, местами кровоточит.

### Эталон ответа к задаче № 3

1. Диагноз: облитерация цервикального канала после искусственного аборта. Гематометра.
2. Данное состояние необходимо дифференцировать с:
- Прогрессирующей беременностью.
  - Опухолью матки.
  - Внематочной беременностью
3. План обследования:
- Клинический анализ крови.
  - Общий анализ мочи.
  - Анализ крови на хориогонический гонадотропин.
  - Ультразвуковое исследование органов малого таза.
  - Зондирование цервикального канала.
  - Гистероцервикоскопия.

Лечение оперативное: в условиях малой операционной, под общим внутривенным наркозом произвести зондирование цервикального канала и его расширение дилататорами Гегара до № 9.

В послеоперационном периоде: антибиотики с целью профилактики воспалительных осложнений.

4. Наиболее рациональный метод контрацепции после лечения. В данной ситуации оптимальным будет назначение ВМС в течение 1-2 менструальных циклов с возможным переходом на комбинированные оральные контрацептивы. Предпочтение отдать низко- или микродозированным однофазным препаратам (марвелон, ярина, логест и др.), которые она может принимать до времени наступления желательной беременности.

## **Практическое занятие 20 Проведение диагностических мероприятий и планирование лечения воспалительных гинекологических заболеваний.**

1. Фронтальный опрос.

- 1) Воспалительные заболевания верхнего отдела женских половых органов: матки, придатков матки: метро-эндометрит, аднексит, параметрит. Причины.
- 2) Клиническая картина, особенности клинического течения воспалительных заболеваний половых органов в разные возрастные периоды, критерии экспресс-диагностики.
- 3) Осложнения воспалительных заболеваний верхнего отдела женских половых органов.
- 4) Методы дополнительной диагностики воспалительных заболеваний верхнего отдела женских половых органов.
- 5) Принципы лечения воспалительных заболеваний верхнего отдела женских половых органов.
- 6) Профилактика воспалительных заболеваний верхнего отдела женских половых органов.

2. Тестирование

### **К теме: "Гонорея половых органов".**

1. Перечисленные симптомы: учащенное, болезненное мочеиспускание, жжение, гнойные выделения из половых путей, характерны для:

1. трихомоноза
2. гонореи
3. метроэндометрита
4. молочницы
5. сифилиса

2. На гонорийное поражение указывают:

1. двухстороннее поражение придатков матки
2. двухсторонний бартолинит
3. лейкопения

4. боли
5. бели

3. Провокация гонореи это:

1. искусственная активизация возбудителя
2. естественная активизация гонококка
3. введение специальных химических препаратов
4. применение гоновакцины

4. К методам лечения гонореи относится:

1. антибактериальное лечение
2. комплексное, общеукрепляющее лечение
3. местное лечение
4. вакцинотерапия
5. физиотерапия

5. К методам физиологической провокации при гонорее относятся:

1. месячные
2. введение 500 млн. лекарственных тел гоновакцины
3. смазывание уретры, цервикального канала раствором Люголя

6. К методам химической провокации относятся:

1. смазывание уретры и цервикального канала раствором Люголя
2. месячные
3. введение 500 млн. лекарственных тел гоновакцины

#### **Эталоны ответов**

#### **ТЕМА: ГОНОРЕЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

1 – 2

2 – 1, 2

3 – 1

4 – 1, 2, 3

5 – 1

6 – 1

**Задача № 1** Беременная 32 лет. Впервые обратилась к врачу акушеру-гинекологу 10 ноября с жалобами на задержку менструации. Последняя менструация - 1 октября.

Жалобы на тошноту, слабость, головокружение, тянущие боли внизу живота. Беременность 6-я, первые 5 беременностей закончились искусственными абортами, без осложнений. Данную беременность желает сохранить. Не замужем. Работает администратором в гостинице. При постановке на диспансерный учет, во время клинико-лабораторного обследования в анализах крови методом ИФА обнаружены антитела к ВИЧ.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, АД – 120/80 мм. рт. ст., пульс 80 в минуту. Кожные покровы чистые, слизистые розовые, отеков нет. В зеркалах: слизистая влагалища и влагалищной части шейки матки несколько цианотична, наружный зев щелевидный, из цервикального канала слизистые выделения. Бимануально: тело матки увеличено до 5 – 6 недель беременности, мягковатой консистенции, подвижное, безболезненное при пальпации. Придатки отдельно не определяются, область их безболезненная при пальпации. Своды не нависают.

1. Диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Прогноз для беременности и родов.
4. Прогноз в отношении здоровья новорожденного.

#### **Дополнительные методы обследования к задаче № 1**

1. Ультразвуковое исследование: в полости матки плодное яйцо, с эмбрионом. Копчико-теменной размер 5 мм, соответствует 5 - 6 неделям. Сердцебиение (+). Хорион в теле матки, без признаков отслойки. Шейка матки 37мм, цервикальный канал закрыт.
2. Клинический анализ крови: эритроциты  $3,9 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 115 г/л, лейкоциты  $6,3 \times 10^9/л$ , тромбоциты  $156 \times 10^9/л$ , СОЭ 23 мм/ч.
3. Общий белок – 55 г/л.
4. Биллирубин 23 мкмоль/л (непрямой 15,1 мкмоль/л)
5. HBsAg (+).
6. Обследование на УГИ: хламидии (+).

1. Диагноз: беременность 5 - 6 недель Угрожающий аборт. Подозрение на ВИЧ инфекцию. Хламидиоз. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.
2. Дополнительные методы обследования. Необходимо уточнить наличие ВИЧ-инфекции (генетические методы). При подтверждении диагноза определить вирусную нагрузку и иммунный статус (лимфоциты CD +4). Обязательным является исследование на другие ИППП (сифилис, гонорея, гепатиты В и С), а также цитологическое исследование шейки матки.
3. Прогноз для беременности и родов. Беременность не несет повышенного риска прогрессирования заболевания. Существует риск передачи заболевания плоду и новорожденному, который можно снизить противовирусным лечением, которое назначается в обязательном порядке. Риск вертикальной передачи плоду во время беременности составляет 25%. Плановое кесарево сечение и одновременное лечение зидовудином снижает риск вертикальной передачи до 2% и менее. Способ родоразрешения выбирается в зависимости от вирусной нагрузки и состояния здоровья матери. Плановое кесарево сечение рекомендуют проводить в 38 недель.
4. Новорожденный остается с матерью, кормление грудью не рекомендуется. Положительные данные ПЦР с последующей сероконверсией являются доказательством ВИЧ инфекции у новорожденного. Все новорожденные от ВИЧ-инфицированных матерей должны получать профилактическое лечение (зидовудин, невирапин) с первых суток жизни.

## **Практическое занятие 21 Проведение диагностических мероприятий и планирование лечения воспалительных гинекологических заболеваний.**

1. Фронтальный опрос.
  - 1) Общие септические заболевания: пельвиоперитонит, перитонит, сепсис.
  - 2) Определение понятий, этиология, патогенез.
  - 3) Пути заражения, классификация.
  - 4) Дифференциальная диагностика, осложнения.
  - 5) Методы дополнительной диагностики.
  - 6) Лечение септических заболеваний в гинекологии.
2. Тестирование

### **К теме: “Вирусные заболевания женских половых органов”.**

1. Остроконечные кондиломы – это:  
Ответы:
  1. заболевание наружных половых органов
  2. доброкачественные разрастания эпидермиса

3. патологический процесс во влагалище

4. предраковые заболевания

2. Причиной остроконечных кондилом являются:

Ответы:

1. любая инфекция
2. фильтрующийся вирус
3. беременность
4. гонококки

3. Кондиломы чаще всего бывают:

Ответы:

1. множественными
2. по всей поверхности промежности
3. единичными
4. злокачественными

4. Лечение кондилом проводится:

Ответы:

1. резорцином
2. борной кислотой
3. 5% спиртовым раствором йода
4. электрокоагуляцией

5. Укажите вирусные заболевания женских половых органов:

Ответы:

1. герпетические высыпания
2. ВИЧ – инфекция
3. Остроконечные кондиломы
4. Эндцервициты
5. Лейкоплакии
6. Псевдоэрозии шейки матки

**Эталоны ответов**

## **ТЕМА: ВИРУСНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

1 – 1, 2, 3

2 – 2

3 – 1, 2

4 – 1, 2

5 – 1, 2, 3

### **Эталоны ответов**

## **ТЕМА: ФИЗИОЛОГИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА**

1 – 3

2 – 2, 4, 5

3 – 1, 2

4 – 1

5 – 1, 2

6 – 1, 5

## **ТЕМА: ПАТОЛОГИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА**

1 – 2, 3

2 – 3

3 – 1, 2, 3

4 – 2

5 – 1, 2

**Задача № 1** Больная В. 26 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на сильные схваткообразные боли в нижних отделах живота в срок предполагаемой менструации. Выделения крови из влагалища нет. Из анамнеза: месяц назад перенесла операцию выскабливания полости матки в связи с нежеланной беременностью в сроке

10-11 недель. Операция осложнилась кровотечением, которое было остановлено после дополнительного выскабливания. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Менструации с 12 лет, установились через полгода, через 25-26 дней по 3-4 дня, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 17 лет, в браке. Всего было 6 беременностей. Первая закончилась нормальными срочными родами, три – искусственными абортами в раннем сроке, одна беременность внематочная, закончившаяся лапароскопической тубэктомией. От беременности предохраняется с помощью презервативов. Планирует рожать через 2-3 года.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые обычной окраски. Пульс – 80 в мин., АД – 130/80 мм. рт. ст. Живот симметричен, не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный над лоном, симптомов раздражения брюшины нет. В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки розовая, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Выделения скудные слизистые. Бимануально: движения за шейку матки и пальпация заднего свода безболезненны. Тело матки в правильном положении, увеличено до 5-6 недель беременности, плотное, подвижное, чувствительно при пальпации. Придатки матки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Параметральная клетчатка мягкая.

1. Предполагаемый диагноз.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Тактика.
5. Рекомендации по контрацепции.

#### **Дополнительные методы обследования к задаче № 1**

1. УЗИ органов малого таза: матка увеличена до 5 недель беременности, с четкими ровными контурами, миометрий однороден. Полость матки расширена до 15 мм с анэхогенным содержимым и множеством гипоэхогенных и гиперэхогенных включений. Левый яичник – 35x27 мм, правый – 39x29 мм с желтым телом. Свободной жидкости в малом тазу нет.

2. Концентрация хорионического гонадотропина (ХГ) в сыворотке крови - 5 МЕ/л.

#### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. Предполагаемый диагноз: Синдром Ашермана, вариант - непроходимость цервикального канала. Гематометра.

2. Дополнительные методы исследования:

- УЗИ органов малого таза.
- Анализ крови на ХГЧ.

3. Дифференциальный диагноз: данное состояние необходимо дифференцировать с беременностью маточной (угрожающий аборт) и внематочной (трубный аборт).

4. Тактика: после подтверждения диагноза необходимо произвести бужирование цервикального канала с последующим введением ВМС на 1-2 месяца.

5. Рекомендации по контрацепции.

Учитывая отягощенный гинекологический анамнез, больной необходимо порекомендовать методы контрацепции: оптимальным будет назначение комбинированных оральных контрацептивов. Предпочтение отдать низко- или микродозированным однофазным препаратам (марвелон, ярина, логест), которые она может принимать в течение 2-3 лет, т.е. до времени наступления желательной беременности.

## Задача № 2

Больная А. 15 лет доставлена в гинекологическое отделение машиной скорой помощи с жалобами на очень сильные боли в нижних отделах живота, рвоту, головную боль, озноб.

Боли начались во время занятий в школе. По назначению школьного врача приняла таблетку анальгина, но, несмотря на это, боли продолжали усиливаться, приняв характер нестерпимых. Дважды была рвота, потом девочка потеряла сознание.

