



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Гинекология»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело
Квалификация	врач-лечебник
Форма обучения	Очная

Разработчики: кафедра акушерства и гинекологии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
М.С. Коваленко	К.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии
В.В. Пчелинцев	К.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Доцент кафедры акушерства и гинекологии
Е.А. Баклыгина	-	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Ассистент кафедрой акушерства и гинекологии

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
А.В. Павлов	Д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Заведующий кафедрой анатомии
Е.В. Филиппов	Д.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Заведующий кафедрой поликлинической терапии, профилактической медицины и общей врачебной практики

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Лечебное дело
Протокол № 11 от 26.06. 2023 г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27.06. 2023г.

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
по итогам освоения дисциплины**

1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Примеры заданий в тестовой форме:

№ 1. Какие из перечисленных симптомов наблюдаются при субмукозном эндометриозе матки?

1. Резкие боли в период менструации?
2. Контактные кровяные выделения из влагалища?
3. *Пред- и постменструальные кровянистые выделения из влагалища.
4. Правильно только «2» и «3».

№ 2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать субсерозную миому матки?

1. С опухолью яичника.
2. С опухолью кишечника.
3. С дистопированной почкой.
4. *Правильно только «1» и «2».

№ 3. Какие методы диагностики позволяют выявить субмукозную миому матки?

1. УЗИ.
2. Гистероскопия.
3. Гистерография.
4. *Все ответы верны.

№ 4. Какие методы исследования наиболее информативны в диагностике эндометриоза яичников?

1. УЗИ.
2. Гистерография.
3. Гистероскопия.
4. *Лапароскопия.

№ 5. Что способствует развитию аденомиоза?

1. Воспалительные заболевания придатков матки.
2. Аборты и другие внутриматочные манипуляции.
3. Оперативные вмешательства на матке.
4. *Правильно только «2» и «3».

Критерии оценки тестового контроля:

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.
- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

Примеры контрольных вопросов для собеседования:

1. Современные методы исследования в гинекологии и их роль в диагностике гинекологических заболеваний.
2. Ювенильные маточные кровотечения. Этиология, клиника, диагностика и принципы лечения.
3. Наружный эндометриоз. Клиника, диагностика, методы лечения.
4. Острые воспалительные заболевания вульвы и влагалища. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
5. Самопроизвольный аборт. Классификация, причины самопроизвольных выкидышей, основные симптомы и принципы лечения.

Критерии оценки при собеседовании:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Примеры ситуационных задач:

Задача № 1. Машиной «скорой помощи» больная В., 54 лет доставлена в гинекологический стационар с жалобами на боли внизу живота слева, тошноту, рвоту (1 раз), возникшие после физической нагрузки. С целью обезболивания принимала анальгин. Однако боли постепенно усиливались, стали иррадиировать в левое бедро, появилось учащенное мочеиспускание. С момента возникновения болей прошло 6 часов.

Анамнез: постменопауза в течение 2-х лет. Из гинекологических заболеваний – хронический двусторонний сальпигоофорит (лечилась амбулаторно), последнее обострение которого отмечает 13 лет назад.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс 92 уд/мин, ритм правильный, удовлетворительного наполнения. АД – 140/90 мм рт.ст. Температура тела 37,4 °С.

Органы дыхания без особенностей. Язык суховат, обложен белесоватым налетом. Живот правильной формы, умеренно вздут, при пальпации болезненный, больше в левой подвздошной области, где выявляется напряжение мышц передней брюшной стенки. Перистальтика активная. Перкуторно - тимпанит. Стул был накануне. Мочеиспускание учащенное, безболезненное.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки чистая. Тело матки находится в положении anteversio, меньше нормы, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки справа не определяются. Слева и сзади от матки в области придатков пальпируется опухоль овоидной формы, размерами 12x10x10 см, туго-эластической консистенции, ограниченно подвижная, с гладкой поверхностью, резко болезненная при пальпации. Своды влагалища свободны, выделения из него скудные, слизистые.

1. На основании изложенных данных поставьте предварительный диагноз.
2. Данные каких дополнительных и лабораторных методов исследования Вам необходимо знать?
3. Какова тактика лечения на данном этапе?

Эталон ответа:

1. Опухоль левого яичника (предположительно – кистома). Перекрут ножки опухоли левого яичника.
2. Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мазка из влагалища на флору, определение группы крови и ее резус-принадлежности, данные УЗИ органов малого таза.
3. Оперативное лечение в экстренном порядке – левосторонняя аднексэктомия.

Задача № 2. Больная Д., 31 года, поступила в больницу с жалобами на внезапно возникшие боли внизу живота схваткообразного характера с иррадиацией в крестец и скудные кровяные выделения из полового пути. Сразу же после болей появилась тошнота.

Анамнез: наследственность неотягощена. Менструации по 4-5 дней, через 30 дней, умеренные, безболезненные. Последняя нормальная менструация была 6 недель назад. Больная замужем. Беременностей было три: одна из них закончилась нормальными родами, две – искусственными абортами. Последний аборт в 27 лет осложнился двусторонним сальпингоофоритом (лечилась в стационаре и амбулаторно), после чего в течение 2 лет от беременности предохранялась таблетированными контрацептивами. Последние 1,5 года не предохраняется.

Объективно: в настоящее время боли значительно уменьшились. Со-стояние удовлетворительное. Пульс 84 уд/мин, АД – 110/70 мм рт.ст. Температура тела 36,8 °С.

Живот слегка вздут, болезнен над лоном и в левой подвздошной области. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Перистальтика кишечника активная. Стул был накануне. Мочеиспускание не нарушено.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки цианотична, из цервикального канала отходят мажущие кровяные выделения. Наружный зев проходим для кончика пальца. Тело матки в обычном положении, несколько больше нормы, мягковато, слегка болезненно. Придатки справа не увеличены, несколько болезненны при пальпации. Слева в области придатков определяется опухолевое образование, туго-эластической консистенции, овоидной формы, размерами 4x4x5 см, ограниченно подвижное, болезненное. Своды влагалища глубокие, тяжистые. Выделения кровяные, мажущие.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования могут быть применены для уточнения диагноза на данном этапе обследования?

Эталон ответа:

1. Нарушенная по типу внутреннего разрыва плодместилища левосторонняя эктопическая беременность.
2. С опухолевым или псевдоопухолевым процессом в левом яичнике, субсерозной миомой матки, гидросальпинксом, нарушенной маточной беременностью.
3. Определение уровня ХГЧ в сыворотке крови, данные УЗИ органов малого таза.

Задача № 3. Больная Г., 33 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и скудные кровяные выделения из полового пути.

Менструации по 4-5 дней, через 30 дней, умеренные, безболезненные. Последняя нормальная менструация была 6 недель назад. Больная замужем. От беременности не предохраняется.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс 84 уд/мин, АД – 110/70 мм рт.ст. Живот болезнен над лоном и в правой подвздошной области. Симптомов раздражения брюшины не выявлено.

Влагалищное исследование: шейка матки цианотична, смещение ее болезненно. Тело матки несколько больше нормы, мягковато, слегка болезненно. Придатки слева не увеличены, безболезненны. Справа в области придатков определяется болезненное тугоэластическое овоидное образование 4x4x5 см. Своды влагалища глубокие, тяжистые. Выделения кровяные, мажущие.

С диагнозом: нарушенная маточная беременность женщине произведено выскабливание матки. Длина полости матки составляла 8 см, в соскобе явных элементов плодного пузыря не выявлено.

Состояние больной после выскабливания матки удовлетворительное. На 3-й день после выскабливания матки установлено, что образование в области придатков стало менее болезненным, но увеличилось в размерах до 6x6x8 см, контуры его стали менее четкими. Своды влагалища глубокие.

Начата антибиотикотерапия.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Перечислите методы исследования, которые позволят уточнить диагноз.
3. Предложите план ведения больной.

Эталон ответа:

1. Нарушенная по типу внутреннего разрыва плодместилища правосторонняя эктопическая беременность.
2. Определение уровня ХГЧ в сыворотке крови, данные УЗИ органов малого таза.
3. Экстренное оперативное вмешательство – правосторонняя сальпингоэктомия.

Критерии оценки при решении ситуационных задач:

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы недостаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но недостаточно хорошо обосновано теоретически.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Примеры тем рефератов:

1. Органосохраняющие методы лечения эктопической беременности.
2. Современные методы контрацепции после родов.
3. Консервативные методы лечения наружного эндометриоза.
4. Современные технологии лечения миомы матки.

Критерии оценки реферата:

- Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.
- Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

Форма промежуточной аттестации в 10 семестре - экзамен

Порядок проведения промежуточной аттестации

Зачет – результат промежуточной аттестации за 9 семестр, не являющийся завершающим изучение дисциплины «Гинекология», оценивается как средний балл, рассчитанный как среднее арифметическое значение за все рубежные контроли семестра (учитываются только положительные результаты).

Процедура проведения и оценивания экзамена

I. Экзамен проводится по билетам в форме устного собеседования. Студенту достается экзаменационный билет путем собственного случайного выбора и предоставляется 45 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 20 минут.

II. Экзаменационный билет содержит три вопроса (2 теоретических и 1 практический).

III. Критерии выставления оценок:

- Оценка «отлично» выставляется, если студент показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний.

- Оценки «хорошо» заслуживает студент, показавший полное знание основного материала учебной дисциплины, знание основной литературы и знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной рабочей программой, способность к пополнению и обновлению знаний.

- Оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, показавший при ответе на экзамене знание основных положений учебной дисциплины, допустивший отдельные погрешности и сумевший устранить их с помощью преподавателя, знакомый с основной литературой, рекомендованной рабочей программой.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях студента основных положений учебной дисциплины, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на вопросы экзаменационного билета.

Фонды оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций) для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

ОПК-4

Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

Контрольные вопросы для индивидуального собеседования:

1. Ретенционные кисты яичников. Этиология, клиника, профилактика.
2. Аменорея. Этиология, классификация.
3. Муцинозные опухоли яичников. Этиология, клиника.
4. Женское бесплодие. Классификация, возможные причины, профилактика.
5. Серозно-папиллярные опухоли яичников. Клиника, профилактика осложнений.
6. Простая серозная опухоль яичника. Этиология, клиника.
7. Синдром поликистозных яичников. Этиология, патогенез, классификация (формы), клиника, профилактика.
8. Ювенильные маточные кровотечения. Этиология, патогенез, клиника, профилактика. Реабилитация.
9. Бартолинит. Этиология, клиника, профилактика.
10. Апоплексия яичника. Этиология, патогенез, клиника, реабилитация.
11. Дисфункциональные маточные кровотечения репродуктивного периода. Этиология, патогенез, классификация, профилактика.
12. Перекрут ножки опухоли яичника. Этиопатогенез, клиника, профилактика.
13. Дисфункциональные маточные кровотечения в перименопаузальном периоде. Патогенез, дифференциальная диагностика, профилактика.

14. Ранние и поздние осложнения искусственных абортов, профилактика.
15. Шеечная беременность. Клиника.
16. Климактерический синдром. Этиология, классификация клинических проявлений.
17. Феминизирующие опухоли яичников. Клиника.
18. Рак шейки матки. Эпидемиология, классификация, этиология, клиника, профилактика.
19. Острый сальпингоофорит. Этиология, патогенез, клиника, профилактика. Реабилитация.
20. Самопроизвольный аборт в 1 триместре беременности. Эпидемиология, профилактика, этиология, классификация.
21. Внематочная беременность. Классификация. Этиопатогенез, клиника, профилактика. Реабилитация.
22. Хорионкарцинома. Этиология, клиника.
23. Пузырный занос. Клиника.
24. Миома матки. Этиопатогенез, классификация, клиника.
25. Лихорадящий аборт. Клиника.
26. Опущение матки и стенок влагалища. Классификация, профилактика.
27. Септический аборт, обусловленный банальной микрофлорой. Клиника, профилактика.
28. Субмукозная миома матки. Клиника.
29. Доброкачественная дисплазия молочных желез. Факторы риска, этиопатогенез, клиническая картина.
30. Эндометрит. Этиология, патогенез, клиника, профилактика.
31. Внутренний эндометриоз. Патогенез, клиника, профилактика.
32. Кровоснабжение и иннервация внутренних половых органов.
33. Строение тазового дна.
34. Лимфатическая система органов малого таза. Пути распространения инфекции в малом тазу.
35. Подвешивающий, фиксирующий, опорный аппарат внутренних половых органов и их роль в поддержании нормального положения матки.
36. Специфические функции женского организма.
37. Фоновые (доброкачественные) процессы шейки матки.
38. Периоды жизни женщины.
39. Инструментальные методы исследования в гинекологии.
40. Менструальный цикл. Нейрогуморальная регуляция репродуктивной функции женщины.
41. Ановуляторный менструальный цикл (персистенция зрелого фолликула). Этиология, клиника.
42. Ановуляторный менструальный цикл (атрезия незрелого фолликула). Этиология, клиника.
43. Физиологические механизмы защиты от патогенной микрофлоры и воспалительных заболеваний половых органов женщины.
44. Микрофлора женских половых путей в норме и при патологии. Степень чистоты влагалища.
45. Эндоскопические методы исследования в диагностике гинекологических заболеваний.
46. Менорагия и метрорагия. Заболевания, сопровождающиеся данными симптомами. Методы дифференциальной диагностики.
47. Виды кольпоскопии. Прицельная и расширенная биопсия в диагностике заболеваний шейки матки.

48. Предраковые заболевания шейки матки. Этиопатогенез, современная классификация, клиника, профилактика.
49. Гигиена девочки в детском периоде и периоде полового созревания. Роль в профилактике гинекологических заболеваний.
50. Предменструальный синдром. Этиопатогенез, клиника, профилактика.
51. Бактериальный вагиноз. Этиология, патогенез, клиника, профилактика.
52. Вульвовагинальный кандидоз. Этиология, патогенез, клиника, профилактика.
53. Гиперпластические процессы эндометрия. Этиопатогенез, классификация, клиника, профилактика.
54. Хламидийная инфекция половых органов. Этиология, патогенез, клиника, профилактика. Хламидийная инфекция и беременность.
55. Классификация неправильных положений матки. Ретродевиация матки (этиология, симптоматика и профилактика).
56. Предраковые заболевания эндометрия. Профилактика.
57. Предоперационная подготовка больных. Значимость в профилактике осложнений при операции и в послеоперационном периоде.
58. Бесплодный брак. Организация обследования бесплодной супружеской пары. Вспомогательные репродуктивные технологии.
59. Урогенитальный трихомоноз. Этиология, патогенез, клиника, профилактика.
60. Синдром Шихана (послеродовый пангипопитуитаризм). Этиология, патогенез, клиника, профилактика.
61. Синдром поликистозных яичников. Этиология, патогенез, клинические варианты.
62. Гематометра и гематокольпос. Причины их возникновения.
63. Неспецифический вульвовагинит. Этиология, клиника, профилактика.
64. Эндометриоз яичников. Патогенез, клиника, профилактика.
65. Дисфункциональные (овуляторные) маточные кровотечения. Клиника.
66. Хронический сальпингоофорит. Этиология, патогенез, клиника, профилактика. Реабилитация.
67. Нарушение кровоснабжения миоматозного узла. Этиология, патогенез, профилактика.
68. Внутриматочная контрацепция, типы контрацептивов. Методика введения.
69. Ретроцервикальный эндометриоз. Патогенез, клиника, профилактика.
70. Перфоративный пиосальпинкс. Симптоматика.
71. Рождающийся миоматозный узел. Профилактика, клиника.
72. Несостоявшийся аборт. Клиника, профилактика.
73. Гонорея нижнего отдела мочеполовой системы. Клиника, критерии излеченности.
74. Профилактика непланируемой беременности. Современные методы контрацепции и их классификация.
75. Посткастрационный синдром. Этиология, патогенез, клиника, профилактика.
76. Тесты функциональной диагностики. Методика их использования в клинической практике.
77. Эмбриональные опухоли яичников (дермоидная киста, терратобластома). Клиника.
78. Вульвиты и вульвовагиниты у детей. Причины возникновения, симптоматика, профилактика.
79. Рак яичников. Классификация, клиника, прогноз.
80. Аномалии развития внутренних половых органов. Этиология, клиника. Профилактические мероприятия.

81. Туберкулёз придатков матки. Клиника.
82. Значение гистологического исследования эндометрия в диагностике различных гинекологических заболеваний.
83. Пельвиоперитонит. Этиология, клиника.
84. Методы ранней диагностики рака шейки матки (кольпоскопия, цитологическое исследование мазка, биопсия, диагностическое выскабливание).
85. Параметрит. Клиника, профилактика.
86. Генитальный герпес. Этиология, патогенез, клиника, профилактика.
87. Саркома матки. Клиника.
88. Метастатический рак яичников: наиболее частая локализация первичной опухоли, клиника.
89. Урогенитальный микоплазмоз. Этиология, патогенез, клиника, профилактика.
90. Нормальное положение матки в малом тазу. Неправильные положения внутренних половых органов.
91. Трофобластическая болезнь. Классификация, профилактика.
92. Маскулинизирующие опухоли яичников (аренобластома). Клиника.
93. Аборты (классификация). Клинические проявления. Профилактика.
94. Анаэробная инфекция внутренних половых органов. Этиопатогенез, клиника, профилактика.
95. Классификация методов контрацепции. Способ применения.
96. Гиперпролактинемия. Этиология, патогенез, клиника, профилактика.
97. Пороки развития влагалища и матки у девочек. Этиопатогенез, клиническая картина.
98. Дисменорея. Этиология, патогенез, клиника, профилактика.
99. Особенности течения септического аборта при анаэробной инфекции.
100. Туберкулёз эндометрия. Клиника, профилактика.
101. Аденогенитальный синдром (пубертатная и постпубертатная формы). Патогенез, клиника.
102. Воспалительные заболевания вульвы и влагалища у девочек. Клиника, профилактика.
103. Ультразвуковые методы исследования в гинекологии.
104. Кровотечения в пери- и постменопаузе. Классификация, этиология и патогенез, клиническая картина.
105. Причины хронизации воспалительных заболеваний. Клиника.
106. Фолликулярная киста яичника. Патогенез, клинические проявления.
107. Киста желтого тела. Патогенез, клинические проявления.
108. Заболевания бартолиновой железы (абсцесс, киста). Этиология.
109. Метаболический синдром у женщин репродуктивного возраста. Этиология, патогенез.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

1. Перекрут ножки опухоли яичника. Диагностика, лечение.
2. Дисфункциональные маточные кровотечения в пременопаузальном периоде. Диагностика, лечение, профилактика.
3. Диагностика ранних и поздних осложнений искусственных абортов, профилактика.
4. Шеечная беременность. Методы диагностики, лечение.
5. Климактерический синдром. Диагностика, методы лечения.

6. Феминизирующие опухоли яичников. Диагностика, лечение.
7. Рак шейки матки. Диагностический скрининг, методы лечения, профилактика.
8. Острый сальпингофорит. Диагностика, лечение, профилактика.
9. Самопроизвольный аборт в 1 триместре беременности. Диагностика стадий аборта, лечение.
10. Внематочная беременность. Диагностика, лечение, профилактика.
11. Хорионкарцинома. Диагностика и лечение.
12. Пузырный занос. Диагностика, лечение.
13. Миома матки. Диагностика, лечение.
14. Лихорадящий аборт. Диагностика, принципы лечения.
15. Опущение матки и стенок влагалища. Диагностика, профилактика и консервативное лечение.
16. Септический аборт, обусловленный банальной микрофлорой. Диагностика, лечение.
17. Субмукозная миома матки. Диагностика, лечение.
18. Доброкачественная дисплазия молочных желез. Факторы риска, диагностика, лечение.
19. Ретенционные кисты яичников. Диагностика, лечение.
20. Аменорея. Диагностика и принципы лечения.
21. Муцинозные опухоли яичников. Диагностика и лечение.
22. Женское бесплодие. Возможные причины, методы диагностики и лечения, профилактика.
23. Серозно-папиллярные опухоли яичников. Диагностика и лечение.
24. Простая серозная опухоль яичника. Диагностика, лечение.
25. Синдром поликистозных яичников. Диагностика, лечение, профилактика.
26. Ювенильные маточные кровотечения. Диагностика, лечение, профилактика.
27. Бартолинит. Диагностика, лечение, профилактика.
28. Апоплексия яичника. Диагностика, лечение. Реабилитация.
29. Восходящая гонорея. Методы диагностики и лечения.
30. Дисфункциональные маточные кровотечения репродуктивного периода. Диагностика, лечение, профилактика.
31. Эндометрит. Диагностика, лечение.
32. Внутренний эндометриоз. Диагностика, лечение, профилактика.
33. Фоновые (доброкачественные) процессы шейки матки. Диагностика. Лечение.
34. Ановуляторный менструальный цикл (персистенция зрелого фолликула). Диагностика, принципы лечения.
35. Ановуляторный менструальный цикл (атрезия незрелого фолликула). Диагностика, принципы лечения.
36. Менорагия и метрорагия. Методы дифференциальной диагностики.
37. Методика прицельной и расширенной биопсии в диагностике заболеваний шейки матки.
38. Предраковые заболевания шейки матки. Диагностика, лечение.
39. Предменструальный синдром. Диагностика, лечение, профилактика.
40. Бактериальный вагиноз. Диагностика, лечение, профилактика.
41. Вульвовагинальный кандидоз. Диагностика, лечение, профилактика.
42. Гиперпластические процессы эндометрия. Диагностика, лечение.
43. Хламидийная инфекция половых органов. Диагностика, лечение.
44. Ретродевиация матки, диагностика, коррекция и профилактика.
45. Предраковые заболевания эндометрия. Диагностика, лечение, профилактика.

46. Бесплодный брак. Организация обследования бесплодной супружеской пары. Основные принципы лечения женского бесплодия.
47. Урогенитальный трихомоноз. Диагностика, лечение, профилактика.
48. Синдром Шихана (послеродовый пангипопитуитаризм). Диагностика, лечение.
49. Синдром поликистозных яичников. Диагностика, лечение.
50. Гематометра и гематокольпос. Методы диагностики и лечения.
51. Пороки развития влагалища и матки у девочек. Диагностика, лечение.
52. Дисменорея. Диагностика, лечение.
53. Туберкулёз эндометрия. Диагностика, лечение.
54. Аденогенитальный синдром (пубертатная и постпубертатная формы). Диагностика, лечение.
55. Воспалительные заболевания вульвы и влагалища у девочек. Диагностика, лечение.
56. Кровотечения в пери- и постменопаузе. Диагностика, лечение.
57. Фолликулярная киста яичника. Диагностика, врачебная тактика.
58. Киста желтого тела. Диагностика, врачебная тактика.
59. Заболевания бартолиновой железы (абсцесс, киста). Диагностика, тактика лечения.
60. Метаболический синдром у женщин репродуктивного возраста. Диагностика, лечение.
61. Неспецифический вульвовагинит. Критерии диагностики, лечение.
62. Эндометриоз яичников. Диагностика, лечение, профилактика.
63. Дисфункциональные (овуляторные) маточные кровотечения. Методы диагностики и лечения.
64. Хронический сальпингоофорит. Диагностика, лечение.
65. Нарушение кровоснабжения миоматозного узла. Диагностика, врачебная тактика.
66. Внутриматочная контрацепция, типы контрацептивов. Методика введения.
67. Ретроцервикальный эндометриоз. Диагностика, лечение, профилактика.
68. Перфоративный пиосальпинкс. Методы диагностики, лечение.
69. Рождающийся миоматозный узел. Диагностика, лечение.
70. Несостоявшийся аборт. Методы диагностики, современная врачебная тактика.
71. Гонорея нижнего отдела мочеполовой системы. Методы диагностики и лечения, критерии излеченности.
72. Посткастрационный синдром. Диагностика, лечение.
73. Тесты функциональной диагностики. Методика их использования в клинической практике.
74. Эмбриональные опухоли яичников (дермоидная киста, терратобластома). Диагностика, лечение.
75. Вульвиты и вульвовагиниты у детей. Диагностика, лечение.
76. Рак яичников. Методы диагностики, лечение.
77. Аномалии развития внутренних половых органов. Методы диагностики и лечения.
78. Туберкулёз придатков матки. Диагностика, лечение.
79. Пельвиоперитонит. Диагностика, лечение.
80. Параметрит. Методы диагностики и лечения.
81. Генитальный герпес. Диагностика, лечение, профилактика.
82. Саркома матки. Диагностика, лечение.
83. Метастатический рак яичников. Диагностика.
84. Урогенитальный микоплазмоз. Диагностика, лечение, профилактика.

85. Трофобластическая болезнь. Современные методы диагностики и лечения.
86. Маскулинизирующие опухоли яичников (аренобластома). Диагностика, принципы лечения.
87. Аборты. Диагностические критерии и лечение угрожающего выкидыша.
88. Ведение послеоперационного периода у гинекологических больных.
89. Анаэробная инфекция внутренних половых органов. Диагностика, лечение.
90. Выбор метода контрацепции. Способ применения.
91. Гиперпролактинемия. Диагностика, лечение.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

1. Задача.

Больная Т., 31 года поступила в гинекологическое отделение с жалобами на высокую температуру, слабость и боли внизу живота.

Менструации с 12 лет, через 26 дней, по 5 дней, в умеренном количестве, безболезненные. Последняя нормальная менструация 2,5 месяца назад. Замужем с 22 лет. Было 4 беременности, 2 из которых завершились нормальными родами без осложнений и 2 – мед.аборта без осложнений. Последний из них был выполнен 8 дней назад. Выписана из стационара в удовлетворительном состоянии на следующий день.

При поступлении состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые розовые. Пульс ритмичный 92 уд. в мин., АД – 120/70. Температура тела 38,2⁰. Молочные железы без уплотнений, отделяемого из молочных ходов нет. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом у корня. Живот мягкий, равномерно участвует в дыхании, слегка болезненный над лоном, где определяется дно матки. Печень и селезенка не пальпируются. Симптомов раздражения брюшины нет.

Гинекологическое исследование: лобковое оволосение по женскому типу, слизистая преддверия влагалища розовая. При осмотре с помощью зеркал шейка матки чистая, из канала шейки матки умеренные кровяные выделения темного цвета и мелкими свертками. Бимануально: влагалище рожавшей женщины, шейка матки рубцово изменена, плотная, наружный зев шейки матки пропускает кончик пальца. Тело матки увеличено соответственно 8-9 недельной беременности, шаровидной формы, плотной консистенции и слегка болезненное при пальпации, влагалищные своды глубокие, придатки не пальпируются.

В общей гемограмме: Нв- 118 г/л, Л- 8,6 x 10⁹ / без сдвига в лейкоцитарной формуле, СОЭ-21мм/ч.

1. Каков предварительный диагноз?
2. Обследование, дифференциальная диагностика. Окончательный диагноз.
3. Нуждается ли пациентка в исследовании мазков из мочеполовой системы на специфическую микрофлору?
4. Есть ли необходимость в проведении инфузионной терапии?

2. Задача.

Больная К., 37 лет доставлена в горбольницу с жалобами на резкие боли внизу живота, озноб, головную боль, слабость и повышение температуры до 38-39⁰. Гинекологические заболевания : год назад остатки плодного яйца после мед.аборта, эндометрит и воспаление придатков. Менструации с 12 лет, через 30 дней, по 3-4 дня, умеренные и безболезненные.

Последняя менструация 2 недели назад. Имела 5 беременностей: роды – 1, искусственных абортов- 3 /без осложнений/, самопроизвольный аборт (6 лет назад) - 1 в сроке 10 недель /осложнился повторным выскабливанием полости матки и последующим развитием эндометрита и сальпингоофорита/. Обострение процесса наблюдалось ежегодно, лечилась амбулаторно тем же, что назначалось в стационаре. Заболела несколько дней назад после переохлаждения, появились постоянные боли внизу живота, температура повысилась до 38⁰, озноб. Состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые розовые. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, 88 уд/мин., АД – 110/70 мм рт.ст, Т- 37,6⁰. Молочные железы мягкие. Отделяемого из сосков нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот не вздут, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации в нижних отделах – слабовыраженный мышечный дефанс /больше слева/, симптомов раздражения брюшины нет.

Гинекологическое исследование: в зеркалах - шейка цилиндрической формы, плотная, из наружного зева гнойные выделения. Перемещение шейки резко болезненное. Тело матки нормальных размеров, плотное, слегка смещено вправо и ограничено в подвижности. Поверхность ее гладкая, при пальпации легкая болезненность. Правые придатки не пальпируются. Слева и сзади от матки - неподвижное болезненное образование неправильной продолговатой формы, неоднородной консистенции, размерами примерно 9x4x4 см, слегка выпячивающее левый свод влагалища.

1. Предварительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика, дополнительные методы обследования.
3. Окончательный диагноз и лечение.

3. Задача.

Больная Ж., 26 лет, поступила с жалобами на резкие боли внизу живота, озноб, слабость, тошноту, температуру.

Менархе с 14 лет, через 26 дней, по 5 дней, умеренные и безболезненные. Последняя менструация неделю назад в срок. Было 3 беременности, 1-ая из которых закончилась срочными родами, 2 последующие – мед.абортами (8 и 11 недель). Последний осложнился острым воспалением придатков матки.

Больна в течение 2 недель, когда после переохлаждения стала отмечать боли внизу живота и слизисто-гнойные выделения из влагалища. Эти явления усилились после менструации, отмечала повышение температуры до 37,6⁰, слабость. Резкое ухудшение наступило 2 дня назад, когда боли приняли резкий характер, появился озноб, температура 39,1⁰. Хирургом диагноз острого аппендицита отвергнут.

Состояние средней тяжести, температура 39⁰. Кожа сухая. Пульс – 112 уд/мин, АД- 120/80 мм рт.ст. В легких без патологии. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут. При пальпациях во всех отделах определяется резкая болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки и симптом Блюмберга-Щеткина (особенно в нижнем отделе). Дизурических явлений нет. Гинекологическое исследование: лобковое оволосение по женскому типу; слизистая преддверия влагалища гиперемирована и особенно вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала. В зеркалах – во влагалище гнойный экссудат, с неприятным запахом. Шейка отечная, вокруг наружного зева гиперемия, из канала шейки слизисто-гнойные выделения зеленоватого цвета. Бимануально : пропальпировать матку и придатки невозможно из-за резкой болезненности и напряжения передней брюшной стенки. Анализ крови: Нв – 120г/л, Л- 16,8x10⁹, СОЭ – 15 мм/час.

1. Ваш предварительный диагноз? О какой причине Вы подумаете в первую очередь?
2. Какие исследования позволят определить специфику заболевания (возбудителя).
3. Сформулируйте полный клинический диагноз, если в мазках из цервикального канала и уретры будут выявлены гонококки Нейссера?

4. Задача.

Больная Х., 43 лет, поступила для решения вопроса об оперативном лечении. Жалоб не предъявляет. В анамнезе: воспаление придатков матки.

Менструации с 17 лет, через 29 дней, по 3-5 дней, умеренные и безболезненные. Было 2 беременности. 1-ая - срочные роды с последующим ручным отделением и выделением последа. 2-ая беременность в возрасте 33 лет - самопроизвольным абортom в сроке 15 недель. Послебортный период осложнился эндометритом. В последующие годы от беременности не предохранялась, но беременность больше не наступала. В возрасте 36 лет на УЗИ обнаружено некоторое увеличение размеров матки. С переходом на другую работу потребовалась справка о состоянии здоровья, что заставило ее пройти профилактический осмотр в женской консультации, где и была выявлена опухоль, занимающая всю верхнюю треть влагалища.

Состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые обычной окраски. Внутренние органы без патологии. Пульс ритмичный 82 уд/мин, АД- 140/80 мм рт.ст.. Гинекологическое исследование : наружные половые органы сформированы неправильно (малые половые губы не прикрываются большими губами). Слизистая преддверия влагалища розовой окраски. В зеркалах – слизистая влагалища чистая, розовая, верхняя треть влагалища выполнена округлым образованием диаметром примерно 9-10 см, наружный маточный зев не виден. Влагалищное исследование: верхняя треть его выполнена плотной шаровидной опухолью диаметром около 10 см, поверхность гладкая, шейка четко не контурируется. Над этой опухолью определяется матка слегка увеличенная в размерах, консистенция ее плотная. Придатки не пальпируются, выделения слизистые, скудные.

1. Предварительный диагноз?
2. С какой патологией необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования могут быть использованы для уточнения диагноза?

5. Задача.

Больная Ю., 30 лет, направлена врачом женской консультации на оперативное лечение по поводу кистомы яичника. Жалоб не предъявляет.

В анамнезе: воспаление придатков матки после аборта. Менструации с 11,5 лет, по 3-5 дней, через 32 дня, умеренные и безболезненные. Последняя менструация 2 недели назад. 1-ые роды - физиологические, 2-ые роды - с ручным отделением последа и последующим эндометритом. В 27 и 29 лет медаборты (сроке 8 и 10 недель), один из которых осложнился воспалением придатков матки. Необходимость посещения гинеколога была обусловлена сменой места работы. При влагалищном исследовании врач женской консультации обнаружила в области левых придатков матки объемное образование диаметром около 7 см и дала направление на оперативное лечение.

