

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр
Сибирского отделения Российской академии наук»
(ФИЦ КНЦ СО РАН, КНЦ СО РАН)

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ «ОБУЧАЮЩИЙ СИМУЛЯЦИОННЫЙ
КУРС» ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИНЫ ВАРИАТИВНОЙ ЧАСТИ
БЛОКА 1 «ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛИ) ОСНОВНОЙ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММЕ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ
ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО
СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.01 АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Утвержден на заседании Ученого совета НИИ МПС (протокол № 2 от
27 января 2020г.)

Составитель:

к.м.н., доцент Шилова О.Ю.

Красноярск
2020

Контролируемая дисциплина (модуль)	Код контролируемой компетенции	Вид оценочного средства	Количество заданий
Обучающий симуляционный курс	ПК-5 ПК-6	клинические симуляционные задачи	11

Задача 1

Больная К., 22 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в гинекологическое отделение с жалобами на внезапно возникшую сильную боль в нижней части живота с иррадиацией в поясничную область, задний проход, слабость, головокружение.

Заболела 2 часа назад, когда появились резкие боли в нижней части живота, тошнота, рвота, был обморок. Начало заболевания связывает с поднятием тяжести.

В анамнезе: Хроническое воспаление матки и придатков, корь, скарлатина, воспаление легких, хронический пиелонефрит.

Менструации с 13 лет, по 3-4 дня через 28 дней, регулярные, безболезненные. Последняя менструация 14 дней назад, пришла в срок, прошла без особенностей. Половая жизнь с 19 лет в одном браке. Беременность 1, закончилась родами.

Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледного цвета. Артериальное давление 100 и 55 мм рт. ст. Пульс 96 в минуту. Живот при пальпации болезненный, особенно в надлобковой области, напряженный, не вздут. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. При перкуссии живота определяется притупление звука в нижнем отделе.

Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение лобка по женскому типу. Осмотр в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы. Слизистая влагалища и шейки матки визуально не изменены. Наружный зев закрыт. Выделения сукровичные скудные. Бимануально: тело матки отклонено кзади, нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки не пальпируются из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки. Через своды определяется образование без ясных контуров, пастозной консистенции.

Произведена пункция брюшной полости через задний свод влагалища - получена темная кровь.

Задания к задаче

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите причины данной патологии.-
3. Назовите основные клинические проявления данной патологии.
4. Оцените общее состояние пациентки.
5. Какие дополнительные методы исследования следует провести срочно?
6. С какими экстрагенитальными заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?
7. С какими гинекологическими заболеваниями следует провести дифференциацию?
8. Как оценить характер пунктата из брюшной полости?
9. Какое осложнение основного процесса имеется у больной?
10. Определите тактику ведения больной.
11. Определите объем хирургического вмешательства.
12. Современные методы лечения данной патологии.
13. Вероятные последствия данного заболевания.
14. Реабилитация больной.
15. Профилактика данной патологии.
16. Клиническая интерпретация данных морфологического исследования.

Эталоны ответов к задаче

1. Апоплексия яичников. Геморрагический шок I степени тяжести.
2. Экзогенные причины: травма живота, поднятие тяжести, бурное половое сношение, влагалищное исследование, оперативное вмешательство. Эндогенные причины: неправильное положение матки (фиксированная ретрофлексия), механическое сдавливание сосудов, нарушающее кровоток в яичнике, спаечные воспалительные процессы в малом тазу.
3. Сильная боль в низу живота с иррадиацией в поясничную область, задний проход, тошнота, рвота, слабость, головокружение, кровянистые выделения из половых путей.
4. Общее состояние средней степени тяжести.
5. Определить гемоглобин, эритроциты, гематокрит, группу и резус принадлежность крови.
6. С аппендицитом, холециститом, пиелонефритом.
7. С прервавшейся внематочной беременностью, с прервавшейся маточной беременностью раннего срока, обострением хронического воспаления придатков матки.
8. Темно-кровянистый характер пунктата свидетельствует о внутреннем кровотечении.
9. Геморрагический шок I степени тяжести.
10. Больной показано хирургическое лечение в экстренном порядке. Клиновидная резекция и ушивание яичника.
11. При легкой форме апоплексии яичника, сопровождающейся незначительным внутрибрюшным кровотечением, показано консервативное лечение: постельный режим, холод на нижнюю часть живота, гемостатическая терапия.
12. При апоплексии яичника, сопровождающейся значительным внутрибрюшным кровотечением, показано хирургическое лечение: ушивание разрыва; клиновидная резекция и ушивание яичника; удаление яичника.
13. Спаечные изменения в малом тазу и брюшной полости.
14. Тщательная санация брюшной полости во время операции, антибактериальная терапия, УФО на низ живота. Реабилитация продолжается 6 месяцев по индивидуальному плану с проведением надежной контрацепции.
15. Предупреждение абортов, воспалительных процессов, полового инфантилизма, своевременное лечение дисфункции яичников.