Из анамнеза: менструации с 14 лет. В первые полгода они были нерегулярные, продолжительностью от 5 до 10 дней, умеренные, безболезненные. Через полгода менструации стали регулярными, через 28-30 дней по 4-5 дней очень болезненные. Боли начинаются за 1-2 дня до кровотечения и прекращаются через сутки после начала менструации. Интенсивность их постоянно нарастает. Половую жизнь отрицает. На момент госпитализации идет 28-ой день менструального цикла.

Объективно: телосложение правильное. Рост 172 см, вес 55 кг. Выражение лица страдальческое, кожные покровы и видимые слизистые бледные. Температура тела 36,8 С. Пульс 86 в минуту, АД – 110/70 мм. рт. ст. Ма-2-3, Р-3, Ах-2, Ме-2. Живот симметричен, умеренно вздут, в дыхании участвует всеми отделами, при пальпации отмечается незначительная болезненность над лоном. Симптомов раздражения брюшины нет.

Гинекологический статус. Наружные половые органы сформированы правильно, рост волос по женскому типу. Слизистая преддверия влагалища розовая. Девственная плева не нарушена. Выделения из влагалища кровянистые скудные.

Ректальное исследование: матка в правильном положении, обычных размеров, плотная, умеренно болезненная. Придатки матки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна.

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Тактика ведения больной

### Дополнительные методы обследования к задаче № 2

1. Ультразвуковое исследование органов малого таза: матка 47x37x40 мм, контуры четкие, структура однородная. Эндометрий 10 мм неоднородной эхоструктуры. В полости матки – небольшое количество жидкости. Яичники: правый – 35x25 мм, левый - 42x32 мм с кистозной структурой диаметром 2-2,5 см. Жидкости в малом тазу нет.
2. Анализ крови: эритроциты –  $4,5 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 118 г/л, лейкоциты –  $6,0 \times 10^9$ /л, СОЭ – 9 мм/час.
3. Анализ мазков лейкоциты 8-10 в п.зр., флора смешанная

### Эталон ответа к задаче № 2

1. Предварительный диагноз: Дисменорея первичная. (Альгоменорея). Кольпит?
2. Дополнительные методы исследования:
  - УЗИ органов малого таза.
  - ПЦР диагностика мазка
3. Тактика ведения больной.
  - Причина первичной дисменореи – сокращения миометрия, вызванные простагландинами, образующимися в секреторном эндометрии. Для оказания помощи можно использовать нестероидные противовоспалительные препараты (индометацин, ибупрофен, напроксен, диклофенак, найз), так как они значительно уменьшают продукцию простагландинов в эндометрии, блокируют действие простагландинов, снижают количество теряемой крови и укорачивают время кровотечения. Препарат назначается в таблетках или ректальных свечах при болях. Лечение ограничивается 2-3 днями. НПВП должны применяться как базисная терапия дисменореи.
  - С целью профилактики дисменореи доказана эффективность применения гестагенов: с этой целью можно применить дюфастон по 10 мг два раза в день с 5 по 25 или с 15 по 25 день цикла в течение 3-6 месяцев. Более эффективны комбинированные оральные контрацептивы (ригевидон, марвелон). Препараты назначаются по 21-дневной схеме с 7 - дневным перерывом. Этот метод лечения особенно показан сексуально активным подросткам.

□ При отсутствии эффекта от указанной терапии необходимо провести дообследование пациентки с применением лапаро- и гистероскопии с целью выявления других возможных причин дисменореи (эндометриоз).

В мазках грибы рода кандиды – свечи пимафуцин

## **Практическое занятие 22 Проведение диагностических мероприятий и планирование лечения невоспалительных гинекологических заболеваний**

1. Фронтальный опрос.
  - 1) Внутрибрюшное кровотечение в гинекологии: внематочная беременность, апоплексия яичника, перфорация матки.
  - 2) Особенности клинического течения в женском организме.
  - 3) Факторы, влияющие на развитие декомпенсации защитных механизмов.
  - 4) Тактика фельдшера бригады «Скорой медицинской помощи» при подозрении на внутрибрюшное кровотечение, при явлениях геморрагического шока.
  - 5) Дифференциальная диагностика с острой хирургической патологией (аппендицит, кишечная непроходимость, почечная колика).

### **К теме: “Фибромиома”.**

1. Фибромиома матки это:

Ответы:

1. доброкачественная опухоль из гладкомышечных и соединительных тканей матки
2. доброкачественная опухоль из соединительных тканей
3. злокачественная опухоль
4. предраковое состояние

2. Клиника рождающегося фиброматозного узла характеризуется:

Ответы:

1. схваткообразными болями внизу живота и кровотечением
2. болями, ознобом
3. перитониальными явлениями, высокой температурой тела

3. Миома матки развивается на фоне:

Ответы:

1. повышения секреции эстрогенов
2. понижения секреции эстрогенов

3. лейкоцитоза

4. Укажите гормональные средства применяемые для лечения фибромиом матки:

Ответы:

1. эстрогены, андрогены
2. эстрогены, прогестерон
3. простегерон, андрогены
4. преднизолон

5. Укажите возможные осложнения при фибромиоме матки:

Ответы:

1. развитие хорионэпителиомы
2. перекрут ножки узла
3. бесплодие
4. анемия

**Эталоны ответов**

**ТЕМА: ФИБРОМИОМА**

1 – 1

2 – 1

3 – 1

4 – 3

5 – 2, 3, 4

**Задача № 1** Больная Д. 47 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на значительные кровянистые выделения из половых путей, общую слабость, утомляемость, головокружение. Кровотечение началось после задержки очередной менструации на 2 месяца и продолжается 10 дней. Из анамнеза: менструации с 15 лет, регулярные, через 28-30 дней по 5-6 дней, умеренные, безболезненные. В последние 1,5-2 года цикличность нарушилась, интервалы между регулами удлинились и составляют 30-50 дней, а длительность кровотечения до 7-14 дней. Последняя менструация более

двух месяцев назад. Половая жизнь с 20 лет в браке. Было две беременности, закончившиеся нормальными родами. Дважды лечилась у гинеколога по поводу аднексита. В течение последних десяти лет от беременности не предохраняется и не беременеет. Объективно: правильного телосложения, удовлетворительного питания.

Кожа и слизистые бледные. АД – 130/70 мм. рт. ст., пульс 88 в минуту. Живот симметричный, мягкий, безболезненный. В зеркалах: во влагалище темная кровь со сгустками. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев – поперечная щель.

Слизистая шейки матки бледно розовая, без видимых изменений.

Бимануально: цервикальный канал закрыт. Матка в правильном положении, не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки матки с обеих сторон не увеличены, безболезненны. Параметральная клетчатка мягкая.

1. Предполагаемый диагноз.
2. Дополнительное обследование.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Тактика.

#### **Дополнительные методы обследования к задаче № 1**

- Общий анализ крови: эритроциты –  $3,4 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 100 г/л, лейкоциты  $8,0 \times 10^9/л$ , СОЭ – 18 мм/час.
- Концентрация хорионического гонадотропина в сыворотке крови составляет 8 МЕ/мл
- УЗИ органов малого таза: матка в правильном положении, не увеличена (63x40x54 мм) с четкими ровными контурами, однородной эхоструктуры. Эндометрий – 17-18 мм, неоднородной структуры. Правый яичник 33x20 мм, левый – 39x22 мм, не изменены. Жидкости в малом тазу нет.

Заключение: нельзя исключить патологию эндометрия.

- Диагностическое и лечебное выскабливание полости матки с предварительной гистероскопией и последующим гистологическим исследованием соскоба.

Результат гистологического исследования: в соскобе из цервикального канала обрывки однослойного цилиндрического эпителия, кровь; из полости матки – эндометрий в фазе пролиферации, железы кистозно расширены.

#### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. Предполагаемый диагноз: Дисфункциональное маточное кровотечение в пременопаузе. Осложнение: постгеморрагическая анемия. Миома матки
2. Дополнительное обследование:
  - УЗИ органов малого таза.
  - Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки с последующим гистологическим изучением соскоба.

- Гистероскопия.
- Клинический анализ крови.
- Анализ крови на ХГЧ.

3. Дифференциальный диагноз:

- Аденокарцинома эндометрия.
- Нарушенная маточная беременность.
- Симптомная миома матки.

4. Тактика: с целью немедленной остановки кровотечения, а также в целях уточнения диагноза больной показано раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки, возможно под контролем гистероскопии. После получения результатов гистологического исследования (железистая гиперплазия эндометрия) с целью профилактики кровотечения и регуляции менструального цикла рекомендуется гормонотерапия. Препаратами выбора могут быть:

Гестагены (менее удачный вариант):

- Норэтистерон (норколут, линестренол), назначаемый перорально по 5 мг 2 – 3 раза в день с 5-го по 25-й дни менструального цикла в течение 6 месяцев.
- Левоноргестрел в виде внутриматочного средства «Мирена». В течение 24 часов высвобождается 20 нг препарата в течение 5 лет.

Эстроген-гестагенные препараты (оптимальный вариант): прием однофазных низкодозированных КОК в контрацептивном режиме (ригевидон, марвелон, ярина). Возможно применение комбинированных препаратов ЗГТ (климонорм) в циклическом режиме.

Динамическое наблюдение за состоянием эндометрия 1 раз в 6 месяцев в течение 2 лет (УЗИ). При неудаче лечения вариантом выбора может быть хирургическое лечение – абляция эндометрия.

### **Практическое занятие 23 Проведение диагностических мероприятий и планирование лечения невоспалительных гинекологических заболеваний**

1. Фронтальный опрос.

- 1) Абдоминальный синдром в гинекологии: нарушение питания миоматозного узла, перекрут ножки опухоли яичника.
- 2) Клинико-лабораторная диагностика, тактика фельдшера.
- 3) Неотложная помощь при перекруте ножки опухоли яичника, при маточном кровотечении.

- 4) Гистеросальпингография.
  - 5) Симптом «зрачка», симптом «папоротника».
2. Тестирование

### **К теме: “Опухоли яичников”**

1. Укажите доброкачественные опухоли яичников:

Ответы:

1. кистома
2. саркома
3. фиброма
4. дермоидная киста
5. опухоль Крукенберга

2. Кистома яичника - это:

Ответы:

1. истинная доброкачественная опухоль
2. быстрорастущая злокачественная опухоль
3. воспалительная опухоль
4. опухоль, имеющая кистозную форму
5. опухоль, растущая за счет пролиферации клеток эпителия и накопления экссудата в полости

3. Киста яичника - это:

Ответы:

1. воспалительное заболевание
2. ретенционное образование
3. истинное образование

4. Причинами кист яичников являются:

Ответы:

1. воспалительные заболевания придатков матки
2. нарушение гормональной регуляции
3. многочисленные роды
4. генетические нарушения

5. Дифференцировать кистому от беременности можно по:

Ответы:

1. наличию признаков беременности
2. определению гонадотропинов
3. тестам функциональной диагностики
4. УЗИ

### **К теме: “Острый живот”**

1. “Острый живот” - это заболевание:

Ответы:

1. органов брюшной полости
2. возникающее внезапно
3. кишечника
4. печени

2. Укажите заболевания относящиеся к “острому животу”

Ответы:

1. перитонит
2. хронический аднексит
3. миома матки
4. прервавшаяся внематочная беременность

3. Клинические признаки разрыва маточной трубы:

Ответы:

1. боли внизу живота
2. повышение температуры
3. схваткообразные боли внизу живота, температура
4. резкие боли внизу живота, нарастающая анемия

4. Перечислите симптомы трубного аборта:

Ответы:

1. периодические боли внизу живота
2. кровянистые боли внизу живота
3. геморрагический шок
4. болезненность при смещении матки

5. Прогноз при “остром животе”

Ответы:

1. всегда благоприятный
2. благоприятный при своевременной госпитализации
3. трагический

## Эталоны ответов

### ТЕМА: ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

1 – 1, 3, 4

2 – 1, 4, 5

3 – 2

4 – 1, 2

5 – 1, 4

### ТЕМА: ОСТРЫЙ ЖИВОТ

1 – 1, 2

2 – 1, 4

3 – 4

4 – 1, 2

5 – 2

**Задача № 1** Больная К. 52 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей, слабость, головокружение.

В течение последних 3-4 лет менструации стали нерегулярными, часто сопровождаются кровотечением, по поводу чего два года назад проводилось раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки. Результат гистологического исследования: «железисто-кистозная гипертрофия эндометрия». По рекомендации гинеколога в течение полугода принимала ригевидон в контрацептивном режиме. Во время приема препарата и последующие 5-6 месяцев отмечала улучшение – менструации были регулярными необильными. После его отмены их ритм нарушился, кровопотеря увеличилась. Данная менструация началась с задержки на 10 дней, продолжается две недели. В последние два дня кровотечение резко усилилось. Из анамнеза: менструации с 11 лет, установились регулярными через 4 года, через 30-35 дней по 6-7 дней, обильные, безболезненные. В пубертатном периоде страдала ювенильными кровотечениями. Половая жизнь с 20 лет. В анамнезе 4 беременности, две из которых закончились нормальными родами, две – искусственными абортами без осложнений. Объективно: правильного телосложения, повышенного питания. Рост 168 см, вес 80 кг, индекс массы тела 32. Кожа и слизистые бледные. Пульс 90 в мин., АД – 145/85 мм. рт. ст. Живот мягкий безболезненный. В зеркалах: во влагалище темная кровь со сгустками. Слизистая влагалища и шейки матки бледно-розовая, без видимых изменений.

