

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии № 1

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ ПО ГИНЕКОЛОГИИ

для студентов V курса
лечебно-профилактического
факультета

Ростов-на-Дону
2012

УДК 618.1 (075.8)

*Издается по решению
редакционно-издательского совета и ЦМК РостГМУ*

Клинические задачи по гинекологии для студентов V курса лечебно-профилактического факультета – методическое пособие. Ростов-на-Дону; издательство РостГМУ, 2012 г., стр. 44.

Авторы: зав. кафедрой д.м.н. проф. А.Н. Рымашевский; доценты к.м.н.: А.П. Павлова, Э.А. Ковалева, Ю.А. Петров; ассистенты к.м.н.: А.А. Борщева, В.В. Маркина, М.Л. Бабаева, Э.М. Волдохина, А.Е. Волков, И.А. Логинов, Г.М. Перцева, Н.И. Пицура, Л.А. Терехина, Н.А. Красникова.

Настоящее пособие предназначено для обучения курсу гинекологии на V курсе лечебно-профилактического факультета. Сборник задач, касающийся разнообразной генитальной патологии, развивает клиническое мышление, обучает практическому применению полученных в процессе учебы знаний, тренирует умение диагностировать патологию и составлять схему тактики лечения в каждом конкретном случае.

© ГОУ ВПО РостГМУ Росздрава, 2012

ОГЛАВЛЕНИЕ

Задачи	4
Ответы к задачам	25

ЗАДАЧА №1

Больная О., 29 лет, поступила в гинекологическую клинику с жалобами на повышение температуры тела, общую слабость, боли в низу живота.

Менструации с 12 лет, установились сразу, цикл регулярный, последняя менструация за 3 месяца до поступления в клинику. У больной 4 беременности, две из которых завершились нормальными родами, две — искусственными абортами без осложнений. Последний аборт 8 дней назад. Перенесённые гинекологические заболевания и венерические заболевания отрицает.

Общее состояние удовлетворительное, пульс 92 уд./мин, АД 120/70 мм рт. ст. Температура тела 38,2°C.

Осмотр при помощи зеркал: шейка матки и слизистая влагалища чистые. Во влагалище и из цервикального канала — гнойные выделения.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей женщины, тело матки несколько больше нормы, мягкой консистенции, болезненное при пальпации и смещении. Влагалищные своды свободные, глубокие. Придатки с обеих сторон не пальпируются.

ПОСТАВЬТЕ ДИАГНОЗ И ПРЕДЛОЖИТЕ ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ.

ЗАДАЧА №2

Больная З., 36 лет, машиной «скорой помощи» доставлена в гинекологический стационар. Жалобы при поступлении на резкие боли в низу живота, озноб, повышение температуры тела до 38 °С, общую слабость.

Менструации с 12 лет, установились сразу, последняя менструация была за 12 дней до поступления в стационар. Половую жизнь ведёт с 24 лет. Беременностей было пять, из них Р-1, М/А-3, без осложнений, С/А-1, последний осложнился повторным выскабливанием и воспалением придатков.

Объективное обследование: общее состояние удовлетворительное, пульс 88 уд./мин, АД 110/70 мм рт.ст., температура тела 37,6°C. Язык влажный, слегка обложен белым налётом, живот не вздут, при

пальпации в нижних отделах – нерезко выраженное напряжение передней брюшной стенки, больше слева.

Влагалищное исследование: Влагалище рожавшей женщины, шейка матки чистая, смещение её резко болезненное, тело матки нормальных размеров, несколько сдвинуто вправо, ограничено в подвижности, чувствительное при пальпации. Правые придатки не определяются, слева и несколько сзади от матки пальпируется образование, ограниченной подвижности, резко болезненное, плотной консистенции, с участками размягчения, размерами 4х9 см, влагалищный свод слева укорочен.

Анализ крови: определяется лейкоцитоз, повышенная СОЭ, палочкоядерные нейтрофилы.

ПОСТАВЬТЕ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ПРЕДЛОЖИТЕ ПЛАН ДАЛЬНЕЙШЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ.

ЗАДАЧА №3

Больная С., 25 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные пенистые выделения из половых путей с неприятным запахом, жжение, зуд в области наружных половых органов.