Задача 2

Больная К., 30 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в гинекологическое отделение с жалобами на сильные боли в нижней части живота и пояснице.

Анамнез: Менструации с 12 лет, установились через 3 года, по 7 дней через 30 дней, регулярные, болезненные, обильные. Последние 5 месяцев длятся по 2 дня. Последняя менструация 14 дней назад, пришла в срок, прошла без особенностей. Половая жизнь с 18 лет. Беременностей 6: (4 закончились родами, 2 искусственными абортами).

Перенесла воспаление придатков матки. Три года назад была госпитализирована в стационар с диагнозом апоплексия яичников. Проведено консервативное лечение. В последние дни беспокоят сильные боли в нижней части живота и поясничной области.

Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые оболочки, бледно-розового цвета. Артериальное давление 120 и 80 мм рт. ст. Пульс 74 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение лобка по женскому типу. Осмотр в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы. Слизистая влагалища и шейки матки визуально не изменены. Наружный зев закрыт. Выделения слизисто-сукровичные, скудные. Бимануально: тело матки в anteflexio,

нормальных размеров, плотное подвижное, безболезненное. Справа от матки в области придатков определяется объемное образование размерами 7*6*7 см, плотноэластической консистенции, подвижное, чувствительное при пальпации. Слева придатки не определяются. Задний свод болезненный при осмотре.

Задания к задаче № 14

1. Поставьте диагноз.
2. В каких возрастных группах чаще встречаются кисты яичников?
3. Назовите основные клинические проявления данной патологии.
4. Оцените общее состояние пациентки.
5. Какие дополнительные методы исследования следует провести срочно?
6. С какими экстрагенитальными заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?
7. С какими гинекологическими заболеваниями следует провести дифференциацию?
8. В чем отличие кист яичника от кистом?
9. Классификация кист.
10. Определите тактику ведения больной.
11. Определите объем хирургического вмешательства.
12. Современные методы лечения данной патологии.
13. Вероятные последствия данного заболевания.
14. Реабилитация больной.
15. Профилактика данной патологии.
16. Клиническая интерпретация данных цитологического (кульдоцентез) и гистологического исследований гинекологической больной.

Эталоны ответов к задаче

1. Разрыв кисты правого яичника.
2. В период полового созревания и в детородном возрасте.
3. Сильная боль в низу живота, пояснице, тошнота, однократная рвота, слабость, головокружение.
4. Общее состояние удовлетворительное.
5. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища. Определить гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, СОЭ, гематокрит, группу и резус принадлежность крови. Ультразвуковое исследование женских половых органов.
6. С аппендицитом, холециститом, пиелонефритом.
7. С обострением хронического воспаления матки и придатков, с нарушением питания опухоли яичника, с некрозом миоматозного узла, пиосальпинксом, tuboовариальным абсцессом.
8. Киста яичника - ретенционное непролиферирующее образование. Киста яичника - истинное пролиферирующее образование.
9. Киста из атрезированного фолликула, киста желтого тела, тека-лютеиновая киста, эндометриоидная киста, паровариальная киста.
10. Больной показано хирургическое лечение в экстренном порядке.
11. Вылущивание кисты и ушивание яичника.
12. Единственный метод лечения разрыва кисты яичника - хирургический. В репродуктивном возрасте, если рядом с кистой сохранилась неизменная ткань яичника показано вылущивание кисты и ушивание яичника. При отсутствии неизменной ткани яичника показано удаление придатков.
13. Спаечные изменения в малом тазу и брюшной полости.
14. Тщательная санация брюшной полости во время операции, антибактериальная терапия, УФО на низ живота. Реабилитация продолжается 6 месяцев по индивидуальному плану с проведением надежной контрацепции.
15. Предупреждение воспалительных процессов, полового инфантилизма.

Задача 3

Больная С, 29 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, тошноту, слабость, мажущие кровянистые выделения из половых путей.

Из анамнеза выяснено, что вышеуказанные жалобы появились после задержки очередной менструации на 4 недели. Менструации по 5-6 дней, умеренные, безболезненные, цикл - 28 дней. Половая жизнь в браке, с 21 года. Беременностей было две: роды - 1, медицинский аборт - 1. В течение двух последних лет с целью контрацепции использует ВМС.