Бимануально: матка в правильном положении, несколько больше нормы, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки матки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Параметральная клетчатка мягкая.

1. Предполагаемый диагноз.
2. Дополнительные методы исследования.

### 3. Тактика.

#### Дополнительные методы обследования к задаче № 1

1. УЗИ органов малого таза: матка в правильном положении (65x41x55 мм), однородной эхоструктуры, контуры четкие ровные. Эндометрий 15-16 мм, неоднородный, ячеистой структуры Яичники: правый – 33x20 мм, левый – 39x22 мм, не изменены. Жидкости в малом тазу нет. Заключение: нельзя исключить патологию эндометрия.

2. Клинический анализ крови: эритроциты –  $3,0 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 92 г/л, лейкоциты –  $78 \times 10^9/л$ , (эозинофилы - 1, базофилы – 1, палочкоядерные - нет, сегментоядерные – 60, лимфоциты - 30, моноциты - 8). СОЭ – 15 мм/час.

3. Результат гистологического исследования: в соскобе из цервикального канала кровь, обрывки однослойного цилиндрического эпителия; из полости матки - эндометрий в фазе пролиферации, железы кистозно расширены.

#### Эталон ответа к задаче № 1

1. Предполагаемый диагноз: Дисфункциональное маточное кровотечение в пременопаузе. Анемия постгеморрагическая. Аденокарцинома эндометрия, миома матки?

2. Дополнительные методы исследования.

- Ультразвуковое исследование органов малого таза.
- Гистероскопия.
- Раздельное диагностическое выскабливание с гистологическим исследованием соскоба.
- Анализ крови.

Тактика: с целью немедленной остановки кровотечения, а также в целях уточнения диагноза больной показано раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки. Возможно под контролем гистероскопии. После получения результатов гистологического исследования (железисто-кистозная гиперплазия эндометрия) с целью профилактики кровотечений и регуляции менструального цикла рекомендуется гормонотерапия. Препаратами выбора могут быть:

- Гестагены: норэтистерон (норколут, линестренол), назначаемый перорально по 5 мг 1-2 раза в день с 16 по 25-й дни менструального цикла в течение 6 месяцев.
- При необходимости длительного лечения можно перейти на препараты гормонозаместительной терапии: климонорм в циклическом режиме.

При неэффективности медикаментозной терапии вариантом выбора может быть хирургическое лечение – абляция эндометрия.

Динамическое наблюдение за состоянием эндометрия 1 раз в 6 месяцев в течение 2 лет (УЗИ). При повторении кровотечения - морфологическая оценка.

## Задача № 2

Больная 46 лет обратилась к урологу с жалобами на учащенное мочеиспускание, чувство давления на мочевой пузырь, которое появилось за последний год. При обследовании данных за патологию органов мочевыделительной системы не получено. Рекомендована консультация гинеколога.

Специальный анамнез: менструации с 12 лет, установились сразу, регулярные, по 6 - 7 дней, через 28 дней. В течение последних 1,5 лет они стали очень обильными. Половая жизнь с 19 лет, в браке.

В анамнезе две беременности, из них - одни срочные роды и один искусственный аборт в сроке 8 недель, без осложнений. Около 7 лет назад впервые была обнаружена миома матки. У гинеколога регулярно не наблюдалась. Последнее посещение гинеколога около 2 лет назад.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы розовые, видимые слизистые чистые. PS 78 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД 120/80 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий безболезненный. симптомов раздражения брюшины нет. На 1 см выше лона определяется верхний полюс образования, исходящего из малого таза, ограничено подвижного, безболезненного при пальпации.

Мочеиспускание учащенное, безболезненное, есть ощущение давления на мочевой пузырь.

Специальный статус: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, наружное отверстие мочеиспускательного канала - без особенностей.

В зеркалах: влагалищная часть шейки матки цилиндрическая, подтянута кверху, слизистая чистая, выделения слизистые.

Бимануально: тело матки увеличено до 11 - 12 недель беременности за счет множественных узлов миомы, один из которых пальпируется по передней стенке матки около 8 см в диаметре, впечатление, что субсерозно-интерстициальной локализации. Придатки не определяются, область над ними безболезненна.

1. Диагноз.
2. Дополнительное обследование.
3. План ведения больной.

### Дополнительные методы обследования к задаче № 2

1. Анализ крови клинический: эритроциты  $4.7 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 104 г/л, цветовой показатель 0.9, тромбоциты  $260 \times 10^9/л$ , лейкоциты  $5.8 \times 10^9/л$ , сегменты - 60%, лимфоциты - 30%, моноциты - 6%, СОЭ - 8 мм/час, свертываемость крови - 4 минут 10 секунд.

2. Анализ мочи общий: удельный вес - 1018, цвет соломенно-желтый, лейкоциты 2 - 3 в поле зрения, эритроциты - 0.

3. УЗИ органов малого таза трансвагинальным датчиком: тело матки увеличено до 11-12 недель беременности за счет множества миоматозных узлов: интерстициально – субсерозного диаметром 71x82 мм по передней стенке матки, интерстициального диаметром 35x45 мм в дне, интерстициального диаметром 33x40 мм по задней стенке матки. Эндометрий - 7 мм, соответствует 1 фазе менструального цикла, однородный. Полость матки несколько деформирована. Левый яичник 28x18x30мм, с фолликулом, правый яичник не визуализируется. Заключение: множественная миома матки.

### Эталон ответа к задаче № 2

1. Диагноз: Множественная миома матки

Осложнения: Нарушение функции мочеиспускания. Анемия легкой степени тяжести.

2. Дополнительное обследование (для оперативного лечения)

- анализ крови клинический
- анализ мочи общий
- анализ крови на группу и резус - фактор
- анализ крови на RW, ВИЧ, гепатиты А, В, С
- анализ крови на сахар, протромбиновый индекс, билирубин, общий белок
- Электрокардиография сердца
- УЗИ органов малого таза
- кольпоскопия с PAP- мазком на цитологию

3. План ведения.

Учитывая наличие множественной миомы матки с нарушением функции смежных органов, ее размеры большой показано оперативное лечение в объеме субтотальной гистерэктомии без придатков. Одновременно проводят противоязвенную терапию по общим принципам.

При отказе пациента от операции возможно наблюдение с рекомендацией приема комбинированных гормональных контрацептивов (при отсутствии противопоказаний)

### Задача № 3

Больная 30 лет доставлена в гинекологическое отделение с жалобами на резкие боли в нижних отделах живота, появившиеся во время уборки квартиры. Пациентка в течении 1 года состоит на диспансерном учете в женской консультации по поводу кисты левого яичника. От оперативного лечения отказывалась.

Специальный анамнез: менструации с 12 лет, регулярные, по 4 - 5 дней, через 28 дней. Последние менструации пришли в срок без особенностей.

Половой жизнью живет с 19 лет, в браке. Беременностей две, закончившихся срочными родами, без осложнений. Из гинекологических заболеваний: киста левого яичника, диагностирована год назад при ультразвуковом исследовании органов малого таза. От оперативного лечения отказывалась.

Объективно: состояние средней степени тяжести, пульс 96 уд/минуту, удовлетворительных свойств, АД-130/80 мм. рт. ст., температура - 37.6 С, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Язык обложен беловатым налетом.

Живот правильной формы, при пальпации над лоном и в левой подвздошной области определяется верхний полюс образования, исходящего из малого таза, резко болезненного при пальпации, симптомы раздражения брюшины положительные.

В зеркалах: слизистая влагалища и влагалищной части шейки матки розовая, чистая. Влагалищная часть шейки матки цилиндрическая, наружный зев закрыт, выделения слизистые.

Бимануально: тело матки отклонено вправо, обычных размеров, плотное, подвижное, при пальпации безболезненное. Правые придатки не определяются, область над ними безболезненная. Слева от матки определяется образование тугоэластической консистенции, 12x14 см, резко болезненное при пальпации, ограниченно подвижное. Задний свод при пальпации чувствительный.

1. Диагноз.
2. Дополнительное обследование.
3. Тактика.

### **Дополнительные методы обследования к задаче № 3**

1. УЗИ органов малого таза трансвагинальное: матка в правильном положении, отклонена вправо, не увеличена 58x41x50 мм. Эндометрий 7 мм однородный. Правый яичник 34x22 мм, не изменен. Левый яичник представлен округлым гипоэхогенным образованием с четкими, ровными контурами и гиперэхогенными зонами, диаметром 140x129 мм. В заднем своде небольшое количество жидкости.

Заключение: киста левого яичника.

2. Анализ крови клинический: эритроциты -  $4.7 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 126 г/л, цветовой показатель - 0.9, лейкоциты -  $13.6 \times 10^9/л$ , СОЭ - 42 мм/час.

3. Анализ мочи общий: цвет соломенно-желтый, удельный вес - 1018, прозрачная, белок - 0, лейкоциты - 0 в поле зрения, эритроциты - 1 в поле зрения, соли - нет, бактерии - нет.

4. Диагностическая лапароскопия: матка и правые придатки без особенностей. Левый яичник представлен округлым образованием около 14 см в диаметре, тугоэластической

консистенции, с гладкой поверхностью, с просвечивающим синюшным содержимым, с истинным двукратным перекрутом ножки.

### Эталон ответа к задаче № 3

1. Диагноз: перекрут ножки кистомы левого яичника.

2. Дополнительное обследование:

- УЗИ органов малого таза.
- Анализ крови клинический.
- Биохимический анализ крови.
- Анализ мочи общий.
- Мазки на влагалищную флору.
- Диагностическая лапароскопия с биопсией.

3. Тактика. Больной показано экстренное оперативное лечение, которое можно провести путем лапароскопии. При наличии истинного перекрута ножки кистомы, показано удаление левых придатков, несмотря на молодой возраст пациентки. Хирургическая ножка не раскручивается во избежание тромбоэмболии. По возможности необходимо провести экстренное гистологическое исследование препарата. При наличии признаков злокачественности объем оперативного вмешательства расширяется до субтотальной гистерэктомии с придатками и резекции большого сальника.

### Практическое занятие 24 Заболевания, передающиеся половым путем.

11. Фронтальный опрос.

- 1) Основные признаки, диагностика ЗППП.
- 2) Лечение заболеваний, передающихся половым путем.
- 3) Профилактика заболеваний, передающихся половым путем.
- 4) ВИЧ-инфекция, СПИД, пути передачи, признаки, диагностика, профилактические мероприятия.
- 5) Сифилис, пути передачи, признаки, диагностика, профилактические мероприятия.
- 6) Гонорея, пути передачи, признаки, диагностика, профилактические мероприятия.
- 7) Хламидиоз, пути передачи, признаки, диагностика, профилактические мероприятия.
- 8) Трихомоноз, пути передачи, признаки, диагностика, профилактические мероприятия.
- 9) Гепатит В, пути передачи, признаки, диагностика, профилактические мероприятия.
- 10) Вирус простого герпеса (ВПГ, или герпес), пути передачи, признаки, диагностика, профилактические мероприятия.
- 11) Вирус папилломы человека (ВПЧ), пути передачи, признаки, диагностика, профилактические мероприятия.