Больная правильного телосложения, нормального питания, кожа и слизистые розовые. Молочные железы небольшого объема без уплотнений, ареолы чистые, из молочных ходов выделений нет. Со стороны внутренних органов без патологии. Пульс 70 уд/мин, АД- 100/70 мм рт.ст. Гинекологическое исследование: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение лобка по женскому типу. При осмотре шейки матки с помощью зеркал обнаружено: шейка матки рубцово изменена, наружный зев закрыт. Бимануально: шейка матки плотная. Матка нормальных размеров и консистенции, подвижная и безболезненная. Слева и несколько кзади от матки определяется гладкостенное образование туго-эластической консистенции, округлой формы, диаметром 7-8 см, пальпация безболезненная, подвижность хорошая. Справа придатки матки не пальпируются. Выделения слизистые, скудные.

При экстренном исследовании в общей гемограмме отклонений от нормы не выявлено. Температура тела 36,7°C.

1. Ваш предварительный диагноз? Дифференциальная диагностика?
2. С чего Вы начнете обследование этой больной?
3. Какие дополнительные методы исследования могут помочь в установлении правильного диагноза?

6. Задача.

Больная И., 46 лет, поступила с жалобами на быстрое увеличение живота, слабость.

Менструации с 14 лет, через 22 дня, по 6-7 дней. В течение 1-ых 3 лет от начала были нарушения менструальной функции с периодическими задержками менструации до 2-3 недель. Имела 4 беременности, 2 - срочные роды и 2 медаборта. Считает себя больной около года, когда впервые стала отмечать слабость. Обращалась к участковому терапевту, но ничего не находили. В течение 6 месяцев стала отмечать постепенное увеличение объема живота. Неделю назад по поводу ОРВИ, с повышением температуры, вызвала врача на дом, который при пальпации живота обнаружил наличие опухоли больших размеров. Больная повышенного питания, кожа и слизистые обычной окраски. Пульс 70 уд/мин, АД- 140/90 мм рт.ст. В легких без патологии. При пальпации в брюшной полости определяется опухоль неправильной формы, верхний полюс которой достигает середины расстояния между пупком и мечевидным отростком. Подвижность опухоли ограничена из-за размера, пальпация слегка болезненная, поверхность крупноузловая, гладкая. Создается впечатление о наличии в животе небольшого количества свободной жидкости. Гинекологическое исследование: наружные половые органы сформированы неправильно (малые половые губы не прикрываются большими). Оволосение лобка по смешанному типу. В зеркалах обнаружено: складчатость влагалища выражена умеренно, шейка со следами послеродовых разрывов. Бимануально: задний влагалищный свод слегка выбухает, безболезненный, симптом зыбления слабо «+». Матка небольших размеров, оттеснена к крестцовой впадине опухолью, уходящей за пределы таза. Поверхность опухоли крупноузловая, консистенция неоднородная. Отдельно придатки пропальпировать не удалось. Выделения молочно-белого цвета, скудные. При ректо-вагинально-брюшностеночном исследовании инфильтрации параметриев не выявлено.

1. Каков предварительный диагноз?
2. Наметьте план обследования пациентки?

7. Задача.

Больная П., 33 лет поступила с жалобами на резкие боли в левой подвздошно-паховой области, тошноту. Анамнез без особенностей.

Менархе с 12 лет, по 4-5 дней, умеренные и безболезненные. Последняя менструация закончилась 3 дня назад. Была 1 беременность – завершилась срочными родами. В последующие годы в качестве контрацепции использует внутриматочный контрацептив. Год назад при профилактическом осмотре была выявлена киста левого яичника диаметром 5 см. Предлагали оперативное лечение от которого она отказалась. Накануне вечером, после резкого движения внезапно почувствовала сильную боль в левой подвздошно-паховой области. Боли никуда не иррадиировали и в начале носили распирающий характер. Держала холод на животе, что повлекло за собой некоторое стихание болевых ощущений. Под утро боли снова усилились, появилась тошнота, но рвоты не было. По скорой помощи была доставлена в стационар. Женщина лежит на кушетке в вынужденном положении на левом боку с приведенными ногами. Кожа и слизистые умеренно бледные. Пульс 100 уд/мин, АД- 100/70 мм рт. ст. Тоны сердца чистые. В легких без патологии. Живот не вздут. При его пальпации определяется локальный мышечный дефанс в левой подвздошно-паховой области и слабо «+» симптом Блюмберга-Щеткина. Гинекологическое исследование: оволосение лобка по женскому типу. В зеркалах : слизистая влагалища и шейки матки чистые, выделения молочно-белого цвета, скудные. Влагалищное исследование: шейка матки плотная, наружный зев закрыт, тело матки нормальных размеров, плотное, смещено в правую сторону и несколько кзади округлым образованием неоднородной консистенции, располагающимся слева и спереди от нее. Поверхность опухоли гладкая, диаметр около 8 см, пальпация резко болезненная. Справа придатки не пальпируются.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Наметьте план обследования.

8. Задача.

Больная И., 59 лет, поступила по поводу 2-х сторонних опухолей яичников. Жалобы на слабость, недомогание и значительное увеличение объема живота за последние 2 месяца.

В анамнезе: воспаление придатков матки с частыми обострениями (лечение в стационаре). Менструации с 16 лет, через 28 дней, по 3-5 дней, умеренные и безболезненные. Постменопауза 10 лет. Было 3 беременности, 2 - родов. 1 медаборт, который осложнился повторным выскабливанием и двусторонним воспалением придатков матки. Считает себя больной в течение 3 месяцев, когда стала отмечать слабость, чувство тяжести внизу живота и ноющие боли в пояснично-крестцовой области. 2 месяца назад отметила увеличение живота, но сразу к врачу не обратилась. При посещении женской консультации за неделю до поступления в стационар были выявлены двусторонние опухоли яичников небольших размеров. Кожа и слизистые умеренно бледны. Тоны сердца чистые, шумов нет, небольшой акцент 2 тона на аорте, пульс 68 уд/мин, АД-145/80 мм рт.ст. В легких без патологии. Живот мягкий, увеличен в объеме, безболезненный, отчетливо определяется свободная жидкость в животе. Гинекологическое исследование: Слизистая преддверия влагалища бледнорозовой окраски. В зеркалах: шейка чистая, своды влагалища глубокие. Влагалищно-ректально-брюшностеночное исследование: шейка плотная, смещаемость ее ограничена. Матка маленькая, плотная, смещена к лонному сочленению двусторонними опухолями бугристого строения, выполняющими задний дугласов карман, пальпация их почти безболезненная, величина каждой из них не превышает размеров мужского кулака. Слизистая оболочка прямой кишки над опухолями подвижная, инфильтратов в параметриях не выявлено. Выделения –скудные бели. Нв- 106

г/л, Л- $8,8 \times 10^9$ без сдвига в лейкоцитарной формуле: СОЭ- 27мм/час. Анализ мочи без отклонений.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Составьте алгоритм обследования больной.

9. Задача.

Больная Х., 49 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на периодические боли в различных отделах живота, средней интенсивности, без иррадиации. Наиболее часто боли локализуются в левой подвздошно-паховой области, изредка появляется недомогание и слабость.

Менархе с 13 лет, через 24 дня, по 4-5 дней, умеренные и безболезненные. Было 4 беременности: 1 - срочные роды, вторая - самопроизвольный выкидыш (срок 14 недель), и еще 2 медаборта (6 и 11 недель). Последний осложнился воспалением придатков матки. Менопауза в течение 2 лет. Считает себя больной около года, когда впервые стали появляться периодические боли в различных отделах живота, чаще локализовались в левой подвздошно-паховой области. Состояние больной удовлетворительное, температура тела $36,4^{\circ}\text{C}$, кожа и слизистые розовые. Молочные железы без патологии. Тоны сердца ясные, ритм правильный, пульс 84 уд/мин, АД- 130/75. В легких без патологии. Живот дряблый с полосами растяжения. Печень и селезенка не пальпируются. Почки без патологии. Гинекологическое исследование: лобковое оволосение по женскому типу. Половая щель слегка зияет. При натуживании опущения стенок влагалища нет. В зеркалах шейка чистая, наружный зев закрыт, своды влагалища глубокие. Ректо-вагинально-брюшностеночное исследование: шейка плотная, легко смещается. Матка в антефлексию, плотная, в размерах не увеличена. Справа придатки матки не пальпируются, слева - умеренно болезненный, плотный на ощупь яичник, размерами $4,5 \times 4 \times 3,5$ см. Инфильтратов в параметриях нет, слизистая прямой кишки гладкая. Создается впечатление о наличии асцита («+» симптом зыбления). Выделения серозные, скудные. Проведено УЗИ: матка $48 \times 42 \times 40$ мм, М-Эхо-3 мм, правый яичник- $27 \times 24 \times 19$ мм, левый - солидного строения с единичными жидкостными полостями диаметром 3-5 мм, общий размер его $51 \times 46 \times 42$ мм. В дугласовом пространстве около 50 мл жидкости.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Что послужило показанием к выполнению ректо-вагинально-брюшностеночного исследования врачом стационара?
3. Наметьте план обследования?

10. Задача.

Больная И., 14 лет, поступила с жалобами на кровотечение из влагалища, продолжающееся в течение месяца.

Впервые менструация была 3 месяца назад, умеренно болезненная, продолжалась в течение 12 дней. Последующие 2 месяца менструаций не было и самочувствие было хорошим. Начавшаяся месяц назад выделения в первые дни были скудными, безболезненными. После лыжного кросса почувствовала себя плохо из-за резкого усиления кровотечения из влагалища. Пила таблетки викасол, но улучшения не наступило. Кровотечение с периодическими усилениями продолжалось около месяца. Стала отмечать слабость, мелькание мушек перед глазами. На уроке физкультуры упала в обморок. Была вызвана бригада скорой помощи и девочка доставлена в стационар. Девочка инфантильного телосложения, пониженного питания, кожа и слизистые бледные.

Молочные железы в начальной стадии развития, ореолы шириной около 2 см, бледно-розовые, соски маленькие. Тоны сердца громкие, небольшой систолический шум на верхушке. Ритм правильный, АД- 100/60 мм рт.ст. В легких без патологии. Язык влажный, обложен у корня беловатым налетом. Миндалины с обеих сторон значительно увеличены в объеме, не гиперемированы. Живот мягкий, безболезненный. Гинекологическое исследование: малые половые губы не прикрываются большими, половое оволосение умеренное (подмышечное отсутствует). Слизистая преддверия влагалища бледная, девственная плева полулунной формы не нарушена. При ректальном исследовании обнаружено: матка в антефлексию, маленьких размеров, мягковатой консистенции, подвижная и безболезненная. Яичники с обеих сторон увеличены в размерах, уплотнены, поверхность их гладкая, пальпация безболезненная. Выделения из влагалища кровяные, скудные. В гемограмме: Нв-75 г/л, Л-8,7х 10⁹ (э-2, п-2, с-74, л-18, м-4); Эр-2,1х10¹², гипохромия, анизоцитоз, пойкилоцитоз; Тр-150000, СОЭ-34 мм/час, анализ мочи –без отклонений.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования?

11. Задача.

Больная Р., 34 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу длительного кровотечения из влагалища, начавшегося после двухмесячной задержки менструации. При осмотре: было высказано предположение о спонтанном прерывании беременности малого срока и дано направление в стационар.

Менструации с 12 лет, через 29 дней, по 4-6 дней, умеренные и болезненные в первый день. Последняя менструация 2 месяца назад. Было 3 беременности. Первая - срочные роды, вторая - медаборт (срок 7 недель), третья - самопроизвольный выкидыш в сроке 11 недель. После выкидыша контрацепцию не применяла, 2 раза использовала тест на беременность – «-». Кровотечение началось внезапно и без болей. В начале кровотечения из влагалища выделялись кусочки белесоватой ткани; количество крови было умеренным. В связи с тем, что кровотечение продолжалось больше 8 дней, она обратилась к врачу. Больная правильного телосложения, хорошего питания, кожа слизистые розовые. Молочные железы без особенностей. Патологии со стороны сердечно-сосудистой системы и легких не выявлено. Пульс 80 уд/мин, АД- 125/70 мм рт. ст. Язык влажный, не обложен, живот мягкий, безболезненный.

Гинекологическое исследование: оволосение по женскому типу обильное. Слизистая преддверия влагалища розовой окраски. В зеркалах: слизистая чистая, складчатость влагалища выражена хорошо. Наружный зев округлой формы и заполнен прозрачной слизью. По задней стенке цервикального канала видна струйка алой крови. Бимануально: шейка и тело матки плотной консистенции, матка несколько увеличена в размере. Слева придатки матки не пальпируются, справа - яичник плотный, с неровной поверхностью и слегка увеличен в размере, но пальпация безболезненная.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Наметьте план обследования?

12. Задача.

Больная С., 50 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на частые приливы жара к лицу, шее и груди, повышенную потливость, головные боли, сердцебиения и боли в области сердца, почти постоянное чувство тревоги, резкое снижение трудоспособности. Анамнез без особенностей.

Менструации с 11,5 лет, через 28 дней, по 5-6 дней, умеренные и безболезненные. Последние 7 месяцев менструации стали путаться с тенденцией к задержке на 3-4 недели, увеличилось количество теряемой крови. Было 5 беременностей, три - роды, 1-медаборт в сроке 7 недель, последняя - самопроизвольный выкидышем раннего срока. Считает себя больной в течение 1,5 лет, когда впервые появились приливы и периодические покалывающие боли в области сердца. Участковый терапевт ставил диагноз: стенокардия напряжения. Принимала нитраты, но улучшения не было. Постепенно частота приливов увеличилась до 15-18 в сутки, присоединилась потливость, слабость, участились головные боли, появилась раздражительность, усилились боли в области сердца и снизилась трудоспособность. Повторное обращение к терапевту и назначенное лечение без эффекта. Врач рекомендовала консультацию гинеколога. Женщина гиперстенического телосложения, повышенного питания. Молочные железы без патологии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс- 88 уд/мин, АД-160/90 мм рт.ст. В легких без патологии. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Гинекологическое исследование: оволосение по женскому типу, половая щель слегка зияет при натуживании, слизистая преддверия влажлища розовой окраски. В зеркалах: обнаружено: на шейке матки старые послеродовые рубцы, наружный зев закрыт. Бимануально: отчетливо пропальпировать матку и придатки не представилось возможным из-за обилия подкожно-жировой клетчатки. Выделения светлые.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Что бы Вы хотели дополнительно выяснить из анамнеза?

13. Задача.

Больная С., 62 лет, поступила в стационар для решения вопроса об оперативном лечении по поводу опущения внутренних половых органов. Жалуется на постоянное ощущение инородного тела в области наружных половых органов, затрудненное мочеиспускание.

Менструации с 16 лет, 27 дней, по 5 дней, умеренные и безболезненные. Менопауза с 51 года. Было 2 родов. Первые роды – срочные, был разрыв промежности, накладывались швы. Вторые роды -без осложнений. Считает себя больной около 5 лет, когда впервые отметила чувство тяжести внизу живота. 2 года назад появилось ощущение инородного тела в области наружных половых органов. Особенно это проявлялось при подъеме тяжести, участилось мочеиспускание. В течение последних 6 месяцев появилось ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, что и заставило женщину обратиться к врачу. В женской консультации был поставлен диагноз: Полное выпадение внутренних половых органов. Цистоцеле и больная была направлена на оперативное лечение. Кожа и слизистые обычной окраски. Молочные железы без патологии. Тоны сердца ясные, акцент 2 тона на аорте, шумов нет, ритм правильный- 76 уд/мин, АД-165/90. В легких без патологии. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки. Пропальпировать печень и селезенку не возможно. почки без патологии. Гинекологическое исследование: оволосение по женскому типу, слизистая преддверия розовая, половая щель умеренно зияет. При легком натуживании за пределы половой щели выступает шейка матки и большая часть передней стенки влажлища; слизистая шейки и влажлища чистая. При сильном натуживании во время бимануального исследования выявлено незначительное опущение задней стенки влажлища. Матка маленькая, отклонена кзади и находится выше интраспинальной линии. Придатки матки пропальпировать не удалось. Имеется двусторонний отрыв ножек леваторов.

1. Каков Ваш предварительный диагноз?

2. Какое Вы назначите обследование?

14. Задача.

Больная Л., 56 лет, направлена в стационар по поводу кровяных выделений из влагалища, появившихся через 8 лет после наступления менопаузы, длительное нагрубание молочных желез и болезненное прикосновение к соскам.

В 34 г. оперирована по поводу перекрута ножки дермоидной опухоли правого яичника. Менархе с 12,5 лет, через 30 дней, по 4-5 дней, умеренные и безболезненные. Было 6 беременностей, 2 - роды, 4 - медаборты (до 12 недель). Примерно 6 месяцев назад отметила нагрубание молочных желез и болезненное прикосновение к соскам, усилилось половое влечение. Последующие месяцы указанные симптомы усиливались, появились кровяные выделения из влагалища, что и заставило ее обратиться к врачу. УЗИ: спаечный процесс в малом тазе, увеличение размеров матки до 5 недельной беременности. М-ЭХО – 17 мм, левый яичник размерами 6х5х3,5 см плотной эхоструктуры. Поставлен диагноз: Опухоль левого яичника, гиперплазия эндометрия. На коже передней брюшной стенки надлобковый поперечный рубец. Молочные железы умеренно нагрубшие, без локальных уплотнений, пальпация сосков умеренно болезненная, выделений из молочных ходов нет. Со стороны внутренних органов без патологии. Пульс 76 уд/мин, АД- 140/85 мм рт. ст. Гинекологическое исследование: оволосение по женскому типу. В зеркалах - слизистая шейки чистая, из её канала выделяется алая кровь. При ректо-вагинально-брюшностеночном исследовании: матка плотной консистенции увеличена до 5-6 недельной беременности, безболезненная, подвижность ограничена. Справа придатки не пальпируются; слева, у ребра матки определяется овоидной формы образование, размерами 7х6х4 см, плотноэластической консистенции, с неровной поверхностью, безболезненное. Выделения слизистые. Слизистая прямой кишки с образованием не связана.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваш план обследования?
3. Есть ли необходимость в выполнении отдельного диагностического выскабливания?

15. Задача.

Больная Н., 27 лет, доставлена в стационар машиной скорой помощи с жалобами на резкие боли в животе, иррадиирующие во влагалище и прямую кишку, изредка боли отдают в правую ключицу, трудно дышать, тошнота и однократная рвота, не принесящая облегчения.

Менархе с 12 лет, через 29 дней, по 4-5 дней. Последняя менструация была 1,5 месяца. Была 1 беременность – криминальный аборт, осложнившийся воспалением придатков матки. Контрацептивов не применяла. 1-ая задержка менструации настоящая. Отмечала избирательное отношение к пище и запахам, нагрубание молочных желез. Утром во время акта дефекации появились резкие боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку, холодный пот и слабость, однократная рвота. Вскоре боли стали иррадиировать в правую ключицу, затруднилось дыхание. Вызвана бригада скорой помощи, которая доставила женщину в стационар. Состояние средней тяжести, кожа и слизистые бледные. Молочные железы умеренно нагрубшие, в молочных ходах небольшое количество отделяемого мутного цвета. Пульс 118 уд/мин, АД- 90/70. Тоны сердца приглушены. Дыхание поверхностное, 28 в мин, хрипов нет. Живот вздут, имеется напряжение мышц передней брюшной стенки, «+» симптом Блюмберга-Щеткина во всех отделах. При перкуссии над всей поверхностью живота тимпанитический звук с небольшими участками притупления.

Аускультативно – единичные, слабой интенсивности кишечные шумы. Гинекологическое исследование: Слизистая преддверия влагалища бледнорозовой окраски. В зеркал- шейка конической формы, наружный зев закрыт, выделения молочно-белого цвета. Бимануально: прикосновение к шейке резко болезненное, задний влагалищный свод выбухает, пропальпировать матку и придатки не представляется возможным из-за резкой болезненности.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваше обследование и дальнейшая тактика?
3. Каковы условия и оснащение для проведения реинфузии?

16. Задача.

Больная З., 33 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу болей в правой подвздошно-паховой области, появившиеся неделю назад и скудных кровяных выделений из влагалища, начавшихся вечером накануне обращения к врачу.

В анамнезе: воспаление придатков матки специфической этиологии (гонорея + хламидиоз), многократно были обострения, без специфической флоры. Настоящее заболевание началось после переохлаждения появлением ноющих болей в правой подвздошно-паховой области. Дважды принимала аналгин и вводила в прямую кишку свечи с экстрактом белладонны, без эффекта. Менархе с 15 лет, через 21 день, по 6-7 дней. Последняя менструация была 2 месяца назад и протекала с меньшим количеством крови. Половая жизнь нерегулярная с частой сменой половых партнеров. Контрацептивов не использовала, беременностей не было. В женской консультации поставлен диагноз: Начавшийся самопроизвольный аборт при беременности 5-6 недель. Исключить внематочную беременность. Из женской консультации в стационар женщина приехала общественным транспортом через 3 часа. Состояние удовлетворительное, кожа и слизистые розовые. Со стороны внутренних органов без патологии. Пульс 76 уд/мин, АД-110/70. Гинекологическое исследование: шейка конической формы, цианотичная. Из наружного зева небольшие темно-красные выделения. Бимануально: шейка обычной консистенции, перемещения за нее слегка болезненные. Матка мягковата, увеличена до 5 недельной беременности, безболезненная. Слева придатки матки слегка утолщены, плотные, безболезненные. Справа и несколько кзади от матки пальпируется мягковатое образование размерами 10х3х3 см, чувствительное, подвижность его ограничена. Влагалищные своды глубокие, симптом зыбления отрицательный. Выделения темно-красные, скудные.

1. Ваш предварительный диагноз? Дифференциальный диагноз?
2. Возможно ли с помощью диагностического выскабливания полости матки исключить эктопическую беременность?

17. Задача.

Больная К., 36 лет, госпитализирована для искусственного прерывания беременности сроком 9 недель (по желанию женщины). Жалоб не предъявляет. Анамнез без особенностей.

Менархе с 13 лет, через 27 дней, по 5-6 дней, умеренные и безболезненные. Последняя – 2,5 месяца назад. Всего было 10 беременностей. Первая беременность завершилась срочными родами, последующие – искусственными абортами в сроках до 12 недель. Контрацептивов никогда не применяла. В 11 часов женщина была приглашена в малую операционную, где ей был дан кетаминный наркоз и оперирующий врач приступил к выполнению влагалищного исследования (бимануального). Обнаружив во влагалище

какое то округлое образование мягкой консистенции, врач предпринял попытку найти наружный зев шейки матки. В момент интенсивного исследования внезапно возникло обильное кровотечение из влагалища. Врач принимает решение осмотреть шейку матки в зеркалах. По введении зеркал было обнаружено: верхняя треть влагалища выполнена округлым образованием цианотического цвета, наружный зев шейки матки определить не удалось из-за обильного кровотечения. К моменту завершения осмотра с помощью зеркал общая кровопотеря составила 600 мл., женщина побледнела, пульс ритмичный 110 уд/мин, АД-80/50 (исходного АД не знает). Пациентка в экстренном порядке переведена в большую операционную.

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Была ли соблюдена методика обследования больной перед выполнением медаборта?
3. Какая грубая ошибка была допущена врачом в период подготовки к выполнению операции? Правильно ли поступил врач, приступив к исследованию с помощью зеркал на фоне обильного кровотечения?
4. Можно ли поставить диагноз Геморрагический шок?

18. Задача.

Больная С., 23 лет, доставлена в отделение гинекологии машиной скорой помощи с жалобами на резкие боли внизу живота с иррадиацией во влагалище. Анамнез без особенностей.

Менструации с 14 лет, через 30 дней, по 3-5 дней. Очередную менструацию ожидала через 5 дней. Использует барьерный метод контрацепции. Заболевание началось после случайного падения на улице. Боли возникли в момент падения и некоторое время спустя стали иррадиировать во влагалище и область анального отверстия. Сознания не теряла. После приема анальгина боль не стихла, вызвала машину скорой медпомощи. Врач высказал предположение о возможности острого аппендицита и доставил пациентку в БСМП, где этот диагноз был отвергнут и рекомендована консультация гинеколога. В общей гемограмме: Нв- 110г/л, Эр-3,8 x 10¹², Л-4,6x 10⁹, СОЭ – 17 мм/час. Молочные железы слегка нагрубшие, без очаговой инфильтрации, цвет ореол светлокорицевый, отделяемое в молочных ходах отсутствует. Тоны сердца чистые, пульс 86 уд/мин, АД-110/70. В легких без патологии. Живот мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в нижнем отделе, симптомов раздражения брюшины нет. Т⁰ тела при поступлении 36,7⁰С, базальная Т- 37,4⁰. Гинекологическое исследование: лобковое оволосение по женскому типу, слизистая преддверия влагалища розовой окраски. В зеркалах – шейка конической формы, наружный зев закрыт, симптом зрачка – «-», влагалищные своды глубокие. Бимануально: шейка плотной консистенции, перемещения за нее болезненные, выбухания влагалищных сводов нет. Матка в антефлексию слегка больше нормы, мягковатой консистенции, безболезненная. Справа придатки матки не пальпируются, слева и несколько кзади от матки определяется овоидной формы, умеренно болезненное образование размерами 6x5x4 см, симптом зыбления заднего свода влагалища – отрицательный. Выделения молочно-белого цвета, скудные.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваши дополнительные назначения в обследовании?
3. О чем может свидетельствовать повышенная базальная температура?

19. Задача.

Больная Т., 31 года поступила в гинекологическое отделение с жалобами на высокую температуру, слабость и боли внизу живота.

Менструации с 12 лет, через 26 дней, по 5 дней, в умеренном количестве, безболезненные. Последняя нормальная менструация 2,5 месяца назад. Замужем с 22 лет. Было 4 беременности, 2 из которых завершились нормальными родами без осложнений и 2 – мед.аборта без осложнений. Последний из них был выполнен 8 дней назад. Выписана из стационара в удовлетворительном состоянии на следующий день.

При поступлении состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые розовые. Пульс ритмичный 92 уд. в мин., АД – 120/70. Температура тела 38,2⁰. Молочные железы без уплотнений, отделяемого из молочных ходов нет. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом у корня. Живот мягкий, равномерно участвует в дыхании, слегка болезненный над лоном, где определяется дно матки. Печень и селезенка не пальпируются. Симптомов раздражения брюшины нет.

Гинекологическое исследование: лобковое оволосение по женскому типу, слизистая преддверия влагалища розовая. При осмотре с помощью зеркал шейка матки чистая, из канала шейки матки умеренные кровяные выделения темного цвета и мелкими свертками. Бимануально: влагалище рожавшей женщины, шейка матки рубцово изменена, плотная, наружный зев шейки матки пропускает кончик пальца. Тело матки увеличено соответственно 8-9 недельной беременности, шаровидной формы, плотной консистенции и слегка болезненное при пальпации, влагалищные своды глубокие, придатки не пальпируются.

В общей гемограмме: Нв- 118 г/л, Л- 8,6 x 10⁹ / без сдвига в лейкоцитарной формуле, СОЭ-21мм/ч.

1. Каков предварительный диагноз?
2. Обследование, дифференциальная диагностика. Окончательный диагноз.
3. Нуждается ли пациентка в исследовании мазков из мочеполовой системы на специфическую микрофлору?

20. Задача.

Больная К., 37 лет доставлена в больницу с жалобами на резкие боли внизу живота, озноб, головную боль, слабость и повышение температуры до 38-39⁰. Гинекологические заболевания : год назад остатки плодного яйца после мед.аборта, эндометрит и воспаление придатков. Менструации с 12 лет, через 30 дней, по 3-4 дня, умеренные и безболезненные. Последняя менструация 2 недели назад. Имела 5 беременностей: роды – 1, искусственных аборт- 3 /без осложнений/, самопроизвольный аборт (6 лет назад) - 1 в сроке 10 недель /осложнился повторным выскабливанием полости матки и последующим развитием эндометрита и сальпингоофорита/. Обострение процесса наблюдалось ежегодно, лечилась амбулаторно тем же, что назначалось в стационаре. Заболела несколько дней назад после переохлаждения, появились постоянные боли внизу живота, температура повысилась до 38⁰, озноб. Состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые розовые. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, 88 уд/мин., АД – 110/70 мм рт.ст, Т- 37,6⁰. Молочные железы мягкие. Отделяемого из сосков нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот не вздут, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации в нижних отделах – слабовыраженный мышечный дефанс /больше слева/, симптомов раздражения брюшины нет.

Гинекологическое исследование: в зеркалах - шейка цилиндрической формы, плотная, из наружного зева гнойные выделения. Перемещение шейки резко болезненное. Тело матки нормальных размеров, плотное, слегка смещено вправо и ограничено в подвижности. Поверхность ее гладкая, при пальпации легкая болезненность. Правые придатки не пальпируются. Слева и сзади от матки - неподвижное болезненное

образование неправильной продолговатой формы, неоднородной консистенции, размерами примерно 9x4x4 см, слегка выпячивающее левый свод влагалища.

1. Предварительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика, дополнительные методы обследования.

21. Задача.

Больная В., 39 лет, поступила с жалобами на боль внизу живота с иррадиацией в поясницу, повышение температуры до 38⁰. Менархе с 16 лет, через 27 дней, по 6 дней, умеренные и безболезненные. Последняя нормальная менструация была 12 дней назад. Контрацепцию не применяла, но беременностей не было. Муж обследовался – здоров. Считает себя больной с момента начала половой жизни, когда остро заболела воспалением придатков. Лечилась в стационаре. Болезнь неоднократно обострялась, после госпитализации дважды производили пункцию брюшной полости через задний свод влагалища. При получении гноя в брюшную полость вводили антибиотики и продолжали консервативное лечение. После менструации и переохлаждения появились резкие боли внизу живота с иррадиацией в поясницу, головная боль, повышение температуры до 38,5⁰, озноб.

Состояние средней тяжести. Кожа и слизистые розовые. Пульс ритмичный 104 уд/мин, АД – 120/75 мм рт.ст., Т- 39,5⁰. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания, над лоном умеренно напряжен, болезненный при пальпации. Симптом Блюмберга – Щеткина (+). Гинекологическое исследование: При исследовании с помощью зеркал - из канала шейки гнойные выделения без запаха. Бимануально: тело матки и левые ее придатки не пальпируются из-за резкой болезненности. Справа и кзади от матки определяется нижний полюс резкоболезненного образования с нечеткими границами, размерами примерно 12x7x6 см, плотной консистенции с неровной поверхностью, почти неподвижное. Анализ крови: Нв- 118г/л, Л- 13,5x10⁹, СОЭ – 24 мм/час. Произведена пункция пальпируемого за маткой образования через задний свод влагалища и получено 20 мл жидкого, зловонного гноя желто-серого цвета. Больной назначена комплексная консервативная терапия (лед на низ живота, антибиотики, десенсибилизирующая и дезинтоксикационная терапия, обезболивающие средства).

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваше решение о дополнительных методах обследования.

22. Задача.

Больная Ж., 26 лет, поступила с жалобами на резкие боли внизу живота, озноб, слабость, тошноту, температуру.

Менархе с 14 лет, через 26 дней, по 5 дней, умеренные и безболезненные. Последняя менструация неделю назад в срок. Было 3 беременности, 1-ая из которых закончилась срочными родами, 2 последующие – мед.абортами (8 и 11 недель). Последний осложнился острым воспалением придатков матки.

Больна в течение 2 недель, когда после переохлаждения стала отмечать боли внизу живота и слизисто-гнойные выделения из влагалища. Эти явления усилились после менструации, отмечала повышение температуры до $37,6^{\circ}$, слабость. Резкое ухудшение наступило 2 дня назад, когда боли приняли резкий характер, появился озноб, температура $39,1^{\circ}$. Хирургом диагноз острого аппендицита отвергнут.

Состояние средней тяжести, температура 39° . Кожа сухая. Пульс – 112 уд/мин, АД-120/80 мм рт.ст. В легких без патологии. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут. При пальпациях во всех отделах определяется резкая болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки и симптом Блюмберга-Щеткина (особенно в нижнем отделе). Дизурических явлений нет. Гинекологическое исследование: лобковое оволосение по женскому типу; слизистая преддверия влагалища гиперемирована и особенно вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала. В зеркалах – во влагалище гнойный экссудат, с неприятным запахом. Шейка отечная, вокруг наружного зева гиперемия, из канала шейки слизисто-гнойные выделения зеленоватого цвета. Бимануально : пропальпировать матку и придатки невозможно из-за резкой болезненности и напряжения передней брюшной стенки. Анализ крови: Нв – 120г/л, Л- $16,8 \times 10^9$, СОЭ – 15 мм/час.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. О какой причине Вы подумаете в первую очередь?
3. Какие исследования позволят определить специфику заболевания (возбудителя).
4. Сформулируйте полный клинический диагноз, если в мазках из цервикального канала и уретры будут выявлены гонококки Нейссера?