Половую жизнь ведёт с 16 лет, две недели назад имела случайное половое сношение.

Осмотр при помощи зеркал: имеется резкая гиперемия слизистой оболочки влагалища, ярко-красная пятнистость в верхней его части. В заднем влагалищном своде имеется скопление жёлтого гноя зеленоватого оттенка, жидкой консистенции, пенистого вида.

Влагалищное исследование: матка плотная, подвижная и безболезненная, нормальной величины. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды влагалища глубокие.

ПОСТАВЬТЕ ДИАГНОЗ. КАКОВЫ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ?

ЗАДАЧА №4

Больная И., 56 лет, поступила в гинекологическую клинику с жалобами на кровотечение из половых путей.

Менопауза 2 года. Пятнадцать дней назад у больной началось

кровотечение, которое продолжается до настоящего времени.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей женщины, шейка матки цилиндрической формы, тело матки нормальных размеров, безболезненное при пальпации, придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные, выделения кровянистые, обильные.

ДИАГНОЗ, ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОЙ.

ЗАДАЧА №5

Больная Н., 15 лет, поступила в отделение гинекологии с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей.

Менструации с 12 лет, половую жизнь не ведёт.

Заболела 8 дней назад, когда после 2-месячного отсутствия менструации появились умеренные кровяные выделения из половых путей. В последующие дни интенсивность кровотечения нарастала, появились слабость, головокружение.

Анализ крови: гемоглобин 65г/л, эритроцитов – 2,7.

Ректальное исследование: при осмотре наружных половых органов отмечается гипоплазия больших и малых половых губ, оволосение на лобке по женскому типу. Девственная плева не нарушена. Тело матки плотное, меньше нормальной величины, безболезненное, подвижное, соотношение между шейкой и телом матки 1:1, придатки с обеих сторон не определяются.

ДИАГНОЗ, ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ.

ЗАДАЧА №6

Больная Г., 29 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на раздражительность, плаксивость, головную боль, головокружение, приступы тахикардии, нагрубание молочных желёз. Эти симптомы появляются за 6-14 дней до менструации и исчезают накануне или в первые дни её.

Менструации с 14 лет, установились сразу, по 3-4 дня, цикл 28 дней, умеренные, безболезненные. Считает себя больной в течение 3 лет, когда после травмы черепа появились вышеуказанные симптомы. Половую жизнь ведёт с 18 лет, было 4 беременности, которые

закончились искусственными абортами. Больная правильного телосложения, повышенного питания. Патологии со стороны внутренних органов нет.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, шейка матки конической формы, чистая, тело матки нормальной величины, подвижное, безболезненное, находится в правильном положении. Придатки с обеих сторон не определяются, своды влагалища глубокие.

ПОСТАВЬТЕ ДИАГНОЗ, ОПРЕДЕЛИТЕ ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ.

ЗАДАЧА №7

Больная Д., 46 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на ноющие боли внизу живота, частое мочеиспускание.

Менструации с 12 лет, установились сразу по 3-4 дня, цикл 30 дней. Последние 2 года менструации по 7-10 дней, обильные. Половую жизнь ведёт с 18 лет, беременностей было всего 5, из них: Р-1, М/А-4. Последние 12 лет к гинекологу не обращалась.

Влагалищное обследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище – рожавшей женщины. Шейка матки деформирована старыми разрывами, имеется выворот цервикального канала. Матка увеличена до 14 недель беременности, бугристая, неоднородной консистенции, из передней стенки матки исходит узел до 8,0 см в диаметре. Придатки отдельно от матки не определяются. Своды свободные, выделения слизистые.

ДИАГНОЗ. ТАКТИКА ВРАЧА.

ЗАДАЧА №8

Больная С., 32 лет поступила в отделение гинекологии с жалобами на кровяные выделения из половых путей в умеренном количестве.

Менструации с 14 лет, установились сразу, по 4-5 дней, цикл 28 дней, безболезненные, умеренные. Последние нормальные месячные были 2 месяца назад. Половую жизнь ведёт с 20 лет, имела 9 беременностей, из них Р-2, М/А-7, без осложнений. Перенесённые гинекологические заболевания отрицает.