Объективно» состояние удовлетворительное. АД=110/70 мм. рт. ст. Пульс 80 в мин., удовлетворительного наполнения. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот слегка вздут, болезненный в нижних отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга слабоположительный, стул, мочеиспускание не нарушены.

Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Шейка матки цилиндрической формы, слизистая не изменена. Из цервикального канала визуализируются контрольные нити ВМС. Выделения темно-кровянистые, мажущие. Тело матки увеличено до 5-6-недельного срока беременности, мягковатой консистенции, болезненное при исследовании. Слева придатки не определяются. Справа пальпируется опухолевидное образование без четких контуров, болезненное, тестоватой консистенции, ограниченное в подвижности. Задний свод при пальпации болезненный.

Задания к задаче

1. Поставьте диагноз.
2. Какова наиболее частая причина возникновения внематочной беременности?
3. Как классифицируется внематочная беременность по локализации?
4. Какие существуют типы прерывания внематочной беременности?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
6. Повышается ли риск возникновения внематочной беременности при наличии ВМС?
7. Какие дополнительные методы исследования могут быть использованы для подтверждения диагноза?
8. Какова методика выполнения и интерпретация прогестеронового теста?
9. В каких пунктах из брюшной полости чаще всего получают при прервавшейся внематочной беременности?
10. Что будет наблюдаться в соскобе из полости матки при внематочной беременности?
11. На каком сроке чаще всего прерывается внематочная беременность?
12. При каком типе прерывания внематочной беременности для уточнения диагноза можно провести гистеросальпингографию?
13. Какова тактика ведения больной?
14. Какие в настоящее время существуют виды операций при внематочной беременности?
15. Можно ли использовать ВМС после операции по поводу внематочной беременности?
16. Клиническая интерпретация данных бимануального влагалищного, ректовагинального исследования.

Эталоны ответов к задаче

1. Правосторонняя внематочная беременность, прервавшаяся по типу трубного аборта.
2. Воспалительные процессы придатков матки.
3. Трубная, яичниковая, брюшная, в рудиментарном роге матки.

4. Прерывания внематочной беременности может протекать по типу трубного выкидыша и разрыва маточной трубы.

5. Дифференциальная диагностика проводится с начавшимся самопроизвольным выкидышем при маточной беременности, с двусторонним хроническим аднекситом, аппендицитом, апоплексией яичника, правосторонней почечной коликой.

6. Риск возникновения внематочной беременности при наличии ВМС повышается, т.к. ВМС уменьшает перистальтику маточных труб и создает механическое препятствие для имплантации оплодотворенной яйцеклетки в полости матки.

7. Ультразвуковое сканирование органов малого таза и почек, определение ХГ крови, подсчет лейкоцитов крови в динамике, пункция брюшной полости через задний свод. При необходимости - выскабливание полости матки с гистологическим исследованием соскоба, ГСГ, лапароскопия.

8. Внутримышечно вводится по 1 мл. 1 % раствора прогестерона в течение 3-6 дней. Усиление болей внизу живота и ухудшение состояния будут свидетельствовать в пользу диагноза: внематочная беременность.

9. Темная крови с мелкими сгустками.

10. Децидуальная ткань без ворсин хориона.

11. 4-5 недель.

12. При трубном аборте.

13. Хирургическое лечение.

14. Тубэктомия, пластические операции на маточных трубах с использованием протеолитических ферментов.

15. Нет, т.к. сохранится высокий риск возникновения повторной внематочной беременности.

Задача 4

Первобеременная Л., 22 лет, доставлена машиной скорой помощи из женской консультации с жалобами на головную боль, боли в подложечной области, мелькание мушек перед глазами, понижение зрения, заложенность носа.

Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные заболевания, хронический пиелонефрит с 16 лет, находится на диспансерном учете. Аллергологический и трансфузиологический анамнез без особенностей. Гинекологические заболевания - аднексит 2 года назад. В течение года с целью предохранения от беременности использовала презервативы. Данная беременность вторая, первая беременность в 18 летнем возрасте была прервана медицинским абортом в сроке 8 нед, без осложнений. Во время данной беременности отмечает прибавки массы тела до 800 г в неделю с 30 нед. С 32 нед отмечает повышение АД до 140 и 90 мм рт. ст.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, бледноватые. Лицо одутловатое. Телосложение правильное, питание повышено. Рост 164 см, масса тела 82,5 кг. Отеки голеней, передней брюшной стенки.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, 84 в мин. АД - 170/120 мм рт.ст. Моча при кипячении свернулась.