23. Задача.

Больная С., 29 лет, поступила на обследование по поводу бесплодия в браке. Кроме этого отмечает слабость, утомляемость, потливость и температуру ($37,2-37,4^{\circ}$), ноющие боли внизу живота. Имела контакт с туберкулезной больной по работе.

Менструации с 12 лет, через 28 дней, по 5-6 дней, обильные и умеренно болезненные. Последние 3 года отмечает задержки менструаций до 8-10 дней. Беременностей не было. По данным многомесячного измерения базальной температуры у женщины имеется овуляторный менструальный цикл. Муж обследован – здоров. Через 4 года после начала половой жизни проходила обследование по бесплодию (ГСГ). Маточные трубы оказались с обеих сторон четкообразно утолщены и непроходимы для контраста. Неоднократно проводилось противовоспалительное лечение в условиях женской консультации.

Состояние при поступлении удовлетворительное, умеренная бледность кожных покровов и слизистых. Пульс 78 уд/мин, АД- 110/70 мм рт.ст. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии не выявлено. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Гинекологическое исследование: оволосение лобка по женскому типу; В зеркалах – слизистые влагалища и шейки розовые, чистые, наружный зев округлой формы, точечный, отделяемого нет. Бимануально: шейка конической формы, матка в anteflexio, маленькая, плотная, подвижна, безболезненная. Придатки с обеих сторон четкообразно утолщены, плотной консистенции и ограничены в подвижности, пальпация слабо болезненная.

1. Какой предварительный диагноз? Какова этиология первичного бесплодия?
2. Какие дополнительные исследования Вы назначите больной для уточнения диагноза?

24. Задача.

Больная И., 40 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу кровотечения из влагалища, начавшееся после задержки менструации на 9 недель.

Менархе с 14 лет, по 4-5 дней, через 28 дней. Было 4 беременности, 2 - срочные роды, а еще 2 – медаборты (9 и 10 недель). По поводу задержки менструации думала, что наступила беременность, т.к. последние 6 месяцев контрацепции не применяла. Планировала искусственный аборт. Кровотечение из влагалища началось после нервного потрясения.

Состояние удовлетворительное. Со стороны органов и систем врач женской консультации отклонений не нашла. Гинекологическое исследование: лобковое оволосение по смешанному типу. При осмотре в зеркалах – шейка матки чистая, наружный зев ее слегка округлен, из цервикального канала стекает струйка темной крови. Бимануально: шейка матки плотная, тело матки находится в нормальном положении, слегка увеличено, округлой формы, плотной консистенции, безболезненное. Придатки матки не пальпируются и область их безболезненная. Своды влагалища глубокие. Выделения кровяные, умеренные с мелкими сгустками.

Врач женской консультации поставила диагноз: Нарушение менструального цикла и назначила ей симптоматическую терапию (сокращающие матку средства и в/в 10% кальция хлорид).

1. Каков Ваш предварительный диагноз ?
2. Какое обследование вы назначите данной пациентке ?

25. Задача.

Больная В., 27 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на раздражительность, плаксивость, головокружение с головными болями, периодические боли в области сердца и сердцебиение, иногда возникает тошнота и рвота. Пациентка отмечает, что все эти явления возникают незадолго до менструации. Имеет место снижение памяти, метеоризм и нагрубание молочных желез. Все перечисленные симптомы исчезают накануне или в 1-ые дни менструации. Анамнез без особенностей. Менархе с 13 лет, через 27 дней, по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя 3 недели назад. Было 2 беременности, 1-ая закончилась медабортом (срок 10 недель), 2-ая-самопроизвольный аборт (срок 8-9 недель), осложнился повторным выскабливанием по поводу остатков плодного яйца и воспалением придатков матки. Считает себя больной около 2,5 лет, после перенесенного сотрясения мозга средней тяжести. Вскоре стала замечать появление перечисленных выше симптомов, которые за последние 7 месяцев усилились.

Состояние удовлетворительное, кожа и слизистые розовые. Пульс 76 уд/мин, АД-130/80мм рт.ст. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Гинекологическое исследование: лобковое оволосение по женскому типу. В зеркалах - шейка конической формы, наружный зев щелевидный, слизистая влагалища и шейки матки чистая, симптом зрачка «-». Бимануально : тело матки находится в anteflexio, подвижное, мягковатой консистенции и безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются, выделения молочно-белого цвета.

Врач женской консультации патологии в состоянии женщины не усмотрел, обследование и лечение не назначил

1. Ваш предварительный диагноз на основании оценки анамнестических данных ?
2. Какое обследование Вы назначили бы?

26. Задача.

Больная Т., 37 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные менструации в течение последнего года.

Менструации с 12 лет, через 21 день, по 7 дней, умеренные и безболезненные. Последний год менструации стали обильными, длительностью по 7-10 дней. Стала отмечать резкую слабость после ее окончания. Было 2 беременности – обе закончились искусственным медицинским абортom (срок 7 и 10 недель) без осложнений. Пять лет назад при УЗИ - выявлена миома матки, соответствующая величине 5 недельной беременности. Последний раз посетила гинеколога 5 месяцев назад и был отмечен рост миомы до срока 9 недельной беременности.

Состояние удовлетворительное кожа и слизистые бледные. Пульс 97 уд/мин, АД-120/80. Живот мягкий, безболезненный.

В гемограмме : Нв – 60 г/л, Эр – $1,3 \times 10^{12}$, гематокрит- 26, Л – $6,2 \times 10^9$, СОЭ – 23 мм/час.

Гинекологическое исследование: оволосение лобка по женскому типу. Слизистая преддверия влагалища бледная. При осмотре с помощью зеркал- шейка конической формы, чистая, наружный зев ее щелевидный, влагалищные своды глубокие. Бимануально: шейка плотная, наружный зев закрыт, матка плотная, увеличена до размеров 10-11 недельной беременности, округлой формы, подвижная и безболезненная, поверхность матки гладкая. Придатки матки не пальпируются. Выделения кровяные с мелкими свертками, обильные.

1. Поставьте предварительный диагноз. Дифференциальная диагностика?
2. Если женщина будет направлена в стационар, то с чего следует начинать ее обследование и лечение?

27. Задача.

Больная И., 14 лет, поступила в стационар из ЦРБ для искусственного прерывания беременности сроком 18 недель (по социальным показаниям). Жалоб не предъявляет, самочувствие хорошее. Анамнез без особенностей.

Менархе с 14 лет, была лишь одна менструация 2 месяца назад. Половую жизнь категорически отрицает. Примерно около года назад отметила увеличение живота и какое-то уплотнение над лоном. После прихода первой менструации новообразование в нижней части живота стало определяться на глаз, что и послужило основанием обращения к врачу. Состояние удовлетворительное, повышенного питания, кожа слизистые розовые. Молочные железы маленькие, соски конической формы, ореолы розовой окраски, шириной не более 2 см. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии не выявлено. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. На 3 поперечных пальца выше лонного сочленения пальпируется верхний полюс образования с неровной поверхностью, неоднородной консистенции, пальпация его безболезненная, подвижность ограничена. Гинекологический осмотр: наружные половые органы сформированы неправильно (малые половые губы не прикрываются большими), скудное лобковое оволосение по женскому типу, подмышечного оволосения нет. Девственная плева кольцевидной формы без признаков нарушения, цианоз преддверия влагалища отсутствует. При ректальном исследовании шейка плотная. Всю полость малого таза выполняет плотная опухоль с неровной поверхностью, соответствующая величине матки 18-19 недельной беременности. Определить отдельно матку и ее придатки не представляется возможным.

1. Ваш предварительный диагноз? Назначьте обследование?

2. Откуда можно получить материал для цитологического исследования в целях уточнения гормонального статуса?

28. Задача.

Больная С., 37 лет, поступила для обследования и решения вопроса об оперативном лечении. При поступлении жалобы на постоянные боли внизу живота и пояснично-крестцовой области. Боли усиливаются перед началом менструации и сохраняются на протяжении всех ее дней, длительные пред- и постменструальные выделения из влагалища коричневатой окраски. Менструации с 12,5 лет, через 26 дней, по 3-5 дней, умеренные и безболезненные. Было 5 беременностей, из них 2 родов, 3 мед.аборта (срок 10 недель). Последний из них осложнился гематометрой и остатками плодного пузыря, по поводу чего дважды проводилось выскабливание стенок полости матки. В послеоперационном периоде возник эндометрит и острое воспаление придатков матки (лечилась в стационаре). Обострение воспаления придатков в последующие годы наблюдалось 2 раза.

Состояние удовлетворительное, кожа и слизистые розовые. Со стороны внутренних органов без патологии. Пульс 76 уд/мин, ритмичный, АД- 125/80 мм рт.ст. Гинекологическое исследование: оволосение лобка по женскому типу. В зеркалах - шейка чистая, розовая, наружный зев щелевидной формы, симптом зрачка «2+». Бимануально: влагалище рожавшей женщины, шейка плотная, наружный зев закрыт. Тело матки округлой формы, с неровной поверхностью, увеличено соответственно 10-11 недельной беременности, ограничена в подвижности из-за наличия плотного, болезненного инфильтрата в заднем дугласовом кармане. Справа придатки матки не пальпируются, слева - пальпируется овоидное образование величиной с куриное яйцо, плотно-эластической консистенции, спаянное с ребром матки. Выделения молочно-белого цвета, скудные. При ректоабдоминальном исследовании в заднем дугласовом пространстве определяется плотный мелкобугристый инфильтрат, резко болезненный при пальпации. Слизистая прямой кишки над инфильтратом ограничена в подвижности.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Наметьте алгоритм обследования больной?

29. Задача.

Больная Х., 43 лет, поступила для решения вопроса об оперативном лечении. Жалоб не предъявляет. В анамнезе: воспаление придатков матки.

Менструации с 17 лет, через 29 дней, по 3-5 дней, умеренные и безболезненные. Было 2 беременности. 1-ая - срочные роды с последующим ручным отделением и выделением последа. 2-ая беременность в возрасте 33 лет - самопроизвольным абортom в сроке 15 недель. Послебортный период осложнился эндометритом. В последующие годы от беременности не предохранялась, но беременность больше не наступала. В возрасте 36 лет на УЗИ обнаружено некоторое увеличение размеров матки. С переходом на другую работу потребовалась справка о состоянии здоровья, что заставило ее пройти профилактический осмотр в женской консультации, где и была выявлена опухоль, занимающая всю верхнюю треть влагалища.

Состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые обычной окраски. Внутренние органы без патологии. Пульс ритмичный 82 уд/мин, АД- 140/80 мм рт.ст.. Гинекологическое исследование : наружные половые органы сформированы неправильно (малые половые губы не прикрываются большими губами). Слизистая преддверия влагалища розовой окраски. В зеркалах – слизистая влагалища чистая, розовая, верхняя

треть влагалища выполнена округлым образованием диаметром примерно 9-10 см, наружный маточный зев не виден. Влагалищное исследование: верхняя треть его выполнена плотной шаровидной опухолью диаметром около 10 см, поверхность гладкая, шейка четко не контурируется. Над этой опухолью определяется матка слегка увеличенная в размерах, консистенция ее плотная. Придатки не пальпируются, выделения слизистые, скудные.

1. Предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования могут быть использованы для уточнения диагноза?

ОПК-7

Способен назначать лечения и осуществлять контроль эффективности и безопасности.

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

Контрольные вопросы для индивидуального собеседования.

1. Простая серозная опухоль яичника. Лечение.
2. Синдром поликистозных яичников. Лечение, профилактика.
3. Ювенильные маточные кровотечения. Лечение, профилактика. Реабилитация.
4. Бартолинит. Лечение, профилактика.
5. Апоплексия яичника. Лечение. Реабилитация.
6. Дисфункциональные маточные кровотечения репродуктивного периода. Лечение, профилактика.
7. Ретенционные кисты яичников. Лечение, профилактика.
8. Внематочная беременность. Лечение, профилактика. Реабилитация.
9. Хорионкарцинома. Лечение.
10. Пузырный занос. Лечение.
11. Миома матки. Лечение.
12. Опущение матки и стенок влагалища. Профилактика и консервативное лечение.
13. Септический аборт, обусловленный банальной микрофлорой. Лечение, Муцинозные опухоли яичников. Лечение.
14. Женское бесплодие. Методы лечения, профилактика.
15. Серозно-папиллярные опухоли яичников. Лечение. Профилактика осложнений.
16. Перекрут ножки опухоли яичника. Лечение, профилактика.
17. Дисфункциональные маточные кровотечения в пременопаузальном периоде. Лечение, профилактика.
18. Феминизирующие опухоли яичников. Лечение.
19. Острый сальпингоофорит. Лечение, профилактика. Реабилитация.
20. Самопроизвольный аборт в 1 триместре беременности. Лечение.
21. профилактика.
22. Субмукозная миома матки. Лечение.
23. Предраковые заболевания эндометрия. Профилактика.
24. Урогенитальный трихомоноз. Лечение, профилактика.
25. Синдром Шихана (послеродовый пангипопитуитаризм). Лечение, профилактика.
26. Синдром поликистозных яичников. Лечение.
27. Гематометра и гематокольпос. Методы лечения.

28. Неспецифический вульвовагинит. Лечение, профилактика.
 29. Доброкачественная дисплазия молочных желез. Лечение.
 30. Эндометрит. Лечение, профилактика.
 31. Внутренний эндометриоз. Лечение, профилактика.
 32. Предраковые заболевания шейки матки. Лечение, профилактика.
 33. Предменструальный синдром. Лечение, профилактика.
 34. Бактериальный вагиноз. Лечение, профилактика.
 35. Вульвовагинальный кандидоз. Лечение, профилактика.
 36. Гиперпластические процессы эндометрия. Лечение, профилактика.
 37. Посткастрационный синдром. Лечение, профилактика.
 38. Эмбриональные опухоли яичников (дермоидная киста, тератобластома). Лечение.
 39. Вульвиты и вульвовагиниты у детей. Лечение и профилактика.
 40. Рак яичников. Лечение и прогноз.
 41. Аномалии развития внутренних половых органов. Методы лечения. Хламидийная инфекция половых органов. Лечение, профилактика.
 42. Ретродевиация матки. Профилактика.
 43. Эндометриоз яичников. Лечение, профилактика.
 44. Дисфункциональные (овуляторные) маточные кровотечения. Лечение.
 45. Хронический сальпингоофорит. Лечение, профилактика. Реабилитация.
 46. Ретроцервикальный эндометриоз. Лечение, профилактика.
 47. Перфоративный пиосальпинкс. Лечение.
 48. Рождающийся миоматозный узел. Лечение.
 49. Гонорея нижнего отдела мочеполовой системы. Методы лечения.
- Профилактические мероприятия.
50. Туберкулёз придатков матки. Лечение.
 51. Параметрит. Методы лечения, профилактика.
 52. Воспалительные заболевания вульвы и влагалища у девочек. Лечение, профилактика.
 53. Кровотечения в пери- и постменопаузе. Лечение.
 54. Метаболический синдром у женщин репродуктивного возраста. Лечение.
 55. Генитальный герпес. Лечение, профилактика.
 56. Саркома матки. Лечение.
 57. Урогенитальный микоплазмоз. Лечение, профилактика.
 58. Трофобластическая болезнь. Современные методы лечения, профилактика.
 59. Лечение угрожающего выкидыша. Профилактика.
 60. Анаэробная инфекция внутренних половых органов. Лечение, профилактика.
 61. Гиперпролактинемия. Лечение, профилактика.
 62. Пороки развития влагалища и матки у девочек. Лечение.
 63. Дисменорея. Лечение, профилактика.
 64. Туберкулёз эндометрия. Методы лечения, профилактика.
 65. Аденогенитальный синдром (пубертатная и постпубертатная формы). Лечение.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

1. Принципы консервативной терапии острых и хронических воспалительных заболеваний гениталий, профилактические мероприятия.
2. Аменорея. Принципы лечения.
3. Шеечная беременность. Методы лечения.
4. Климактерический синдром. Методы лечения.
5. Рак шейки матки. Методы лечения, профилактика.

6. Лихорадящий аборт. Принципы лечения.
7. Ановуляторный менструальный цикл (персистенция зрелого фолликула). Принципы лечения.
8. Ановуляторный менструальный цикл (атрезия незрелого фолликула). Принципы лечения.
9. Предоперационная подготовка больных. Значимость в профилактике осложнений при операции и в послеоперационном периоде.
10. Бесплодный брак. Основные принципы лечения женского бесплодия.
11. Псевдомуцинозная киста и фиброма яичника. Особенности лечения.
12. Нарушение кровоснабжения миоматозного узла. Врачебная тактика.
13. Несостоявшийся аборт. Современная врачебная тактика, профилактика.
14. Пельвиоперитонит. Лечение. Показания к хирургическому лечению.
15. Метастатический рак яичников: показания к оперативному лечению.
16. Маскулинизирующие опухоли яичников (аренобластома). Принципы лечения.
17. Лечение угрожающего выкидыша. Тактика ведения.
18. Ведение послеоперационного периода у гинекологических больных.
19. Фолликулярная киста яичника. Врачебная тактика.
20. Киста желтого тела. Врачебная тактика.
21. Хирургические вмешательства на шейке матки. Виды, методы, условия, показания, противопоказания.
22. Заболевания бартолиновой железы (абсцесс, киста). Тактика лечения.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

1. Задача.

Больная Ж., 26 лет, поступила с жалобами на резкие боли внизу живота, озноб, слабость, тошноту, температуру.

Менархе с 14 лет, через 26 дней, по 5 дней, умеренные и безболезненные. Последняя менструация неделю назад в срок. Было 3 беременности, 1-ая из которых закончилась срочными родами, 2 последующие – мед.абортами (8 и 11 недель). Последний осложнился острым воспалением придатков матки.

Больна в течение 2 недель, когда после переохлаждения стала отмечать боли внизу живота и слизисто-гнойные выделения из влагалища. Эти явления усилились после менструации, отмечала повышение температуры до $37,6^{\circ}$, слабость. Резкое ухудшение наступило 2 дня назад, когда боли приняли резкий характер, появился озноб, температура $39,1^{\circ}$. Хирургом диагноз острого аппендицита отвергнут.

Состояние средней тяжести, температура 39° . Кожа сухая. Пульс – 112 уд/мин, АД-120/80 мм рт.ст. В легких без патологии. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут. При пальпациях во всех отделах определяется резкая болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки и симптом Блюмберга-Щеткина (особенно в нижнем отделе). Дизурических явлений нет. Гинекологическое исследование: лобковое оволосение по женскому типу; слизистая преддверия влагалища гиперемирована и особенно вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала. В зеркалах – во влагалище гнойный экссудат, с неприятным запахом. Шейка отечная, вокруг наружного зева гиперемия, из канала шейки слизисто-гнойные выделения зеленоватого цвета. Бимануально : пропальпировать матку и придатки невозможно из-за резкой болезненности и напряжения передней брюшной стенки. Анализ крови: Нв – 120г/л, Л- $16,8 \times 10^9$, СОЭ – 15 мм/час.

1. Ваша тактика.

2. Задача.

Больная И., 40 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу кровотечения из влагалища, начавшееся после задержки менструации на 9 недель.

Менархе с 14 лет, по 4-5 дней, через 28 дней. Было 4 беременности, 2 - срочные роды, а еще 2 – медаборты (9 и 10 недель). По поводу задержки менструации думала, что наступила беременность, т.к. последние 6 месяцев контрацепции не применяла. Планировала искусственный аборт. Кровотечение из влагалища началось после нервного потрясения.

Состояние удовлетворительное. Со стороны органов и систем врач женской консультации отклонений не нашла. Гинекологическое исследование: лобковое оволосение по смешанному типу. При осмотре в зеркалах – шейка матки чистая, наружный зев ее слегка округлен, из цервикального канала стекает струйка темной крови. Бимануально: шейка матки плотная, тело матки находится в нормальном положении, слегка увеличено, округлой формы, плотной консистенции, безболезненное. Придатки матки не пальпируются и область их безболезненная. Своды влагалища глубокие. Выделения кровяные, умеренные с мелкими сгустками.

Врач женской консультации поставила диагноз: Нарушение менструального цикла и назначила ей симптоматическую терапию (сокращающие матку средства и в/в 10% кальция хлорид).

1. Ваша тактика.

3. Задача.

Больная В., 39 лет, поступила с жалобами на боль внизу живота с иррадиацией в поясницу, повышение температуры до 38⁰. Менархе с 16 лет, через 27 дней, по 6 дней, умеренные и безболезненные. Последняя нормальная менструация была 12 дней назад. Контрацепцию не применяла, но беременностей не было. Муж обследовался – здоров. Считает себя больной с момента начала половой жизни, когда остро заболела воспалением придатков. Лечилась в стационаре. Болезнь неоднократно обострялась, после госпитализации дважды производили пункцию брюшной полости через задний свод влагалища. При получении гноя в брюшную полость вводили антибиотики и продолжали консервативное лечение. После менструации и переохлаждения появились резкие боли внизу живота с иррадиацией в поясницу, головная боль, повышение температуры до 38,5⁰, озноб.

Состояние средней тяжести. Кожа и слизистые розовые. Пульс ритмичный 104 уд/мин, АД – 120/75 мм рт.ст., Т- 39,5⁰. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания, над лоном умеренно напряжен, болезненный при пальпации. Симптом Блюмберга – Щеткина (+). Гинекологическое исследование: При исследовании с помощью зеркал - из канала шейки гнойные выделения без запаха. Бимануально: тело матки и левые ее придатки не пальпируются из-за резкой болезненности. Справа и кзади от матки определяется нижний полюс резкоболезненного образования с нечеткими границами, размерами примерно 12x7x6 см, плотной консистенции с неровной поверхностью, почти неподвижное. Анализ крови: Нв- 118г/л, Л- 13,5x10⁹, СОЭ – 24 мм/час. Произведена пункция пальпируемого за маткой образования через задний свод влагалища и получено 20 мл жидкого, зловонного гноя желто-серого цвета. Больной назначена комплексная консервативная терапия (лед на низ

живота, антибиотики, десенсибилизирующая и дезинтоксикационная терапия, обезболивающие средства).

1. Как оцениваете избранную тактику?

4. Задача.

Больная Т., 31 года поступила в гинекологическое отделение с жалобами на высокую температуру, слабость и боли внизу живота.

Менструации с 12 лет, через 26 дней, по 5 дней, в умеренном количестве, безболезненные. Последняя нормальная менструация 2,5 месяца назад. Замужем с 22 лет. Было 4 беременности, 2 из которых завершились нормальными родами без осложнений и 2 –мед.аборта без осложнений. Последний из них был выполнен 8 дней назад. Выписана из стационара в удовлетворительном состоянии на следующий день.

При поступлении состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые розовые. Пульс ритмичный 92 уд. в мин., АД – 120/70. Температура тела 38,20. Молочные железы без уплотнений, отделяемого из молочных ходов нет. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом у корня. Живот мягкий, равномерно участвует в дыхании, слегка болезненный над лоном, где определяется дно матки. Печень и селезенка не пальпируются. Симптомов раздражения брюшины нет.

Гинекологическое исследование: лобковое оволосение по женскому типу, слизистая преддверия влагалища розовая. При осмотре с помощью зеркал шейка матки чистая, из канала шейки матки умеренные кровяные выделения темного цвета и мелкими свертками. Бимануально: влагалище рожавшей женщины, шейка матки рубцово изменена, плотная, наружный зев шейки матки пропускает кончик пальца. Тело матки увеличено соответственно 8-9 недельной беременности, шаровидной формы, плотной консистенции и слегка болезненное при пальпации, влагалищные своды глубокие, придатки не пальпируются.

В общей гемограмме: Нв- 118 г/л, Л- 8,6 x 10⁹ / без сдвига в лейкоцитарной формуле, СОЭ-21мм/ч.

1. Программа лечения, есть ли необходимость в проведении инфузионной терапии?

5. Задача.

Больная С., 29 лет, поступила на обследование по поводу бесплодия в браке. Кроме этого отмечает слабость, утомляемость, потливость и температуру (37,2-37,4⁰), ноющие боли внизу живота. Имела контакт с туберкулезной больной по работе.

Менструации с 12 лет, через 28 дней, по 5-6 дней, обильные и умеренно болезненные. Последние 3 года отмечает задержки менструаций до 8-10 дней. Беременностей не было. По данным многомесячного измерения базальной температуры у женщины имеется овуляторный менструальный цикл. Муж обследован – здоров. Через 4 года после начала половой жизни проходила обследование по бесплодию (ГСГ). Маточные трубы оказались с обеих сторон четкообразно утолщены и непроходимы для контраста. Неоднократно проводилось противовоспалительное лечение в условиях женской консультации.

Состояние при поступлении удовлетворительное, умеренная бледность кожных покровов и слизистых. Пульс 78 уд/мин, АД- 110/70 мм рт.ст. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии не выявлено. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Гинекологическое исследование: оволосение лобка по женскому типу; В зеркалах – слизистые влагалища и шейки розовые, чистые, наружный зев округлой формы, точечный, отделяемого нет. Бимануально: шейка конической формы, матка в anteflexio,

маленькая, плотная, подвижна, безболезненная. Придатки с обеих сторон четкообразно утолщены, плотной консистенции и ограничены в подвижности, пальпация слабо болезненная.

1. Сформулируйте тактику ведения данной больной.

6. Задача.

Больная К., 37 лет доставлена в 8 Г.Б с жалобами на резкие боли внизу живота, озноб, головную боль, слабость и повышение температуры до 38-39⁰. Гинекологические заболевания : год назад остатки плодного яйца после мед.аборта, эндометрит и воспаление придатков. Менструации с 12 лет, через 30 дней, по 3-4 дня, умеренные и безболезненные. Последняя менструация 2 недели назад. Имела 5 беременностей: роды – 1, искусственных аборт- 3 /без осложнений/, самопроизвольный аборт (6 лет назад) - 1 в сроке 10 недель /осложнился повторным выскабливанием полости матки и последующим развитием эндометрита и сальпингоофорита/. Обострение процесса наблюдалось ежегодно, лечилась амбулаторно тем же, что назначалось в стационаре. Заболела несколько дней назад после переохлаждения, появились постоянные боли внизу живота, температура повысилась до 38⁰, озноб. Состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые розовые. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, 88 уд/мин., АД – 110/70 мм рт.ст, Т- 37,6⁰. Молочные железы мягкие. Отделяемого из сосков нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот не вздут, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации в нижних отделах – слабовыраженный мышечный дефанс /больше слева/, симптомов раздражения брюшины нет.

Гинекологическое исследование: в зеркалах - шейка цилиндрической формы, плотная, из наружного зева гнойные выделения. Перемещение шейки резко болезненное. Тело матки нормальных размеров, плотное, слегка смещено вправо и ограничено в подвижности. Поверхность ее гладкая, при пальпации легкая болезненность. Правые придатки не пальпируются. Слева и сзади от матки - неподвижное болезненное образование неправильной продолговатой формы, неоднородной консистенции, размерами примерно 9x4x4 см, слегка выпячивающее левый свод влагалища.

1. Окончательный диагноз и лечение.

7. Задача.

Больная В., 27 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на раздражительность, плаксивость, головокружение с головными болями, периодические боли в области сердца и сердцебиение, иногда возникает тошнота и рвота. Пациентка отмечает, что все эти явления возникают незадолго до менструации. Имеет место снижение памяти, метеоризм и нагрубание молочных желез. Все перечисленные симптомы исчезают накануне или в 1-ые дни менструации. Анамнез без особенностей. Менархе с 13 лет, через 27 дней, по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя 3 недели назад. Было 2 беременности, 1-ая закончилась медабортом (срок 10 недель), 2-ая- самопроизвольный аборт (срок 8-9 недель), осложнился повторным выскабливанием по поводу остатков плодного яйца и воспалением придатков матки. Считает себя больной около 2,5 лет, после перенесенного сотрясения мозга средней тяжести. Вскоре стала замечать появление перечисленных выше симптомов, которые за последние 7 месяцев усилились.

Состояние удовлетворительное, кожа и слизистые розовые. Пульс 76 уд/мин, АД- 130/80мм рт.ст. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Гинекологическое исследование: лобковое оволосение по женскому типу. В зеркалах -

шейка конической формы, наружный зев щелевидный, слизистая влагалища и шейки матки чистая, симптом зрачка «-». Бимануально : тело матки находится в anteflexio, подвижное, мягковатой консистенции и безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются, выделения молочно-белого цвета.

Врач женской консультации патологии в состоянии женщины не усмотрел, обследование и лечение не назначил.

1. Правильно ли поступил врач женской консультации ?
2. Какова тактика ведения пациентки?

8. Задача.

Больная Т., 37 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные менструации в течение последнего года.

Менструации с 12 лет, через 21 день, по 7 дней, умеренные и безболезненные. Последний год менструации стали обильными, длительностью по 7-10 дней. Стала отмечать резкую слабость после ее окончания. Было 2 беременности – обе закончились искусственным медицинским абортom (срок 7 и 10 недель) без осложнений. Пять лет назад при УЗИ - выявлена миома матки, соответствующая величине 5 недельной беременности. Последний раз посетила гинеколога 5 месяцев назад и был отмечен рост миомы до срока 9 недельной беременности.

Состояние удовлетворительное кожа и слизистые бледные. Пульс 97 уд/мин, АД-120/80. Живот мягкий, безболезненный.

В гемограмме : Нв – 60 г/л, Эр – $1,3 \times 10^{12}$, гематокрит- 26, Л – $6,2 \times 10^9$, СОЭ – 23 мм/час.

Гинекологическое исследование: оволосение лобка по женскому типу. Слизистая преддверия влагалища бледная. При осмотре с помощью зеркал- шейка конической формы, чистая, наружный зев ее щелевидный, влагалищные своды глубокие. Бимануально : шейка плотная, наружный зев закрыт, матка плотная, увеличена до размеров 10-11 недельной беременности, округлой формы, подвижная и безболезненная, поверхность матки гладкая. Придатки матки не пальпируются. Выделения кровяные с мелкими сгустками, обильные.

1. Сформулируйте полный клинический диагноз и составьте план лечения больной.
2. Следует ли производить диагностическое выскабливание или можно ограничиться аспирационной биопсией эндометрия?

9. Задача.

Больная И., 14 лет, поступила в стационар из ЦРБ для искусственного прерывания беременности сроком 18 недель (по социальным показаниям). Жалоб не предъявляет, самочувствие хорошее. Анамнез без особенностей.

Менархе с 14 лет, была лишь одна менструация 2 месяца назад. Половую жизнь категорически отрицает. Примерно около года назад отметила увеличение живота и какое-то уплотнение над лоном. После прихода первой менструации новообразование в нижней части живота стало определяться на глаз, что и послужило основанием обращения к врачу. Состояние удовлетворительное, повышенного питания, кожа слизистые розовые. Молочные железы маленькие, соски конической формы, ореолы розовой окраски, шириной не более 2 см. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии не выявлено. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. На 3 поперечных пальца выше лонного сочленения пальпируется верхний полюс образования с неровной поверхностью,

неоднородной консистенции, пальпация его безболезненная, подвижность ограничена. Гинекологический осмотр: наружные половые органы сформированы неправильно (малые половые губы не прикрываются большими), скудное лобковое оволосение по женскому типу, подмышечного оволосения нет. Девственная плева кольцевидной формы без признаков нарушения, цианоз преддверия влагалища отсутствует. При ректальном исследовании шейка плотная. Всю полость малого таза выполняет плотная опухоль с неровной поверхностью, соответствующая величине матки 18-19 недельной беременности. Определить отдельно матку и ее придатки не представляется возможным.

1. После уточнения диагноза Ваша тактика.

10. Задача.

Больная С., 37 лет, поступила для обследования и решения вопроса об оперативном лечении. При поступлении жалобы на постоянные боли внизу живота и пояснично-крестцовой области. Боли усиливаются перед началом менструации и сохраняются на протяжении всех ее дней, длительные пред- и постменструальные выделения из влагалища коричневатой окраски. Менструации с 12,5 лет, через 26 дней, по 3-5 дней, умеренные и безболезненные. Было 5 беременностей, из них 2 родов, 3 мед.аборта (срок 10 недель). Последний из них осложнился гематометрой и остатками плодного пузыря, по поводу чего дважды проводилось выскабливание стенок полости матки. В послеоперационном периоде возник эндометрит и острое воспаление придатков матки (лечилась в стационаре). Обострение воспаления придатков в последующие годы наблюдалось 2 раза.

Состояние удовлетворительное, кожа и слизистые розовые. Со стороны внутренних органов без патологии. Пульс 76 уд/мин, ритмичный, АД- 125/80 мм рт.ст. Гинекологическое исследование: оволосение лобка по женскому типу. В зеркалах - шейка чистая, розовая, наружный зев щелевидной формы, симптом зрачка «2+». Бимануально: влагалище рожавшей женщины, шейка плотная, наружный зев закрыт. Тело матки округлой формы, с неровной поверхностью, увеличено соответственно 10-11 недельной беременности, ограничена в подвижности из-за наличия плотного, болезненного инфильтрата в заднем дугласовом кармане. Справа придатки матки не пальпируются, слева - пальпируется овоидное образование величиной с куриное яйцо, плотно-эластической консистенции, спаянное с ребром матки. Выделения молочно-белого цвета, скудные. При ректоабдоминальном исследовании в заднем дугласовом пространстве определяется плотный мелкобугристый инфильтрат, резко болезненный при пальпации. Слизистая прямой кишки над инфильтратом ограничена в подвижности.