12. Тестирование.

### К теме: "Гонорея половых органов"

5. Перечисленные симптомы: учащенное, болезненное мочеиспускание, жжение, гнойные выделения из половых путей, характерны для:

Ответы:

6. трихомониаза
7. гонореи
8. метроэндометрита
9. молочницы
10. сифилиса

6. На гонорийное поражение указывают:

Ответы:

6. двухстороннее поражение придатков матки
7. двухсторонний бартолинит
8. лейкопения
9. боли
10. бели

7. Провокация гонореи это:

Ответы:

1. искусственная активизация возбудителя
2. естественная активизация гонококка
3. введение специальных химических препаратов
4. применение гоновакцины

8. К методам лечения гонореи относится:

Ответы:

7. антибактериальное лечение
8. комплексное, общеукрепляющее лечение
9. местное лечение
10. вакцинотерапия
11. физиотерапия

5. К методам физиологической провокации при гонореи относятся:

Ответы:

4. месячные
5. введение 500 млн. лекарственных тел гоновакцины
6. смазывание уретры, цервикального канала раствором Люголя

12. К методам химической провокации относятся:

Ответы:

4. смазывание уретры и цервикального канала раствором Люголя
5. месячные
6. введение 500 млн. лекарственных тел гоновакцины

## К теме: "Трихомоноз и беременность".

1. Клиническими частыми признаками трихомоноза при беременности являются:

Ответы:

1. кольпиты
2. тяжелые формы метритов
3. уретриты
4. явления общей интоксикации
5. всегда прерывание беременности

2. При трихомонозе плод:

Ответы:

1. погибает всегда
2. иногда зарождается через плаценту
3. не страдает

3. Тактика акушера при выявлении трихомоноза у беременной:

Ответы:

1. полный комплекс лечения
2. избегать препараты, содержащие мышьяк
3. прерывание беременности в любом сроке
4. лечение препаратами, содержащими метронидазол

4. Препараты с метронидазолом при беременности можно применять:

Ответы:

1. только в раннем сроке
2. во II половине беременности
3. в комплексном лечении
4. не менее трех курсов

5. Родоразрешение при поражении трихомонадами проводится:

Ответы:

1. в специализированных роддомах
2. в наблюдательном отделении любого роддома
3. кесаревым сечением
4. с соблюдением мер инфекционной безопасности

**Эталоны ответов**

**ТЕМА: ГОНОРЕЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

2 – 1, 2

3 – 1

4 – 1, 2, 3

5 – 1

6 – 1

## **ТЕМА: ТРИХОМОНИАЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ**

1 – 1, 3

2 – 2

3 – 2

4 – 2

**Задача 1** Больная, 37 лет, поступила с жалобами на боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, высокую температуру. Менструальная функция не нарушена. Последняя менструация - 2 дня назад. Заболела остро после случайной половой связи. Появились боли внизу живота, озноб, температура 39\*С. При пальпации живот резко болезненный в нижних отделах, положительные симптомы раздражения брюшины. При влагалищном исследовании матки и придатков четко не контурируются из-за резкой болезненности и напряжения мышц живота. Выделения обильные, гнойвидные. Диагноз? План ведения?

Д-з: Острый сальпингоофорит клинически специфической (гонорейной) этиологии, осложненный пельвиоперитонитом.

План ведения – 1) окраска мазка цервикальной слизи по Граму (на гонорею – один из основных возбудителей – выделяется у 1/3 женщин с острыми ВЗОМТ)

2) посев материала (\*1и2 более эффективно после комбинированных методов провокации)

3) кульдоцентез (при получении гноя посев, в т.ч. для определения чув-ти к а/б, однако в первичном очаге может быть другой возбудитель)

4) лапароскопия - осн.метод при неясной клинике

5) УЗИ (в т.ч. для диф.ДС)

6) ХГ – дифДС с эктопической беременностью

7) общие анализы (кровь, моча)

Если подтверждается ВЗОМТ – а/б терапия ампициллин в/м – 4г/сут, ципрофлоксацин 500 мг 2 раза в день, иммуномодуляторы, дезинтоксикационная терапия

- доксициклин 100мг в/в 2 раза в день + цефокситин (2 мг в/в 4 раза в день)

- клиндамицин (600 мг в/в 4 раза в день) + гентамицин (2 мг/кг в/в)
- доксициклин + метронидазол 1,5 мг/кг в/в 3 раза в день

Критерий излеченности гонореи – отсутствие гонококков в мазках после проведения комплексной провокации в течение 3 менструальных циклов.

## Задача 2

Больная 23 лет. Жалобы на обильные бели, зуд, жжение. Заболела 5 дней назад после полового сношения. Менструальный цикл не нарушен. Температура нормальная, пульс 76 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. При осмотре в зеркалах - слизистая влагалища резко гиперемирована, выделения обильные, желтовато-зеленого цвета, пенящиеся. При влагалищном исследовании: движения за шейку матки болезненные, матка и придатки без особенностей.

Диагноз? План ведения?

Д-з: Кольпит(трихомониаз).

План ведения – посев слизи из цервикального канала, микроскопия нативного препарата.

При подтверждении д-за – лечение обоих партнеров. Местное лечение не рекомендуется, т.к. трихомонады могут персистировать экстравагинально и м.б. рецидив после локальной терапии. Лечение – метронидазол 250 мг 3 раза в день – 7 дней или 2 г метронидазола однократно (per os).( аналоги – орнидазол, тинидазол, «Тиберал»)

## Задача 3

Больная, 29 лет, поступила с жалобами на повышение температуры, общую слабость, боли внизу живота. 8 дней назад произведен искусственный аборт, выписана на следующий день после аборта. При обследовании: состояние удовлетворительное, пульс 80 ударов в минуту, температура 38,2 °С. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. При гинекологическом исследовании: шейка матки гиперемирована, из цервикального канала - обильные гнойные выделения. При пальпации - шейка матки обычной консистенции, наружный зев закрыт, тело матки несколько больше нормы, мягкой консистенции, болезненное при пальпации и смещении. Придатки не определяются. Своды глубокие.

Диагноз? План ведения?

Д-з: Острый метроэндометрит.

План ведения: провести УЗИ – при выявлении большого количества содержимого в матке предпочтительнее произвести вакуум-аспирацию и промывание матки под наркозом. При незначительном расширении полости матки ограничиваются расширением цервикального канала для создания оттока.

Микроскопическое и микробиологическое исследование отделяемого. Промывание полости матки р-рами антисептиков и а/б. Раннее назначение а/б широкого спектра – (в соответствии с результатами микробиологического исследования) не менее 2 а/б в максимальных дозах, например: - кефзол 4,0 г/сут + оксациллин 4,0г/сут; ампициллин 4,0 г/сут + гентамицин по 40 мг 2 раза/сут

Одновременно с а/б – назначение СА препаратов (10% этазол натрия в/в по 10 мл 2 раза в сут), метранидазол по 500мг – 2 раза в сут. Для профилактики кандидоза – дифлюкан и др.

Иммунотерапия (по показаниям): гипериммунная антимикробная плазма ч/день по 250 мл 4-5 курсов, антистафилококковый гамма-глобулин или Ig в/м по 5 мл ч/день (4-5 курсов), декарис по 150 мг через 2 дня в течение 10 дней.

Многокомпонентная гидратационная терапия коллоидно-осмотическими р-рами (1:1), витамины С и В группы.

### **Практическое занятие 25 Доброкачественные заболевания шейки матки**

1. Фронтальный опрос.

- 1) Эрозия и эктопия шейки матки: клиника, диагностика, лечение.
- 2) Эктропион: клиника, диагностика, лечение.
- 3) Лейкоплазия шейки матки: клиника, диагностика, лечение.
- 4) Предрак шейки матки: клиника, диагностика, лечение.
- 5) Подготовка к плановому оперативному лечению.

2. Тестирование.

### **К теме: "Фоновые заболевания женских половых органов".**

1. Фоновые заболевания – это процессы, :

Ответы:

1. при которых рак развивается редко, но чаще чем у здоровых людей
2. на фоне которых всегда развивается злокачественная опухоль
3. малигнизации

2. Псевдоэрозия шейки матки является:

Ответы:

1. онкозаболеванием
2. факультативным (фоновым) процессом
3. предраковым заболеванием
4. хроническим процессом

3. Прогрессирующий атрофический процесс трещины, изъязвления, зуд характерны для:

Ответы:

1. крауроза
2. рака матки
3. остроконечных кондилом
4. лейкоплакии
5. эктопии шейки матки

4. К фоновым заболеваниям шейки матки относятся:

Ответы:

1. эрозии, эндоцервициты
2. простая лейкоплакия
3. полипы аденоматозные
4. рубцы, эктропионы
5. простые папиломы
6. дисплазии II, III степени

5. Лейкоплакия – это:

Ответы:

1. фоновые заболевания
2. злокачественный процесс
3. ороговевание плоского эпителия
4. гипертрофия эпителия

### **К теме: "Предраковые заболевания женских половых органов".**

1. Предраковые или облигатные заболевания – это:

Ответы:

1. заболевания, на фоне которых всегда или более часто возникает злокачественная опухоль
2. заболевания, при которых рак развивается относительно редко, но чаще, чем у здоровых людей
3. это процессы, возникающие всегда при хронических заболеваниях

2. К предраковым заболеваниям шейки матки относятся:

Ответы:

1. дисплазии II – III степени (средней и тяжелой степени)

2. полипы аденоматозные
3. атипическая лейкоплакия
4. эрозии
5. эндоцервициты
6. простая лейкоплакия

3. Дискератозы относятся к группе заболеваний:

Ответы:

1. предраковых
2. раковых
3. фоновых

4. Укажите признаки предраковых заболеваний:

Ответы:

1. очаговая атипическая пролиферация
2. малоэффективность консервативных методов лечения
3. рецидивы заболевания
4. отсутствие рецидивов

5. Предраковые заболевания матки это

Ответы:

1. аденоматоз
2. железистая гиперплазия эндометрия в менопаузе
3. аденоматозные полипы
4. полипы эндометрия
5. фибромиомы

**Эталоны ответов**

**ТЕМА: ФОНОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

1 – 1

2 – 2

3 – 1

4 – 1, 2, 4, 5

5 – 1, 3

**ТЕМА: ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

1 – 1

2 – 1, 2, 3

3 – 1

4 – 1, 2

5 – 1, 2, 3

**Задача № 1** Больная, 24 лет, обратилась с жалобами на бели и контактные кровяные выделения. Наследственность не отягощена. Менструальная функция не нарушена. Половая жизнь с 23 лет в браке без предохранения. Беременностей в течение 8 месяцев не было. Гинекологические заболевания отрицает. Заболела 3 месяца назад, когда появились бели и контактные выделения. Общее состояние удовлетворительное. По органам без особенностей. При осмотре шейки матки при помощи зеркал - поверхность слизистой вокруг наружного зева ярко красного цвета, зернистая, покрытая гноевидными слизистыми выделениями, размером 2х2 см. При влагалищном исследовании - пальпаторно шейка матки обычной консистенции, наружный зев закрыт. Матка и придатки - без особенностей. Выделения - бели с примесью крови.

Диагноз? План ведения?

Д-з: Эктопия шейки матки, эндоцервицит.

Тактика – мазки с поверхности шейки и из цервикального канала на атипичные клетки (цитология) и для микробиологического исследования, пробы Шиллера и с уксусной кислотой. При подозрении на злокачественный процесс – дополнительные методы исследования: расширенная кольпоскопия, прицельная биопсия, выскабливание слизистой канала шейки матки, гистологическое исследование.

Лечение – консервативное – снять воспаление влагалища, шейки и цервикального канала, улучшить трофику и подготовить к другому виду лечения (диатермокоагуляции или диатермокоагуляции, криохирургия, лазер). П/восп.терапия – влагалищные таблетки «Клион-Д» 1 раз в день № 10. Для лечения эктопии без деформации шейки – электрокоагуляция, лазер, криохирургия.