Матка в нормальном тонусе. Положение плода продольное. Спинка справа, мелкие части плода слева. Головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритм правильный, 138 уд/мин. Нестрессовый тест положителен.

Срок беременности по всем данным 36-37 нед. Высота дна матки 29 см, окружность живота - 85 см. Предполагаемый вес плода - 2400 г.

Общий анализ крови: НЬ - 140 г/л. Эр - 3,5хЮ¹²/л, тромб - 130,0хЮ⁹/л, Лейк - 5,1хЮ⁹/л, п/я - 1 %, с - 63 %, э - 1 %, л - 26 %, м - 9 %, СОЭ - 41 мм/час, Нт - 39 %.

Общий анализ мочи: уд. вес - 1020, лейкоциты - 2-4 в п/зрения, эпителий - 5-6 в п/зрения, белок - 3500 мг/л, цилиндры гиалиновые - 3-4 в п/зрения.

Задания к задаче

1. Поставьте диагноз данной беременной.
2. Перечислите предрасполагающие факторы, которые способствовали развитию данного заболевания.
3. На каком сроке беременности началось данное осложнение?
4. По каким признакам диагностируется степень тяжести осложнения у данной беременной?
5. Какие изменения можно выявить на эхокардиоскопии у этой беременной?
6. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
7. В консультации каких специалистов нуждается данная беременная?
8. Что лежит в основе классификации гестоза?
9. Какие факторы являются ведущими в патогенезе гестоза?
10. Назначьте лечение.
11. Чем обусловлен выбор тактики ведения при гестозе?
12. Назовите основные направления лечения гестоза.
13. Клиническая интерпретация данных УЗИ и ЦДК.

Эталоны ответов к задаче

1. Диагноз:
Основной: Беременность 36-37 нед. Головное предлежание. Осложнения: Гестоз тяжелой степени. Преэклампсия. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.
2. Фоновое заболевание - хронический пиелонефрит, хронический аднексит, отягощенный акушерский анамнез.
3. Данное осложнение у беременной началось с 30 нед.
4. По наличию симптомов поражения ЦНС - головная боль, понижение зрения, мелькание мушек перед глазами, а также боли в эпигастрии, заложенность носа, наличие протеинурии более 3 г/л и гиалиновых цилиндров в моче.
5. На эхокардиоскопии может быть выявлено уменьшение КДО, свидетельствующее о гиповолемии.
6. Необходимо провести дифференциальную диагностику с заболеванием почек - обострением хронического пиелонефрита и гломерулонефритом.
7. Данная беременная нуждается в консультации окулиста, нефролога и уролога в экстренном порядке.
8. В основе классификации гестоза лежат: субъективные жалобы, наличие фонового заболевания, выраженность отечного синдрома, степень повышения АД, количество белка в моче, наличие цилиндров в моче, степень выраженности нарушений на глазном дне, тип гемодинамики, определяемый по эхокардиоскопии.
9. Ведущими факторами патогенеза гестоза являются генерализованный вазоспазм; гиповолемия; нарушение реологических и коагуляционных свойств крови; диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови; эндотоксинемия, гипоперфузия тканей; нарушение структурно-функциональных свойств клеточных мембран с изменением жизнедеятельности клеток; ишемические и некротические изменения в тканях жизненно важных органов с нарушением их функции.
10. Провести комплексную интенсивную терапию гестоза в течение 4-6 часов. При отсутствии эффекта родоразрешить путем операции кесарева сечения в экстренном порядке.
11. Выбор тактики ведения при гестозе определяется его степенью тяжести, состоянием родовых путей и эффективностью проводимой терапии
12. Основными направлениями терапии гестоза являются: создание лечебно-охранительного режима, инфузионная терапия, гипотензивная терапия, нормализация водно-солевого обмена, реологических и коагуляционных свойств крови, улучшение маточно-плацентарного кровотока, нормализация структурно-функциональных свойств клеточных мембран.

Задача 5

Больная К., 20 лет, доставлена машиной скорой медицинской помощи в гинекологическое отделение с жалобами на резкую схваткообразную боль в нижней части живота с иррадиацией в поясничную область, задний проход, слабость, головокружение.

Заболела 3 часа назад, когда появились резкие боли в нижней части живота, больше справа, тошнота, рвота, был обморок. Начало заболевания связывает с поднятием тяжести.

В анамнезе: Хроническое воспаление матки и придатков, корь, коревая краснуха, хронический пиелонефрит.

Менструации с 14 лет, по 3-4 дня через 30 дней, регулярные, безболезненные. Последняя менструация 12 дней назад, пришла в срок, прошла без особенностей. Половая жизнь с 18 лет, в браке. Беременность 1, закончилась родами.

Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледного цвета. Артериальное давление 95/55 мм рт. ст. Пульс 104 в минуту. Живот при пальпации болезненный, особенно в надлобковой области, напряженный, не вздут. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. При перкуссии живота определяется притупление звука в нижнем отделе.

Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение лобка по женскому типу. Осмотр в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы. Слизистая влагалища и шейки матки визуально не изменены. Наружный зев закрыт. Выделения сукровичные скудные. Бимануально: тело матки отклонено кзади, нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки четко пальпировать не удается из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки. Через правый боковой свод определяется образование без ясных контуров, пастозной консистенции, болезненное.

Произведена пункция брюшной полости через задний свод влагалища - получена темная кровь.

Задания к задаче

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите причины данной патологии.
3. Назовите основные клинические проявления данной патологии.
4. Оцените общее состояние пациентки.
5. Какие дополнительные методы исследования следует провести срочно?
6. С какими экстрагенитальными заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?
7. С какими гинекологическими заболеваниями следует провести дифференциацию?
8. Как оценить характер пункциата из брюшной полости?
9. Какое осложнение основного процесса имеется у больной?
10. Определите тактику ведения больной.
11. Определите объем хирургического вмешательства.
12. Современные методы лечения данной патологии.
13. Вероятные последствия данного заболевания.
14. Реабилитация больной.
15. Профилактика данной патологии.
16. Клиническая интерпретация данных цитологического (пайпель) и гистологического исследований гинекологической больной.

Эталоны ответов к задаче

1. Апоплексия яичников. Геморрагический шок I степени тяжести.
2. Экзогенные причины: травма живота, поднятие тяжести, бурное половое сношение, влагалищное исследование, оперативное вмешательство. Эндогенные причины: неправильное положение матки (фиксированная ретрофлексия), механическое

сдавливание сосудов, нарушающее кровоток в яичнике, спаечные воспалительные процессы в малом тазу.

3. Сильная боль в низу живота с иррадиацией в поясничную область, задний проход, тошнота, рвота, слабость, головокружение, кровянистые выделения из половых путей.

4. Общее состояние средней степени тяжести.

5. Определить гемоглобин, эритроциты, гематокрит, группу и резус принадлежность крови.

6. С аппендицитом, холециститом, пиелонефритом.

7. С прервавшейся внематочной беременностью, с прервавшейся маточной беременностью раннего срока, обострением хронического воспаления придатков матки.

8. Темно-кровянистый характер пунктата свидетельствует о внутреннем кровотечении.

9. Геморрагический шок I степени тяжести.

10. Больной показано хирургическое лечение в экстренном порядке.

11. Клиновидная резекция и ушивание яичника.

12. При легкой форме апоплексии яичника, сопровождающейся незначительным внутрибрюшным кровотечением, показано консервативное лечение: постельный режим, холод на нижнюю часть живота, гемостатическая терапия. При апоплексии яичника, сопровождающейся значительным внутрибрюшным кровотечением, показано хирургическое лечение: ушивание разрыва; клиновидная резекция и ушивание яичника; удаление яичника.

13. Спаечные изменения в малом тазу и брюшной полости.

14. Тщательная санация брюшной полости во время операции, антибактериальная терапия, УФО на низ живота. Реабилитация продолжается 6 месяцев по индивидуальному плану с проведением надежной контрацепции.

15. Предупреждение аборт, воспалительных процессов, полового инфантилизма, своевременное лечение дисфункции яичников.

Задача №6

Больная Н., 35 лет, доставлена на носилках в гинекологическое отделение больницы с жалобами на обильное кровотечение из влагалища. Из анамнеза известно, что утром в день госпитализации в женской консультации была выполнена электроэксцизия эрозии шейки матки.

При поступлении состояние больной средней тяжести, кожные покровы бледные, пульс 100 уд/мин, АД 90/60 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, дыхание везикулярное, язык чистый, сухой. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Физиологические отправления в норме. Из влагалища обильное кровотечение.

Тактика врача

1. Постановка диагноза. У данной больной установить диагноз на основании анамнеза и симптомов не представляет трудности.

Диагноз: кровотечение из шейки матки после электроэксцизии эрозии шейки матки, анемия.

2. Последовательность проведения лечебных мероприятий. Учитывая обильные кровотечения, признаки анемизации у больной, необходимо приступить к остановке кровотечения.