1. Какое лечение Вы предложите?

11. Задача.

Больная Х., 43 лет, поступила для решения вопроса об оперативном лечении. Жалоб не предъявляет. В анамнезе: воспаление придатков матки.

Менструации с 17 лет, через 29 дней, по 3-5 дней, умеренные и безболезненные. Было 2 беременности. 1-ая - срочные роды с последующим ручным отделением и выделением последа. 2-ая беременность в возрасте 33 лет - самопроизвольным абортom в сроке 15 недель. Послебортный период осложнился эндометритом. В последующие годы от беременности не предохранялась, но беременность больше не наступала. В возрасте 36 лет на УЗИ обнаружено некоторое увеличение размеров матки. С переходом на другую работу потребовалась справка о состоянии здоровья, что заставило ее пройти

профилактический осмотр в женской консультации, где и была выявлена опухоль, занимающая всю верхнюю треть влагалища.

Состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые обычной окраски. Внутренние органы без патологии. Пульс ритмичный 82 уд/мин, АД- 140/80 мм рт.ст.. Гинекологическое исследование : наружные половые органы сформированы неправильно (малые половые губы не прикрываются большими губами). Слизистая преддверия влагалища розовой окраски. В зеркалах – слизистая влагалища чистая, розовая, верхняя треть влагалища выполнена округлым образованием диаметром примерно 9-10 см, наружный маточный зев не виден. Влагалищное исследование: верхняя треть его выполнена плотной шаровидной опухолью диаметром около 10 см, поверхность гладкая, шейка четко не контурируется. Над этой опухолью определяется матка слегка увеличенная в размерах, консистенция ее плотная. Придатки не пальпируются, выделения слизистые, скудные.

1. Каков окончательный диагноз и метод лечения?

12. Задача.

Больная К., 27 лет, поступила с жалобами на умеренное кровотечение из влагалища, высокую температуру и схваткообразные боли внизу живота. Анамнез без особенностей. Менструации с 14 лет, через 30 дней, умеренные, по 5-6 дней, безболезненные. Последняя менструация 3,5 месяца назад. 1-ая беременность - срочные роды. 2-ая беременность в возрасте 25 - криминальный аборт (срок 16-17 недель). Считала себя беременной и хотела рожать. Неделю назад появились ноющие боли над лоном и в пояснично-крестцовой области, а день спустя – скудные кровяные выделения из влагалища. За день до поступления в стационар внезапно повысилась температура тела до 38,7⁰ и был сильный озноб. Температура держалась весь следующий день, а утром, на фоне усиления схваткообразных болей, из влагалища выпал сверток крови значительных размеров и усилилось кровотечение, что и заставило ее обратиться за помощью. При поступлении состояние удовлетворительное, кожа и слизистые с легким иктеричным оттенком и бледностью. Температура тела 39⁰. Пульс 126 уд/мин, АД- 100/50 мм рт. ст. Язык суховат, обложен желтоватым налетом. Живот при пальпации мягкий, слегка вздут. Печень определяется по краю реберной дуги, уплотнена, чувствительная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Почки без патологии. Перистальтика кишечника вялая и прослушивается с большим трудом. Тоны сердца приглушены. Дыхание в легких с жестковатым оттенком, 28 в минуту, единичные сухие хрипы в нижних отделах. Гинекологическое исследование : В зеркалах – шейка чистая, наружный зев щелевидной формы, выделения сукровично-гнойные с гнилостным запахом, в умеренном количестве. Бимануально: шейка размягчена, наружный ее зев пропускает кончик пальца; влагалищные своды глубокие. Матка находится в положении антефлексию, мягкой консистенции, умеренно болезненная, увеличена соответственно 10-11 недельной беременности, придатки не пальпируются. Анализ крови: Нв – 85 г/л, Эр. – 2,1x 10¹², Л – 14,3x10⁹ / П – 15, С – 72, Л-7, М-6, СОЭ – 34 мм/час.

1. Ваша тактика ведения данной больной?

13. Задача.

Больная Ю., 33 лет, поступила с жалобами на скудные кровяные выделения из влагалища, появившиеся 2 дня назад и ощущение тяжести над лоном.

В анамнезе: воспаление придатков матки после аборта. Менструации с 12 лет, через 32 дня, умеренные, по 5-6 дней, болезненные в 1-ый день. Последняя менструация прошла в

срок, 10 дней назад. Было 5 беременностей. 1-ая и 3-ья - срочные роды. Остальные беременности завершились медабортами (срок 7 до 11 недель). Последний аборт год назад осложнился повторным выскабливанием полости матки и воспалением придатков матки. Считает себя больной в течение недели, когда вскоре после окончания очередной менструации появились тупые, ноющие боли над лоном, а два дня назад появились скудные кровяные выделения яркого цвета. Обратилась в женскую консультацию, где был поставлен диагноз: «Обострение хронического аднексита» и дано направление на стационарное лечение. Состояние при поступлении удовлетворительное, кожа и слизистые розовые. Температура тела – 37⁰С. Со стороны внутренних органов без патологии. Пульс 84 уд/мин., АД- 110/70 мм рт.ст.

Гинекологическое исследование: оволосение по смешанному типу, слизистая преддверия влагалища розовой окраски. Вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала имеется яркокрасный венчик и умеренная отечность. В зеркалах выявлена гиперемия верхней трети влагалища и шейки матки. На передней губе последней имеется эрозия диаметром около 3 см. Из цервикального канала обильное слизисто-гнойное отделяемое густой консистенции без запаха. Шейка цилиндрической формы, плотная, перемещения за нее безболезненные, в размерах не увеличена, слегка отклонена кзади. Придатки с обеих сторон слегка утолщены, плотные и чувствительные при пальпации.

В гемограмме без патологии. В мазках из уретры, цервикального канала и влагалища выявлено: в первых двух отделах во всех полях зрения выявлены лейкоциты и клетки плоского эпителия в большом количестве; бактериальной флоры нет. В мазке из влагалища обнаружены влагалищные трихомонады.

1. Ваша дальнейшая тактика?

14. Задача.

Больная Ж., 47 лет, поступила для обследования по поводу кровяных выделений из влагалища, появляющихся после полового сношения и акта дефекации. Подобные выделения отмечает на протяжении 6 месяцев. Дважды обращалась к участковому гинекологу, патологии не обнаружено.

Менструации с 16 лет, умеренные, по 5-7 дней, умеренно болезненные в 1-ый день. Очередную менструацию ожидает через неделю. Было 2 нормальных родов и 1 медаборт без осложнений. В течение 6 лет использует ВМК. Впервые заметила кровяные выделения после полового сношения 6 месяцев назад. При повторном осмотре с помощью зеркал врач не обнаружила проводники ВМК и высказала предположение об незамеченной экспульсии контрацептива. Последние кровяные выделения из влагалища в виде мази яркого цвета появились после тяжелой физической работы и акта дефекации. Состояние при поступлении удовлетворительное, кожа и слизистые розовые. Со стороны внутренних органов без патологии. Пульс 78 уд/мин, АД - 90/40. Гинекологическое исследование: оволосение лобка по женскому типу, слизистая преддверия влагалища розовой окраски. В зеркалах: слизистая влагалища и шейки чистая; из наружного зева скудные кровянистые выделения. Бимануально: шейка плотная бочкообразной формы, наружный зев закрыт. Матка в антефлексию, нормальной величины и консистенции, подвижная и безболезненная. Правый яичник кистозно изменен, плотный; размерами 4х3х3 см, безболезненный; слева придатки не пальпируются, инфильтрации в параметриях нет.

1. Если при гистологическом исследовании соскоба будет выявлена аденокарцинома шейки матки, а в эндометрии – железистая гиперплазия эндометрия, какое лечение Вы выберете для данной больной?

15. Задача.

Больная Г., 57 лет, поступила с жалобами на кровяные выделения из влагалища внезапно появившиеся в постменопаузе. Анамнез без особенностей.

Наследственность отягощена – мать умерла от рака молочной железы. Менструации с 15 лет, по 3-5 дней, через 30 дней, обильные, безболезненные. Менопауза в 49 лет. Было 4 беременности. Из них: физиологические роды – 1, медаборты без видимых осложнений – 3. Последний аборт в возрасте 43 лет. Симптомов климактерического синдрома не отмечала и чувствовала себя хорошо до настоящего поступления в стационар. Кровяные выделения из влагалища появились внезапно. Молочные железы большого объема, без патологических уплотнений, отделяемого из молочных ходов нет. Со стороны сердечно-сосудистой системы: тоны сердца приглушены, шумов нет. Пульс 82 уд/мин, АД- 180/90. Живот увеличен в объеме за счет обилия подкожно-жировой клетчатке, пальпация его безболезненная; свободная жидкость в животе не определяется. Печень и селезенка не пальпируются. Почки без патологии. Гинекологическое исследование: оволосение по женскому типу. Слизистая преддверия влагалища розовой окраски, половая щель слегка зияет. В зеркалах: шейка со следами послеродовых разрывов, чистая, наружный маточный зев закрыт. Бимануально: шейка плотная, своды влагалища глубокие, перемещения за шейку матки безболезненные. Матка плотной консистенции, слегка отклонена кзади и несколько увеличена в размерах. Поверхность органа гладкая, пальпация безболезненная. Придатки матки пропальпировать не удалось. Выделения кровяные, яркие, в умеренном количестве.

1. Если при морфологическом исследовании соскоба из полости матки будет выявлен аденоматозный полип с участком некроза и лейкоцитарной инфильтрацией, то какую тактику Вы изберете?

16. Задача.

Больная К., 54 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобой на длительные кровяные выделения из влагалища, ощущение тяжести внизу живота.

Наследственность отягощена по материнской линии (бабушка умерла от рака матки). Менструации с 12,5 лет, по 5-6 дней, в умеренном количестве, болезненные в 1-ые два дня. Менопауза в 53 года. Было всего 2 беременности – роды без осложнений. Считает себя больной в течение 3 недель, когда впервые появилось кровотечение из влагалища в скудном количестве. Из анамнеза выяснено, что после родов отмечались неоднократные задержки менструации до 2,5 месяцев с последующим обильным и длительным кровотечением. По этому поводу 1 раз производилось диагностическое выскабливание полости матки. В соскобе: кистозная гиперплазия эндометрия. При влагалищном исследовании в женской консультации: увеличение размеров матки соответственно 5-6 недельной беременности и с диагнозом: Кровотечение в постменопаузе была направлена стационар. Больная повышенного питания, кожа и слизистые розовые. Молочные железы без патологии. Тоны сердца приглушены, выраженный акцент 2 тона на аорте и умеренно хлопающий 1 тон по правому краю грудины. Пульс 72 уд/мин, АД- 190/110 (были подъемы до 160/90). В легких без патологии. Живот с обильным отложением подкожно-жировой клетчатки, печень и селезенка не пальпируются. Свободная жидкость не определяется. Почки без патологии. Гинекологическое исследование: оволосение по смешанному типу. В зеркалах – шейка чистая, наружный зев закрыт. Влагалищное исследование: шейка плотная. Тело матки увеличено соответственно 6 недельной беременности, плотное, безболезненное, слегка отклонено кзади, поверхность гладкая, подвижность хорошая. Пропальпировать придатки невозможно из-за обилия жира, инфильтратов в параметриях не выявлено. Выделения кровяные, темного цвета, скудные.

1. Какое лечение Вы ей назначите?

17. Задача.

Больная Ю., 30 лет, направлена врачом женской консультации на оперативное лечение по поводу кистомы яичника. Жалоб не предъявляет.

В анамнезе: воспаление придатков матки после аборта. Менструации с 11,5 лет, по 3-5 дней, через 32 дня, умеренные и безболезненные. Последняя менструация 2 недели назад. 1-ые роды - физиологические, 2-ые роды - с ручным отделением последа и последующим эндометритом. В 27 и 29 лет медаборты (сроке 8 и 10 недель), один из которых осложнился воспалением придатков матки. Необходимость посещения гинеколога была обусловлена сменой места работы. При влагалищном исследовании врач женской консультации обнаружила в области левых придатков матки объемное образование диаметром около 7 см и дала направление на оперативное лечение.

Больная правильного телосложения, нормального питания, кожа и слизистые розовые. Молочные железы небольшого объема без уплотнений, ареолы чистые, из молочных ходов выделений нет. Со стороны внутренних органов без патологии. Пульс 70 уд/мин, АД- 100/70 мм рт.ст. Гинекологическое исследование: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение лобка по женскому типу. При осмотре шейки матки с помощью зеркал обнаружено: шейка матки рубцово изменена, наружный зев закрыт. Бимануально: шейка матки плотная. Матка нормальных размеров и консистенции, подвижная и безболезненная. Слева и несколько кзади от матки определяется гладкостенное образование туго-эластической консистенции, округлой формы, диаметром 7-8 см, пальпация безболезненная, подвижность хорошая. Справа придатки матки не пальпируются. Выделения слизистые, скудные.

При экстренном исследовании в общей гемограмме отклонений от нормы не выявлено. Температура тела 36,7°C.

1. Каков окончательный диагноз и лечение?

18. Задача.

Больная И., 46 лет, поступила с жалобами на быстрое увеличение живота, слабость.

Менструации с 14 лет, через 22 дня, по 6-7 дней. В течение 1-ых 3 лет от начала были нарушения менструальной функции с периодическими задержками менструации до 2-3 недель. Имела 4 беременности, 2 - срочные роды и 2 медаборта. Считает себя больной около года, когда впервые стала отмечать слабость. Обращалась к участковому терапевту, но ничего не находили. В течение 6 месяцев стала отмечать постепенное увеличение объема живота. Неделю назад по поводу ОРВИ, с повышением температуры, вызвала врача на дом, который при пальпации живота обнаружил наличие опухоли больших размеров. Больная повышенного питания, кожа и слизистые обычной окраски. Пульс 70 уд/мин, АД- 140/90 мм рт.ст. В легких без патологии. При пальпации в брюшной полости определяется опухоль неправильной формы, верхний полюс которой достигает середины расстояния между пупком и мечевидным отростком. Подвижность опухоли ограничена из-за размера, пальпация слегка болезненная, поверхность крупноузловая, гладкая. Создается впечатление о наличии в животе небольшого количества свободной жидкости. Гинекологическое исследование: наружные половые органы сформированы неправильно (малые половые губы не прикрываются большими). Оволосение лобка по смешанному типу. В зеркалах обнаружено: складчатость влагалища выражена умеренно, шейка со следами послеродовых разрывов. Бимануально: задний влагалищный свод слегка выбухает, безболезненный, симптом зыбления слабо «+». Матка небольших размеров, оттеснена к крестцовой впадине опухолью, уходящей за пределы таза. Поверхность опухоли крупноузловая, консистенция неоднородная. Отдельно

придатки пропальпировать не удалось. Выделения молочно-белого цвета, скудные. При ректо-вагинально-брюшностеночном исследовании инфильтрации параметриев не выявлено.

1. Если опухоль яичника окажется злокачественной, то какой объем операции считается радикальным при этом?

19. Задача.

Больная П., 33 лет поступила с жалобами на резкие боли в левой подвздошно-паховой области, тошноту. Анамнез без особенностей.

Менархе с 12 лет, по 4-5 дней, умеренные и безболезненные. Последняя менструация закончилась 3 дня назад. Была 1 беременность – завершилась срочными родами. В последующие годы в качестве контрацепции использует внутриматочный контрацептив. Год назад при профилактическом осмотре была выявлена киста левого яичника диаметром 5 см. Предлагали оперативное лечение от которого она отказалась. Накануне вечером, после резкого движения внезапно почувствовала сильную боль в левой подвздошно-паховой области. Боли никуда не иррадиировали и в начале носили распирающий характер. Держала холод на животе, что повлекло за собой некоторое стихание болевых ощущений. Под утро боли снова усилились, появилась тошнота, но рвоты не было. По скорой помощи была доставлена в стационар. Женщина лежит на кушетке в вынужденном положении на левом боку с приведенными ногами. Кожа и слизистые умеренно бледные. Пульс 100 уд/мин, АД- 100/70 мм рт. ст. Тоны сердца чистые. В легких без патологии. Живот не вздут. При его пальпации определяется локальный мышечный дефанс в левой подвздошно-паховой области и слабо «+» симптом Блюмберга-Щеткина. Гинекологическое исследование: оволосение лобка по женскому типу. В зеркалах : слизистая влагалища и шейки матки чистые, выделения молочно-белого цвета, скудные. Влагалищное исследование: шейка матки плотная, наружный зев закрыт, тело матки нормальных размеров, плотное, смещено в правую сторону и несколько кзади округлым образованием неоднородной консистенции, располагающимся слева и спереди от нее. Поверхность опухоли гладкая, диаметр около 8 см, пальпация резко болезненная. Справа придатки не пальпируются.

1. Как Вы сформулируете окончательный диагноз и показания к операции?

20. Задача.

Больная И., 59 лет, поступила по поводу 2-х сторонних опухолей яичников. Жалобы на слабость, недомогание и значительное увеличение объема живота за последние 2 месяца.

В анамнезе: воспаление придатков матки с частыми обострениями (лечение в стационаре). Менструации с 16 лет, через 28 дней, по 3-5 дней, умеренные и безболезненные. Постменопауза 10 лет. Было 3 беременности, 2 - родов. 1 медаборт, который осложнился повторным выскабливанием и двусторонним воспалением придатков матки. Считает себя больной в течение 3 месяцев, когда стала отмечать слабость, чувство тяжести внизу живота и ноющие боли в пояснично-крестцовой области. 2 месяца назад отметила увеличение живота, но сразу к врачу не обратилась. При посещении женской консультации за неделю до поступления в стационар были выявлены двусторонние опухоли яичников небольших размеров. Кожа и слизистые умеренно бледны. Тоны сердца чистые, шумов нет, небольшой акцент 2 тона на аорте, пульс 68 уд/мин, АД-145/80 мм рт.ст. В легких без патологии. Живот мягкий, увеличен в объеме, безболезненный,

отчетливо определяется свободная жидкость в животе. Гинекологическое исследование: Слизистая преддверия влагалища бледнорозовой окраски. В зеркалах: шейка чистая, своды влагалища глубокие. Влагалищно-ректально-брюшностеночное исследование: шейка плотная, смещаемость ее ограничена. Матка маленькая, плотная, смещена к лонному сочленению двусторонними опухолями бугристого строения, выполняющими задний дугласов карман, пальпация их почти безболезненная, величина каждой из них не превышает размеров мужского кулака. Слизистая оболочка прямой кишки над опухолями подвижная, инфильтратов в параметриях не выявлено. Выделения – скудные бели. Нв- 106 г/л, Л- $8,8 \times 10^9$ без сдвига в лейкоцитарной формуле: СОЭ- 27мм/час. Анализ мочи без отклонений.

1. Сформулируйте показания к операции и определите ее объем, если при цитологическом исследовании асцитической жидкости будут выявлены клетки цилиоэпителиальной пролиферирующей опухоли яичника?

21. Задача.

Больная Х., 49 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на периодические боли в различных отделах живота, средней интенсивности, без иррадиации. Наиболее часто боли локализуются в левой подвздошно-паховой области, изредка появляется недомогание и слабость.

Менархе с 13 лет, через 24 дня, по 4-5 дней, умеренные и безболезненные. Было 4 беременности: 1 - срочные роды, вторая - самопроизвольный выкидыш (срок 14 недель), и еще 2 медаборта (6 и 11 недель). Последний осложнился воспалением придатков матки. Менопауза в течение 2 лет. Считает себя больной около года, когда впервые стали появляться периодические боли в различных отделах живота, чаще локализовались в левой подвздошно-паховой области. Состояние больной удовлетворительное, температура тела $36,4^{\circ}\text{C}$, кожа и слизистые розовые. Молочные железы без патологии. Тоны сердца ясные, ритм правильный, пульс 84 уд/мин, АД- 130/75. В легких без патологии. Живот дряблый с полосами растяжения. Печень и селезенка не пальпируются. Почки без патологии. Гинекологическое исследование: лобковое оволосение по женскому типу. Половая щель слегка зияет. При натуживании опущения стенок влагалища нет. В зеркалах шейка чистая, наружный зев закрыт, своды влагалища глубокие. Ректо-вагинально-брюшностеночное исследование: шейка плотная, легко смещается. Матка в антефлексию, плотная, в размерах не увеличена. Справа придатки матки не пальпируются, слева - умеренно болезненный, плотный на ощупь яичник, размерами 4,5 x 4x3,5 см. Инфильтратов в параметриях нет, слизистая прямой кишки гладкая. Создается впечатление о наличии асцита («+» симптом зыбления). Выделения серозные, скудные. Проведено УЗИ: матка 48x42x40 мм, М-Эхо-3 мм, правый яичник- 27x24x19 мм, левый - солидного строения с единичными жидкостными полостями диаметром 3-5 мм, общий размер его 51x46x42 мм. В дугласовом пространстве около 50 мл жидкости.

1. Какой объем хирургической помощи должен быть выполнен больной со злокачественной опухолью яичника?

22. Задача.

Больная И., 14 лет, поступила с жалобами на кровотечение из влагалища, продолжающееся в течение месяца.

Впервые менструация была 3 месяца назад, умеренно болезненная, продолжалась в течение 12 дней. Последующие 2 месяца менструаций не было и самочувствие было

хорошим. Начавшаяся месяц назад выделения в первые дни были скудными, безболезненными. После лыжного кросса почувствовала себя плохо из-за резкого усиления кровотечения из влагалища. Пила таблетки викасол, но улучшения не наступило. Кровотечение с периодическими усилениями продолжалось около месяца. Стала отмечать слабость, мелькание мушек перед глазами. На уроке физкультуры упала в обморок. Была вызвана бригада скорой помощи и девочка доставлена в стационар. Девочка инфантильного телосложения, пониженного питания, кожа и слизистые бледные. Молочные железы в начальной стадии развития, ореолы шириной около 2 см, бледно-розовые, соски маленькие. Тоны сердца громкие, небольшой систолический шум на верхушке. Ритм правильный, АД- 100/60 мм рт.ст. В легких без патологии. Язык влажный, обложен у корня беловатым налетом. Миндалины с обеих сторон значительно увеличены в объеме, не гиперемированы. Живот мягкий, безболезненный. Гинекологическое исследование: малые половые губы не прикрываются большими, половое оволосение умеренное (подмышечное отсутствует). Слизистая преддверия влагалища бледная, девственная плева полулунной формы не нарушена. При ректальном исследовании обнаружено: матка в антефлексию, маленьких размеров, мягковатой консистенции, подвижная и безболезненная. Яичники с обеих сторон увеличены в размерах, уплотнены, поверхность их гладкая, пальпация безболезненная. Выделения из влагалища кровяные, скудные. В гемограмме: Нв-75 г/л, Л-8,7х 10⁹ (э-2, п-2, с-74, л-18, м-4); Эр-2,1х10¹², гипохромия, анизоцитоз, пойкилоцитоз; Тр-150000, СОЭ-34 мм/час, анализ мочи –без отклонений.

1. С чего Вы начнете лечение пациентки?
2. Нуждается ли она в переливании крови?

23. Задача.

Больная Р., 34 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу длительного кровотечения из влагалища, начавшегося после двухмесячной задержки менструации. При осмотре: было высказано предположение о спонтанном прерывании беременности малого срока и дано направление в стационар.

Менструации с 12 лет, через 29 дней, по 4-6 дней, умеренные и болезненные в первый день. Последняя менструация 2 месяца назад. Было 3 беременности. Первая - срочные роды, вторая - медаборт (срок 7 недель), третья - самопроизвольный выкидыш в сроке 11 недель. После выкидыша контрацепцию не применяла, 2 раза использовала тест на беременность – «-». Кровотечение началось внезапно и без болей. В начале кровотечения из влагалища выделялись кусочки белесоватой ткани; количество крови было умеренным. В связи с тем, что кровотечение продолжалось больше 8 дней, она обратилась к врачу. Больная правильного телосложения, хорошего питания, кожа и слизистые розовые. Молочные железы без особенностей. Патологии со стороны сердечно-сосудистой системы и легких не выявлено. Пульс 80 уд/мин, АД- 125/70 мм рт. ст. Язык влажный, не обложен, живот мягкий, безболезненный.

Гинекологическое исследование: оволосение по женскому типу обильное. Слизистая преддверия влагалища розовой окраски. В зеркалах: слизистая чистая, складчатость влагалища выражена хорошо. Наружный зев округлой формы и заполнен прозрачной слизью. По задней стенке цервикального канала видна струйка алой крови. Бимануально: шейка и тело матки плотной консистенции, матка несколько увеличена в размере. Слева придатки матки не пальпируются, справа - яичник плотный, с неровной поверхностью и слегка увеличен в размере, но пальпация безболезненная.

1. Если при морфологическом исследовании слизистой полости матки будет выявлена железисто-кистозная гиперплазия, какое лечение Вы порекомендуете больной?

24. Задача.

Больная С., 50 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на частые приливы жара к лицу, шее и груди, повышенную потливость, головные боли, сердцебиения и боли в области сердца, почти постоянное чувство тревоги, резкое снижение трудоспособности. Анамнез без особенностей.

Менструации с 11,5 лет, через 28 дней, по 5-6 дней, умеренные и безболезненные. Последние 7 месяцев менструации стали путаться с тенденцией к задержке на 3-4 недели, увеличилось количество теряемой крови. Было 5 беременностей, три - роды, 1-медаборт в сроке 7 недель, последняя - самопроизвольный выкидышем раннего срока. Считает себя больной в течение 1,5 лет, когда впервые появились приливы и периодические покалывающие боли в области сердца. Участковый терапевт ставил диагноз: стенокардия напряжения. Принимала нитраты, но улучшения не было. Постепенно частота приливов увеличилась до 15-18 в сутки, присоединилась потливость, слабость, участились головные боли, появилась раздражительность, усилились боли в области сердца и снизилась трудоспособность. Повторное обращение к терапевту и назначенное лечение без эффекта. Врач рекомендовала консультацию гинеколога. Женщина гиперстенического телосложения, повышенного питания. Молочные железы без патологии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс- 88 уд/мин, АД-160/90 мм рт.ст. В легких без патологии. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Гинекологическое исследование: оволосение по женскому типу, половая щель слегка зияет при натуживании, слизистая преддверия влажлища розовой окраски. В зеркалах: обнаружено: на шейке матки старые послеродовые рубцы, наружный зев закрыт. Бимануально: отчетливо пропальпировать матку и придатки не представилось возможным из-за обилия подкожно-жировой клетчатки. Выделения светлые.

1. Наметьте алгоритм лечения пациентки?

25. Задача.

Больная С., 62 лет, поступила в стационар для решения вопроса об оперативном лечении по поводу опущения внутренних половых органов. Жалуется на постоянное ощущение инородного тела в области наружных половых органов, затрудненное мочеиспускание.

Менструации с 16 лет, 27 дней, по 5 дней, умеренные и безболезненные. Менопауза с 51 года. Было 2 родов. Первые роды – срочные, был разрыв промежности, накладывались швы. Вторые роды -без осложнений. Считает себя больной около 5 лет, когда впервые отметила чувство тяжести внизу живота. 2 года назад появилось ощущение инородного тела в области наружных половых органов. Особенно это проявлялось при подъеме тяжести, участилось мочеиспускание. В течение последних 6 месяцев появилось ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, что и заставило женщину обратиться к врачу. В женской консультации был поставлен диагноз: Полное выпадение внутренних половых органов. Цистоцеле и больная была направлена на оперативное лечение. Кожа и слизистые обычной окраски. Молочные железы без патологии. Тоны сердца ясные, акцент 2 тона на аорте, шумов нет, ритм правильный- 76 уд/мин, АД-165/90. В легких без патологии. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки. Пропальпировать печень и селезенку не возможно. почки без патологии.

Гинекологическое исследование: оволосение по женскому типу, слизистая преддверия розовая, половая щель умеренно зияет. При легком натуживании за пределы половой щели выступает шейка матки и большая часть передней стенки влагалища; слизистая шейки и влагалища чистая. При сильном натуживании во время бимануального исследования выявлено незначительное опущение задней стенки влагалища. Матка маленькая, отклонена кзади и находится выше интerspинальной линии. Придатки матки пропальпировать не удалось. Имеется двусторонний отрыв ножек леваторов.

1. Как зависит ли объем хирургического вмешательства от состояния специфических функций женского организма?
2. Является ли обязательной пластика мышц тазового дна при пластических операциях на стенках влагалища?

26. Задача.

Больная Л., 56 лет, направлена в стационар по поводу кровяных выделений из влагалища, появившихся через 8 лет после наступления менопаузы, длительное нагрубание молочных желез и болезненное прикосновение к соскам.

В 34 г. оперирована по поводу перекрута ножки дермоидной опухоли правого яичника. Менархе с 12,5 лет, через 30 дней, по 4-5 дней, умеренные и безболезненные. Было 6 беременностей, 2 - роды, 4 - медаборты (до 12 недель). Примерно 6 месяцев назад отметила нагрубание молочных желез и болезненное прикосновение к соскам, усилилось половое влечение. Последующие месяцы указанные симптомы усиливались, появились кровяные выделения из влагалища, что и заставило ее обратиться к врачу. УЗИ: спаечный процесс в малом тазе, увеличение размеров матки до 5 недельной беременности. М-ЭХО – 17 мм, левый яичник размерами 6x5x3,5 см плотной эхоструктуры. Поставлен диагноз: Опухоль левого яичника, гиперплазия эндометрия. На коже передней брюшной стенки надлобковый поперечный рубец. Молочные железы умеренно нагрубшие, без локальных уплотнений, пальпация сосков умеренно болезненная, выделений из молочных ходов нет. Со стороны внутренних органов без патологии. Пульс 76 уд/мин, АД- 140/85 мм рт. ст. Гинекологическое исследование: оволосение по женскому типу. В зеркалах - слизистая шейки чистая, из её канала выделяется алая кровь. При ректо-вагинально-брюшностеночном исследовании: матка плотной консистенции увеличена до 5-6 недельной беременности, безболезненная, подвижность ограничена. Справа придатки не пальпируются; слева, у ребра матки определяется овоидной формы образование, размерами 7x6x4 см, плотноэластической консистенции, с неровной поверхностью, безболезненное. Выделения слизистые. Слизистая прямой кишки с образованием не связана.

1. Есть ли необходимость в выполнении отдельного диагностического выскабливания?
2. Показано ли больной оперативное лечение? Если да, то какой его объем?

27. Задача.

Больная Н., 27 лет, доставлена в стационар машиной скорой помощи с жалобами на резкие боли в животе, иррадиирующие во влагалище и прямую кишку, изредка боли отдают в правую ключицу, трудно дышать, тошнота и однократная рвота, не принесящая облегчения.

Менархе с 12 лет, через 29 дней, по 4-5 дней. Последняя менструация была 1,5 месяца. Была 1 беременность – криминальный аборт, осложнившийся воспалением придатков

матки. Контрацептивов не применяла. 1-ая задержка менструации настоящая. Отмечала избирательное отношение к пище и запахам, нагрубание молочных желез. Утром во время акта дефекации появились резкие боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку, холодный пот и слабость, однократная рвота. Вскоре боли стали иррадиировать в правую ключицу, затруднилось дыхание. Вызвана бригаду скорой помощи, которая доставила женщину в стационар. Состояние средней тяжести, кожа и слизистые бледные. Молочные железы умеренно нагрубшие, в молочных ходах небольшое количество отделяемого мутного цвета. Пульс 118 уд/мин, АД- 90/70. Тоны сердца приглушены. Дыхание поверхностное, 28 в мин, хрипов нет. Живот вздут, имеется напряжение мышц передней брюшной стенки, «+» симптом Блюмберга-Щеткина во всех отделах. При перкуссии над всей поверхностью живота тимпанический звук с небольшими участками притупления. Аускультативно – единичные, слабой интенсивности кишечные шумы. Гинекологическое исследование: Слизистая преддверия влагалища бледнорозовой окраски. В зеркал- шейка конической формы, наружный зев закрыт, выделения молочно-белого цвета. Бимануально: прикосновение к шейке резко болезненное, задний влагалищный свод выбухает, пропальпировать матку и придатки не представляется возможным из-за резкой болезненности.

1. Ваше обследование и дальнейшая тактика?
2. Каковы условия и оснащение для проведения реинфузии?

28. Задача.

Больная З., 33 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу болей в правой подвздошно-паховой области, появившиеся неделю назад и скудных кровяных выделений из влагалища, начавшихся вечером накануне обращения к врачу.