## Задача № 2

Больная 47 лет обратилась к гинекологу с жалобами на увеличение размеров живота, чувство тяжести в нижних отделах живота, отметила, что появилось учащенное мочеиспускание. Состоит на диспансерном учете по поводу миомы матки в течение 4-х лет. Последняя явка к гинекологу год назад, миома матки при этом соответствовала 10 - 11 неделям беременности.

Специальный анамнез: менструации с 12 лет, регулярные, по 5 - 6 дней, через 27-28 дней, умеренные, безболезненные. В течение последнего года стали более обильными и продолжительными, незначительно болезненными.

Половая жизнь с 20 лет. Беременностей шесть, из них двое срочных родов и четыре искусственных аборта в сроках 6 – 10 недель. Последний аборт осложнился метроэндометритом, по поводу которого прошла курс противовоспалительного лечения в условиях стационара.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы розовые, видимые слизистые чистые. АД 120/70 мм. рт. ст., Ps 78 ударов в минуту, удовлетворительных свойств.

Живот несколько увеличен за счет подвижного, безболезненного при пальпации образования, исходящего из малого таза. Верхний полюс образования определяется на 4 - 5 см выше лона.

В зеркалах: влагалищная часть шейки матки цилиндрическая, с рубцовыми деформациями на 12 часах участок белесоватой ткани (лейкоплакия?). Наружный зев цервикального канала деформирован, передняя губа с эктропионом. Выделения слизистые.

Бимануально: тело матки представлено плотной бугристой опухолью общим размером до 17 - 18 недель беременности. По передней стенке ближе к дну определяются миоматозные узлы, наиболее крупный из которых диаметром 8 - 9 см. Придатки не определяются, область над ними безболезненна, своды свободны, параметральная клетчатка мягкая.

1. Диагноз.
2. Дополнительное обследование.
3. Тактика.

#### **Дополнительные методы обследования к задаче № 2**

1. УЗИ органов малого таза: тело матки увеличено за счет множественных узлов миомы, наибольший из которых располагается в дне спереди, диаметром 95x54 мм, неоднородной эхоструктуры. Эндометрий 18мм, неоднородный. Полость матки деформирована. Яичники: правый 28x28x29мм, левый 23x18x25 мм, без особенностей. За маткой незначительное количество жидкости.

Заключение: Миома матки больших размеров.

2. Кольпоскопия: лейкоплакия шейки матки на 12 часах.
3. Анализ крови клинический: эритроциты  $3.4 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 100г/л, тромбоциты  $226 \times 10^9/л$ , лейкоциты  $8.9 \times 10/л$ , СОЭ 15 мм/час, свертываемость 4 минуты.
4. Анализ крови биохимический: сахар 4.5 ммоль/л, общий белок 86 г/л, общий билирубин 15 мкмоль/л, прямой 5 мкмоль/л, непрямой 10 мкмоль/л, МНО=1,0.
5. Анализ крови на СА-125: 32ммоль/л.
6. Анализ мочи общий: удельный вес 1022, прозрачная, соломенно-желтая, белок 0, лейкоциты 3-5 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения. Соли - нет, цилиндры - нет, бактерии - нет.

7. Мазки на влагалищную флору: гонококк и трихомонада вагинальная - не обнаружены, флора грамм (-) отрицательные палочки.

### Эталон ответа к задаче № 2

1. Диагноз: Множественная миома матки больших размеров.

Осложнения: Быстрый рост. Нарушение функции смежных органов. Анемия

Сопутствующие заболевания: Лейкоплакия шейки матки. Гиперплазия эндометрия?

2. Дополнительное обследование:

Ультразвуковое обследование органов малого таза.  Кольпоскопия шейки матки.  Анализы крови: клинический, биохимические, на онкомаркер СА-125.  Мазки на влагалищную флору, гонорею и трихомонаду.  Анализ мочи общий.

3. Тактика. Больной показано раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала с биопсией шейки матки. Вторым этапом радикальное оперативное лечение: в случае исключения злокачественной патологии эндометрия и шейки матки - тотальная гистерэктомия без придатков, в случае обнаружения злокачественной патологии - с придатками.

### Задача № 3

Больная 39 лет обратилась к гинекологу женской консультации с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей в течение 10 дней, схваткообразные боли в нижних отделах живота, слабость, мелькание мушек перед глазами.

Специальный анамнез: менструации с 12 лет, по 4 - 5 дней, через 28 дней, умеренные, регулярные безболезненные. Последний год менструации удлинились, стали идти по 7 дней, очень обильные, появились схваткообразные боли, после менструации - слабость, головокружение.

Половая жизнь с 18 лет. Беременностей три, из них две закончились срочными родами, одна – искусственным абортом в сроке 6 – 7 недель, без осложнений. Последняя явка к гинекологу - 3 года назад.

Объективно: состояние удовлетворительное, АД 120/70 мм. рт. ст., PS 82 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Живот при пальпации мягкий, чувствительный, симптомы раздражения брюшины отрицательные.

В зеркалах: влагалищная часть шейки матки укорочена, наружный зев открыт, из наружного зева определяется нижний полюс образования, размером около 4 - 5 см, темно-красного цвета, выделения кровянистые обильные.

Бимануально: тело матки в правильном положении, увеличено до 8 - 9 недель беременности, подвижное, болезненное при пальпации. В цервикальном канале пальпируется узел на тонкой ножке, уходящей за пределы внутреннего зева. Придатки не определяются, область над ними безболезненная. Выделения кровянистые, обильные.

1. Диагноз.

2. Данные дополнительного обследования.
3. Тактика.

### Дополнительные методы обследования к задаче № 3

1. УЗИ органов малого таза: тело матки в правильном положении, увеличено до 8 - 9 недель за счет нескольких интерстициальных узлов в дне и в передней стенке матки, самый крупный из которых диаметром 5 см. В проекции эндометрия субмукозный узел на тонкой ножке, располагающийся в нижней трети полости матки и цервикальном канале, размерами 4-5 см. Правый яичник 34x22 мм, левый яичник 36x22 мм, не изменены.

Заключение: миома матки с рождающимся субмукозным узлом.

2. Анализ крови клинический: эритроциты  $3.1 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 87 г/л, цветовой показатель 0.78, лейкоциты  $10.6 \times 10^9/л$ , тромбоциты  $196 \times 10^9/л$ , СОЭ 18 мм/час, свертываемость 4 минуты 40 секунд.

3. Анализ мочи общий: цвет соломенно-желтый, плотность - 1020, прозрачная, pH - 5.0, белок - нет, сахар - нет, ацетон - нет. Микроскопия: эпителиальные клетки 1 – 2 в поле зрения, лейкоциты - 5 в поле зрения, эритроциты - нет, цилиндры - нет, слизь - нет, бактерии – нет.

### Эталон ответа к задаче № 3

1. Диагноз: миома матки с рождающимся субмукозным узлом. Анемия

2. Дополнительное обследование:

- УЗИ органов малого таза.
- Анализ крови клинический.
- Анализ крови на сывороточное железо.
- Биохимический анализ крови
- Анализ мочи общий.
- Мазки на гонококк и флору.

3. Тактика. Врач женской консультации обязан госпитализировать больную в экстренном порядке, вызвав машину скорой помощи для перевозки в гинекологический стационар. В случае отказа больной от госпитализации необходимо взять с письменный отказ от лечения в условиях стационара. В условиях стационара рождающийся субмукозный узел должен быть удален путем откручивания с последующим выскабливанием полости матки. Возможно выполнение гистероскопии. В обязательном порядке противонаемическое лечение по общим правилам.

## **Практическое занятие 26 Онкологические заболевания женских половых органов и молочных желез**

13. Фронтальный опрос.

Злокачественные новообразования вульвы и влагалища.

- 1) Эпидемиология, факторы риска. Современная классификация. Предопухолевые заболевания.
- 2) Клинические проявления.
- 3) Современные методы диагностики.
- 4) Современные методы лечения в зависимости от стадии заболевания.
- 5) Диспансерное наблюдение, профессиональная и социальная реабилитация больных после лечения.

Рак молочных желез.

- 6) Эпидемиология, факторы риска. Современная классификация. Предопухолевые заболевания.
- 7) Клинические проявления.
- 8) Современные методы диагностики.
- 9) Современные методы лечения в зависимости от стадии заболевания.
- 10) Диспансерное наблюдение, профессиональная и социальная реабилитация больных после лечения.

11) Подготовка к плановому оперативному лечению.

12) Наблюдение и уход за послеоперационной больной.

14. Тестирование.

### **К теме: “Злокачественные заболевания женских половых органов”.**

1. Наиболее информативным методом диагностики рака шейки матки является:

Ответы:

1. биопсия
2. УЗИ
3. пункция
4. диагностическое выскабливание и гистоанализ соскоба эндометрия

2. Укажите какие формы рака наружных половых органов встречаются чаще:

Ответы:

1. экзофитная
2. эндофитная
3. инфильтративно-отечная

3. Для эндофитной формы рака шейки матки характерны симптомы:

1. обильные кровотечения
2. хрящевидная плотность шейки матки

3. бочковидная форма шейки матки
4. вид “цветной капусты”

4. Методы диагностики рака тела матки:

1. анамнез
2. кольпоскопия
3. УЗИ
4. раздельное диагностическое выскабливание шейки и полости матки
5. гистологическое исследование

5. Показания к сочетанной лучевой терапии:

1. ранние стадии рака
  2. рак шейки матки III стадии
  3. рак шейки матки IV стадии
- фоновые заболевания гениталий

**Эталоны ответов**

**ТЕМА: ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

1 – 1, 4

2 – 1

3 – 2

4 – 1, 3, 4, 5

5 – 2, 3

**Задача № 1** Больная 45 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на болезненные и обильные менструации, учащенное мочеиспускание, склонность к запорам. Из анамнеза: менструации с 12 лет, установились сразу по 3 – 4 дня, через 28 – 30 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Последний год менструации удлинились до 7 - 8 дней, стали очень обильными. Половая жизнь с 18 лет. Было 2 беременности: одни срочные роды и один искусственный аборт в сроке 6 – 7 недель без осложнений.

Последний осмотр гинеколога 3 года назад. Выявлено увеличение матки до 8 недель беременности. Лечение не получала. Объективно: состояние удовлетворительное, ИМТ = 36,5 кг/м<sup>2</sup>. Кожный покров и видимые слизистые бледные. Пульс 88 в минуту, АД 150/100 мм. рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания всеми отделами. На 2 см выше лона пальпируется плотное бугристое безболезненное образование, исходящее из малого таза. Мочеиспускание учащенное, безболезненное.

Стул 1 раз в 3-4 дня.

В зеркалах: влажная часть шейки матки деформирована старыми разрывами, имеется выворот слизистой цервикального канала. Выделения слизистые, умеренные.

Бимануально: матка увеличена до 14 недель беременности, плотная, бугристая, безболезненная при пальпации. Из ее передней стенки исходит субсерозный узел до 10 см в диаметре. Придатки не определяются. Своды глубокие.

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Рекомендуемое лечение.

#### **Дополнительные методы обследования к задаче № 1**

1. Анализ крови клинический: эритроциты –  $3 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 92 г/л, гематокрит – 36%, лейкоциты –  $6,1 \times 10^9/л$ , тромбоциты –  $190 \times 10^9/л$ , СОЭ – 12 мм/ч. Глюкоза крови – 4,5 ммоль/л. Время свертываемости – 3 минуты. МНО – 1,0.
2. Анализ крови на RW, ВИЧ, HBV+C – отрицательный.
3. Группа крови: В(III), Rh(+)- положительная.
4. Анализ мочи общий: белок - 0; эритроциты 1 – 2 в поле зрения; лейкоциты 1 - 2 в поле зрения.
5. ЭКГ: признаки гипертрофии левого желудочка.
6. Заключение терапевта: эссенциальная артериальная гипертензия 2 степени; постгеморрагическая анемия, ожирение 2 степени.
7. УЗИ: Заключение: множественная миома матки больших размеров, патология эндометрия.
8. Мазки на гонококк, флору, трихомонаду: в порции «С» слизь, лейкоциты 10 – 12 в поле зрения, в порции «V» лейкоциты 15-20 в поле зрения; флора – смешанная.
9. Мазки на цитологию с шейки матки – атипии не обнаружено.
10. Кольпоскопия: выворот слизистой цервикального канала, картина хронического цервицита.
11. Гистологическое исследование: железистая гиперплазия эндометрия; ткань шейки матки – картина хронического воспаления.

#### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. Предварительный диагноз: Миома матки с нарушением функции соседних органов и меноррагией. Рубцовая деформация шейки матки. Артериальная гипертензия. Гипохромная анемия? Нарушение жирового обмена 2 степени.
2. План обследования:
  - Клинический анализ крови.
  - Анализ крови на уровень глюкозы и ПТИ.
  - Анализ крови на группу крови и резус-фактор.

- Биохимический анализ крови: билирубин, общий белок, АСТ, АЛТ, креатинин, холестерин, липидные фракции.
- анализ крови на RW, ВИЧ, HBV и HCV.
- Анализ мочи общий.
- ЭКГ.
- Мазки на флору, гонококк, трихомонаду.
- Мазки на цитологию с шейки матки.
- Кольпоскопия.
- УЗИ.
- Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки.
- Консультация терапевта.

### 3. План лечения:

- После получения результатов цитологии, проведения кольпоскопии, женщине показано оперативное лечение в объеме экстирпации матки без придатков (при исключении рака эндометрия).

## **Практическое занятие 27 Онкологические заболевания женских половых органов и молочных желез**

### 1. Фронтальный опрос.

Рак тела матки и ее придатков.

- 1) Эпидемиология, факторы риска. Современная классификация. Предопухолевые заболевания.
- 2) Клинические проявления.
- 3) Основные симптомокомплексы при раке тела матки.
- 4) Клинические формы рака тела матки. Современные методы диагностики.
- 5) Современные методы лечения в зависимости от стадии заболевания.
- 6) Диспансерное наблюдение, профессиональная и социальная реабилитация больных после лечения.
- 7) Подготовка к плановому оперативному лечению.
- 8) Наблюдение и уход за послеоперационной больной.

### 2. Тестирование.

**К теме: “Хорионэпителиома”.**

#### 1. Хорионэпителиома - это:

Ответы:

1. опухоль матки
2. злокачественный процесс
3. безсосудистая опухоль
4. опухоль сосудистой системы
5. опухоль любого органа

2. Хорионэпителиома возникает:

Ответ:

1. после абортов
2. после пузырного заноса
3. метастатическим путем
4. на фоне фибромиомы матки

3. Хорионэпителиома характеризуется:

Ответ:

1. обильными кровотечениями
2. быстрым развитием анемии
3. кахексией
4. чрезвычайной болезненностью

4. Диагноз хорионэпителиомы ставятся на основании:

Ответы:

1. увеличения матки
2. определения в моче гонадотропных гормонов сразу после аборта
3. увеличения хориального гонадотропика через 8-6 недель после родов
4. гистологического анализа соскоба эндометрия

5. Лечение хорионэпителиомы осуществляется:

1. в любом ЛПУ
2. в онкодиспансере
3. лучевым методом

4. химеотерапией
5. только андрогенами

### Эталоны ответов

### ТЕМА: ХОРИОНЭПИТЕЛИОМА

1 – 1, 2, 3, 5

2 – 2, 3

3 – 2, 3

4 – 3, 4

5 – 2, 3, 4

**Задача № 1** Больная 60 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на умеренные кровяные выделения из половых путей в течение 7 дней. Из анамнеза: Менструации с 11 лет по 4 – 5 дней, через 30 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 16 лет. Беременностей было 8: одни срочные роды, 7 искусственных аборт в ранние сроки, без осложнений. Постменопауза 12 лет. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые бледные. Масса тела 96 кг, рост 150 см. Ps 78 ударов в минуту, удовлетворительных свойств. АД 160/90 мм. рт. ст. Гинекологический статус: наружные половые органы и слизистая влагалища с явлениями возрастной инволюции, атрофичные, легко ранимые. Осмотр в зеркалах: влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, слизистая чистая. Наружный зев щелевидный. Симптом «зрачка» - отрицательный, из канала шейки матки скудные кровянистые выделения.

Бимануальное исследование: Матка в anteversio, anteflexio; атрофична, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки не определяются. Своды глубокие.

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Тактика.

#### Дополнительные методы обследования к задаче № 1

1. Клинический анализ крови: эритроциты –  $4,2 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 108 г/л, гематокрит – 36%, лейкоциты –  $6,1 \times 10^9/л$ , тромбоциты –  $190 \times 10^9/л$  СОЭ – 12 мм/ч. Глюкоза крови – 4,2 ммоль/л. Время свертываемости – 3 минуты. МНО – 1,0.
2. Анализ крови на RW, ВИЧ, HBV+C – отрицательный.
3. Группа крови: А (II), Rh(-) отрицательная.

4. Анализ мочи общий: белок - 0; эритроциты 1 – 2 в поле зрения; лейкоциты 1-2 в поле зрения.
5. ЭКГ: признаки гипертрофии левого желудочка.
6. Заключение терапевта: артериальная гипертензия 2 степени, риск 2, гипохромная анемия, ожирение 2 степени.
7. УЗИ органов малого таза: Заключение: патологию эндометрия в постменопаузе.
8. Мазки на гонококк, флору, трихомонаду: в порции «С» - слизь, лейкоциты 7 - 10 в поле зрения, в порции «V» - лейкоциты 10 – 15 в поле зрения; флора коккобациллярная.
9. Мазки на цитологию с шейки матки – атипии не обнаружено.
10. Кольпоскопия: без патологии.
11. Гистологическое исследование: папиллярная серозная аденокарцинома.

### Эталон ответа к задаче № 1

1. Предварительный диагноз: Аденокарцинома тела матки. Ожирение III степени. Гипертоническая болезнь II степени.
2. Дополнительные методы обследования:
  - Клинический анализ крови + гематокрит, тромбоциты и время свертываемости крови.
  - Анализ крови на уровень глюкозы и ПТИ.
  - Биохимический анализ крови: общий белок, билирубин, АСТ, АЛТ, креатинин, холестерин и липидные фракции.
  - Анализ крови на группу крови и резус-фактор.
  - Анализ крови на RW, ВИЧ, HBV и HCV.
  - Анализ мочи общий.
  - Мазки на флору, гонококк, трихомонаду.
  - Мазки на цитологию с шейки матки
  - Кольпоскопия.
  - УЗИ органов малого таза.
  - ЭКГ
  - Консультация терапевта.

3. Тактика: госпитализация. Для верификации диагноза проводят раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки с последующим гистологическим исследованием полученного материала. При обнаружении аденокарциномы – лапаротомия. Объем оперативного лечения зависит от стадии заболевания. В данной ситуации – это экстирпация матки и аднексэктомия. В послеоперационном периоде в зависимости от результатов гистологического исследования полученного материала возможно проведение лучевой терапии.

## Задача 2

Больная 25 лет, в анамнезе 1 роды и 2 медаборта. Последние 3 года контрацепция ВМК. Последние 2 месяца отмечает нарушения менструального цикла по типу длительных, до 8-10 дней, обильных, со сгустками менструаций. При осмотре: общее состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые несколько бледные, НЬ - 98 г/л, АД 120/60 мм рт ст., пульс - 86 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. В зеркалах: шейка матки цилиндрическая, зев закрыт, из наружного зева визуализируются контрольные нити ВМС, выделения кровяные, умеренные (8-й день менструации). При двуручном исследовании: влагалище и шейка матки без особенностей, матка обычной величины, плотная, подвижная, безболезненная, своды свободные. Придатки не пальпируются.

Диагноз? Дополнительное обследование. Какова тактика ведения?

Д-з: ДМК репродуктивного периода на фоне ВМС. ЖДА. Аденомиоз?

УЗИ с оценкой М-эхо, Тактика – удаление ВМС, раздельное диагностическое выскабливание с гистологией, назначение КОК, терапия препаратами железа.

## Задача № 3

Больная 30 лет доставлена в гинекологическое отделение с жалобами на резкие боли в нижних отделах живота, появившиеся во время уборки квартиры. Пациентка в течении 1 года состоит на диспансерном учете в женской консультации по поводу кистомы левого яичника. От оперативного лечения отказывалась.

Специальный анамнез: менструации с 12 лет, регулярные, по 4 - 5 дней, через 28 дней. Последние менструации пришли в срок без особенностей.

Половой жизнью живет с 19 лет, в браке. Беременностей две, закончившихся срочными родами, без осложнений. Из гинекологических заболеваний: киста левого яичника, диагностирована год назад при ультразвуковом исследовании органов малого таза. От оперативного лечения отказывалась.

Объективно: состояние средней степени тяжести, пульс 96 уд/минуту, удовлетворительных свойств, АД-130/80 мм. рт. ст., температура - 37.6 С, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Язык обложен беловатым налетом.

Живот правильной формы, при пальпации над лоном и в левой подвздошной области определяется верхний полюс образования, исходящего из малого таза, резко болезненного при пальпации, симптомы раздражения брюшины положительные.

В зеркалах: слизистая влагалища и влагалищной части шейки матки розовая, чистая. Влагалищная часть шейки матки цилиндрическая, наружный зев закрыт, выделения слизистые.

Бимануально: тело матки отклонено вправо, обычных размеров, плотное, подвижное, при пальпации безболезненное. Правые придатки не определяются, область над ними безболезненная. Слева от матки определяется образование тугоэластической консистенции, 12x14 см, резко болезненное при пальпации, ограниченно подвижное. Задний свод при пальпации чувствительный.

1. Диагноз.
2. Дополнительное обследование.
3. Тактика.

### **Дополнительные методы обследования к задаче № 3**

1. УЗИ органов малого таза трансвагинальное: матка в правильном положении, отклонена вправо, не увеличена 58x41x50 мм. Эндометрий 7 мм однородный. Правый яичник 34x22 мм, не изменен. Левый яичник представлен округлым гипоэхогенным образованием с четкими, ровными контурами и гиперэхогенными зонами, диаметром 140x129 мм. В заднем своде небольшое количество жидкости.

Заключение: киста левого яичника.

2. Анализ крови клинический: эритроциты -  $4.7 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 126 г/л, цветовой показатель - 0.9, лейкоциты -  $13.6 \times 10^9/л$ , СОЭ - 42 мм/час.
3. Анализ мочи общий: цвет соломенно-желтый, удельный вес - 1018, прозрачная, белок - 0, лейкоциты - 0 в поле зрения, эритроциты - 1 в поле зрения, соли - нет, бактерии - нет.
4. Диагностическая лапароскопия: матка и правые придатки без особенностей. Левый яичник представлен округлым образованием около 14 см в диаметре, тугоэластической консистенции, с гладкой поверхностью, с просвечивающим синюшным содержимым, с истинным двукратным перекрутом ножки.

### **Эталон ответа к задаче № 3**

1. Диагноз: перекрут ножки кистомы левого яичника.
2. Дополнительное обследование:
  - УЗИ органов малого таза.
  - Анализ крови клинический.
  - Биохимический анализ крови.
  - Анализ мочи общий.

- Мазки на влагалищную флору.
- Диагностическая лапароскопия с биопсией.

3. Тактика врача. Больной показано экстренное оперативное лечение, которое можно провести путем лапароскопии. При наличии истинного перекрута ножки кистомы, показано удаление левых придатков, несмотря на молодой возраст пациентки. Хирургическая ножка не раскручивается во избежание тромбоэмболии. По возможности необходимо провести экстренное гистологическое исследование препарата. При наличии признаков злокачественности объем оперативного вмешательства расширяется до субтотальной гистерэктомии с придатками и резекции большого сальника.

### **практическое занятие 28 Планирование семьи. Контрацепция**

1. Фронтальный опрос.