На каталке больную доставляют в смотровой кабинет. Сразу же начинают восполнять ОЦК (желатиноль, полиглюкин, плазма, при выраженной анемизации - переливание крови). При осмотре в зеркалах из влагалища удаляют сгустки крови. На шейке матки имеется диффузно кровоточащая раневая поверхность. После обработки шейки матки 3% раствором перекиси водорода и 5% раствором калия перманганата проводят тампонаду влагалища с гемостатической губкой. При динамическом

наблюдении больной конец тампона оставался сухим. На следующий день из влагалища удален тампон, незначительно смоченный кровью. Произведена обработка влагалища раствором фурацилина, шейки матки - 5% раствором калия перманганата. Назначены вагинальные свечи «Бетадин». Повторного кровотечения у больной не было.

После проведения антианемической терапии больная выписана домой в удовлетворительном состоянии.

1. Клиническая интерпретация данных кульдоцитологического исследования, результаты тестов функциональной диагностики.

Задача 7

Больная Ж., 23 лет, поступила в стационар с жалобами на резкие боли в низу живота и кратковременное обморочное состояние.

Анамнез: менструации регулярные, безболезненные, необильные. Последняя менструация была в срок - 15 января. Половая жизнь с 22 лет, беременности не имела. Гинекологических заболеваний не отмечает. Считает себя больной со 2 февраля, когда среди полного здоровья почувствовала сильные боли в низу живота с иррадиацией в прямую кишку, было кратковременное обморочное состояние.

При поступлении состояние больной средней тяжести, отмечается выраженная бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения, АД 90/50 мм рт. ст. Язык чистый, суховат. Передняя брюшная стенка слегка напряжена. Живот принимает участие в акте дыхания. При пальпации отмечается резкая болезненность в нижних отделах живота, больше слева. Симптом Щеткина слабopоложительный в левой подвздошной области. При перкуссии отмечается притупление перкуторного звука в боковых отделах живота.

Влагалищное исследование: шейка матки цилиндрической формы, пальпация матки затруднена из-за резкой болезненности и напряжения брюшной стенки, но создается впечатление, что она не увеличена; придатки матки пальпировать не удалось, область их резко болезненна, больше справа.

Тактика врача

1. Постановка диагноза. Данные анамнеза и обследования больной позволяют предположить прервавшуюся внематочную беременность или апоплексию яичника. Дифференциальная диагностика этих заболеваний нередко представляет большие трудности. Во многих случаях окончательный диагноз устанавливают только во время операции.

Диагноз: нарушенная внематочная беременность (?), апоплексия яичника (?).

2. Последовательность проведения лечебно-диагностических мероприятий. Апоплексию яичника необходимо дифференцировать от прервавшейся беременности, острого аппендицита, острого воспаления придатков матки (см. табл. 2). У больной задержка менструации и признаки беременности отсутствуют, биологические реакции на беременность отрицательны. Наружного кровотечения не наблюдается. Можно предположить, что внутрибрюшное кровотечение скорее связано с кровотечением в яичник, а не с прерыванием трубной беременности.

Пункция через задний свод влагалища подтверждает кровотечение в брюшную полость.

Необходима срочная операция. Объем органосохраняющей операции зависит от степени кровоизлияния в яичник - от ушивания кровоточащего участка до резекции яичника или овариоэктомии. Удаление яичника возможно только при массивном кровоизлиянии, полностью поражающем его ткань. При разрыве желтого тела беременности его следует ушить, не производя резекции яичника, иначе беременность прервется.

В случае, если при апоплексии яичника у больной отсутствует обильное внутреннее кровотечение (нормальные частота пульса и АД), можно ограничиться

консервативными мероприятиями (покой, холод на низ живота) и наблюдением за пациенткой

3. Клиническая интерпретация данных цитологического (пайпель) и гистологического исследований гинекологической больной.

Задача 8

Больная К., 26 лет, поступила 15 ноября с жалобами на периодически повторяющиеся боли в правой паховой области, тошноту, головокружение и мажущие кровянистые выделения из половых путей. Наследственность не отягощена. Менструации с 15 лет, установились сразу, продолжительность 4-5 дней, периодичность 23-25 дней, безболезненные, умеренные. Последняя менструация была в срок - с 6 по 11 октября. Половая жизнь с 20 лет. Было 2 беременности: 1-я закончилась срочными родами без осложнений, 2-я - искусственным абортom, осложнившимся воспалением придатков матки. Лечилась физиотерапевтическими методами. В течение последних 2 лет от беременности не предохранялась.

В ноябре была задержка менструации на 2 нед, и больная считала себя беременной. Однако 14 ноября из половых путей появились скудные кровянистые выделения, которые она приняла за менструацию. В ночь с 14 на 15 ноября появились боли в низу живота, больше справа, тошнота, головокружение, кровянистые выделения из половых путей не усилились.