Объективное состояние больной удовлетворительное, пульс 78 в мин, АД 110/70 ммрт.ст.

Влагалищное исследование: шейка матки чистая, цилиндрической формы, наружный зев закрыт, имеется цианоз шейки матки. Тело матки мягкое, подвижное, безболезненное, округлой формы, увеличено в размерах до 8-9 недель беременности. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Выделения тёмные, кровяные, умеренные.

ДИАГНОЗ, ТАКТИКА ВРАЧА.

ЗАДАЧА №9

Больная И., 38 лет обратилась в женскую консультацию по поводу отсутствия месячных в течение 8 недель.

Менструация с 14 лет, установились сразу по 4-5 дней, цикл 28 дней, умеренные, безболезненные. Половую жизнь ведёт с 21 года. Состоит в браке. Имела 6 беременностей, из них Р-1, М/А – 5. Гинекологические заболевания отрицает.

Влагалищное исследование: Шейка матки чистая, рубцово деформирована, цианотична. Матка при пальпации округлой формы, напряжена, болезнена во всех отделах, увеличена до 15-16 недель беременности, с обеих сторон пальпируются увеличенные, безболезненные яичники, выделения слизистые. Установлено, что ХГЧ=330 000 мкМ/мл.

УЗИ: элементы плодного яйца не обнаружены, полость матки расширена, содержит множественные эхонегативные включения, различного диаметра.

ДИАГНОЗ, ПЛАН ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОЙ.

ЗАДАЧА №10

Больная Б., 57 лет поступила в гинекологическую клинику с жалобами на умеренные кровянистые выделения из половых путей.

Менопауза 4 года. Было 4 беременности, из них Р-2, М/А 2. В последние 3 месяца беспокоят умеренные кровянистые выделения из половых путей.

ПОСТАВЬТЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Гистоанализ: множественные полипы эндометрия, без признаков атипии. Соскоб из цервикального канала скудный, в нём выявляются сгустки крови, обрывки слизистой.

ДИАГНОЗ, ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ.

ЗАДАЧА №11

Больная Д., 31 года поступила в больницу с жалобами на внезапно возникшие боли внизу живота схваткообразного характера, задержку месячных на 2-3 недели, умеренные кровянистые выделения из половых путей.

Влагалищное исследование: шейка матки цианотична, деформирована старыми разрывами, из цервикального канала умеренные тёмные выделения. При пальпации смещения за шейку матки болезненные. Тело матки чуть больше нормы, мягковато, слегка болезненно при исследовании. Придатки с обеих сторон в спайках, слева в области придатков пальпируется опухолевидное образование, ограниченной подвижности, туго-эластической консистенции, размерами 4-4-5 см. Выделения кровянистые, умеренные.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ, ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ.

ЗАДАЧА №12

Больная А., 56 лет, поступила в больницу с жалобами на ноющую боль в левой подвздошной области, которая иррадирует в поясницу, болезненное мочеиспускание. Боли возникли 8 часов назад, после физической нагрузки, принимала дома обезболивающие, без эффекта.

Менопауза 6 лет, беременностей в анамнезе 6, Р-1, М/А-5, гинекологические заболевания отрицает.

Влагалищное исследование: шейка матки цилиндрической формы, чистая, смещение за шейку безболезненное. Тело матки меньше нормы, безболезненное, подвижное. Придатки справа не определяются. Слева и сзади от матки в области придатков пальпируется опухолевидное образование размерами 10-12-12 см, мягковатой консистен-

ции, с гладкой поверхностью, болезненное, между маткой и опухолью выявляется резко болезненная ножка новообразования. Инфильтраты в малом тазу не обнаружены. Своды влагалища свободные.

ДИАГНОЗ, ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ.

ЗАДАЧА №13

Больная О., 25 лет доставлена в больницу с жалобами на боли в низу живота, подъём температуры до 38 С, тошноту, жидкий стул.

Менструальная функция не нарушена, последние месячные закончились 3 дня назад. Единственная беременность закончилась искусственным абортom 5 лет назад, отмечает в анамнезе воспаление придатков матки. Страдает вторичным бесплодием.