В анамнезе: воспаление придатков матки специфической этиологии (гонорея + хламидиоз), многократно были обострения, без специфической флоры. Настоящее заболевание началось после переохлаждения появлением ноющих болей в правой подвздошно-паховой области. Дважды принимала анальгин и вводила в прямую кишку свечи с экстрактом белладонны, без эффекта. Менархе с 15 лет, через 21 день, по 6-7 дней. Последняя менструация была 2 месяца назад и протекала с меньшим количеством крови. Половая жизнь нерегулярная с частой сменой половых партнеров. Контрацептивов не использовала, беременностей не было. В женской консультации поставлен диагноз: Начавшийся самопроизвольный аборт при беременности 5-6 недель. Исключить внематочную беременность. Из женской консультации в стационар женщина приехала общественным транспортом через 3 часа. Состояние удовлетворительное, кожа и слизистые розовые. Со стороны внутренних органов без патологии. Пульс 76 уд/мин, АД- 110/70. Гинекологическое исследование: шейка конической формы, цианотичная. Из наружного зева небольшие темно-красные выделения. Бимануально: шейка обычной консистенции, перемещения за нее слегка болезненные. Матка мягковата, увеличена до 5 недельной беременности, безболезненная. Слева придатки матки слегка утолщены, плотные, безболезненные. Справа и несколько кзади от матки пальпируется мягковатое образование размерами 10х3х3 см, чувствительное, подвижность его ограничена. Влагалищные своды глубокие, симптом зыбления отрицательный. Выделения темно-красные, скудные.

1. Какая ошибка допущена врачом женской консультации при направлении пациентки в стационар?

29. Задача.

Больная К., 36 лет, госпитализирована для искусственного прерывания беременности сроком 9 недель (по желанию женщины). Жалоб не предъявляет. Анамнез без особенностей.

Менархе с 13 лет, через 27 дней, по 5-6 дней, умеренные и безболезненные. Последняя – 2,5 месяца назад. Всего было 10 беременностей. Первая беременность завершилась срочными родами, последующие – искусственными абортами в сроках до 12 недель. Контрацептивов никогда не применяла. В 11 часов женщина была приглашена в малую операционную, где ей был дан кетаминный наркоз и оперирующий врач приступил к выполнению влагалищного исследования (бимануального). Обнаружив во влагалище какое то округлое образование мягкой консистенции, врач предпринял попытку найти наружный зев шейки матки. В момент интенсивного исследования внезапно возникло обильное кровотечение из влагалища. Врач принимает решение осмотреть шейку матки в зеркалах. По введении зеркал было обнаружено: верхняя треть влагалища выполнена округлым образованием цианотического цвета, наружный зев шейки матки определить не удалось из-за обильного кровотечения. К моменту завершения осмотра с помощью зеркал общая кровопотеря составила 600 мл., женщина побледнела, пульс ритмичный 110 уд/мин, АД-80/50 (исходного АД не знает). Пациентка в экстренном порядке переведена в большую операционную.

1. Какая грубая ошибка была допущена врачом в период подготовки к выполнению операции? Правильно ли поступил врач, приступив к исследованию с помощью зеркал на фоне обильного кровотечения?

30. Задача.

Больная С., 23 лет, доставлена в отделение гинекологии машиной скорой помощи с жалобами на резкие боли внизу живота с иррадиацией во влагалище. Анамнез без особенностей.

Менструации с 14 лет, через 30 дней, по 3-5 дней. Очередную менструацию ожидала через 5 дней. Использует барьерный метод контрацепции. Заболевание началось после случайного падения на улице. Боли возникли в момент падения и некоторое время спустя стали иррадиировать во влагалище и область анального отверстия. Сознания не теряла. После приема анальгина боль не стихла, вызвала машину скорой медпомощи. Врач высказал предположение о возможности острого аппендицита и доставил пациентку в БСМП, где этот диагноз был отвергнут и рекомендована консультация гинеколога. В общей гемограмме: Нв- 110г/л, Эр- $3,8 \times 10^{12}$, Л- $4,6 \times 10^9$, СОЭ – 17 мм/час. Молочные железы слегка нагрудные, без очаговой инфильтрации, цвет ореол светлокорицевого, отделяемое в молочных ходах отсутствует. Тоны сердца чистые, пульс 86 уд/мин, АД-110/70. В легких без патологии. Живот мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в нижнем отделе, симптомов раздражения брюшины нет. T^0 тела при поступлении $36,7^{\circ}\text{C}$, базальная T - $37,4^{\circ}$. Гинекологическое исследование: лобковое оволосение по женскому типу, слизистая преддверия влагалища розовой окраски. В зеркалах – шейка конической формы, наружный зев закрыт, симптом зрачка – «-», влагалищные своды глубокие. Бимануально: шейка плотной консистенции, перемещения за нее болезненные, выбухания влагалищных сводов нет. Матка в антефлексию слегка больше нормы, мягковатой консистенции, безболезненная. Справа придатки матки не пальпируются, слева и несколько кзади от матки определяется овоидной формы, умеренно болезненное образование размерами $6 \times 5 \times 4$ см, симптом зыбления заднего свода влагалища – отрицательный. Выделения молочно-белого цвета, скудные.

1. Какова лечебная тактика?

31. Задача.

Больная Т., 31 года поступила в гинекологическое отделение с жалобами на высокую температуру, слабость и боли внизу живота.

Менструации с 12 лет, через 26 дней, по 5 дней, в умеренном количестве, безболезненные. Последняя нормальная менструация 2,5 месяца назад. Замужем с 22 лет. Было 4 беременности, 2 из которых завершились нормальными родами без осложнений и 2 – мед.аборта без осложнений. Последний из них был выполнен 8 дней назад. Выписана из стационара в удовлетворительном состоянии на следующий день.

При поступлении состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые розовые. Пульс ритмичный 92 уд. в мин., АД – 120/70. Температура тела 38,2⁰. Молочные железы без уплотнений, отделяемого из молочных ходов нет. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом у корня. Живот мягкий, равномерно участвует в дыхании, слегка болезненный над лоном, где определяется дно матки. Печень и селезенка не пальпируются. Симптомов раздражения брюшины нет.

Гинекологическое исследование: лобковое оволосение по женскому типу, слизистая преддверия влагалища розовая. При осмотре с помощью зеркал шейка матки чистая, из канала шейки матки умеренные кровяные выделения темного цвета и мелкими свертками. Бимануально: влагалище рожавшей женщины, шейка матки рубцово изменена, плотная, наружный зев шейки матки пропускает кончик пальца. Тело матки увеличено соответственно 8-9 недельной беременности, шаровидной формы, плотной консистенции и слегка болезненное при пальпации, влагалищные своды глубокие, придатки не пальпируются.

В общей гемограмме: Нв- 118 г/л, Л- 8,6 x 10⁹ / без сдвига в лейкоцитарной формуле, СОЭ-21мм/ч.

1. Программа лечения, есть ли необходимость в проведении инфузионной терапии?

32. Задача.

Больная К., 37 лет доставлена в больницу с жалобами на резкие боли внизу живота, озноб, головную боль, слабость и повышение температуры до 38-39⁰. Гинекологические заболевания : год назад остатки плодного яйца после мед.аборта, эндометрит и воспаление придатков. Менструации с 12 лет, через 30 дней, по 3-4 дня, умеренные и безболезненные. Последняя менструация 2 недели назад. Имела 5 беременностей: роды – 1, искусственных аборт- 3 /без осложнений/, самопроизвольный аборт (6 лет назад) - 1 в сроке 10 недель /осложнился повторным выскабливанием полости матки и последующим развитием эндометрита и сальпингоофорита/. Обострение процесса наблюдалось ежегодно, лечилась амбулаторно тем же, что назначалось в стационаре. Заболела несколько дней назад после переохлаждения, появились постоянные боли внизу живота, температура повысилась до 38⁰, озноб. Состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые розовые. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, 88 уд/мин., АД – 110/70 мм рт.ст, Т- 37,6⁰. Молочные железы мягкие. Отделяемого из сосков нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот не вздут, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации в нижних отделах – слабовыраженный мышечный дефанс /больше слева/, симптомов раздражения брюшины нет.

Гинекологическое исследование: в зеркалах - шейка цилиндрической формы, плотная, из наружного зева гнойные выделения. Перемещение шейки резко болезненное. Тело матки нормальных размеров, плотное, слегка смещено вправо и ограничено в подвижности. Поверхность ее гладкая, при пальпации легкая болезненность. Правые придатки не пальпируются. Слева и сзади от матки - неподвижное болезненное

образование неправильной продолговатой формы, неоднородной консистенции, размерами примерно 9x4x4 см, слегка выпячивающее левый свод влагалища.

1. Окончательный диагноз и лечение.

33. Задача.

Больная В., 39 лет, поступила с жалобами на боль внизу живота с иррадиацией в поясницу, повышение температуры до 38⁰. Менархе с 16 лет, через 27 дней, по 6 дней, умеренные и безболезненные. Последняя нормальная менструация была 12 дней назад. Контрацепцию не применяла, но беременностей не было. Муж обследовался – здоров. Считает себя больной с момента начала половой жизни, когда остро заболела воспалением придатков. Лечилась в стационаре. Болезнь неоднократно обострялась, после госпитализации дважды производили пункцию брюшной полости через задний свод влагалища. При получении гноя в брюшную полость вводили антибиотики и продолжали консервативное лечение. После менструации и переохлаждения появились резкие боли внизу живота с иррадиацией в поясницу, головная боль, повышение температуры до 38,5⁰, озноб.

Состояние средней тяжести. Кожа и слизистые розовые. Пульс ритмичный 104 уд/мин, АД – 120/75 мм рт.ст., Т- 39,5⁰. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания, над лоном умеренно напряжен, болезненный при пальпации. Симптом Блюмберга – Щеткина (+). Гинекологическое исследование: При исследовании с помощью зеркал - из канала шейки гнойные выделения без запаха. Бимануально: тело матки и левые ее придатки не пальпируются из-за резкой болезненности. Справа и сзади от матки определяется нижний полюс резкоболезненного образования с нечеткими границами, размерами примерно 12x7x6 см, плотной консистенции с неровной поверхностью, почти неподвижное. Анализ крови: Нв- 118г/л, Л- 13,5x10⁹, СОЭ – 24 мм/час. Произведена пункция пальпируемого за маткой образования через задний свод влагалища и получено 20 мл жидкого, зловонного гноя желто-серого цвета. Больной назначена комплексная консервативная терапия (лед на низ живота, антибиотики, десенсибилизирующая и дезинтоксикационная терапия, обезболивающие средства).

1. Как оцениваете избранную тактику?

34. Задача.

Больная Ж., 26 лет, поступила с жалобами на резкие боли внизу живота, озноб, слабость, тошноту, температуру.

Менархе с 14 лет, через 26 дней, по 5 дней, умеренные и безболезненные. Последняя менструация неделю назад в срок. Было 3 беременности, 1-ая из которых закончилась срочными родами, 2 последующие – мед.абортами (8 и 11 недель). Последний осложнился острым воспалением придатков матки.

Больна в течение 2 недель, когда после переохлаждения стала отмечать боли внизу живота и слизисто-гнойные выделения из влагалища. Эти явления усилились после менструации, отмечала повышение температуры до 37,6⁰, слабость. Резкое ухудшение наступило 2 дня назад, когда боли приняли резкий характер, появился озноб, температура 39,1⁰. Хирургом диагноз острого аппендицита отвергнут.

Состояние средней тяжести, температура 39⁰. Кожа сухая. Пульс – 112 уд/мин, АД- 120/80 мм рт.ст. В легких без патологии. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут. При пальпациях во всех отделах определяется резкая болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки и симптом Блюмберга-Щеткина (особенно в

нижнем отделе). Дизурических явлений нет. Гинекологическое исследование: лобковое оволосение по женскому типу; слизистая преддверия влагалища гиперемирована и особенно вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала. В зеркалах – во влагалище гнойный экссудат, с неприятным запахом. Шейка отечная, вокруг наружного зева гиперемия, из канала шейки слизисто-гнойные выделения зеленоватого цвета. Бимануально : пропальпировать матку и придатки невозможно из-за резкой болезненности и напряжения передней брюшной стенки. Анализ крови: Нв – 120г/л, Л- $16,8 \times 10^9$, СОЭ – 15 мм/час.

1. Ваша тактика.

35. Задача.

Больная С., 29 лет, поступила на обследование по поводу бесплодия в браке. Кроме этого отмечает слабость, утомляемость, потливость и температуру ($37,2-37,4^0$), ноющие боли внизу живота. Имела контакт с туберкулезной больной по работе.

Менструации с 12 лет, через 28 дней, по 5-6 дней, обильные и умеренно болезненные. Последние 3 года отмечает задержки менструаций до 8-10 дней. Беременностей не было. По данным многомесячного измерения базальной температуры у женщины имеется овуляторный менструальный цикл. Муж обследован – здоров. Через 4 года после начала половой жизни проходила обследование по бесплодию (ГСГ). Маточные трубы оказались с обеих сторон четкообразно утолщены и непроходимы для контраста. Неоднократно проводилось противовоспалительное лечение в условиях женской консультации.

Состояние при поступлении удовлетворительное, умеренная бледность кожных покровов и слизистых. Пульс 78 уд/мин, АД- 110/70 мм рт.ст. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии не выявлено. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Гинекологическое исследование: оволосение лобка по женскому типу; В зеркалах – слизистые влагалища и шейки розовые, чистые, наружный зев округлой формы, точечный, отделяемого нет. Бимануально: шейка конической формы, матка в anteflexio, маленькая, плотная, подвижна, безболезненная. Придатки с обеих сторон четкообразно утолщены, плотной консистенции и ограничены в подвижности, пальпация слабо болезненная.

1. Сформулируйте тактику ведения данной больной.

36. Задача.

Больная И., 40 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу кровотечения из влагалища, начавшееся после задержки менструации на 9 недель.

Менархе с 14 лет, по 4-5 дней, через 28 дней. Было 4 беременности, 2 - срочные роды, а еще 2 – медаборты (9 и 10 недель). По поводу задержки менструации думала, что наступила беременность, т.к. последние 6 месяцев контрацепции не применяла. Планировала искусственный аборт. Кровотечение из влагалища началось после нервного потрясения.

Состояние удовлетворительное. Со стороны органов и систем врач женской консультации отклонений не нашла. Гинекологическое исследование: лобковое оволосение по смешанному типу. При осмотре в зеркалах – шейка матки чистая, наружный зев ее слегка округлен, из цервикального канала стекает струйка темной крови. Бимануально: шейка матки плотная, тело матки находится в нормальном положении, слегка увеличено, округлой формы, плотной консистенции, безболезненное. Придатки

матки не пальпируются и область их безболезненная. Своды влагалища глубокие. Выделения кровяные, умеренные с мелкими сгустками.

Врач женской консультации поставила диагноз: Нарушение менструального цикла и назначила ей симптоматическую терапию (сокращающие матку средства и в/в 10% кальция хлорид).

1. Ваша тактика.

37. Задача.

Больная В., 27 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на раздражительность, плаксивость, головокружение с головными болями, периодические боли в области сердца и сердцебиение, иногда возникает тошнота и рвота. Пациентка отмечает, что все эти явления возникают незадолго до менструации. Имеет место снижение памяти, метеоризм и нагрубание молочных желез. Все перечисленные симптомы исчезают накануне или в 1-ые дни менструации. Анамнез без особенностей. Менархе с 13 лет, через 27 дней, по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя 3 недели назад. Было 2 беременности, 1-ая закончилась медабортом (срок 10 недель), 2-ая-самопроизвольный аборт (срок 8-9 недель), осложнился повторным выскабливанием по поводу остатков плодного яйца и воспалением придатков матки. Считает себя больной около 2,5 лет, после перенесённого сотрясения мозга средней тяжести. Вскоре стала замечать появление перечисленных выше симптомов, которые за последние 7 месяцев усилились.

Состояние удовлетворительное, кожа и слизистые розовые. Пульс 76 уд/мин, АД-130/80мм рт.ст. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Гинекологическое исследование: лобковое оволосение по женскому типу. В зеркалах - шейка конической формы, наружный зев щелевидный, слизистая влагалища и шейки матки чистая, симптом зрачка «-». Бимануально : тело матки находится в anteflexio, подвижное, мягковатой консистенции и безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются, выделения молочно-белого цвета.

Врач женской консультации патологии в состоянии женщины не усмотрел, обследование и лечение не назначил

1. Какова тактика ведения пациентки?

38. Задача.

Больная Т., 37 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные менструации в течение последнего года.

Менструации с 12 лет, через 21 день, по 7 дней, умеренные и безболезненные. Последний год менструации стали обильными, длительностью по 7-10 дней. Стала отмечать резкую слабость после ее окончания. Было 2 беременности – обе закончились искусственным медицинским абортom (срок 7 и 10 недель) без осложнений. Пять лет назад при УЗИ - выявлена миома матки, соответствующая величине 5 недельной беременности. Последний раз посетила гинеколога 5 месяцев назад и был отмечен рост миомы до срока 9 недельной беременности.

Состояние удовлетворительное кожа и слизистые бледные. Пульс 97 уд/мин, АД-120/80. Живот мягкий, безболезненный.

В гемограмме : Нв – 60 г/л, Эр – $1,3 \times 10^{12}$, гематокрит- 26, Л – $6,2 \times 10^9$, СОЭ – 23 мм/час.

Гинекологическое исследование: оволосение лобка по женскому типу. Слизистая преддверия влагалища бледная. При осмотре с помощью зеркал- шейка конической

формы, чистая, наружный зев ее щелевидный, влагалищные своды глубокие. Бимануально: шейка плотная, наружный зев закрыт, матка плотная, увеличена до размеров 10-11 недельной беременности, округлой формы, подвижная и безболезненная, поверхность матки гладкая. Придатки матки не пальпируются. Выделения кровяные с мелкими свертками, обильные.

1. Сформулируйте полный клинический диагноз и составьте план лечения больной.
2. Следует ли производить диагностическое выскабливание или можно ограничиться аспирационной биопсией эндометрия?

39. Задача.

Больная И., 14 лет, поступила в стационар из ЦРБ для искусственного прерывания беременности сроком 18 недель (по социальным показаниям). Жалоб не предъявляет, самочувствие хорошее. Анамнез без особенностей.

Менархе с 14 лет, была лишь одна менструация 2 месяца назад. Половую жизнь категорически отрицает. Примерно около года назад отметила увеличение живота и какое-то уплотнение над лоном. После прихода первой менструации новообразование в нижней части живота стало определяться на глаз, что и послужило основанием обращения к врачу. Состояние удовлетворительное, повышенного питания, кожа слизистые розовые. Молочные железы маленькие, соски конической формы, ореолы розовой окраски, шириной не более 2 см. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии не выявлено. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. На 3 поперечных пальца выше лонного сочленения пальпируется верхний полюс образования с неровной поверхностью, неоднородной консистенции, пальпация его безболезненная, подвижность ограничена. Гинекологический осмотр: наружные половые органы сформированы неправильно (малые половые губы не прикрываются большими), скудное лобковое оволосение по женскому типу, подмышечного оволосения нет. Девственная плева кольцевидной формы без признаков нарушения, цианоз преддверия влагалища отсутствует. При ректальном исследовании шейка плотная. Всю полость малого таза выполняет плотная опухоль с неровной поверхностью, соответствующая величине матки 18-19 недельной беременности. Определить отдельно матку и ее придатки не представляется возможным.

1. После уточнения диагноза Ваша тактика.

40. Задача.

Больная С., 37 лет, поступила для обследования и решения вопроса об оперативном лечении. При поступлении жалобы на постоянные боли внизу живота и пояснично-крестцовой области. Боли усиливаются перед началом менструации и сохраняются на протяжении всех ее дней, длительные пред- и постменструальные выделения из влагалища коричневатой окраски. Менструации с 12,5 лет, через 26 дней, по 3-5 дней, умеренные и безболезненные. Было 5 беременностей, из них 2 родов, 3 мед.аборта (срок 10 недель). Последний из них осложнился гематометрой и остатками плодного пузыря, по поводу чего дважды проводилось выскабливание стенок полости матки. В послеоперационном периоде возник эндометрит и острое воспаление придатков матки (лечилась в стационаре). Обострение воспаления придатков в последующие годы наблюдалось 2 раза.

Состояние удовлетворительное, кожа и слизистые розовые. Со стороны внутренних органов без патологии. Пульс 76 уд/мин, ритмичный, АД- 125/80 мм рт.ст. Гинекологическое исследование: оволосение лобка по женскому типу. В зеркалах - шейка чистая, розовая, наружный зев щелевидной формы, симптом зрачка «2+». Бимануально:

влагалище рожавшей женщины, шейка плотная, наружный зев закрыт. Тело матки округлой формы, с неровной поверхностью, увеличено соответственно 10-11 недельной беременности, ограничена в подвижности из-за наличия плотного, болезненного инфильтрата в заднем дугласовом кармане. Справа придатки матки не пальпируются, слева - пальпируется овоидное образование величиной с куриное яйцо, плотно-эластической консистенции, спаянное с ребром матки. Выделения молочно-белого цвета, скудные. При ректоабдоминальном исследовании в заднем дугласовом пространстве определяется плотный мелкобугристый инфильтрат, резко болезненный при пальпации. Слизистая прямой кишки над инфильтратом ограничена в подвижности.

1. Какое лечение Вы предложите?

41. Задача.

Больная Х., 43 лет, поступила для решения вопроса об оперативном лечении. Жалоб не предъявляет. В анамнезе: воспаление придатков матки.

Менструации с 17 лет, через 29 дней, по 3-5 дней, умеренные и безболезненные. Было 2 беременности. 1-ая - срочные роды с последующим ручным отделением и выделением последа. 2-ая беременность в возрасте 33 лет - самопроизвольным абортom в сроке 15 недель. Послебортный период осложнился эндометритом. В последующие годы от беременности не предохранялась, но беременность больше не наступала. В возрасте 36 лет на УЗИ обнаружено некоторое увеличение размеров матки. С переходом на другую работу потребовалась справка о состоянии здоровья, что заставило ее пройти профилактический осмотр в женской консультации, где и была выявлена опухоль, занимающая всю верхнюю треть влагалища.

Состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые обычной окраски. Внутренние органы без патологии. Пульс ритмичный 82 уд/мин, АД- 140/80 мм рт.ст.. Гинекологическое исследование : наружные половые органы сформированы неправильно (малые половые губы не прикрываются большими губами). Слизистая преддверия влагалища розовой окраски. В зеркалах – слизистая влагалища чистая, розовая, верхняя треть влагалища выполнена округлым образованием диаметром примерно 9-10 см, наружный маточный зев не виден. Влагалищное исследование: верхняя треть его выполнена плотной шаровидной опухолью диаметром около 10 см, поверхность гладкая, шейка четко не контурируется. Над этой опухолью определяется матка слегка увеличенная в размерах, консистенция ее плотная. Придатки не пальпируются, выделения слизистые, скудные.

1. Каков окончательный диагноз и метод лечения?

42. Задача.

Больная К., 27 лет, поступила с жалобами на умеренное кровотечение из влагалища, высокую температуру и схваткообразные боли внизу живота. Анамнез без особенностей. Менструации с 14 лет, через 30 дней, умеренные, по 5-6 дней, безболезненные. Последняя менструация 3,5 месяца назад. 1-ая беременность - срочные роды. 2-ая беременность в возрасте 25 - криминальный абортom (срок 16-17 недель). Считала себя беременной и хотела рожать. Неделю назад появились ноющие боли над лоном и в пояснично-крестцовой области, а день спустя – скудные кровяные выделения из влагалища. За день до поступления в стационар внезапно повысилась температура тела до 38,7⁰ и был сильный озноб. Температура держалась весь следующий день, а утром, на фоне усиления схваткообразных болей, из влагалища выпал сверток крови значительных размеров и усилилось кровотечение, что и заставило ее обратиться за помощью. При поступлении

состояние удовлетворительное, кожа и слизистые с легким иктеричным оттенком и бледностью. Температура тела 39° . Пульс 126 уд/мин, АД- 100/50 мм рт. ст. Язык суховат, обложен желтоватым налетом. Живот при пальпации мягкий, слегка вздут. Печень определяется по краю реберной дуги, уплотнена, чувствительная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Почки без патологии. Перистальтика кишечника вялая и прослушивается с большим трудом. Тоны сердца приглушены. Дыхание в легких с жестковатым оттенком, 28 в минуту, единичные сухие хрипы в нижних отделах. Гинекологическое исследование : В зеркалах – шейка чистая, наружный зев щелевидной формы, выделения сукровично-гнойные с гнилостным запахом, в умеренном количестве. Бимануально: шейка размягчена, наружный ее зев пропускает кончик пальца; влажные своды глубокие. Матка находится в положении антефлексию, мягкой консистенции, умеренно болезненная, увеличена соответственно 10-11 недельной беременности, придатки не пальпируются. Анализ крови: Нв – 85 г/л, Эр. – $2,1 \times 10^{12}$, Л – $14,3 \times 10^9$ / П – 15, С – 72, Л-7, М-6, СОЭ – 34 мм/час.

1. Ваша тактика ведения данной больной?

43. Задача.

Больная Ю., 33 лет, поступила с жалобами на скудные кровяные выделения из влагалища, появившиеся 2 дня назад и ощущение тяжести над лоном.

В анамнезе: воспаление придатков матки после аборта. Менструации с 12 лет, через 32 дня, умеренные, по 5-6 дней, болезненные в 1-ый день. Последняя менструация прошла в срок, 10 дней назад. Было 5 беременностей. 1-ая и 3-ья - срочные роды. Остальные беременности завершились медабортами (срок 7 до 11 недель). Последний аборт год назад осложнился повторным выскабливанием полости матки и воспалением придатков матки. Считает себя больной в течение недели, когда вскоре после окончания очередной менструации появились тупые, ноющие боли над лоном, а два дня назад появились скудные кровяные выделения яркого цвета. Обратилась в женскую консультацию, где был поставлен диагноз: «Обострение хронического аднексита» и дано направление на стационарное лечение. Состояние при поступлении удовлетворительное, кожа и слизистые розовые. Температура тела – 37°C . Со стороны внутренних органов без патологии. Пульс 84 уд/мин., АД- 110/70 мм рт.ст.

Гинекологическое исследование: оволосение по смешанному типу, слизистая преддверия влагалища розовой окраски. Вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала имеется яркокрасный венчик и умеренная отечность. В зеркалах выявлена гиперемия верхней трети влагалища и шейки матки. На передней губе последней имеется эрозия диаметром около 3 см. Из цервикального канала обильное слизисто-гнойное отделяемое густой консистенции без запаха. Шейка цилиндрической формы, плотная, перемещения за нее безболезненные, в размерах не увеличена, слегка отклонена кзади. Придатки с обеих сторон слегка утолщены, плотные и чувствительные при пальпации.

В гемограмме без патологии. В мазках из уретры, цервикального канала и влагалища выявлено: в первых двух отделах во всех полях зрения выявлены лейкоциты и клетки плоского эпителия в большом количестве; бактериальной флоры нет. В мазке из влагалища обнаружены влагалищные трихомонады.

1. Ваша дальнейшая тактика?

44. Задача.

Больная Ж., 47 лет, поступила для обследования по поводу кровяных выделений из влагалища, появляющихся после полового сношения и акта дефекации. Подобные выделения отмечает на протяжении 6 месяцев. Дважды обращалась к участковому гинекологу, патологии не обнаружено.

Менструации с 16 лет, умеренные, по 5-7 дней, умеренно болезненные в 1-ый день. Очередную менструацию ожидает через неделю. Было 2 нормальных родов и 1 медаборт без осложнений. В течение 6 лет использует ВМК. Впервые заметила кровяные выделения после полового сношения 6 месяцев назад. При повторном осмотре с помощью зеркал врач не обнаружила проводники ВМК и высказала предположение об незамеченной экспульсии контрацептива. Последние кровяные выделения из влагалища в виде мазни яркого цвета появились после тяжелой физической работы и акта дефекации. Состояние при поступлении удовлетворительное, кожа и слизистые розовые. Со стороны внутренних органов без патологии. Пульс 78 уд/мин, АД - 90/40. Гинекологическое исследование: оволосение лобка по женскому типу, слизистая преддверия влагалища розовой окраски. В зеркалах: слизистая влагалища и шейки чистая; из наружного зева скудные кровянистые выделения. Бимануально: шейка плотная бочкообразной формы, наружный зев закрыт. Матка в антефлексию, нормальной величины и консистенции, подвижная и безболезненная. Правый яичник кистозно изменен, плотный; размерами 4х3х3 см, безболезненный; слева придатки не пальпируются, инфильтрации в параметриях нет.

1. Если при гистологическом исследовании соскоба будет выявлена аденокарцинома шейки матки, а в эндометрии – железистая гиперплазия эндометрия, какое лечение Вы выберете для данной больной?

45. Задача.

Больная С., 62 лет, поступила в стационар для решения вопроса об оперативном лечении по поводу опущения внутренних половых органов. Жалуется на постоянное ощущение инородного тела в области наружных половых органов, затрудненное мочеиспускание.

Менструации с 16 лет, 27 дней, по 5 дней, умеренные и безболезненные. Менопауза с 51 года. Было 2 родов. Первые роды – срочные, был разрыв промежности, накладывались швы. Вторые роды - без осложнений. Считает себя больной около 5 лет, когда впервые отметила чувство тяжести внизу живота. 2 года назад появилось ощущение инородного тела в области наружных половых органов. Особенно это проявлялось при подъеме тяжести, участилось мочеиспускание. В течение последних 6 месяцев появилось ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, что и заставило женщину обратиться к врачу. В женской консультации был поставлен диагноз: Полное выпадение внутренних половых органов. Цистоцеле и больная была направлена на оперативное лечение. Кожа и слизистые обычной окраски. Молочные железы без патологии. Тоны сердца ясные, акцент 2 тона на аорте, шумов нет, ритм правильный- 76 уд/мин, АД-165/90. В легких без патологии. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки. Пропальпировать печень и селезенку не возможно. почки без патологии. Гинекологическое исследование: оволосение по женскому типу, слизистая преддверия розовая, половая щель умеренно зияет. При легком натуживании за пределы половой щели выступает шейка матки и большая часть передней стенки влагалища; слизистая шейки и влагалища чистая. При сильном натуживании во время бимануального исследования выявлено незначительное опущение задней стенки влагалища. Матка маленькая, отклонена кзади и находится выше интраспинальной линии. Придатки матки пропальпировать не удалось. Имеется двусторонний отрыв ножек леваторов.

1. Как зависит ли объем хирургического вмешательства от состояния специфических функций женского организма?

46. Задача.

Больная К., 54 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобой на длительные кровяные выделения из влагалища, ощущение тяжести внизу живота.

Наследственность отягощена по материнской линии (бабушка умерла от рака матки). Менструации с 12,5 лет, по 5-6 дней, в умеренном количестве, болезненные в 1-ые два дня. Менопауза в 53 года. Было всего 2 беременности – роды без осложнений. Считает себя больной в течение 3 недель, когда впервые появилось кровотечение из влагалища в скудном количестве. Из анамнеза выяснено, что после родов отмечались неоднократные задержки менструации до 2,5 месяцев с последующим обильным и длительным кровотечением. По этому поводу 1 раз производилось диагностическое выскабливание полости матки. В соскобе: кистозная гиперплазия эндометрия. При влагалищном исследовании в женской консультации: увеличение размеров матки соответственно 5-6 недельной беременности и с диагнозом: Кровотечение в постменопаузе была направлена стационар. Больная повышенного питания, кожа и слизистые розовые. Молочные железы без патологии. Тоны сердца приглушены, выраженный акцент 2 тона на аорте и умеренно хлопающий 1 тон по правому краю грудины. Пульс 72 уд/мин, АД- 190/110 (были подъемы до 160/90). В легких без патологии.. Живот с обильным отложением подкожно-жировой клетчатки, печень и селезенка не пальпируются. Свободная жидкость не определяется. Почки без патологии. Гинекологическое исследование: оволосение по смешанному типу. В зеркалах – шейка чистая, наружный зев закрыт. Влагалищное исследование: шейка плотная. Тело матки увеличено соответственно 6 недельной беременности, плотное, безболезненное, слегка отклонено кзади, поверхность гладкая, подвижность хорошая. Пропальпировать придатки невозможно из-за обилия жира, инфильтратов в параметриях не выявлено. Выделения кровяные, темного цвета, скудные.

1. Какое лечение Вы ей назначите?

47. Задача.

Больная Ю., 30 лет, направлена врачом женской консультации на оперативное лечение по поводу кистомы яичника. Жалоб не предъявляет.

В анамнезе: воспаление придатков матки после аборта. Менструации с 11,5 лет, по 3-5 дней, через 32 дня, умеренные и безболезненные. Последняя менструация 2 недели назад. 1-ые роды - физиологические, 2-ые роды - с ручным отделением последа и последующим эндометритом. В 27 и 29 лет медаборты (сроке 8 и 10 недель), один из которых осложнился воспалением придатков матки. Необходимость посещения гинеколога была обусловлена сменой места работы. При влагалищном исследовании врач женской консультации обнаружила в области левых придатков матки объемное образование диаметром около 7 см и дала направление на оперативное лечение.