При поступлении состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания. При пальпации в правой подвздошной области определяется болезненность, при перкуссии изменений перкуторного звука не отмечается.

При осмотре в зеркалах выявляется легкий цианоз слизистой оболочки влагалищной части шейки матки, умеренные темно-кровянистые выделения. Матка слегка увеличена, несколько размягчена, болезненная при смещении кпереди. Левые придатки матки не увеличены, область их безболезненная. Справа и сзади от матки пальпируются тестоватой консистенции, увеличенные и болезненные придатки. При пальпации заднего свода влагалища отмечается умеренная болезненность.

Тактика врача

1. Постановка диагноза. На основании анамнеза и данных осмотра больной можно предположить, что у нее имеется нарушенная правосторонняя трубная беременность по типу трубного аборта.

Следует обратить внимание на осложненное течение послеабортного периода, в результате которого наступило вторичное бесплодие. Первые признаки нарушения беременности у больной появились 14 ноября в виде скудных кровянистых выделений, ошибочно принятых ею за менструацию. Вскоре возникли боли в низу живота, тошнота, рвота, возникшие вследствие раздражения нервных окончаний брюшины излившейся кровью.

При влагалищном исследовании были выявлены изменения, характерные для трубного аборта, а отсутствие симптомов значительного внутреннего кровотечения, сопровождающегося обычно шоком и коллапсом, позволило отвергнуть предположение о разрыве трубы.

Внематочную беременность, прерывающуюся по типу трубного аборта, следует дифференцировать от прерывания маточной беременности в ранние сроки, острого воспаления придатков матки, апоплексии яичника и острого аппендицита.

Диагноз: нарушенная внематочная беременность по типу трубного аборта.

2. Последовательность проведения лечебных мероприятий. Определение группы крови и ее резус-фактора. Оперативное лечение (тубэктомия).

3. Клиническая интерпретация данных цитологического (кульдоцентез) и гистологического исследований гинекологической больной.

Задача 9

Больная М., 27 лет, поступила в гинекологическое отделение 28 января 2004 г. с диагнозом «подозрение на левостороннюю трубную беременность».

Жалобы на боли тянущего характера в низу живота, больше слева. Менструации с 16 лет, регулярные. Последняя менструация – с 13 по 17 ноября 2003 г. Половой жизнью живет нерегулярно. Беременности не было. В анамнезе: острый аднексит 4 года назад, лечилась амбулаторно. Считает себя больной со 2 января 2004 г., когда внезапно появились боли в низу живота, сопровождавшиеся тошнотой. 3 января госпитализирована в стационар, где был поставлен диагноз «беременность 6 нед, угрожающий аборт». Больная настаивала на прерывании беременности, и 4 января было проведено выскабливание полости матки. При гистологическом исследовании соскоба из полости матки обнаружен децидуальный метаморфоз стромы эндометрия, ворсин хориона не найдено.

После выскабливания полости матки боли в низу живота и кровянистые выделения продолжались 4 дня, затем прекратились. Больная чувствовала себя хорошо и была выписана домой. 28 января вновь появились тянущие боли в низу живота, в связи с чем больная снова была госпитализирована в гинекологическое отделение.

При поступлении общее состояние больной удовлетворительное. Температура тела 37,1 °С. Кожа и видимые слизистые оболочки розовые. Пульс 88 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД 120/80 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, при пальпации немного болезнен в левой подвздошной области, симптомов раздражения брюшины нет.

Данные гинекологического исследования: шейка матки конической формы, зев закрыт. Смещение матки за шейку безболезненное. Матка больше нормы, обычной консистенции, ограничено подвижная, безболезненная. Слева в области придатков пальпируется образование без четких контуров, мягковатой консистенции, слегка болезненное при исследовании. Своды влагалища несколько уплощены, чувствительны. В заднем своде определяется тяжесть. Выделения слизистые, скудные.

Анализ крови: НЬ 106 г/л; л. 6,8 • 10^{9/л}; СОЭ 9 мм/ч.

Проведен экспресс-иммунологический анализ мочи на содержание ХГ - реакция сомнительная. При пункции брюшной полости через задний свод влагалища получено 5 мл серозно-геморрагической жидкости.

Тактика врача

1. Постановка диагноза. Диагноз устанавливается на основании анамнеза, результатов влагалищного исследования, лабораторных исследований крови, УЗИ, лапароскопии.

Диагноз: обострение хронического левостороннего аднексита. Тубоовариальное образование воспалительной этиологии слева (?). Левосторонняя трубная беременность (тубный аборт?).