- 1) Принципы ритмического метода контрацепции.
- 2) Что такое симптотермальный метод?
- 3) Что такое цервикальный метод?
- 4) Какие эстрогены используются в оральной контрацепции?
- 5) Чем отличаются гестагены от прогестинов?
- 6) Какие прогестагенные вещества используются в оральной контрацепции?
- 7) Что такое монофазные оральные контрацептивы?
- 8) Что такое фазные оральные контрацептивы?
- 9) Что такое пролонгированные контрацептивы?
- 10) Что такое посткоитальные контрацептивы?
- 11) Механизм действия оральных контрацептивов.
- 12) Противопоказания к применению оральных контрацептивов.
- 13) Осложнения применения оральных контрацептивов.
- 14) Перечислите методы хирургической стерилизации женщин.
- 15) Перечислите методы хирургической стерилизации мужчин.
- 16) Перечислите осложнения аборта.
- 17) Что такое современные комбинированные инъекционные прогестины?
- 18) Какой метод предпочтителен для послеродовой контрацепции?
- 19) Беседа с пациенткой об основных методах контрацепции КОК и ОГК.
- 20) Подбор контрацептивов при патологии матки.
- 21) Подбор КОК и ОГК.

2. Тестирование.

### **К теме: “Планирование семьи”.**

1. Планирование - это:

Ответы:

1. деликатная проблема каждого жителя земли
2. не использованный резерв сохранения здоровья женщин
3. обеспечение контроля репродуктивной функции
4. прерывание беременности

2. Международные принципы планирования семьи:

Ответы:

1. предупреждение беременности у женщин до 19 лет
2. предупреждение беременности у женщин старше 35 лет
3. соблюдение интервала между родами не менее 2-2,5 лет
4. соблюдение интервала между родами не менее 1 года
5. предупреждение аборта у группы “низкого риска”

3. Международная Федерация планирования семьи (МФПС) ставит цели:

Ответы:

1. пропаганды методов планирования семьи
2. обеспечение услуг в области планирования семьи
3. пропаганды абортов

4. Укажите задачи службы планирования семьи:

Ответы:

1. профилактика нежелательной беременности
2. обеспечение оптимальных интервалов между родами с учетом возраста
3. необходимая информация и средства медицинской помощи для реализации планирования семьи
4. лечение бесплодия в любом возрасте

5. В службу планирования семьи входят организации:

Ответы:

1. Международная Федерация
2. Российская Ассоциация
3. клиники
4. ФАП
1. участковые больницы

**К теме: “Контрацепция”.**

1. Современными методами контрацепции являются:

Ответы:

1. барьерные
2. гормональные
3. химические
4. ритмические

2. К барьерным методам контрацепции относятся:

Ответы:

1. влагалищная диафрагма
2. колпачок Кафка
3. кондом
5. ВМС

3. Укажите гормональные контрацептивы:

Ответы:

1. прегнин
2. седуксен
3. тригол
4. антеовин
5. тризистон
6. марвелон

4. Осложнения гормональной контрацепции:

Ответы:

1. гипертензия
2. тромбофлебиты

3. циститы
4. кольпиты

5. Осложнения ВМС - это:

Ответы:

1. полименорея
2. аменорея
3. анемия
4. боли
5. цистит

6. Стерилизация - это:

Ответы:

1. метод контрацепции
2. создание непроходимости маточных труб
3. обязательный метод контрацепции
4. только мужская операция

**Эталоны ответов**

**ТЕМА: ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ**

- 1 – 1, 2, 3
- 2 – 1, 2, 3
- 3 – 1, 2
- 4 – 1, 2, 3
- 5 – 1, 2

**ТЕМА: КОНТРАЦЕПЦИЯ**

- 1 – 2
- 2 – 1, 2, 3
- 3 – 3, 4, 5, 6
- 4 – 1, 2
- 5 – 1, 3, 4
- 6 – 1, 2

**Задача 1** В женскую консультацию обратилась женщина 40 лет с просьбой введения ВМС в целях контрацепции. Пациентка живет регулярной половой жизнью с постоянным половым партнером. Менструальная функция не нарушена. В анамнезе 3 родов, медицинских аборт не было. Ранее в целях контрацепции использовалась ВМС в течении 5 лет, удалена 3 месяца назад, осложнений не наблюдалось. Из соматических заболеваний: хронический гастрит. Гинекологические заболевания в анамнезе отрицает.

1. Подберите оптимальный вид ВМС.
2. Определите перечень необходимого предварительного обследования.
3. Перечислите возможные побочные эффекты.
4. Определите сроки контрольных посещений врача-гинеколога.

Перечислите показания для отмены данного метода контрацепции

**Эталон ответа** Задача 1

1. Левоноргестрел-содержащее внутриматочная система (ЛНГ-ВМС) «Мирена» Данная процедура производится на 5-7 день от начала менструального цикла.
2. Осмотр гинеколога. Мазок из цервикального канала на бактериологическое исследование микрофлоры влагалища. УЗИ малого таза. Анализ крови на реакцию Вассермана, ВИЧ, гепатиты, коагулограмму. Клинический анализ крови.
3. в течение первых 3–4 мес незначительное системное влияние в виде изменения настроения, головной боли, масталгии, тошноты, акне; развитие функциональных кист яичников ; нарушения менструального цикла: ациклические маточные кровотечения олиго и аменорея
4. Женщине рекомендуется показаться врачу после завершения первого месячного цикла или через 3-6 недель после установки ВМС.

## **Задача 2**

В «Центр планирования семьи» обратилась девушка 22 лет с просьбой о подборе метода контрацепции. Известно, что пациентка живет регулярной половой жизнью с постоянным партнером с 21 года. Ранее в целях контрацепции использовался презерватив. Беременностей в анамнезе не было. Менструации с 14 лет, регулярные, через 28-30 дней, по 3-4 дня. Гинекологические и соматические заболевания в анамнезе отрицает. При общем осмотре женщины отмечается жирная кожа на лице, наличие угревой сыпи, оволосение по женскому типу, избыточное.

1. Подберите оптимальный метод контрацепции данной пациентке.
2. Определите перечень необходимого предварительного обследования.
3. Целесообразно ли применение КОК в данном случае? Если да, каких препаратов?.

4. Определите срок контрольного посещения врача-гинеколога.
5. Перечислите показания для отмены данного метода контрацепции.

### Эталон ответа Задача 2

1) КОК.

2) Для подбора КОК: выяснить анамнез(наследственные, перенесенные и сопутствующие заболевания), общий осмотр с измерением АД, взвешиванием, пальпация молочных желёз. Гинекологический осмотр, бактериоскопическое исследование мазков из влагалища, цервикального канала, уретры на флору. Лабораторные методы исследования: на функции печени и поджелудочной железы, система гемостаза. У нее жирная кожа и угри, что может говорить о повышении мужских половых гормонов, поэтому нужно сдать на тестостерон общий и свободный, и андроген-связывающий белок (образуется в печени)!

3) Целесообразно. Монофазные, низкодозированные . . Фемоден.( 30мкг – эстраген., 75 мкг, гестоден). мидиана, диане 35, ярина, жанин

4) Через три месяца. Если наблюдаются эстрогензависимые симптомы, необходимо перейти на приём КОК с более низким содержанием эстрогенов

5) ПЭ КОК: эстрогензависимые – повышение массы тела, венозные тромбозы, тошнота, подъём АД, нагрубание молочных желёз, судороги, метеоризм, обильные менструалоподобные кровотечения, аменорея, раздражительность, депрессия, повышение уровня глюкозы крови, транзиторное повышение трансаминаз печени, внутрипечёночный холестаз с развитием гепатита и желтухи; гестагенные эффекты – повышение массы тела, депрессия, утомляемость, акне, себорея, гирсутизм, приливы, сухость влагалища, холестаз с развитием камней, повышение общего холестерина, снижение либидо; озлокачествление дисплазии шейки матки.

### Задача 3

Пациентка, 25 лет, обратилась в женскую консультацию для подбора методов контрацепции. Известно, что у данной женщины 4 месяца назад были срочные роды без осложнений. В настоящее время пациентка кормит ребенка грудью нерегулярно, так как работает. Живет регулярной половой жизнью с постоянным партнером. Гинекологических и соматических заболеваний в анамнезе нет. При гинекологическом осмотре: наружные гениталии без особенностей. В зеркалах: слизистая влагалища без воспалительных явлений. На шейке матки имеется эктопия 1,0x1,0 см, контактно не кровоточит. Выделения слизистые. Влагалищное исследование: шейка цилиндрическая, наружный зев закрыт. Матка нормальных размеров и консистенции, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, безболезненные. Параметры свободные.

1. Подберите оптимальный метод контрацепции данной пациентке.
2. Определите перечень необходимого предварительного обследования
3. Перечислите возможные побочные эффекты.
4. Определите срок контрольного посещения врача-гинеколога.
5. Перечислите показания для отмены данного метода контрацепции.

### Эталон ответа Задача 3

#### 1. ВМС.

2. Необходимое предварительное обследование: бактериоскопическое исследование мазков из влагалища, цервикального канала, уретры на флору, степень чистоты влагалища, кольпоскопия, мазки на цитологию.

3. Побочные эффекты: тянущие боли в низу живота, кровотечения по типу метроррагий, воспалительные заболевания внутренних половых органов (эндометрит, салипингоофорит и т.п.), при использовании «Мирены» + доброкачественные кисты яичников, экспульсия спирали, внематочная беременность.

4. Повторное посещение врача через 1 мес после введения ВМС, затем при нормальном состоянии через 3 мес. В дальнейшем посещение гинеколога 2 раза в год с проведением микроскопии мазков из влагалища, цервикального канала, уретры.

5. Истечение срока ношения (5 лет), экспульсия (самопроизвольное изгнание), беременность, планирование беременности, развитие или рост миомы матки, заболевания органов малого таза.

### Задача 4

В «Центр планирования семьи» обратилась девушка 20 лет с просьбой подбора метода экстренной контрацепции. Известно, что 24 часа назад был незащищенный половой акт. Менструации с 13 лет, регулярные, через 28 дней, по 5 дней. Беременностей в анамнезе не было, гинекологическую и соматическую патологию в анамнезе отрицает.

1. Подберите метод экстренной контрацепции данной пациентке.
2. Возможен ли альтернативный вариант?
3. Определите перечень необходимого предварительного обследования.
4. Перечислите возможные побочные эффекты.
5. Определите срок контрольного посещения врача-гинеколога.

### Эталон ответа Задача 4

1. Препарат Постинор, содержащий левоноргестрел 0,75мг: на прием 2 таблетки 1 в день обращения, вторую через 12 часов после первого приема.

2. Прием мифепристон 10 мг антагонист прогестерона

применение КОК в больших дозах.

3 ОАК, ОАМ, Исключение наличия беременности, Хронической печеночной недостаточности.

4. Маточные кровотечения, тошнота, рвота, общ. слабость.

5. через неделю

### **Практическое занятие 29 Планирование семьи. Контрацепция**

1. Фронтальный опрос.

- 1) Частота разных форм бесплодия.
- 2) Понятие мужского бесплодия и основной метод его диагностики (спермограмма).
- 3) Классификация женского бесплодия.
- 4) Основные принципы обследования.
- 5) Особенности диагностики различных форм бесплодия (эндокринное, трубно-перитонеальное).
- 6) Принципы лечения бесплодия в браке.

2. Тестирование.