Больная правильного телосложения, нормального питания, кожа и слизистые розовые. Молочные железы небольшого объема без уплотнений, ареолы чистые, из молочных ходов выделений нет. Со стороны внутренних органов без патологии. Пульс 70 уд/мин, АД- 100/70 мм рт.ст. Гинекологическое исследование: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение лобка по женскому типу. При осмотре шейки матки с помощью зеркал обнаружено: шейка матки рубцово изменена, наружный зев закрыт. Бимануально: шейка матки плотная. Матка нормальных размеров и консистенции, подвижная и безболезненная. Слева и несколько кзади от матки определяется гладкостенное образование туго-эластической консистенции, округлой формы, диаметром

7-8 см, пальпация безболезненная, подвижность хорошая. Справа придатки матки не пальпируются. Выделения слизистые, скудные.

При экстренном исследовании в общей гемограмме отклонений от нормы не выявлено. Температура тела 36,7°C.

1. Каков окончательный диагноз и лечение?

48. Задача.

Больная И., 46 лет, поступила с жалобами на быстрое увеличение живота, слабость.

Менструации с 14 лет, через 22 дня, по 6-7 дней. В течение 1-ых 3 лет от начала были нарушения менструальной функции с периодическими задержками менструации до 2-3 недель. Имела 4 беременности, 2 - срочные роды и 2 медаборта. Считает себя больной около года, когда впервые стала отмечать слабость. Обращалась к участковому терапевту, но ничего не находили. В течение 6 месяцев стала отмечать постепенное увеличение объема живота. Неделю назад по поводу ОРВИ, с повышением температуры, вызвала врача на дом, который при пальпации живота обнаружил наличие опухоли больших размеров. Больная повышенного питания, кожа и слизистые обычной окраски. Пульс 70 уд/мин, АД- 140/90 мм рт.ст. В легких без патологии. При пальпации в брюшной полости определяется опухоль неправильной формы, верхний полюс которой достигает середины расстояния между пупком и мечевидным отростком. Подвижность опухоли ограничена из-за размера, пальпация слегка болезненная, поверхность крупноузловая, гладкая. Создается впечатление о наличии в животе небольшого количества свободной жидкости. Гинекологическое исследование: наружные половые органы сформированы неправильно (малые половые губы не прикрываются большими). Оволосение лобка по смешанному типу. В зеркалах обнаружено: складчатость влагалища выражена умеренно, шейка со следами послеродовых разрывов. Бимануально: задний влагалищный свод слегка выбухает, безболезненный, симптом зыбления слабо «+». Матка небольших размеров, отеснена к крестцовой впадине опухолью, уходящей за пределы таза. Поверхность опухоли крупноузловая, консистенция неоднородная. Отдельно придатки пропальпировать не удалось. Выделения молочно-белого цвета, скудные. При ректо-вагинально-брюшностеночном исследовании инфильтрации параметриев не выявлено.

1. Какой объем операции будет радикальным при злокачественном характере опухоли?

49. Задача.

Больная П., 33 лет поступила с жалобами на резкие боли в левой подвздошно-паховой области, тошноту. Анамнез без особенностей.

Менархе с 12 лет, по 4-5 дней, умеренные и безболезненные. Последняя менструация закончилась 3 дня назад. Была 1 беременность – завершилась срочными родами. В последующие годы в качестве контрацепции использует внутриматочный контрацептив. Год назад при профилактическом осмотре была выявлена киста левого яичника диаметром 5 см. Предлагали оперативное лечение от которого она отказалась. Накануне вечером, после резкого движения внезапно почувствовала сильную боль в левой подвздошно-паховой области. Боли никуда не иррадиировали и в начале носили распирающий характер. Держала холод на животе, что повлекло за собой некоторое стихание болевых ощущений. Под утро боли снова усилились, появилась тошнота, но рвоты не было. По скорой помощи была доставлена в стационар. Женщина лежит на кушетке в вынужденном положении на левом боку с приведенными ногами. Кожа и слизистые умеренно бледные. Пульс 100 уд/мин, АД- 100/70 мм рт. ст. Тоны сердца

чистые. В легких без патологии. Живот не вздут. При его пальпации определяется локальный мышечный дефанс в левой подвздошно-паховой области и слабо «+» симптом Блюмберга-Щеткина. Гинекологическое исследование: оволосение лобка по женскому типу. В зеркалах : слизистая влагалища и шейки матки чистые, выделения молочно-белого цвета, скудные. Влагалищное исследование: шейка матки плотная, наружный зев закрыт, тело матки нормальных размеров, плотное, смещено в правую сторону и несколько кзади округлым образованием неоднородной консистенции, располагающимся слева и спереди от нее. Поверхность опухоли гладкая, диаметр около 8 см, пальпация резко болезненная. Справа придатки не пальпируются.

1. Следует ли длительно наблюдать больную или она нуждается в экстренной хирургической помощи?
2. Как Вы сформулируете окончательный диагноз и показания к операции?

50. Задача.

Больная И., 59 лет, поступила по поводу 2-х сторонних опухолей яичников. Жалобы на слабость, недомогание и значительное увеличение объема живота за последние 2 месяца.

В анамнезе: воспаление придатков матки с частыми обострениями (лечение в стационаре). Менструации с 16 лет, через 28 дней, по 3-5 дней, умеренные и безболезненные. Постменопауза 10 лет. Было 3 беременности, 2 - родов. 1 медаборт, который осложнился повторным выскабливанием и двусторонним воспалением придатков матки. Считает себя больной в течение 3 месяцев, когда стала отмечать слабость, чувство тяжести внизу живота и ноющие боли в пояснично-крестцовой области. 2 месяца назад отметила увеличение живота, но сразу к врачу не обратилась. При посещении женской консультации за неделю до поступления в стационар были выявлены двусторонние опухоли яичников небольших размеров. Кожа и слизистые умеренно бледны. Тоны сердца чистые, шумов нет, небольшой акцент 2 тона на аорте, пульс 68 уд/мин, АД-145/80 мм рт.ст. В легких без патологии. Живот мягкий, увеличен в объеме, безболезненный, отчетливо определяется свободная жидкость в животе. Гинекологическое исследование: Слизистая преддверия влагалища бледнорозовой окраски. В зеркалах: шейка чистая, своды влагалища глубокие. Влагалищно-ректально-брюшностеночное исследование: шейка плотная, смещаемость ее ограничена. Матка маленькая, плотная, смещена к лонному сочленению двусторонними опухолями бугристого строения, выполняющими задний дугласов карман, пальпация их почти безболезненная, величина каждой из них не превышает размеров мужского кулака. Слизистая оболочка прямой кишки над опухолями подвижная, инфильтратов в параметриях не выявлено. Выделения –скудные бели. Нв- 106 г/л, Л- $8,8 \times 10^9$ без сдвига в лейкоцитарной формуле: СОЭ- 27мм/час. Анализ мочи без отклонений.

1. Сформулируйте показания к операции и определите ее объем, если при цитологическом исследовании асцитической жидкости будут выявлены клетки цilioэпителиальной пролиферирующей опухоли яичника?

51. Задача.

Больная Х., 49 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на периодические боли в различных отделах живота, средней интенсивности, без иррадиации. Наиболее часто боли локализуются в левой подвздошно-паховой области, изредка появляется недомогание и слабость.

Менархе с 13 лет, через 24 дня, по 4-5 дней, умеренные и безболезненные. Было 4 беременности: 1 - срочные роды, вторая - самопроизвольный выкидыш (срок 14 недель), и еще 2 медаборта (6 и 11 недель). Последний осложнился воспалением придатков матки. Менопауза в течение 2 лет. Считает себя больной около года, когда впервые стали появляться периодические боли в различных отделах живота, чаще локализовались в левой подвздошно-паховой области. Состояние больной удовлетворительное, температура тела 36,4⁰С, кожа и слизистые розовые. Молочные железы без патологии. Тоны сердца ясные, ритм правильный, пульс 84 уд/мин, АД-130/75. В легких без патологии. Живот дряблый с полосами растяжения. Печень и селезенка не пальпируются. Почки без патологии. Гинекологическое исследование: лобковое оволосение по женскому типу. Половая щель слегка зияет. При натуживании опущения стенок влагалища нет. В зеркалах шейка чистая, наружный зев закрыт, своды влагалища глубокие. Ректо-вагинально-брюшностеночное исследование: шейка плотная, легко смещается. Матка в антефлексию, плотная, в размерах не увеличена. Справа придатки матки не пальпируются, слева - умеренно болезненный, плотный на ощупь яичник, размерами 4,5 x 4x3,5 см. Инфильтратов в параметриях нет, слизистая прямой кишки гладкая. Создается впечатление о наличии асцита («+» симптом зыбления). Выделения серозные, скудные. Проведено УЗИ: матка 48x42x40 мм, М-Эхо-3 мм, правый яичник- 27x24x19 мм, левый - солидного строения с единичными жидкостными полостями диаметром 3-5 мм, общий размер его 51x46x42 мм. В дугласовом пространстве около 50 мл жидкости.

1. Какой объем хирургической помощи должен быть выполнен больной со злокачественной опухолью яичника?

52. Задача.

Больная И., 14 лет, поступила с жалобами на кровотечение из влагалища, продолжающееся в течение месяца.

Впервые менструация была 3 месяца назад, умеренно болезненная, продолжалась в течение 12 дней. Последующие 2 месяца менструаций не было и самочувствие было хорошим. Начавшаяся месяц назад выделения в первые дни были скудными, безболезненными. После лыжного кросса почувствовала себя плохо из-за резкого усиления кровотечения из влагалища. Пила таблетки викасол, но улучшения не наступило. Кровотечение с периодическими усилениями продолжалось около месяца. Стала отмечать слабость, мелькание мушек перед глазами. На уроке физкультуры упала в обморок. Была вызвана бригада скорой помощи и девочка доставлена в стационар. Девочка инфантильного телосложения, пониженного питания, кожа и слизистые бледные. Молочные железы в начальной стадии развития, ореолы шириной около 2 см, бледно-розовые, соски маленькие. Тоны сердца громкие, небольшой систолический шум на верхушке. Ритм правильный, АД- 100/60 мм рт.ст. В легких без патологии. Язык влажный, обложен у корня беловатым налетом. Миндалины с обеих сторон значительно увеличены в объеме, не гиперемированы. Живот мягкий, безболезненный. Гинекологическое исследование: малые половые губы не прикрываются большими, половое оволосение умеренное (подмышечное отсутствует). Слизистая преддверия влагалища бледная, девственная плева полулунной формы не нарушена. При ректальном исследовании обнаружено: матка в антефлексию, маленьких размеров, мягковатой консистенции, подвижная и безболезненная. Яичники с обеих сторон увеличены в размерах, уплотнены, поверхность их гладкая, пальпация безболезненная. Выделения из влагалища кровяные, скудные. В гемограмме: Нв-75 г/л, Л-8,7x 10⁹ (э-2, п-2, с-74, л-18, м-4); Эр-2,1x10¹², гипохромия, анизоцитоз, пойкилоцитоз; Тр-150000, СОЭ-34 мм/час, анализ мочи -без отклонений.

1. С чего Вы начнете лечение пациентки?
2. Нуждается ли она в переливании крови?

53. Задача.

Больная Р., 34 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу длительного кровотечения из влагалища, начавшегося после двухмесячной задержки менструации. При осмотре: было высказано предположение о спонтанном прерывании беременности малого срока и дано направление в стационар.

Менструации с 12 лет, через 29 дней, по 4-6 дней, умеренные и болезненные в первый день. Последняя менструация 2 месяца назад. Было 3 беременности. Первая - срочные роды, вторая - медаборт (срок 7 недель), третья - самопроизвольный выкидыш в сроке 11 недель. После выкидыша контрацепцию не применяла, 2 раза использовала тест на беременность – «-». Кровотечение началось внезапно и без болей. В начале кровотечения из влагалища выделялись кусочки белесоватой ткани; количество крови было умеренным. В связи с тем, что кровотечение продолжалось больше 8 дней, она обратилась к врачу. Больная правильного телосложения, хорошего питания, кожа слизистые розовые. Молочные железы без особенностей. Патологии со стороны сердечно-сосудистой системы и легких не выявлено. Пульс 80 уд/мин, АД- 125/70 мм рт. ст. Язык влажный, не обложен, живот мягкий, безболезненный.

Гинекологическое исследование: оволосение по женскому типу обильное. Слизистая преддверия влагалища розовой окраски. В зеркалах: слизистая чистая, складчатость влагалища выражена хорошо. Наружный зев округлой формы и заполнен прозрачной слизью. По задней стенке цервикального канала видна струйка алой крови. Бимануально: шейка и тело матки плотной консистенции, матка несколько увеличена в размере. Слева придатки матки не пальпируются, справа - яичник плотный, с неровной поверхностью и слегка увеличен в размере, но пальпация безболезненная.

1. Если при морфологическом исследовании слизистой полости матки будет выявлена железисто-кистозная гиперплазия, какое лечение Вы порекомендуете больной?

54. Задача.

Больная Л., 56 лет, направлена в стационар по поводу кровяных выделений из влагалища, появившихся через 8 лет после наступления менопаузы, длительное нагрубание молочных желез и болезненное прикосновение к соскам.

В 34 г. оперирована по поводу перекрута ножки дермоидной опухоли правого яичника. Менархе с 12,5 лет, через 30 дней, по 4-5 дней, умеренные и безболезненные. Было 6 беременностей, 2 - роды, 4 - медаборты (до 12 недель). Примерно 6 месяцев назад отметила нагрубание молочных желез и болезненное прикосновение к соскам, усилилось половое влечение. Последующие месяцы указанные симптомы усиливались, появились кровяные выделения из влагалища, что и заставило ее обратиться к врачу. УЗИ: спаечный процесс в малом тазе, увеличение размеров матки до 5 недельной беременности. М-ЭХО – 17 мм, левый яичник размерами 6x5x3,5 см плотной эхоструктуры. Поставлен диагноз: Опухоль левого яичника, гиперплазия эндометрия. На коже передней брюшной стенки надлобковый поперечный рубец. Молочные железы умеренно нагрубшие, без локальных уплотнений, пальпация сосков умеренно болезненная, выделений из молочных ходов нет. Со стороны внутренних органов без патологии. Пульс 76 уд/мин, АД- 140/85 мм рт. ст. Гинекологическое исследование: оволосение по женскому типу. В зеркалах - слизистая шейки чистая, из её канала выделяется алая кровь. При ректо-вагинально-брюшностеночном исследовании: матка плотной консистенции увеличена до 5-6

недельной беременности, безболезненная, подвижность ограничена. Справа придатки не пальпируются; слева, у ребра матки определяется овоидной формы образование, размерами 7х6х4 см, плотноэластической консистенции, с неровной поверхностью, безболезненное. Выделения слизистые. Слизистая прямой кишки с образованием не связана.

1. Есть ли необходимость в выполнении раздельного диагностического выскабливания?

2. Показано ли больной оперативное лечение? Если да, то какой его объем?

55. Задача.

Больная Г., 57 лет, поступила с жалобами на кровяные выделения из влагалища внезапно появившиеся в постменопаузе. Анамнез без особенностей.

Наследственность отягощена – мать умерла от рака молочной железы. Менструации с 15 лет, по 3-5 дней, через 30 дней, обильные, безболезненные. Менопауза в 49 лет. Было 4 беременности. Из них: физиологические роды – 1, медаборты без видимых осложнений – 3. Последний аборт в возрасте 43 лет. Симптомов климактерического синдрома не отмечала и чувствовала себя хорошо до настоящего поступления в стационар. Кровяные выделения из влагалища появились внезапно. Молочные железы большого объема, без патологических уплотнений, отделяемого из молочных ходов нет. Со стороны сердечно-сосудистой системы: тоны сердца приглушены, шумов нет. Пульс 82 уд/мин, АД-180/90. Живот увеличен в объеме за счет обилия подкожно-жировой клетчатке, пальпация его безболезненная; свободная жидкость в животе не определяется. Печень и селезенка не пальпируются. Почки без патологии. Гинекологическое исследование: оволосение по женскому типу. Слизистая преддверия влагалища розовой окраски, половая щель слегка зияет. В зеркалах: шейка со следами послеродовых разрывов, чистая, наружный маточный зев закрыт. Бимануально: шейка плотная, своды влагалища глубокие, перемещения за шейку матки безболезненные. Матка плотной консистенции, слегка отклонена кзади и несколько увеличена в размерах. Поверхность органа гладкая, пальпация безболезненная. Придатки матки пропальпировать не удалось. Выделения кровяные, яркие, в умеренном количестве.

1. Если при морфологическом исследовании соскоба из полости матки будет выявлен аденоматозный полип с участком некроза и лейкоцитарной инфильтрацией, то какую тактику Вы выберете?

56. Задача.

Больная С., 50 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на частые приливы жара к лицу, шее и груди, повышенную потливость, головные боли, сердцебиения и боли в области сердца, почти постоянное чувство тревоги, резкое снижение трудоспособности. Анамнез без особенностей.

Менструации с 11,5 лет, через 28 дней, по 5-6 дней, умеренные и безболезненные. Последние 7 месяцев менструации стали путаться с тенденцией к задержке на 3-4 недели, увеличилось количество теряемой крови. Было 5 беременностей, три - роды, 1-медаборт в сроке 7 недель, последняя - самопроизвольный выкидышем раннего срока. Считает себя больной в течение 1,5 лет, когда впервые появились приливы и периодические покалывающие боли в области сердца. Участковый терапевт ставил диагноз: стенокардия напряжения. Принимала нитраты, но улучшения не было. Постепенно частота приливов увеличилась до 15-18 в сутки, присоединилась потливость, слабость, участились головные боли, появилась раздражительность, усилились боли в области сердца и снизилась

трудоспособность. Повторное обращение к терапевту и назначенное лечение без эффекта. Врач рекомендовала консультацию гинеколога. Женщина гиперстенического телосложения, повышенного питания. Молочные железы без патологии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс- 88 уд/мин, АД-160/90 мм рт.ст. В легких без патологии. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Гинекологическое исследование: оволосение по женскому типу, половая щель слегка зияет при натуживании, слизистая преддверия влажлища розовой окраски. В зеркалах: обнаружено: на шейке матки старые послеродовые рубцы, наружный зев закрыт. Бимануально: отчетливо пропальпировать матку и придатки не представилось возможным из-за обилия подкожно-жировой клетчатки. Выделения светлые.

1. Наметьте алгоритм лечения пациентки?

ПК-1

Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

Контрольные вопросы для индивидуального собеседования.

1. Самопроизвольный аборт в 1 триместре беременности. Лечение.
2. Внематочная беременность. Лечение.
3. Миома матки. Лечение осложнений.
4. Лихорадящий аборт. Принципы лечения.
5. Септический аборт, обусловленный банальной микрофлорой. Лечение.
6. Ретенционные кисты яичников. Лечение при их осложнении.
7. Шеечная беременность. Методы лечения.
8. Рак шейки матки. Методы лечения осложнений.
9. Субмукозная миома матки. Лечение.
10. Муцинозные опухоли яичников. Лечение при их осложнении.
11. Серозно-папиллярные опухоли яичников. Лечение при их осложнении.
12. Простая серозная опухоль яичника. Лечение при их осложнении.
13. Ювенильные маточные кровотечения. Лечение.
14. Бартолинит. Лечение.
15. Апоплексия яичника. Лечение.
16. Дисфункциональные маточные кровотечения репродуктивного периода. Лечение.
17. Перекрут ножки опухоли яичника. Лечение.
18. Дисфункциональные маточные кровотечения в пременопаузальном периоде. Лечение.
19. Гиперпластические процессы эндометрия. Лечение осложнений.
20. Гематометра и гематокольпос. Методы лечения.
21. Эндометриоз яичников. Лечение осложнений.
22. Дисменорея. Лечение.
23. Кровотечения в пери- и постменопаузе. Лечение.
24. Заболевания бартолиновой железы (абсцесс, киста). Тактика лечения.
25. Дисфункциональные (овуляторные) маточные кровотечения. Лечение.
26. Нарушение кровоснабжения миоматозного узла. Врачебная тактика.
27. Перфоративный пиосальпинкс. Лечение.
28. Рождающийся миоматозный узел. Лечение.
29. Пельвиоперитонит. Лечение. Показания к хирургическому лечению.

30. Лечение угрожающего выкидыша.
31. Анаэробная инфекция внутренних половых органов. Лечение.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

Контрольные вопросы для индивидуального собеседования.

1. Алгоритм лечения при ювенильных маточных кровотечениях.
2. Апоплексия яичника. Лечение.
3. Дисфункциональные маточные кровотечения репродуктивного периода. Лечение.
4. Врачебная тактика при нарушении кровоснабжения миоматозного узла.
5. Перекрут ножки опухоли яичника. Лечение.
6. Оказание неотложной помощи при кровотечениях в пери- и постменопаузе.
7. Дисфункциональные маточные кровотечения в пременопаузальном периоде. Лечение.
8. Рак шейки матки. Методы лечения осложнений.
9. Самопроизвольный аборт в 1 триместре беременности. Лечение.
10. Внематочная беременность. Лечение.
11. Лечение осложнений миомы матки.
12. Лечение дисменореи.
13. Тактика лечения при острых заболеваниях бартолиновой железы.
14. Принципы лечения лихорадящего аборта.
15. Субмукозная миома матки. Лечение.
16. Лечение осложнений эндометриоза яичников.
17. Дисфункциональные (овуляторные) маточные кровотечения. Лечение.
18. Перфоративный пиосальпинкс. Лечение.
19. Методы лечения шеечной беременности.
20. Бартолинит. Лечение.
21. Гематометра и гематокольпос. Методы неотложного оказания помощи.
22. Лечение угрожающего выкидыша.
23. Рождающийся миоматозный узел. Лечение.
24. Пельвиоперитонит. Показания к хирургическому лечению.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

1. Задача.

Больная К., 37 лет доставлена в горбольницу с жалобами на резкие боли внизу живота, озноб, головную боль, слабость и повышение температуры до 38-39⁰. Гинекологические заболевания: год назад остатки плодного яйца после мед.аборта, эндометрит и воспаление придатков. Менструации с 12 лет, через 30 дней, по 3-4 дня, умеренные и безболезненные. Последняя менструация 2 недели назад. Имела 5 беременностей: роды – 1, искусственных абортов- 3 /без осложнений/, самопроизвольный аборт (6 лет назад) - 1 в сроке 10 недель /осложнился повторным выскабливанием полости матки и последующим развитием эндометрита и сальпингоофорита/. Обострение процесса наблюдалось ежегодно, лечилась амбулаторно тем же, что назначалось в стационаре. Заболела несколько дней назад после переохлаждения, появились постоянные боли внизу живота, температура повысилась до 38⁰, озноб. Состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые розовые. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, 88 уд/мин., АД – 110/70 мм рт.ст, Т- 37,60. Молочные железы мягкие. Отделяемого из сосков нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот не вздут,

равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации в нижних отделах – слабовыраженный мышечный дефанс /больше слева/, симптомов раздражения брюшины нет.

Гинекологическое исследование: в зеркалах - шейка цилиндрической формы, плотная, из наружного зева гнойные выделения. Перемещение шейки резко болезненное. Тело матки нормальных размеров, плотное, слегка смещено вправо и ограничено в подвижности. Поверхность ее гладкая, при пальпации легкая болезненность. Правые придатки не пальпируются. Слева и кзади от матки - неподвижное болезненное образование неправильной продолговатой формы, неоднородной консистенции, размерами примерно 9x4x4 см, слегка выпячивающее левый свод влагалища.

1. Окончательный диагноз и лечение.

2. Задача.

Больная Т., 31 года поступила в гинекологическое отделение с жалобами на высокую температуру, слабость и боли внизу живота.

Менструации с 12 лет, через 26 дней, по 5 дней, в умеренном количестве, безболезненные. Последняя нормальная менструация 2,5 месяца назад. Замужем с 22 лет. Было 4 беременности, 2 из которых завершились нормальными родами без осложнений и 2 –мед.аборта без осложнений. Последний из них был выполнен 8 дней назад. Выписана из стационара в удовлетворительном состоянии на следующий день.

При поступлении состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые розовые. Пульс ритмичный 92 уд. в мин., АД – 120/70. Температура тела 38,2⁰С. Молочные железы без уплотнений, отделяемого из молочных ходов нет. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом у корня. Живот мягкий, равномерно участвует в дыхании, слегка болезненный над лоном, где определяется дно матки. Печень и селезенка не пальпируются. Симптомы раздражения брюшины нет.

Гинекологическое исследование: лобковое оволосение по женскому типу, слизистая преддверия влагалища розовая. При осмотре с помощью зеркал шейка матки чистая, из канала шейки матки умеренные кровяные выделения темного цвета и мелкими свертками. Бимануально: влагалище рожавшей женщины, шейка матки рубцово изменена, плотная, наружный зев шейки матки пропускает кончик пальца. Тело матки увеличено соответственно 8-9 недельной беременности, шаровидной формы, плотной консистенции и слегка болезненное при пальпации, влагалищные своды глубокие, придатки не пальпируются.

В общей гемограмме: Нв- 118 г/л, Л- 8,6 x 10⁹ / без сдвига в лейкоцитарной формуле, СОЭ-21мм/ч.

1. Программа лечения, есть ли необходимость в проведении инфузионной терапии?

3. Задача.

Больная В., 39 лет, поступила с жалобами на боль внизу живота с иррадиацией в поясницу, повышение температуры до 38⁰С. Менархе с 16 лет, через 27 дней, по 6 дней, умеренные и безболезненные. Последняя нормальная менструация была 12 дней назад. Контрацепцию не применяла, но беременностей не было. Муж обследовался – здоров. Считает себя больной с момента начала половой жизни, когда остро заболела воспалением придатков. Лечилась в стационаре. Болезнь неоднократно обострялась, после госпитализации дважды производили пункцию брюшной полости через задний свод влагалища. При получении гноя в брюшную полость вводили антибиотики и продолжали консервативное лечение. После менструации и переохлаждения появились резкие боли

внизу живота с иррадиацией в поясницу, головная боль, повышение температуры до 38,5⁰, озноб.

Состояние средней тяжести. Кожа и слизистые розовые. Пульс ритмичный 104 уд/мин, АД – 120/75 мм рт.ст., Т- 39,5⁰. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания, над лоном умеренно напряжен, болезненный при пальпации. Симптом Блюмберга – Щеткина (+). Гинекологическое исследование: При исследовании с помощью зеркал - из канала шейки гнойные выделения без запаха. Бимануально: тело матки и левые ее придатки не пальпируются из-за резкой болезненности. Справа и кзади от матки определяется нижний полюс резкоболезненного образования с нечеткими границами, размерами примерно 12x7x6 см, плотной консистенции с неровной поверхностью, почти неподвижное. Анализ крови: Нв- 118г/л, Л- 13,5x10⁹, СОЭ – 24 мм/час. Произведена пункция пальпируемого за маткой образования через задний свод влагалища и получено 20 мл жидкого, зловонного гноя желто-серого цвета. Больной назначена комплексная консервативная терапия (лед на низ живота, антибиотики, десенсибилизирующая и дезинтоксикационная терапия, обезболивающие средства).

1. Как оцениваете избранную тактику?

4. Задача.

Больная Ж., 26 лет, поступила с жалобами на резкие боли внизу живота, озноб, слабость, тошноту, температуру.

Менархе с 14 лет, через 26 дней, по 5 дней, умеренные и безболезненные. Последняя менструация неделю назад в срок. Было 3 беременности, 1-ая из которых закончилась срочными родами, 2 последующие – мед.абортами (8 и 11 недель). Последний осложнился острым воспалением придатков матки.

Больна в течение 2 недель, когда после переохлаждения стала отмечать боли внизу живота и слизисто-гнойные выделения из влагалища. Эти явления усилились после менструации, отмечала повышение температуры до 37,6⁰, слабость. Резкое ухудшение наступило 2 дня назад, когда боли приняли резкий характер, появился озноб, температура 39,1⁰. Хирургом диагноз острого аппендицита отвергнут.

Состояние средней тяжести, температура 39⁰. Кожа сухая. Пульс – 112 уд/мин, АД- 120/80 мм рт.ст. В легких без патологии. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут. При пальпациях во всех отделах определяется резкая болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки и симптом Блюмберга-Щеткина (особенно в нижнем отделе). Дизурических явлений нет. Гинекологическое исследование: лобковое оволосение по женскому типу; слизистая преддверия влагалища гиперемирована и особенно вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала. В зеркалах – во влагалище гнойный экссудат, с неприятным запахом. Шейка отечная, вокруг наружного зева гиперемия, из канала шейки слизисто-гнойные выделения зеленоватого цвета. Бимануально: пропальпировать матку и придатки невозможно из-за резкой болезненности и напряжения передней брюшной стенки. Анализ крови: Нв – 120г/л, Л- 16,8x10⁹, СОЭ – 15 мм/час.

1. Ваша тактика.

5. Задача.

Больная И., 40 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу кровотечения из влагалища, начавшееся после задержки менструации на 9 недель.

Менархе с 14 лет, по 4-5 дней, через 28 дней. Было 4 беременности, 2 - срочные роды, а еще 2 – медаборты (9 и 10 недель). По поводу задержки менструации думала, что наступила беременность, т.к. последние 6 месяцев контрацепции не применяла. Планировала искусственный аборт. Кровотечение из влагалища началось после нервного потрясения.

Состояние удовлетворительное. Со стороны органов и систем врач женской консультации отклонений не нашла. Гинекологическое исследование: лобковое оволосение по смешанному типу. При осмотре в зеркалах – шейка матки чистая, наружный зев ее слегка округлен, из цервикального канала стекает струйка темной крови. Бимануально: шейка матки плотная, тело матки находится в нормальном положении, слегка увеличено, округлой формы, плотной консистенции, безболезненное. Придатки матки не пальпируются и область их безболезненная. Своды влагалища глубокие. Выделения кровяные, умеренные с мелкими свертками.

Врач женской консультации поставила диагноз: Нарушение менструального цикла и назначила ей симптоматическую терапию (сокращающие матку средства и в/в 10% кальция хлорид).

1. Ваша тактика.

6. Задача.

Больная Т., 37 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные менструации в течение последнего года.

Менструации с 12 лет, через 21 день, по 7 дней, умеренные и безболезненные. Последний год менструации стали обильными, длительностью по 7-10 дней. Стала отмечать резкую слабость после ее окончания. Было 2 беременности – обе закончились искусственным медицинским абортom (срок 7 и 10 недель) без осложнений. Пять лет назад при УЗИ - выявлена миома матки, соответствующая величине 5 недельной беременности. Последний раз посетила гинеколога 5 месяцев назад и был отмечен рост миомы до срока 9 недельной беременности.

Состояние удовлетворительное кожа и слизистые бледные. Пульс 97 уд/мин, АД-120/80. Живот мягкий, безболезненный.

В гемограмме : Нв – 60 г/л, Эр – $1,3 \times 10^{12}$, гематокрит- 26, Л – $6,2 \times 10^9$, СОЭ – 23 мм/час.

Гинекологическое исследование: оволосение лобка по женскому типу. Слизистая преддверия влагалища бледная. При осмотре с помощью зеркал- шейка конической формы, чистая, наружный зев ее щелевидный, влагалищные своды глубокие. Бимануально : шейка плотная, наружный зев закрыт, матка плотная, увеличена до размеров 10-11 недельной беременности, округлой формы, подвижная и безболезненная, поверхность матки гладкая. Придатки матки не пальпируются. Выделения кровяные с мелкими свертками, обильные.

1. Если женщина будет направлена в стационар, то с чего следует начинать ее обследование и лечение?
2. Сформулируйте полный клинический диагноз и составьте план лечения больной.
3. Следует ли производить диагностическое выскабливание или можно ограничиться аспирационной биопсией эндометрия?

7. Задача.

Больная К., 27 лет, поступила с жалобами на умеренное кровотечение из влагалища, высокую температуру и схваткообразные боли внизу живота. Анамнез без особенностей. Менструации с 14 лет, через 30 дней, умеренные, по 5-6 дней, безболезненные. Последняя менструация 3,5 месяца назад. 1-ая беременность - срочные роды. 2-ая беременность в возрасте 25 - криминальный аборт (срок 16-17 недель). Считала себя беременной и хотела рожать. Неделю назад появились ноющие боли над лоном и в пояснично-крестцовой области, а день спустя – скудные кровяные выделения из влагалища. За день до поступления в стационар внезапно повысилась температура тела до 38,7⁰ и был сильный озноб. Температура держалась весь следующий день, а утром, на фоне усиления схваткообразных болей, из влагалища выпал сверток крови значительных размеров и усилилось кровотечение, что и заставило ее обратиться за помощью. При поступлении состояние удовлетворительное, кожа и слизистые с легким иктеричным оттенком и бледностью. Температура тела 39⁰. Пульс 126 уд/мин, АД- 100/50 мм рт. ст. Язык суховат, обложен желтоватым налетом. Живот при пальпации мягкий, слегка вздут. Печень определяется по краю реберной дуги, уплотнена, чувствительная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Почки без патологии. Перистальтика кишечника вялая и прослушивается с большим трудом. Тоны сердца приглушены. Дыхание в легких с жестковатым оттенком, 28 в минуту, единичные сухие хрипы в нижних отделах. Гинекологическое исследование : В зеркалах – шейка чистая, наружный зев щелевидной формы, выделения сукровично-гнойные с гнилостным запахом, в умеренном количестве. Бимануально: шейка размягчена, наружный ее зев пропускает кончик пальца; влагалищные своды глубокие. Матка находится в положении антефлексио, мягкой консистенции, умеренно болезненная, увеличена соответственно 10-11 недельной беременности, придатки не пальпируются. Анализ крови: Нв – 85 г/л, Эр. – 2,1x 10¹², Л – 14,3x10⁹ / П – 15, С – 72, Л-7, М-6, СОЭ – 34 мм/час.