2. Последовательность проведения лечебных мероприятий. Учитывая данные анамнеза, течение заболевания, трудность дифференциальной диагностики, начато противовоспалительное лечение. Через 3 дня состояние больной ухудшилось, усилились боли в левой подвздошной области. Для уточнения диагноза произведена лапароскопия, при которой обнаружено: матка обычных размеров, розового цвета; правая маточная труба в ампулярном отделе запаяна; правый яичник обычных размеров, белесоватого цвета; левая маточная труба в ампулярном отделе расширена до 5 см в диаметре, синеватого цвета; левый яичник белесоватого цвета, не увеличен; крови в брюшной полости нет; в малом тазу множественные спайки.

Диагноз после лапароскопии: прогрессирующая левосторонняя трубная беременность, хронический правосторонний сальпингоофорит, спаечный процесс в малом тазу. Показано продолжение лапароскопической операции. В связи с отсутствием у

больной детей и возможностью проведения реконструктивно-пластической операции выполнены сальпинголизис и сальпингостоматопластика справа. Рассечена левая маточная труба в ампулярном отделе, удалено плодное яйцо, восстановлена целостность трубы. В послеоперационном периоде проведены мероприятия, направленные на восстановление у больной репродуктивной функции.

3. Клиническая интерпретация данных кольпоцитологического исследования, результаты тестов функциональной диагностики

Задача 10

Больная А., 25 лет, поступила в стационар с жалобами на схваткообразные боли в низу живота, кровянистые выделения из влагалища и увеличение их в течение 2 дней, головокружение, слабость. В анамнезе 2 родов без осложнений, последняя менструация 3 мес. назад. За неделю до появления болей перенесла грипп.

При поступлении: кожные покровы больной бледные, АД 100/60 мм рт. ст., тахикардия, из влагалища обильные кровянистые выделения, матка увеличена до 8 нед беременности, плотноватая, безболезненная, цервикальный канал открыт.

Тактика врача

1. Постановка диагноза. Диагноз устанавливается на основании задержки месячных (последняя менструация была 3 мес. назад), клинического симптомокомплекса - наличия боли и маточного кровотечения, гинекологического осмотра. Причиной выкидыша могла быть вирусная инфекция, так как больная перенесла грипп.

Диагноз: неполный аборт при 12 нед беременности.

2. Последовательность проведения лечебных мероприятий. В связи с обильным кровотечением из половых путей показано срочное выскабливание полости матки с целью удаления остатков плодного яйца и остановки кровотечения. Больную на каталке следует перевезти в малую операционную, вызвать анестезиолога, начать введение кровезамещающих растворов и выполнить выскабливание полости матки под наркозом.

3. Клиническая интерпретация данных морфологического исследования.

Задача 11

Больная К., 47 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на умеренные кровянистые выделения из влагалища, которые появились через 2 мес. после задержки менструации.

В анамнезе у больной 1 нормальные роды, 3 искусственных аборта без осложнений. Гинекологические заболевания отрицает. Ранее менструальная функция не нарушалась. Общее состояние больной удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, пульс 80 уд/мин, ритмичный, АД 130/80 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Осмотр в зеркалах: шейка матки покрыта неизменной слизистой оболочкой.

При влагалищном исследовании: матка в антефлексии, не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки матки не пальпируются, своды глубокие. Выделения кровянистые, умеренные.

Тактика врача

1. Постановка диагноза. На основании анамнеза и данных осмотра больной установлен диагноз: климактерическое дисфункциональное маточное кровотечение.

2. Последовательность проведения лечебных мероприятий. Из женской консультации больную необходимо направить в гинекологический стационар. После обследования больной (исследование флоры влагалища, крови и мочи) и подтверждения диагноза необходимо провести раздельное выскабливание полости матки и цервикального канала под внутривенным наркозом. Полученную ткань отправляют для гистологического исследования. Кровотечение у больной остановлено.

Дальнейшее обследование женщины с использованием тестов функциональной диагностики (ректальная температура, цитология влагалищных мазков) и результаты гистологического исследования (железисто-кистозная гиперплазия эндометрия) позволили дифференцировать ДМК от других заболеваний, сопровождающихся маточным кровотечением.

Учитывая климактерическое ДМК и гиперпластический процесс эндометрия, с целью регуляции менструального цикла, предупреждения повторного кровотечения больной показана гормонотерапия гестагенами во 2-ю фазу цикла в течение 6 мес. (норколут, 17-ОПК).

3. Клиническая интерпретация данных кольпоцитологического исследования, результаты тестов функциональной диагностики