### **К теме: “Бесплодный брак”.**

1. Бесплодный брак – это:

Ответы:

1. отсутствие детей в течении 3 лет совместной жизни
2. отсутствие способности к зачатию
3. нарушение нейро-эндокринной системы супругов

2. Перечислите причины бесплодного брака:

Ответы:

1. инфекционные заболевания
2. аборты
3. опухоли гениталий
4. генетические факторы
5. инфантилизм
6. двухфазный цикл

3. Непроходимость есмывыводящих протоков возникает при:

Ответы:

1. инфекции
2. эндометриозе
3. опухоли
4. пертубации

4. Укажите способы диагностики при бесплодном браке:

Ответы:

1. рентгенологические
2. тесты функциональной диагностики
3. хирургические
4. гормональные тесты
5. спермограмма
6. только консервативные

5. Для гормональных методов лечения бесплодия используют:

Ответы:

1. фолликуллин
2. андрогены
3. хориогонин
4. гонадотропины
5. витамины

### **К теме: “Женское бесплодие”.**

1. Женское бесплодие – это:

Ответы:

1. отсутствие беременности в течении 2 лет нормальной половой жизни
2. нарушение сексуальной функции женщины
3. заболевание всего организма
4. симптом заболевания

1. Причины женского бесплодия выявляются при помощи:

Ответы:

1. тестов функциональной диагностики
2. гормональных проб
3. “цервикального” числа
4. хирургической операции
5. общего анализа крови и мочи

2. Укажите причины женского бесплодия:

Ответы:

1. генетические нарушения
2. врожденные заболевания
3. венерические болезни
4. злокачественные заболевания любой локализации
5. туберкулез почек

3. Для лечения женского бесплодия применяются:

Ответы:

1. физиотерапия
2. санаторно-курортные методы
3. противовоспалительные средства
4. диатермокоагуляция
5. кульдоскопия

5. Укажите наиболее частую причину женского бесплодия:

Ответы:

1. непроходимость маточных труб
2. миома матки
3. туберкулез
4. эндометриоз

**Эталоны ответов**

**ТЕМА: БЕСПЛОДНЫЙ БРАК**

1 – 2

2 – 1, 2, 3, 4, 5

3 – 1, 3

4 – 1, 2, 4, 5

5 – 1, 2, 4

**ТЕМА: ЖЕНСКОЕ БЕСПЛОДИЕ**

1 – 1, 4

2 – 1, 2, 3

3 – 1, 2, 3

4 – 1, 2, 3

**Задача № 1** Больная К. 22 лет обратилась с жалобами на вторичную аменорею в течение года, увеличение молочных желез, выделение молока из сосков. Из анамнеза: менархе в 12 лет. Через год установились регулярные менструации через 26-28 дней, по 3-5 дней, необильные, умеренно болезненные. С 18 лет интервалы между менструациями увеличились до 2-4 месяцев, и в 21 год развилась аменорея. Половая жизнь с 18 лет без контрацепции. Беременностей не было. Гинекологические заболевания отрицает. Сопутствующих заболеваний не выявлено. В женской консультации, куда женщина обратилась полтора года назад по поводу нарушения цикла, было рекомендовано лечение ригевидоном в течение трех циклов. На фоне приема препарата менструации были регулярными, но после отмены вновь прекратились. Объективно: рост 170 см, вес 65 см. Телосложение правильное, рост волос по женскому типу. Молочные железы развиты правильно, при пальпации безболезненны, при надавливании на соски выделяется молозиво. Живот мягкий безболезненный. В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки розовая. Шейка матки коническая, наружный зев точечный, выделения беловатые скудные. Симптом зрачка отрицательный.

Бимануально: матка в правильном положении, меньше нормы. Придатки матки с обеих сторон не пальпируются. Пальпация безболезненна. Параметральная клетчатка мягкая.

1. Предполагаемый диагноз.
2. Дополнительные исследования.
3. Тактика.

#### **Дополнительные методы обследования к задаче № 1**

1. УЗИ органов малого таза: матка в правильном положении, размеры уменьшены - 38x24x29 мм, структура однородная, эндометрий 3 мм, однородный. Правый яичник 26x18 мм, левый 28x17 мм, с множеством фолликулов диаметром 4-5 мм. Жидкости в малом тазу нет.
2. Базальная температура монофазная.
3. Гормональные исследования: пролактин 1200 мМЕ/л (в норме до 700 мМЕ/л), тиреотропный гормон – 2,1 мкМЕ/мл (в норме 0,2 – 4,5 мкМЕ/мл).
4. При компьютерной томографии в области турецкого седла выявлено объемное образование диаметром 3 мм.

#### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. Предполагаемый диагноз: Микропролактинома гипофиза. Гиперпролактинемия. Вторичная аменорея. Первичное бесплодие.

2. Дополнительные исследования:

- УЗИ органов малого таза.
- Данные тестов функциональной диагностики.
- Анализ крови на пролактин,
- Рентгенография или компьютерная томография области турецкого седла.

3. Тактика.

Лечение проводится агонистами дофамина (бромкриптин, каберголин). Лечение бромкриптином начинается с ¼ таблетки (0,625 мг) в день во время еды на ночь, через 1 неделю увеличивают дозу до 1/2 таблетки (1,25 мг), доводя ее до 1 таблетки в день (по 1/2 таблетки утром и вечером) на 4-ой неделе. Лечение проводят под контролем пролактина крови до восстановления менструального цикла, после чего дозу можно уменьшить. При выраженных побочных эффектах возможно введение препарата во влагалище. Овуляция наступает, как правило, на 4-8 неделе лечения. Фертильность восстанавливается в 70-90% случаев.

Из побочных эффектов терапии бромкриптином отмечают слабость, головокружения, обмороки, запоры, тошноту. К препаратам последнего поколения с минимальными побочными эффектами относится достинекс (каберголин) пролонгированного действия (доза – 1 мг в неделю).

Установлено, что беременность на фоне лечения парлоделом у больных с микроаденомой гипофиза протекает благополучно. Доказано, что лечение бромкриптином на фоне беременности безопасно для матери и ребенка.

### **Задача №2**

Больная М., 28 лет в браке состоит 8 лет. Беременностей не было, не предохраняется.

Менструация с 15 лет, нерегулярная через 2-3 мес. по 5 дней, умеренная. На лице угревая сыпь, кожа пористая, жирная. Вес 80кг при росте 160см.

При обследовании мужа спермограмма без патологии. По УЗИ гениталий

– в яичниках множество атрофических фолликулов; размеры яичников 32\*42\*52мм.

Базальная температура монофазная. В анализах сыворотки крови повышено содержание тестостерона.

- 1.Предположительный диагноз?
- 2.С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?
- 3.Какое дообследование необходимо провести?
- 4.С чего следует начинать лечение этой больной?
- 5.Реабилитация?

### **Эталон ответов к задаче №2**

- 1.Синдром поликистозных яичников, бесплодие I.
- 2.С бесплодием, обусловленным гиперандрогенией надпочечникового генеза.
- 3.Определение ДЭА-С в сыворотке крови, УЗИ надпочечников.
- 4.Монофазные КОК - Диане-35 3-6мес; при нормализации показателей тестостерона решить вопрос об индукции овуляции.
- 5.Коррекция веса – редуциционная диета, монофазные КОК с антиандрогенным эффектом.

### **Задача №3**

Больная А., 25 лет. Состоит в браке 3 года, не предохраняется, беременностей - 0. Гинекологические заболевания отрицает; соматически здорова. Менструации с 12 лет по 3-4 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные.

Муж соматически здоров, в детстве оперирован по поводу крипторхизма. При обследовании спермы – аспермия.

- 1.Предположительный диагноз?
- 2.Следует ли обследовать женщину?
- 3.Тактика врача после обследования?
- 4.Следует ли лечить супруга, если да, то как?

## 5.Профилактика?

### Эталон ответов к задаче №3

- 1.Бесплодие I, мужской фактор.
- 2.Обязательно, т.к. более чем в 30% причиной бесплодия бывает сочетанный фактор: мужской и женский.
- 3.Направить супруга к андрологу.
- 4.Следует, т.к. реконструктивная операция на семявыносящих протоках эффективна более чем в 80%, в случае ее неэффективности целесообразна биопсия яичка и выделение спермиев с последующим лечением методом ИКСИ.
- 5.Своевременная диагностика и лечение у соответствующего специалиста аномалий развития.

### Задача №4

Больная Р., 31 год состоит в браке в течение 9 лет, не предохранялась, беременностей - 0. У мужа брак 2-ой, в 1-м браке двое детей. Соматически здорова, гинекологические заболевания отрицает. Менструация с 12 лет по 5 дней через 28 дней, б/болезненные, умеренные.

При обследовании: гормоны сыворотки крови в пределах нормы. Базальная температура 2-х фазная; трубы проходимы. Обследована на ИППП – не найдены. Спермограмма в пределах нормы. УЗИ гениталий – без патологии.

- 1.Предположительный диагноз?
- 2.Какое обследование необходимо для подтверждения диагноза?
- 3.Какое лечение рекомендовать при подтверждении диагноза?
- 4.Возможно ли наступление беременности?
- 5.Профилактика?

### Эталон ответов к задаче №4

- 1.Иммунологический фактор бесплодия.
- 2.МАР-тест, посткоитальный тест.
- 3.Инсеминация спермы мужа, при неэффективности - ЭКО.
- 110
- 4.Да.
- 5.Своевременная санация очагов инфекции.

### Задача №5

Больная К., 30 лет; состоит в браке 11 лет, от беременности не предохранялась. Было две внематочные беременности, по поводу которых проводилось чревосечение и тубэктомия справа и слева. В анамнезе аднексит, трихомонадный кольпит. Менструальная функция не нарушена. При обследовании мужа у андролога патологии не выявлено. Обратилась к гинекологу с жалобами на бесплодие в течение последних 6 лет.

- 1.Предположительный диагноз?
- 2.Какой прогноз лечения бесплодия после удаления обеих труб?
- 3.Какое дообследование следует рекомендовать в данном случае?

4. План лечения?
5. Профилактика?

#### **Эталон ответов к задаче №5**

1. Бесплодие II, трубный фактор.
2. Благоприятный, в случае применения ЭКО.
3. Исключить эндокринный фактор женского бесплодия, мужу - спермограмма.
4. ЭКО
5. Обязательное обследование после 1-й трубной беременности для уточнения, по возможности, ее генеза. Планирование беременности после коррекции выявленных нарушений.

#### **Задача №6**

Больная О., 27 лет. Обратилась к гинекологу с жалобами на бесплодие в течение 3-х лет. Контрацепцией не пользуется. При обследовании у гинеколога – патологии не выявлено. При обследовании супруга диагностирован хронический простатит с частыми рецидивами. При анализе спермы выявлено: сперматозоидов в 1мл-12 млн.; прогрессивно подвижных форм-31%, дегенеративных форм-24%, лейкоцитов много в поле зрения.

1. Предположительный диагноз?
2. Тактика врача?
3. Прогноз?
4. Показатели нормальной спермограммы?
5. Профилактика?

#### **Эталон ответов к задаче №6**

1. Бесплодие I, мужской фактор.
2. Направить супруга на курс противовоспалительной и метаболической терапии.
3. Благоприятный при адекватной терапии.
4. Количество сперматозоидов в 1 мл – 20 млн., из них прогрессивно подвижных – не менее 50%, лейкоцитов 0-1 в мл.
5. Своевременное и адекватное лечение простатита, барьерная контрацепция, диета, исключение переохлаждений, двигательный режим.

## Перечень зачетных манипуляций :

1. Приемы Леопольда - Левицкого
2. Пельвиометрия. Оценка таза
3. Выслушивание сердцебиения плода
4. Акушерское пособие в родах
5. Биомеханизм родов
6. Классическое ручное пособие при тазовом предлежании
7. Взятие мазка на гонорею
8. Взятие мазка на онкоцитологию
9. Выполнить влагалищную ванночку
- 10.Собрать набор инструментов для пункции заднего свода
11. Осмотр и пальпация молочных желез
12. Собрать набор инструментов для диагностического выскабливания
- 13.Проба Шиллера
14. Мазок на чувствительность к антибиотикам
- 15.Симптом «зрачка»
- 16.Симптом «папоротника»
17. Симптом «натяжения слизи»
18. Осмотр шейки матки в зеркалах
- 19.Бимануальное исследование
20. Взятие мазков на цитологию
- 21 .Введение влагалищного тампона.
- 22.Спринцевание влагалища.
- 23.Введение влагалищного кольца.
24. Осмотр наружных половых органов
25. Влагалищное исследование
- 26.Эпизиотомия, перинеотомия.
- 27.Эпизиорафия, перинеорафия.
28. Амниотомия
29. Туалет наружных половых органов