1. Ваша тактика ведения данной больной?

8. Задача.

Больная Г., 57 лет, поступила с жалобами на кровяные выделения из влагалища внезапно появившиеся в постменопаузе. Анамнез без особенностей.

Наследственность отягощена – мать умерла от рака молочной железы. Менструации с 15 лет, по 3-5 дней, через 30 дней, обильные, безболезненные. Менопауза в 49 лет. Было 4 беременности. Из них: физиологические роды – 1, медаборты без видимых осложнений – 3. Последний аборт в возрасте 43 лет. Симптомов климактерического синдрома не отмечала и чувствовала себя хорошо до настоящего поступления в стационар. Кровяные выделения из влагалища появились внезапно. Молочные железы большого объема, без патологических уплотнений, отделяемого из молочных ходов нет. Со стороны сердечно-сосудистой системы: тоны сердца приглушены, шумов нет. Пульс 82 уд/мин, АД- 180/90. Живот увеличен в объеме за счет обилия подкожно-жировой клетчатке, пальпация его безболезненная; свободная жидкость в животе не определяется. Печень и селезенка не пальпируются. Почки без патологии. Гинекологическое исследование: оволосение по женскому типу. Слизистая преддверия влагалища розовой окраски, половая щель слегка зияет. В зеркалах: шейка со следами послеродовых разрывов, чистая, наружный маточный зев закрыт. Бимануально: шейка плотная, своды влагалища глубокие, перемещения за шейку матки безболезненные. Матка плотной консистенции, слегка отклонена кзади и несколько увеличена в размерах. Поверхность органа гладкая, пальпация безболезненная. Придатки матки пропальпировать не удалось. Выделения кровяные, яркие, в умеренном количестве.

1. Если при морфологическом исследовании соскоба из полости матки будет выявлен аденоматозный полип с участком некроза и лейкоцитарной инфильтрацией, то какую тактику Вы выберете?

9. Задача.

Больная П., 33 лет поступила с жалобами на резкие боли в левой подвздошно-паховой области, тошноту. Анамнез без особенностей.

Менархе с 12 лет, по 4-5 дней, умеренные и безболезненные. Последняя менструация закончилась 3 дня назад. Была 1 беременность – завершилась срочными родами. В последующие годы в качестве контрацепции использует внутриматочный контрацептив. Год назад при профилактическом осмотре была выявлена киста левого яичника диаметром 5 см. Предлагали оперативное лечение от которого она отказалась. Накануне вечером, после резкого движения внезапно почувствовала сильную боль в левой подвздошно-паховой области. Боли никуда не иррадиировали и в начале носили распирающий характер. Держала холод на животе, что повлекло за собой некоторое стихание болевых ощущений. Под утро боли снова усилились, появилась тошнота, но рвоты не было. По скорой помощи была доставлена в стационар. Женщина лежит на кушетке в вынужденном положении на левом боку с приведенными ногами. Кожа и слизистые умеренно бледные. Пульс 100 уд/мин, АД- 100/70 мм рт. ст. Тоны сердца чистые. В легких без патологии. Живот не вздут. При его пальпации определяется локальный мышечный дефанс в левой подвздошно-паховой области и слабо «+» симптом Блюмберга-Щеткина. Гинекологическое исследование: оволосение лобка по женскому типу. В зеркалах : слизистая влагалища и шейки матки чистые, выделения молочно-белого цвета, скудные. Влагалищное исследование: шейка матки плотная, наружный зев закрыт, тело матки нормальных размеров, плотное, смещено в правую сторону и несколько кзади округлым образованием неоднородной консистенции, располагающимся слева и спереди от нее. Поверхность опухоли гладкая, диаметр около 8 см, пальпация резко болезненная. Справа придатки не пальпируются.

1. Следует ли длительно наблюдать больную или она нуждается в экстренной хирургической помощи?

2. Как Вы сформулируете окончательный диагноз и показания к операции?

10. Задача.

Больная И., 14 лет, поступила с жалобами на кровотечение из влагалища, продолжающееся в течение месяца.

Впервые менструация была 3 месяца назад, умеренно болезненная, продолжалась в течение 12 дней. Последующие 2 месяца менструаций не было и самочувствие было хорошим. Начавшаяся месяц назад выделения в первые дни были скудными, безболезненными. После лыжного кросса почувствовала себя плохо из-за резкого усиления кровотечения из влагалища. Пила таблетки викасол, но улучшения не наступило. Кровотечение с периодическими усилениями продолжалось около месяца. Стала отмечать слабость, мелькание мушек перед глазами. На уроке физкультуры упала в обморок. Была вызвана бригада скорой помощи и девочка доставлена в стационар. Девочка инфантильного телосложения, пониженного питания, кожа и слизистые бледные. Молочные железы в начальной стадии развития, ореолы шириной около 2 см, бледно-розовые, соски маленькие. Тоны сердца громкие, небольшой систолический шум на верхушке. Ритм правильный, АД- 100/60 мм рт.ст. В легких без патологии. Язык влажный, обложен у корня беловатым налетом. Миндалины с обеих сторон значительно увеличены

в объеме, не гиперемированы. Живот мягкий, безболезненный. Гинекологическое исследование: малые половые губы не прикрываются большими, половое оволосение умеренное (подмышечное отсутствует). Слизистая преддверия влагалища бледная, девственная плева полулунной формы не нарушена. При ректальном исследовании обнаружено: матка в антефлексию, маленьких размеров, мягковатой консистенции, подвижная и безболезненная. Яичники с обеих сторон увеличены в размерах, уплотнены, поверхность их гладкая, пальпация безболезненная. Выделения из влагалища кровяные, скудные. В гемограмме: Нв-75 г/л, Л-8,7х 10⁹ (э-2, п-2, с-74, л-18, м-4); Эр-2,1х10¹², гипохромия, анизоцитоз, пойкилоцитоз; Тр-150000, СОЭ-34 мм/час, анализ мочи – без отклонений.

1. С чего Вы начнете лечение пациентки?
2. Нуждается ли она в переливании крови?

11. Задача.

Больная Р., 34 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу длительного кровотечения из влагалища, начавшегося после двухмесячной задержки менструации. При осмотре: было высказано предположение о спонтанном прерывании беременности малого срока и дано направление в стационар.

Менструации с 12 лет, через 29 дней, по 4-6 дней, умеренные и болезненные в первый день. Последняя менструация 2 месяца назад. Было 3 беременности. Первая - срочные роды, вторая - медаборт (срок 7 недель), третья - самопроизвольный выкидыш в сроке 11 недель. После выкидыша контрацепцию не применяла, 2 раза использовала тест на беременность – «-». Кровотечение началось внезапно и без болей. В начале кровотечения из влагалища выделялись кусочки белесоватой ткани; количество крови было умеренным. В связи с тем, что кровотечение продолжалось больше 8 дней, она обратилась к врачу. Больная правильного телосложения, хорошего питания, кожа слизистые розовые. Молочные железы без особенностей. Патологии со стороны сердечно-сосудистой системы и легких не выявлено. Пульс 80 уд/мин, АД- 125/70 мм рт. ст. Язык влажный, не обложен, живот мягкий, безболезненный.

Гинекологическое исследование: оволосение по женскому типу обильное. Слизистая преддверия влагалища розовой окраски. В зеркалах: слизистая чистая, складчатость влагалища выражена хорошо. Наружный зев округлой формы и заполнен прозрачной слизью. По задней стенке цервикального канала видна струйка алой крови. Бимануально: шейка и тело матки плотной консистенции, матка несколько увеличена в размере. Слева придатки матки не пальпируются, справа - яичник плотный, с неровной поверхностью и слегка увеличен в размере, но пальпация безболезненная.

1. Если при морфологическом исследовании слизистой полости матки будет выявлена железисто-кистозная гиперплазия, какое лечение Вы порекомендуете больной?

12. Задача.

Больная Н., 27 лет, доставлена в стационар машиной скорой помощи с жалобами на резкие боли в животе, иррадиирующие во влагалище и прямую кишку, изредка боли отдают в правую ключицу, трудно дышать, тошнота и однократная рвота, не принесшая облегчения.

Менархе с 12 лет, через 29 дней, по 4-5 дней. Последняя менструация была 1,5 месяца. Была 1 беременность – криминальный аборт, осложнившийся воспалением придатков матки. Контрацептивов не применяла. 1-ая задержка менструации настоящая. Отмечала

избирательное отношение к пище и запахам, нагрубание молочных желез. Утром во время акта дефекации появились резкие боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку, холодный пот и слабость, однократная рвота. Вскоре боли стали иррадиировать в правую ключицу, затруднилось дыхание. Вызвана бригада скорой помощи, которая доставила женщину в стационар. Состояние средней тяжести, кожа и слизистые бледные. Молочные железы умеренно нагрубшие, в молочных ходах небольшое количество отделяемого мутного цвета. Пульс 118 уд/мин, АД- 90/70. Тоны сердца приглушены. Дыхание поверхностное, 28 в мин, хрипов нет. Живот вздут, имеется напряжение мышц передней брюшной стенки, «+» симптом Блюмберга-Щеткина во всех отделах. При перкуссии над всей поверхностью живота тимпанический звук с небольшими участками притупления. Аускультативно – единичные, слабой интенсивности кишечные шумы. Гинекологическое исследование: Слизистая преддверия влагалища бледнорозовой окраски. В зеркалах- шейка конической формы, наружный зев закрыт, выделения молочно-белого цвета. Бимануально: прикосновение к шейке резко болезненное, задний влагалищный свод выбухает, пропальпировать матку и придатки не представляется возможным из-за резкой болезненности.

1. Каковы лечение и условия для проведения реинфузии?

13. Задача.

Больная С., 23 лет, доставлена в отделение гинекологии машиной скорой помощи с жалобами на резкие боли внизу живота с иррадиацией во влагалище. Анамнез без особенностей.

Менструации с 14 лет, через 30 дней, по 3-5 дней. Очередную менструацию ожидала через 5 дней. Использует барьерный метод контрацепции. Заболевание началось после случайного падения на улице. Боли возникли в момент падения и некоторое время спустя стали иррадиировать во влагалище и область анального отверстия. Сознания не теряла. После приема анальгина боль не стихла, вызвала машину скорой медпомощи. Врач высказал предположение о возможности острого аппендицита и доставил пациентку в БСМП, где этот диагноз был отвергнут и рекомендована консультация гинеколога. В общей гемограмме: Нв- 110г/л, Эр- $3,8 \times 10^{12}$, Л- $4,6 \times 10^9$, СОЭ – 17 мм/час. Молочные железы слегка нагрубшие, без очаговой инфильтрации, цвет ореол светлокорицевого, отделяемое в молочных ходах отсутствует. Тоны сердца чистые, пульс 86 уд/мин, АД- 110/70. В легких без патологии. Живот мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в нижнем отделе, симптомов раздражения брюшины нет. T^0 тела при поступлении $36,7^0C$, базальная T - $37,4^0$. Гинекологическое исследование: лобковое оволосение по женскому типу, слизистая преддверия влагалища розовой окраски. В зеркалах – шейка конической формы, наружный зев закрыт, симптом зрачка – «-», влагалищные своды глубокие. Бимануально: шейка плотной консистенции, перемещения за нее болезненные, выбухания влагалищных сводов нет. Матка в антефлексию слегка больше нормы, мягковатой консистенции, безболезненная. Справа придатки матки не пальпируются, слева и несколько кзади от матки определяется овоидной формы, умеренно болезненное образование размерами 6x5x4 см, симптом зыбления заднего свода влагалища – отрицательный. Выделения молочно-белого цвета, скудные.

1. Какова лечебная тактика?

ПК-2

Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

1. Аменорея. Диагностика, дифференциальная диагностика.
2. Доброкачественные опухоли яичников. Диагностика, дифференциальная диагностика.
3. Функциональные кисты яичников. Классификация, диагностика.
4. Синдром поликистозных яичников(формы). Классификация, диагностика, дифференциальная диагностика.
5. Ювенильные маточные кровотечения. Классификация, диагностика.
6. Дисфункциональные маточные кровотечения. Классификация, диагностика.
7. Феминизирующие опухоли яичников. Диагностика. Клиника.
8. Рак шейки матки. Диагностика, клиника, профилактика.
9. Заболевания бартолиновой железы. Классификация, диагностика.
10. Апоплексия яичника. Диагностика, патогенез, клиника.
11. Острый сальпингоофорит. Диагностика, дифференциальная диагностика, клиника.
12. Внематочная беременность. Этиопатогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, клиника.
13. Хорионкарцинома. диагностика, клиника.
14. Метастатический рак яичников Классификация, диагностика.
15. Миома матки. Классификация, клиника.
16. Септический аборт, обусловленный банальной микрофлорой. Диагностика, дифференциальная диагностика.
17. Миома матки. Классификация, диагностика, дифференциальная диагностика.
18. Доброкачественная дисплазия молочных желез. Диагностика, дифференциальная диагностика.
19. Эндометриоз. Классификация, диагностика, дифференциальная диагностика.
20. Ановуляция. Диагностика, дифференциальная диагностика.
21. Предраковые заболевания шейки матки. Классификация, диагностика.
22. Инфекции половых путей. Классификация, диагностика, дифференциальная диагностика.
23. Предраковые заболевания эндометрия. Диагностика, дифференциальная диагностика.
24. Хламидийная инфекция половых органов. Диагностика, дифференциальная диагностика.
25. Урогенитальный трихомоноз. Диагностика, дифференциальная диагностика.
26. Урогенитальный микоплазмоз. Диагностика, дифференциальная диагностика.
27. Гонорея нижнего отдела мочеполовой системы. Диагностика, дифференциальная диагностика.
28. Предраковые заболевания эндометрия. Диагностика, дифференциальная диагностика.
29. Синдром поликистозных яичников. Диагностика, дифференциальная диагностика.
30. Гематометра и гематокольпос. Диагностика, дифференциальная диагностика.
31. Дисфункциональные маточные кровотечения. Классификация, диагностика, дифференциальная диагностика.
32. Несостоявшийся аборт. Диагностика.
33. Аномалии развития внутренних половых органов. Классификация, диагностика, дифференциальная диагностика.
34. Туберкулёз придатков матки. Диагностика, дифференциальная диагностика.
35. Пельвиоперитонит. Диагностика,
36. Дисменорея. Диагностика,

37. Адреногенитальный синдром.
38. Кровотечения в пери- и постменопаузе. С
39. Метаболический синдром у женщин репродуктивного возраста. Диагностика.
40. Посткастрационный синдром. Диагностика.
41. Параметрит. Диагностика.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

1. Задача.

Больная К., 27 лет, поступила с жалобами на умеренное кровотечение из влагалища, высокую температуру и схваткообразные боли внизу живота. Анамнез без особенностей. Менструации с 14 лет, через 30 дней, умеренные, по 5-6 дней, безболезненные. Последняя менструация 3,5 месяца назад. 1-ая беременность - срочные роды. 2-ая беременность в возрасте 25 - криминальный аборт (срок 16-17 недель). Считала себя беременной и хотела рожать. Неделю назад появились ноющие боли над лоном и в пояснично-крестцовой области, а день спустя – скудные кровяные выделения из влагалища. За день до поступления в стационар внезапно повысилась температура тела до 38,7⁰ и был сильный озноб. Температура держалась весь следующий день, а утром, на фоне усиления схваткообразных болей, из влагалища выпал сверток крови значительных размеров и усилилось кровотечение, что и заставило ее обратиться за помощью. При поступлении состояние удовлетворительное, кожа и слизистые с легким иктеричным оттенком и бледностью. Температура тела 39⁰. Пульс 126 уд/мин, АД- 100/50 мм рт. ст. Язык суховат, обложен желтоватым налетом. Живот при пальпации мягкий, слегка вздут. Печень определяется по краю реберной дуги, уплотнена, чувствительная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Почки без патологии. Перистальтика кишечника вялая и прослушивается с большим трудом. Тоны сердца приглушены. Дыхание в легких с жестковатым оттенком, 28 в минуту, единичные сухие хрипы в нижних отделах. Гинекологическое исследование : В зеркалах – шейка чистая, наружный зев щелевидной формы, выделения сукровично-гнойные с гнилостным запахом, в умеренном количестве. Бимануально: шейка размягчена, наружный ее зев пропускает кончик пальца; влагалищные своды глубокие. Матка находится в положении антефлексию, мягкой консистенции, умеренно болезненная, увеличена соответственно 10-11 недельной беременности, придатки не пальпируются. Анализ крови: Нв – 85 г/л, Эр. – 2,1x 10¹², Л – 14,3x10⁹ / П – 15, С – 72, Л-7, М-6, СОЭ – 34 мм/час.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Составьте алгоритм обследования?

2. Задача.

Больная Ю., 33 лет, поступила с жалобами на скудные кровяные выделения из влагалища, появившиеся 2 дня назад и ощущение тяжести над лоном.

В анамнезе: воспаление придатков матки после аборта. Менструации с 12 лет, через 32 дня, умеренные, по 5-6 дней, болезненные в 1-ый день. Последняя менструация прошла в срок, 10 дней назад. Было 5 беременностей. 1-ая и 3-ья - срочные роды. Остальные беременности завершились медабортами (срок 7 до 11 недель). Последний аборт год назад осложнился повторным выскабливанием полости матки и воспалением придатков матки. Считает себя больной в течение недели, когда вскоре после окончания очередной менструации появились тупые, ноющие боли над лоном, а два дня назад появились скудные кровяные выделения яркого цвета. Обратилась в женскую консультацию, где был

поставлен диагноз: «Обострение хронического аднексита» и дано направление на стационарное лечение. Состояние при поступлении удовлетворительное, кожа и слизистые розовые. Температура тела – 37⁰С. Со стороны внутренних органов без патологии. Пульс 84 уд/мин., АД- 110/70 мм рт.ст.

Гинекологическое исследование: оволосение по смешанному типу, слизистая преддверия влагалища розовой окраски. Вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала имеется яркокрасный венчик и умеренная отечность. В зеркалах выявлена гиперемия верхней трети влагалища и шейки матки. На передней губе последней имеется эрозия диаметром около 3 см. Из цервикального канала обильное слизисто-гнойное отделяемое густой консистенции без запаха. Шейка цилиндрической формы, плотная, перемещения за нее безболезненные, в размерах не увеличена, слегка отклонена кзади. Придатки с обеих сторон слегка утолщены, плотные и чувствительные при пальпации.

В гемограмме без патологии. В мазках из уретры, цервикального канала и влагалища выявлено: в первых двух отделах во всех полях зрения выявлены лейкоциты и клетки плоского эпителия в большом количестве; бактериальной флоры нет. В мазке из влагалища обнаружены влагалищные трихомонады.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Наметьте алгоритм дальнейшего обследования пациентки.

3. Задача.

Больная Ж., 47 лет, поступила для обследования по поводу кровяных выделений из влагалища, появляющихся после полового сношения и акта дефекации. Подобные выделения отмечает на протяжении 6 месяцев. Дважды обращалась к участковому гинекологу, патологии не обнаружено.

Менструации с 16 лет, умеренные, по 5-7 дней, умеренно болезненные в 1-ый день. Очередную менструацию ожидает через неделю. Было 2 нормальных родов и 1 медаборт без осложнений. В течение 6 лет использует ВМК. Впервые заметила кровяные выделения после полового сношения 6 месяцев назад. При повторном осмотре с помощью зеркал врач не обнаружила проводники ВМК и высказала предположение об незамеченной экспульсии контрацептива. Последние кровяные выделения из влагалища в виде мазни яркого цвета появились после тяжелой физической работы и акта дефекации. Состояние при поступлении удовлетворительное, кожа и слизистые розовые. Со стороны внутренних органов без патологии. Пульс 78 уд/мин, АД - 90/40. Гинекологическое исследование: оволосение лобка по женскому типу, слизистая преддверия влагалища розовой окраски. В зеркалах: слизистая влагалища и шейки чистая; из наружного зева скудные кровянистые выделения. Бимануально: шейка плотная бочкообразной формы, наружный зев закрыт. Матка в антефлексию, нормальной величины и консистенции, подвижная и безболезненная. Правый яичник кистозно изменен, плотный; размерами 4х3х3 см, безболезненный; слева придатки не пальпируются, инфильтрации в параметриях нет.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какого исследования начнете обследование больной?

4. Задача.

Больная Г., 57 лет, поступила с жалобами на кровяные выделения из влагалища внезапно появившиеся в постменопаузе. Анамнез без особенностей.

Наследственность отягощена – мать умерла от рака молочной железы. Менструации с 15 лет, по 3-5 дней, через 30 дней, обильные, безболезненные. Менопауза в 49 лет. Было 4 беременности. Из них: физиологические роды – 1, медаборты без видимых осложнений

–3. Последний аборт в возрасте 43 лет. Симптомов климактерического синдрома не отмечала и чувствовала себя хорошо до настоящего поступления в стационар. Кровяные выделения из влагалища появились внезапно. Молочные железы большого объема, без патологических уплотнений, отделяемого из молочных ходов нет. Со стороны сердечно-сосудистой системы: тоны сердца приглушены, шумов нет. Пульс 82 уд/мин, АД-180/90. Живот увеличен в объеме за счет обилия подкожно-жировой клетчатке, пальпация его безболезненная; свободная жидкость в животе не определяется. Печень и селезенка не пальпируются. Почки без патологии. Гинекологическое исследование: оволосение по женскому типу. Слизистая преддверия влагалища розовой окраски, половая щель слегка зияет. В зеркалах: шейка со следами послеродовых разрывов, чистая, наружный маточный зев закрыт. Бимануально: шейка плотная, своды влагалища глубокие, перемещения за шейку матки безболезненные. Матка плотной консистенции, слегка отклонена кзади и несколько увеличена в размерах. Поверхность органа гладкая, пальпация безболезненная. Придатки матки пропальпировать не удалось. Выделения кровяные, яркие, в умеренном количестве.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С чего Вы начнете обследование пациентки?

5. Задача.

Больная К., 54 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобой на длительные кровяные выделения из влагалища, ощущение тяжести внизу живота.

Наследственность отягощена по материнской линии (бабушка умерла от рака матки). Менструации с 12,5 лет, по 5-6 дней, в умеренном количестве, болезненные в 1-ые два дня. Менопауза в 53 года. Было всего 2 беременности – роды без осложнений. Считает себя больной в течение 3 недель, когда впервые появилось кровотечение из влагалища в скудном количестве. Из анамнеза выяснено, что после родов отмечались неоднократные задержки менструации до 2,5 месяцев с последующим обильным и длительным кровотечением. По этому поводу 1 раз производилось диагностическое выскабливание полости матки. В соскобе: кистозная гиперплазия эндометрия. При влагалищном исследовании в женской консультации: увеличение размеров матки соответственно 5-6 недельной беременности и с диагнозом: Кровотечение в постменопаузе была направлена в стационар. Больная повышенного питания, кожа и слизистые розовые. Молочные железы без патологии. Тоны сердца приглушены, выраженный акцент 2 тона на аорте и умеренно хлопающий 1 тон по правому краю грудины. Пульс 72 уд/мин, АД- 190/110 (были подъемы до 160/90). В легких без патологии.. Живот с обильным отложением подкожно-жировой клетчатки, печень и селезенка не пальпируются. Свободная жидкость не определяется. Почки без патологии. Гинекологическое исследование: оволосение по смешанному типу. В зеркалах – шейка чистая, наружный зев закрыт. Влагалищное исследование: шейка плотная. Тело матки увеличено соответственно 6 недельной беременности, плотное, безболезненное, слегка отклонено кзади, поверхность гладкая, подвижность хорошая. Пропальпировать придатки невозможно из-за обилия жира, инфильтратов в параметриях не выявлено. Выделения кровяные, темного цвета, скудные.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Наметьте алгоритм обследования пациентки.

6. Задача.

Больная Ю., 30 лет, направлена врачом женской консультации на оперативное лечение по поводу кистомы яичника. Жалоб не предъявляет.

В анамнезе: воспаление придатков матки после аборта. Менструации с 11,5 лет, по 3-5 дней, через 32 дня, умеренные и безболезненные. Последняя менструация 2 недели назад. 1-ые роды - физиологические, 2-ые роды - с ручным отделением последа и последующим эндометритом. В 27 и 29 лет медаборты (сроке 8 и 10 недель), один из которых осложнился воспалением придатков матки. Необходимость посещения гинеколога была обусловлена сменой места работы. При влагалищном исследовании врач женской консультации обнаружила в области левых придатков матки объемное образование диаметром около 7 см и дала направление на оперативное лечение.

Больная правильного телосложения, нормального питания, кожа и слизистые розовые. Молочные железы небольшого объема без уплотнений, ареолы чистые, из молочных ходов выделений нет. Со стороны внутренних органов без патологии. Пульс 70 уд/мин, АД- 100/70 мм рт.ст. Гинекологическое исследование: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение лобка по женскому типу. При осмотре шейки матки с помощью зеркал обнаружено: шейка матки рубцово изменена, наружный зев закрыт. Бимануально: шейка матки плотная. Матка нормальных размеров и консистенции, подвижная и безболезненная. Слева и несколько кзади от матки определяется гладкостенное образование туго-эластической консистенции, округлой формы, диаметром 7-8 см, пальпация безболезненная, подвижность хорошая. Справа придатки матки не пальпируются. Выделения слизистые, скудные.

При экстренном исследовании в общей гемограмме отклонений от нормы не выявлено. Температура тела 36,7⁰С.

1. Ваш предварительный диагноз? Дифференциальная диагностика?
2. С чего Вы начнете обследование этой больной?
3. Какие дополнительные методы исследования могут помочь в установлении правильного диагноза?

7. Задача.

Больная И., 46 лет, поступила с жалобами на быстрое увеличение живота, слабость.

Менструации с 14 лет, через 22 дня, по 6-7 дней. В течение 1-ых 3 лет от начала были нарушения менструальной функции с периодическими задержками менструации до 2-3 недель. Имела 4 беременности, 2 - срочные роды и 2 медаборта. Считает себя больной около года, когда впервые стала отмечать слабость. Обращалась к участковому терапевту, но ничего не находили. В течение 6 месяцев стала отмечать постепенное увеличение объема живота. Неделю назад по поводу ОРВИ, с повышением температуры, вызвала врача на дом, который при пальпации живота обнаружил наличие опухоли больших размеров. Больная повышенного питания, кожа и слизистые обычной окраски. Пульс 70 уд/мин, АД- 140/90 мм рт.ст. В легких без патологии. При пальпации в брюшной полости определяется опухоль неправильной формы, верхний полюс которой достигает середины расстояния между пупком и мечевидным отростком. Подвижность опухоли ограничена из-за размера, пальпация слегка болезненная, поверхность крупноузловая, гладкая. Создается впечатление о наличии в животе небольшого количества свободной жидкости. Гинекологическое исследование: наружные половые органы сформированы неправильно (малые половые губы не прикрываются большими). Оволосение лобка по смешанному типу. В зеркалах обнаружено: складчатость влагалища выражена умеренно, шейка со следами послеродовых разрывов. Бимануально: задний влагалищный свод слегка выбухает, безболезненный, симптом зыбления слабо «+». Матка небольших размеров, отеснена к крестцовой впадине опухолью, уходящей за пределы таза. Поверхность опухоли крупноузловая, консистенция неоднородная. Отдельно придатки пропальпировать не удалось. Выделения молочно-белого цвета, скудные. При

ректо-вагинально-брюшностеночном исследовании инфильтрации параметриев не выявлено.

1. Каков предварительный диагноз?
2. Наметьте план обследования пациентки?

8. Задача.

Больная П., 33 лет поступила с жалобами на резкие боли в левой подвздошно-паховой области, тошноту. Анамнез без особенностей.

Менархе с 12 лет, по 4-5 дней, умеренные и безболезненные. Последняя менструация закончилась 3 дня назад. Была 1 беременность – завершилась срочными родами. В последующие годы в качестве контрацепции использует внутриматочный контрацептив. Год назад при профилактическом осмотре была выявлена киста левого яичника диаметром 5 см. Предлагали оперативное лечение от которого она отказалась. Накануне вечером, после резкого движения внезапно почувствовала сильную боль в левой подвздошно-паховой области. Боли никуда не иррадиировали и в начале носили распирающий характер. Держала холод на животе, что повлекло за собой некоторое стихание болевых ощущений. Под утро боли снова усилились, появилась тошнота, но рвоты не было. По скорой помощи была доставлена в стационар. Женщина лежит на кушетке в вынужденном положении на левом боку с приведенными ногами. Кожа и слизистые умеренно бледные. Пульс 100 уд/мин, АД- 100/70 мм рт. ст. Тоны сердца чистые. В легких без патологии. Живот не вздут. При его пальпации определяется локальный мышечный дефанс в левой подвздошно-паховой области и слабо «+» симптом Блюмберга-Щеткина. Гинекологическое исследование: оволосение лобка по женскому типу. В зеркалах : слизистая влагалища и шейки матки чистые, выделения молочно-белого цвета, скудные. Влагалищное исследование: шейка матки плотная, наружный зев закрыт, тело матки нормальных размеров, плотное, смещено в правую сторону и несколько кзади округлым образованием неоднородной консистенции, располагающимся слева и спереди от нее. Поверхность опухоли гладкая, диаметр около 8 см, пальпация резко болезненная. Справа придатки не пальпируются.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Наметьте план обследования.

9. Задача.

Больная И., 59 лет, поступила по поводу 2-х сторонних опухолей яичников. Жалобы на слабость, недомогание и значительное увеличение объема живота за последние 2 месяца.

В анамнезе: воспаление придатков матки с частыми обострениями (лечение в стационаре). Менструации с 16 лет, через 28 дней, по 3-5 дней, умеренные и безболезненные. Постменопауза 10 лет. Было 3 беременности, 2 - родов. 1 медаборт, который осложнился повторным выскабливанием и двусторонним воспалением придатков матки. Считает себя больной в течение 3 месяцев, когда стала отмечать слабость, чувство тяжести внизу живота и ноющие боли в пояснично-крестцовой области. 2 месяца назад отметила увеличение живота, но сразу к врачу не обратилась. При посещении женской консультации за неделю до поступления в стационар были выявлены двусторонние опухоли яичников небольших размеров. Кожа и слизистые умеренно бледны. Тоны сердца чистые, шумов нет, небольшой акцент 2 тона на аорте, пульс 68 уд/мин, АД-145/80 мм рт.ст. В легких без патологии. Живот мягкий, увеличен в объеме, безболезненный, отчетливо определяется свободная жидкость в животе. Гинекологическое исследование:

Слизистая преддверия влагалища бледнорозовой окраски. В зеркалах: шейка чистая, своды влагалища глубокие. Влагалищно-ректально-брюшностеночное исследование: шейка плотная, смещаемость ее ограничена. Матка маленькая, плотная, смещена к лонному сочленению двусторонними опухолями бугристого строения, выполняющими задний дугласов карман, пальпация их почти безболезненная, величина каждой из них не превышает размеров мужского кулака. Слизистая оболочка прямой кишки над опухолями подвижная, инфильтратов в параметриях не выявлено. Выделения – скудные бели. Нв- 106 г/л, Л- $8,8 \times 10^9$ без сдвига в лейкоцитарной формуле: СОЭ- 27мм/час. Анализ мочи без отклонений.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Составьте алгоритм обследования больной.

10. Задача.

Больная Х., 49 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на периодические боли в различных отделах живота, средней интенсивности, без иррадиации. Наиболее часто боли локализуются в левой подвздошно-паховой области, изредка появляется недомогание и слабость.

Менархе с 13 лет, через 24 дня, по 4-5 дней, умеренные и безболезненные. Было 4 беременности: 1 - срочные роды, вторая - самопроизвольный выкидыш (срок 14 недель), и еще 2 медаборта (6 и 11 недель). Последний осложнился воспалением придатков матки. Менопауза в течение 2 лет. Считает себя больной около года, когда впервые стали появляться периодические боли в различных отделах живота, чаще локализовались в левой подвздошно-паховой области. Состояние больной удовлетворительное, температура тела $36,4^{\circ}\text{C}$, кожа и слизистые розовые. Молочные железы без патологии. Тоны сердца ясные, ритм правильный, пульс 84 уд/мин, АД- 130/75. В легких без патологии. Живот дряблый с полосами растяжения. Печень и селезенка не пальпируются. Почки без патологии. Гинекологическое исследование: лобковое оволосение по женскому типу. Половая щель слегка зияет. При натуживании опущения стенок влагалища нет. В зеркалах шейка чистая, наружный зев закрыт, своды влагалища глубокие. Ректо-вагинально-брюшностеночное исследование: шейка плотная, легко смещается. Матка в антефлексию, плотная, в размерах не увеличена. Справа придатки матки не пальпируются, слева - умеренно болезненный, плотный на ощупь яичник, размерами 4,5 x 4x3,5 см. Инфильтратов в параметриях нет, слизистая прямой кишки гладкая. Создается впечатление о наличии асцита («+» симптом зыбления). Выделения серозные, скудные. Проведено УЗИ: матка 48x42x40 мм, М-Эхо-3 мм, правый яичник- 27x24x19 мм, левый - солидного строения с единичными жидкостными полостями диаметром 3-5 мм, общий размер его 51x46x42 мм. В дугласовом пространстве около 50 мл жидкости.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Что послужило показанием к выполнению ректо-вагинально-брюшностеночного исследования врачом стационара?
3. Наметьте план обследования?

11. Задача.

Больная И., 14 лет, поступила с жалобами на кровотечение из влагалища, продолжающееся в течение месяца.

Впервые менструация была 3 месяца назад, умеренно болезненная, продолжалась в течение 12 дней. Последующие 2 месяца менструаций не было и самочувствие было хорошим. Начавшаяся месяц назад выделения в первые дни были скудными,

безболезненными. После лыжного кросса почувствовала себя плохо из-за резкого усиления кровотечения из влагалища. Пила таблетки викасол, но улучшения не наступило. Кровотечение с периодическими усилениями продолжалось около месяца. Стала отмечать слабость, мелькание мушек перед глазами. На уроке физкультуры упала в обморок. Была вызвана бригада скорой помощи и девочка доставлена в стационар. Девочка инфантильного телосложения, пониженного питания, кожа и слизистые бледные. Молочные железы в начальной стадии развития, ореолы шириной около 2 см, бледно-розовые, соски маленькие. Тоны сердца громкие, небольшой систолический шум на верхушке. Ритм правильный, АД- 100/60 мм рт.ст. В легких без патологии. Язык влажный, обложен у корня беловатым налетом. Миндалины с обеих сторон значительно увеличены в объеме, не гиперемированы. Живот мягкий, безболезненный. Гинекологическое исследование: малые половые губы не прикрываются большими, половое оволосение умеренное (подмышечное отсутствует). Слизистая преддверия влагалища бледная, девственная плева полулунной формы не нарушена. При ректальном исследовании обнаружено: матка в антефлексию, маленьких размеров, мягковатой консистенции, подвижная и безболезненная. Яичники с обеих сторон увеличены в размерах, уплотнены, поверхность их гладкая, пальпация безболезненная. Выделения из влагалища кровяные, скудные. В гемограмме: Нв-75 г/л, Л-8,7х 10⁹ (э-2, п-2, с-74, л-18, м-4); Эр-2,1х10¹², гипохромия, анизоцитоз, пойкилоцитоз; Тр-150000, СОЭ-34 мм/час, анализ мочи –без отклонений.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования?

12. Задача.

Больная Р., 34 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу длительного кровотечения из влагалища, начавшегося после двухмесячной задержки менструации. При осмотре: было высказано предположение о спонтанном прерывании беременности малого срока и дано направление в стационар.

Менструации с 12 лет, через 29 дней, по 4-6 дней, умеренные и болезненные в первый день. Последняя менструация 2 месяца назад. Было 3 беременности. Первая - срочные роды, вторая - медаборт (срок 7 недель), третья - самопроизвольный выкидыш в сроке 11 недель. После выкидыша контрацепцию не применяла, 2 раза использовала тест на беременность – «-». Кровотечение началось внезапно и без болей. В начале кровотечения из влагалища выделялись кусочки белесоватой ткани; количество крови было умеренным. В связи с тем, что кровотечение продолжалось больше 8 дней, она обратилась к врачу. Больная правильного телосложения, хорошего питания, кожа слизистые розовые. Молочные железы без особенностей. Патологии со стороны сердечно-сосудистой системы и легких не выявлено. Пульс 80 уд/мин, АД- 125/70 мм рт. ст. Язык влажный, не обложен, живот мягкий, безболезненный.

Гинекологическое исследование: оволосение по женскому типу обильное. Слизистая преддверия влагалища розовой окраски. В зеркалах: слизистая чистая, складчатость влагалища выражена хорошо. Наружный зев округлой формы и заполнен прозрачной слизью. По задней стенке цервикального канала видна струйка алой крови. Бимануально: шейка и тело матки плотной консистенции, матка несколько увеличена в размере. Слева придатки матки не пальпируются, справа - яичник плотный, с неровной поверхностью и слегка увеличен в размере, но пальпация безболезненная.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Наметьте план обследования?

13. Задача.

Больная С., 50 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на частые приливы жара к лицу, шее и груди, повышенную потливость, головные боли, сердцебиения и боли в области сердца, почти постоянное чувство тревоги, резкое снижение трудоспособности. Анамнез без особенностей.

Менструации с 11,5 лет, через 28 дней, по 5-6 дней, умеренные и безболезненные. Последние 7 месяцев менструации стали путаться с тенденцией к задержке на 3-4 недели, увеличилось количество теряемой крови. Было 5 беременностей, три - роды, 1-медаборт в сроке 7 недель, последняя - самопроизвольный выкидышем раннего срока. Считает себя больной в течение 1,5 лет, когда впервые появились приливы и периодические покалывающие боли в области сердца. Участковый терапевт ставил диагноз: стенокардия напряжения. Принимала нитраты, но улучшения не было. Постепенно частота приливов увеличилась до 15-18 в сутки, присоединилась потливость, слабость, участились головные боли, появилась раздражительность, усилились боли в области сердца и снизилась трудоспособность. Повторное обращение к терапевту и назначенное лечение без эффекта. Врач рекомендовала консультацию гинеколога. Женщина гиперстенического телосложения, повышенного питания. Молочные железы без патологии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс- 88 уд/мин, АД-160/90 мм рт.ст. В легких без патологии. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Гинекологическое исследование: оволосение по женскому типу, половая щель слегка зияет при натуживании, слизистая преддверия влагалища розовой окраски. В зеркалах: обнаружено: на шейке матки старые послеродовые рубцы, наружный зев закрыт. Бимануально: отчетливо пропальпировать матку и придатки не представилось возможным из-за обилия подкожно-жировой клетчатки. Выделения светлые.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Что бы Вы хотели дополнительно выяснить из анамнеза?

14. Задача.

Больная С., 62 лет, поступила в стационар для решения вопроса об оперативном лечении по поводу опущения внутренних половых органов. Жалуется на постоянное ощущение инородного тела в области наружных половых органов, затрудненное мочеиспускание.

Менструации с 16 лет, 27 дней, по 5 дней, умеренные и безболезненные. Менопауза с 51 года. Было 2 родов. Первые роды – срочные, был разрыв промежности, накладывались швы. Вторые роды -без осложнений. Считает себя больной около 5 лет, когда впервые отметила чувство тяжести внизу живота. 2 года назад появилось ощущение инородного тела в области наружных половых органов. Особенно это проявлялось при подъеме тяжести, участилось мочеиспускание. В течение последних 6 месяцев появилось ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, что и заставило женщину обратиться к врачу. В женской консультации был поставлен диагноз: Полное выпадение внутренних половых органов. Цистоцеле и больная была направлена на оперативное лечение. Кожа и слизистые обычной окраски. Молочные железы без патологии. Тоны сердца ясные, акцент 2 тона на аорте, шумов нет, ритм правильный- 76 уд/мин, АД-165/90. В легких без патологии. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки. Пропальпировать печень и селезенку не возможно. почки без патологии. Гинекологическое исследование: оволосение по женскому типу, слизистая преддверия розовая, половая щель умеренно зияет. При легком натуживании за пределы половой щели выступает шейка матки и большая часть передней стенки влагалища; слизистая

шейки и влагалища чистая. При сильном натуживании во время бимануального исследования выявлено незначительное опущение задней стенки влагалища. Матка маленькая, отклонена кзади и находится выше интраспинальной линии. Придатки матки пропальпировать не удалось. Имеется двусторонний отрыв ножек леваторов.

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Какое Вы назначите обследование?

15. Задача.

Больная Л., 56 лет, направлена в стационар по поводу кровяных выделений из влагалища, появившихся через 8 лет после наступления менопаузы, длительное нагрубание молочных желез и болезненное прикосновение к соскам.

В 34 г. оперирована по поводу перекрута ножки дермоидной опухоли правого яичника. Менархе с 12,5 лет, через 30 дней, по 4-5 дней, умеренные и безболезненные. Было 6 беременностей, 2 - роды, 4 - медаборты (до 12 недель). Примерно 6 месяцев назад отметила нагрубание молочных желез и болезненное прикосновение к соскам, усилилось половое влечение. Последующие месяцы указанные симптомы усиливались, появились кровяные выделения из влагалища, что и заставило ее обратиться к врачу. УЗИ: спаечный процесс в малом тазе, увеличение размеров матки до 5 недельной беременности. М-ЭХО – 17 мм, левый яичник размерами 6х5х3,5 см плотной эхоструктуры. Поставлен диагноз: Опухоль левого яичника, гиперплазия эндометрия. На коже передней брюшной стенки надлобковый поперечный рубец. Молочные железы умеренно нагрубшие, без локальных уплотнений, пальпация сосков умеренно болезненная, выделений из молочных ходов нет. Со стороны внутренних органов без патологии. Пульс 76 уд/мин, АД- 140/85 мм рт. ст. Гинекологическое исследование: оволосение по женскому типу. В зеркалах - слизистая шейки чистая, из её канала выделяется алая кровь. При ректо-вагинально-брюшностеночном исследовании: матка плотной консистенции увеличена до 5-6 недельной беременности, безболезненная, подвижность ограничена. Справа придатки не пальпируются; слева, у ребра матки определяется овоидной формы образование, размерами 7х6х4 см, плотноэластической консистенции, с неровной поверхностью, безболезненное. Выделения слизистые. Слизистая прямой кишки с образованием не связана.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваш план обследования?

16. Задача.

Больная Н., 27 лет, доставлена в стационар машиной скорой помощи с жалобами на резкие боли в животе, иррадиирующие во влагалище и прямую кишку, изредка боли отдают в правую ключицу, трудно дышать, тошнота и однократная рвота, не принесящая облегчения.

Менархе с 12 лет, через 29 дней, по 4-5 дней. Последняя менструация была 1,5 месяца. Была 1 беременность – криминальный аборт, осложнившийся воспалением придатков матки. Контрацептивов не применяла. 1-ая задержка менструации настоящая. Отмечала избирательное отношение к пище и запахам, нагрубание молочных желез. Утром во время акта дефекации появились резкие боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку, холодный пот и слабость, однократная рвота. Вскоре боли стали иррадиировать в правую ключицу, затруднилось дыхание. Вызвана бригада скорой помощи, которая доставила женщину в стационар. Состояние средней тяжести, кожа и слизистые бледные. Молочные железы умеренно нагрубшие, в молочных ходах небольшое количество отделяемого

мутного цвета. Пульс 118 уд/мин, АД- 90/70. Тоны сердца приглушены. Дыхание поверхностное, 28 в мин, хрипов нет. Живот вздут, имеется напряжение мышц передней брюшной стенки, «+» симптом Блюмберга-Щеткина во всех отделах. При перкуссии над всей поверхностью живота типанический звук с небольшими участками притупления. Аускультативно – единичные, слабой интенсивности кишечные шумы. Гинекологическое исследование: Слизистая преддверия влагалища бледнорозовой окраски. В зеркал- шейка конической формы, наружный зев закрыт, выделения молочно-белого цвета. Бимануально: прикосновение к шейке резко болезненное, задний влагалищный свод выбухает, пропальпировать матку и придатки не представляется возможным из-за резкой болезненности.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваше обследование и дальнейшая тактика?
3. Каковы условия и оснащение для проведения реинфузии?

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

1. Задача.

Больная В., 39 лет, поступила с жалобами на боль внизу живота с иррадиацией в поясницу, повышение температуры до 38⁰. Менархе с 16 лет, через 27 дней, по 6 дней, умеренные и безболезненные. Последняя нормальная менструация была 12 дней назад. Контрацепцию не применяла, но беременностей не было. Муж обследовался – здоров. Считает себя больной с момента начала половой жизни, когда остро заболела воспалением придатков. Лечилась в стационаре. Болезнь неоднократно обострялась, после госпитализации дважды производили пункцию брюшной полости через задний свод влагалища. При получении гноя в брюшную полость вводили антибиотики и продолжали консервативное лечение. После менструации и переохлаждения появились резкие боли внизу живота с иррадиацией в поясницу, головная боль, повышение температуры до 38,5⁰, озноб.

Состояние средней тяжести. Кожа и слизистые розовые. Пульс ритмичный 104 уд/мин, АД – 120/75 мм рт.ст., Т- 39,5⁰. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания, над лоном умеренно напряжен, болезненный при пальпации. Симптом Блюмберга – Щеткина (+). Гинекологическое исследование: При исследовании с помощью зеркал - из канала шейки гнойные выделения без запаха. Бимануально: тело матки и левые ее придатки не пальпируются из-за резкой болезненности. Справа и кзади от матки определяется нижний полюс резкоболезненного образования с нечеткими границами, размерами примерно 12x7x6 см, плотной консистенции с неровной поверхностью, почти неподвижное. Анализ крови: Нв- 118г/л, Л- 13,5x10⁹, СОЭ – 24 мм/час. Произведена пункция пальпируемого за маткой образования через задний свод влагалища и получено 20 мл жидкого, зловонного гноя желто-серого цвета. Больной назначена комплексная консервативная терапия (лед на низ живота, антибиотики, десенсибилизирующая и дезинтоксикационная терапия, обезболивающие средства).

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваше решение о дополнительных методах обследования.

2. Задача.

Больная С., 29 лет, поступила на обследование по поводу бесплодия в браке. Кроме этого отмечает слабость, утомляемость, потливость и температуру ($37,2-37,4^0$), ноющие боли внизу живота. Имела контакт с туберкулезной больной по работе.

Менструации с 12 лет, через 28 дней, по 5-6 дней, обильные и умеренно болезненные. Последние 3 года отмечает задержки менструаций до 8-10 дней. Беременностей не было. По данным многомесячного измерения базальной температуры у женщины имеется овуляторный менструальный цикл. Муж обследован – здоров. Через 4 года после начала половой жизни проходила обследование по бесплодию (ГСГ). Маточные трубы оказались с обеих сторон четкообразно утолщены и непроходимы для контраста. Неоднократно проводилось противовоспалительное лечение в условиях женской консультации.

Состояние при поступлении удовлетворительное, умеренная бледность кожных покровов и слизистых. Пульс 78 уд/мин, АД- 110/70 мм рт.ст. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии не выявлено. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Гинекологическое исследование: оволосение лобка по женскому типу; В зеркалах – слизистые влагища и шейки розовые, чистые, наружный зев округлой формы, точечный, отделяемого нет. Бимануально: шейка конической формы, матка в anteflexio, маленькая, плотная, подвижна, безболезненная. Придатки с обеих сторон четкообразно утолщены, плотной консистенции и ограничены в подвижности, пальпация слабо болезненная.

1. Какой предварительный диагноз? Какова этиология первичного бесплодия?
2. Какие дополнительные исследования Вы назначите больной для уточнения диагноза?

3. Задача.

Больная И., 40 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу кровотечения из влагища, начавшееся после задержки менструации на 9 недель.

Менархе с 14 лет, по 4-5 дней, через 28 дней. Было 4 беременности, 2 - срочные роды, а еще 2 – медаборты (9 и 10 недель). По поводу задержки менструации думала, что наступила беременность, т.к. последние 6 месяцев контрацепции не применяла. Планировала искусственный аборт. Кровотечение из влагища началось после нервного потрясения.

Состояние удовлетворительное. Со стороны органов и систем врач женской консультации отклонений не нашла. Гинекологическое исследование: лобковое оволосение по смешанному типу. При осмотре в зеркалах – шейка матки чистая, наружный зев ее слегка округлен, из цервикального канала стекает струйка темной крови. Бимануально: шейка матки плотная, тело матки находится в нормальном положении, слегка увеличено, округлой формы, плотной консистенции, безболезненное. Придатки матки не пальпируются и область их безболезненная. Своды влагища глубокие. Выделения кровяные, умеренные с мелкими свертками.

Врач женской консультации поставила диагноз: Нарушение менструального цикла и назначила ей симптоматическую терапию (сокращающие матку средства и в/в 10% кальция хлорид).

1. Каков Ваш предварительный диагноз ? Дифференциальная диагностика?
2. Какое обследование вы назначите данной пациентке ?

4. Задача.

Больная В., 27 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на раздражительность, плаксивость, головокружение с головными болями, периодические боли в области сердца и сердцебиение, иногда возникает тошнота и рвота. Пациентка отмечает, что все эти явления возникают незадолго до менструации. Имеет место снижение памяти, метеоризм и нагрубание молочных желез. Все перечисленные симптомы исчезают накануне или в 1-ые дни менструации. Анамнез без особенностей. Менархе с 13 лет, через 27 дней, по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя 3 недели назад. Было 2 беременности, 1-ая закончилась медабортом (срок 10 недель), 2-ая-самопроизвольный аборт (срок 8-9 недель), осложнился повторным выскабливанием по поводу остатков плодного яйца и воспалением придатков матки. Считает себя больной около 2,5 лет, после перенесённого сотрясения мозга средней тяжести. Вскоре стала замечать появление перечисленных выше симптомов, которые за последние 7 месяцев усилились.

Состояние удовлетворительное, кожа и слизистые розовые. Пульс 76 уд/мин, АД-130/80мм рт.ст. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Гинекологическое исследование: лобковое оволосение по женскому типу. В зеркалах - шейка конической формы, наружный зев щелевидный, слизистая влагалища и шейки матки чистая, симптом зрачка «-». Бимануально : тело матки находится в anteflexio, подвижное, мягковатой консистенции и безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются, выделения молочно-белого цвета.

Врач женской консультации патологии в состоянии женщины не усмотрел, обследование и лечение не назначил

1. Ваш предварительный диагноз на основании оценки анамнестических данных ?
2. Какое обследование Вы назначили бы?

5. Задача.

Больная Т., 37 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные менструации в течение последнего года.

Менструации с 12 лет, через 21 день, по 7 дней, умеренные и безболезненные. Последний год менструации стали обильными, длительностью по 7-10 дней. Стала отмечать резкую слабость после ее окончания. Было 2 беременности – обе закончились искусственным медицинским абортom (срок 7 и 10 недель) без осложнений. Пять лет назад при УЗИ - выявлена миома матки, соответствующая величине 5 недельной беременности. Последний раз посетила гинеколога 5 месяцев назад и был отмечен рост миомы до срока 9 недельной беременности.

Состояние удовлетворительное кожа и слизистые бледные. Пульс 97 уд/мин, АД-120/80. Живот мягкий, безболезненный.

В гемограмме : Нв – 60 г/л, Эр – $1,3 \times 10^{12}$, гематокрит- 26, Л – $6,2 \times 10^9$, СОЭ – 23 мм/час.

Гинекологическое исследование: оволосение лобка по женскому типу. Слизистая преддверия влагалища бледная. При осмотре с помощью зеркал- шейка конической формы, чистая, наружный зев ее щелевидный, влагалищные своды глубокие. Бимануально : шейка плотная, наружный зев закрыт, матка плотная, увеличена до размеров 10-11 недельной беременности, округлой формы, подвижная и безболезненная, поверхность матки гладкая. Придатки матки не пальпируются. Выделения кровяные с мелкими свертками, обильные.

1. Поставьте предварительный диагноз. Дифференциальная диагностика?

2. Если женщина будет направлена в стационар, то с чего следует начинать ее обследование и лечение?
3. Следует ли производить диагностическое выскабливание или можно ограничиться аспирационной биопсией эндометрия?

6. Задача.

Больная И., 14 лет, поступила в стационар из ЦРБ для искусственного прерывания беременности сроком 18 недель (по социальным показаниям). Жалоб не предъявляет, самочувствие хорошее. Анамнез без особенностей.

Менархе с 14 лет, была лишь одна менструация 2 месяца назад. Половую жизнь категорически отрицает. Примерно около года назад отметила увеличение живота и какое-то уплотнение над лоном. После прихода первой менструации новообразование в нижней части живота стало определяться на глаз, что и послужило основанием обращения к врачу. Состояние удовлетворительное, повышенного питания, кожа слизистые розовые. Молочные железы маленькие, соски конической формы, ореолы розовой окраски, шириной не более 2 см. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии не выявлено. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. На 3 поперечных пальца выше лонного сочленения пальпируется верхний полюс образования с неровной поверхностью, неоднородной консистенции, пальпация его безболезненная, подвижность ограничена. Гинекологический осмотр: наружные половые органы сформированы неправильно (малые половые губы не прикрываются большими), скудное лобковое оволосение по женскому типу, подмышечного оволосения нет. Девственная плева кольцевидной формы без признаков нарушения, цианоз преддверия влагалища отсутствует. При ректальном исследовании шейка плотная. Всю полость малого таза выполняет плотная опухоль с неровной поверхностью, соответствующая величине матки 18-19 недельной беременности. Определить отдельно матку и ее придатки не представляется возможным.

1. Ваш предварительный диагноз? Назначьте обследование?
2. Откуда можно получить материал для цитологического исследования в целях уточнения гормонального статуса?

7. Задача.

Больная С., 37 лет, поступила для обследования и решения вопроса об оперативном лечении. При поступлении жалобы на постоянные боли внизу живота и пояснично-крестцовой области. Боли усиливаются перед началом менструации и сохраняются на протяжении всех ее дней, длительные пред- и постменструальные выделения из влагалища коричневатой окраски. Менструации с 12,5 лет, через 26 дней, по 3-5 дней, умеренные и безболезненные. Было 5 беременностей, из них 2 родов, 3 мед.аборта (срок 10 недель). Последний из них осложнился гематометрой и остатками плодного пузыря, по поводу чего дважды проводилось выскабливание стенок полости матки. В послеоперационном периоде возник эндометрит и острое воспаление придатков матки (лечилась в стационаре). Обострение воспаления придатков в последующие годы наблюдалось 2 раза.

Состояние удовлетворительное, кожа и слизистые розовые. Со стороны внутренних органов без патологии. Пульс 76 уд/мин, ритмичный, АД- 125/80 мм рт.ст. Гинекологическое исследование: оволосение лобка по женскому типу. В зеркалах - шейка чистая, розовая, наружный зев щелевидной формы, симптом зрачка «2+». Бимануально: влагалище рожавшей женщины, шейка плотная, наружный зев закрыт. Тело матки округлой формы, с неровной поверхностью, увеличено соответственно 10-11 недельной беременности, ограничена в подвижности из-за наличия плотного, болезненного

инфильтрата в заднем дугласовом кармане. Справа придатки матки не пальпируются, слева - пальпируется овоидное образование величиной с куриное яйцо, плотно-эластической консистенции, спаянное с ребром матки. Выделения молочно-белого цвета, скудные. При ректоабдоминальном исследовании в заднем дугласовом пространстве определяется плотный мелкобугристый инфильтрат, резко болезненный при пальпации. Слизистая прямой кишки над инфильтратом ограничена в подвижности.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Наметьте алгоритм обследования больной?

8. Задача.

Больная К., 27 лет, поступила с жалобами на умеренное кровотечение из влагалища, высокую температуру и схваткообразные боли внизу живота. Анамнез без особенностей. Менструации с 14 лет, через 30 дней, умеренные, по 5-6 дней, безболезненные. Последняя менструация 3,5 месяца назад. 1-ая беременность - срочные роды. 2-ая беременность в возрасте 25 - криминальный аборт (срок 16-17 недель). Считала себя беременной и хотела рожать. Неделю назад появились ноющие боли над лоном и в пояснично-крестцовой области, а день спустя – скудные кровяные выделения из влагалища. За день до поступления в стационар внезапно повысилась температура тела до $38,7^{\circ}$ и был сильный озноб. Температура держалась весь следующий день, а утром, на фоне усиления схваткообразных болей, из влагалища выпал сверток крови значительных размеров и усилилось кровотечение, что и заставило ее обратиться за помощью. При поступлении состояние удовлетворительное, кожа и слизистые с легким иктеричным оттенком и бледностью. Температура тела 39° . Пульс 126 уд/мин, АД- 100/50 мм рт. ст. Язык суховат, обложен желтоватым налетом. Живот при пальпации мягкий, слегка вздут. Печень определяется по краю реберной дуги, уплотнена, чувствительная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Почки без патологии. Перистальтика кишечника вялая и прослушивается с большим трудом. Тоны сердца приглушены. Дыхание в легких с жестковатым оттенком, 28 в минуту, единичные сухие хрипы в нижних отделах. Гинекологическое исследование: в зеркалах – шейка чистая, наружный зев щелевидной формы, выделения сукровично-гнойные с гнилостным запахом, в умеренном количестве. Бимануально: шейка размягчена, наружный ее зев пропускает кончик пальца; влагалищные своды глубокие. Матка находится в положении антефлексио, мягкой консистенции, умеренно болезненная, увеличена соответственно 10-11 недельной беременности, придатки не пальпируются. Анализ крови: Нв – 85 г/л, Эр. – $2,1 \times 10^{12}$, Л – $14,3 \times 10^9$ / П – 15, С – 72, Л-7, М-6, СОЭ – 34 мм/час.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Составьте алгоритм обследования?
3. Что дает для диагностики постановка центрифужной пробы?

9. Задача.

Больная Ю., 33 лет, поступила с жалобами на скудные кровяные выделения из влагалища, появившиеся 2 дня назад и ощущение тяжести над лоном.

В анамнезе: воспаление придатков матки после аборта. Менструации с 12 лет, через 32 дня, умеренные, по 5-6 дней, болезненные в 1-ый день. Последняя менструация прошла в срок, 10 дней назад. Было 5 беременностей. 1-ая и 3-ья - срочные роды. Остальные беременности завершились медабортами (срок 7 до 11 недель). Последний аборт год назад осложнился повторным выскабливанием полости матки и воспалением придатков матки. Считает себя больной в течение недели, когда вскоре после окончания очередной

менструации появились тупые, ноющие боли над лоном, а два дня назад появились скудные кровяные выделения яркого цвета. Обратилась в женскую консультацию, где был поставлен диагноз: «Обострение хронического аднексита» и дано направление на стационарное лечение. Состояние при поступлении удовлетворительное, кожа и слизистые розовые. Температура тела – 37⁰С. Со стороны внутренних органов без патологии. Пульс 84 уд/мин., АД- 110/70 мм рт.ст.

Гинекологическое исследование: оволосение по смешанному типу, слизистая преддверия влагалища розовой окраски. Вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала имеется яркокрасный венчик и умеренная отечность. В зеркалах выявлена гиперемия верхней трети влагалища и шейки матки. На передней губе последней имеется эрозия диаметром около 3 см. Из цервикального канала обильное слизисто-гнойное отделяемое густой консистенции без запаха. Шейка цилиндрической формы, плотная, перемещения за нее безболезненные, в размерах не увеличена, слегка отклонена кзади. Придатки с обеих сторон слегка утолщены, плотные и чувствительные при пальпации.

В гемограмме без патологии. В мазках из уретры, цервикального канала и влагалища выявлено: в первых двух отделах во всех полях зрения выявлены лейкоциты и клетки плоского эпителия в большом количестве; бактериальной флоры нет. В мазке из влагалища обнаружены влагалищные трихомонады.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Наметьте алгоритм дальнейшего обследования пациентки.

10. Задача.

Больная Ж., 47 лет, поступила для обследования по поводу кровяных выделений из влагалища, появляющихся после полового сношения и акта дефекации. Подобные выделения отмечает на протяжении 6 месяцев. Дважды обращалась к участковому гинекологу, патологии не обнаружено.

Менструации с 16 лет, умеренные, по 5-7 дней, умеренно болезненные в 1-ый день. Очередную менструацию ожидает через неделю. Было 2 нормальных родов и 1 медаборт без осложнений. В течение 6 лет использует ВМК. Впервые заметила кровяные выделения после полового сношения 6 месяцев назад. При повторном осмотре с помощью зеркал врач не обнаружила проводники ВМК и высказала предположение об незамеченной экспульсии контрацептива. Последние кровяные выделения из влагалища в виде мазни яркого цвета появились после тяжелой физической работы и акта дефекации. Состояние при поступлении удовлетворительное, кожа и слизистые розовые. Со стороны внутренних органов без патологии. Пульс 78 уд/мин, АД - 90/40. Гинекологическое исследование: оволосение лобка по женскому типу, слизистая преддверия влагалища розовой окраски. В зеркалах: слизистая влагалища и шейки чистая; из наружного зева скудные кровянистые выделения. Бимануально: шейка плотная бочкообразной формы, наружный зев закрыт. Матка в антефлексию, нормальной величины и консистенции, подвижная и безболезненная. Правый яичник кистозно изменен, плотный; размерами 4x3x3 см, безболезненный; слева придатки не пальпируются, инфильтрации в параметриях нет.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какого исследования начнете обследование больной?
3. Будете ли проводить онкоцитологический скрининг или предпримите инструментальное удаление ВМК с последующим отдельным диагностическим выскабливанием?

11. Задача.

Больная Г., 57 лет, поступила с жалобами на кровяные выделения из влагалища внезапно появившиеся в постменопаузе. Анамнез без особенностей.

Наследственность отягощена – мать умерла от рака молочной железы. Менструации с 15 лет, по 3-5 дней, через 30 дней, обильные, безболезненные. Менопауза в 49 лет. Было 4 беременности. Из них: физиологические роды – 1, медаборты без видимых осложнений – 3. Последний аборт в возрасте 43 лет. Симптомов климактерического синдрома не отмечала и чувствовала себя хорошо до настоящего поступления в стационар. Кровяные выделения из влагалища появились внезапно. Молочные железы большого объема, без патологических уплотнений, отделяемого из молочных ходов нет. Со стороны сердечно-сосудистой системы: тоны сердца приглушены, шумов нет. Пульс 82 уд/мин, АД- 180/90. Живот увеличен в объеме за счет обилия подкожно-жировой клетчатке, пальпация его безболезненная; свободная жидкость в животе не определяется. Печень и селезенка не пальпируются. Почки без патологии. Гинекологическое исследование: оволосение по женскому типу. Слизистая преддверия влагалища розовой окраски, половая щель слегка зияет. В зеркалах: шейка со следами послеродовых разрывов, чистая, наружный маточный зев закрыт. Бимануально: шейка плотная, своды влагалища глубокие, перемещения за шейку матки безболезненные. Матка плотной консистенции, слегка отклонена кзади и несколько увеличена в размерах. Поверхность органа гладкая, пальпация безболезненная. Придатки матки пропальпировать не удалось. Выделения кровяные, яркие, в умеренном количестве.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С чего Вы начнете обследование пациентки?

12. Задача.

Больная К., 54 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобой на длительные кровяные выделения из влагалища, ощущение тяжести внизу живота.

Наследственность отягощена по материнской линии (бабушка умерла от рака матки). Менструации с 12,5 лет, по 5-6 дней, в умеренном количестве, болезненные в 1-ые два дня. Менопауза в 53 года. Было всего 2 беременности – роды без осложнений. Считает себя больной в течение 3 недель, когда впервые появилось кровотечение из влагалища в скудном количестве. Из анамнеза выяснено, что после родов отмечались неоднократные задержки менструации до 2,5 месяцев с последующим обильным и длительным кровотечением. По этому поводу 1 раз производилось диагностическое выскабливание полости матки. В соскобе: кистозная гиперплазия эндометрия. При влагалищном исследовании в женской консультации: увеличение размеров матки соответственно 5-6 недельной беременности и с диагнозом: Кровотечение в постменопаузе была направлена стационар. Больная повышенного питания, кожа и слизистые розовые. Молочные железы без патологии. Тоны сердца приглушены, выраженный акцент 2 тона на аорте и умеренно хлопающий 1 тон по правому краю грудины. Пульс 72 уд/мин, АД- 190/110 (были подъемы до 160/90). В легких без патологии. Живот с обильным отложением подкожно-жировой клетчатки, печень и селезенка не пальпируются. Свободная жидкость не определяется. Почки без патологии. Гинекологическое исследование: оволосение по смешанному типу. В зеркалах – шейка чистая, наружный зев закрыт. Влагалищное исследование: шейка плотная. Тело матки увеличено соответственно 6 недельной беременности, плотное, безболезненное, слегка отклонено кзади, поверхность гладкая, подвижность хорошая. Пропальпировать придатки невозможно из-за обилия жира, инфильтратов в параметриях не выявлено. Выделения кровяные, темного цвета, скудные.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Наметьте алгоритм обследования пациентки.