Язык сухой, обложен белым налётом, живот умеренно вздут, болезненный в нижних отделах, напряжён. Перистальтика кишечника вялая, газы отходят с трудом.

Влагалищное исследование: шейка матки конической формы, из цервикального канала гнойное отделяемое. Матка болезненная при пальпации, неоднородной консистенции, в области придатков с обеих сторон пальпируются опухолевидные образования, плотной консистенции с участками размягчения, болезненные при исследовании. Пункция влагалища через задний свод: получено 10,0 мл зловонного гноя.

ДИАГНОЗ. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ.

ЗАДАЧА №14

В гинекологическое отделение доставлена больная В., 58 лет с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей, боли в левой паховой области, болезненное мочеиспускание. В моче присутствует кровь. Болеет больше года, к врачам не обращалась.

Менопауза 5 лет. Больная истощена, кожа и видимые слизистые бледные.

Влагалищное исследование: влагалище укорочено, в куполе его на месте шейки имеется кратер с некротическими массами. Выделения из влагалища имеют цвет «мясных помоев». Стенки влагалища на

протяжении 2/3 инфильтрированы, в малом тазу определяется конгломерат опухоли плотной консистенции, достигающий до стенок таза с двух сторон, болезненный.

ДИАГНОЗ, ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ.

ЗАДАЧА №15

Больная О., 23 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на чувство жжения, зуд во влагалище. При осмотре в зеркалах слизистая влагалища гиперемирована, выделения из влагалища «творожистого» характера, обильные.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ, ДИАГНОЗ.

ЗАДАЧА №16

Больная Н., 22 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на задержку месячных на 2 недели, нагрубание молочных желёз, тошноту по утрам. Влагалищное исследование: слизистая влагалища цианотична, матка чуть больше нормы, шаровидной формы, мягкой консистенции.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ, ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ.

ЗАДАЧА №17

Больная В., 62 лет обратилась к гинекологу с жалобами на зуд, сукровичные выделения из влагалища. Менопауза 12 лет. При осмотре в зеркалах слизистая влагалища бледно-розового цвета, складки сглажены, на поверхности вульвы имеются следы расчёсов.

ДИАГНОЗ, ЛЕЧЕНИЕ.

ЗАДАЧА №18

Больная Д., 53 лет поступила в клинику гинекологии с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей, которые появились 3 дня назад, внезапно. Из анамнеза: менопауза 3 года. Год назад была произведена гистероскопия, по поводу маточного

кровотечения, удалён железисто-фиброзный полип.

При осмотре матка нормальных размеров, придатки не определяются, выделения кровянистые, обильные.

ДИАГНОЗ, ЛЕЧЕНИЕ.

ЗАДАЧА № 19

Больная С., 24 лет обратилась к гинекологу с жалобами на обильные выделения из влагалища с неприятным запахом, напоминающий запах тухлой рыбы.

При осмотре влагалища в зеркалах слизистая нормального розового цвета, без признаков воспаления. Аминотест положительный, рН влагалищного отделяемого больше 4,5.

ДИАГНОЗ, ЛЕЧЕНИЕ.

ЗАДАЧА №20

Больная М., 48 лет обратилась к врачу гинекологу с жалобами на кровянистые выделения из влагалища после полового контакта. Последний раз на приёме у гинеколога была 8 лет назад.

При осмотре в зеркалах: шейка матки гипертрофирована, на передней губе имеется мелкобугристая опухоль в виде «цветной капусты», 2,0-2,0 см, кровоточащая при дотрагивании инструментами. Тело матки обычных размеров, область придатков свободная.

ДИАГНОЗ, ТАКТИКА ВРАЧА.

ЗАДАЧА №21

Больная К., 46 лет обратилась к врачу гинекологу с жалобами на обильные менструации, слабость, головокружение. Отмечает, что последние 8 лет менструации стали более длительными, обильными, появились тянущие боли внизу живота.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей женщины, шейка матки резко деформирована, отклонена вправо. Матка размерами как при 24 недельной беременности, малоподвижная, умеренно болезненная, с

бугристой поверхностью, придатки не определяются, своды свободные, выделения слизистые.

ДИАГНОЗ, ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ.

ЗАДАЧА №22

Больная Ш., 32 лет обратилась к гинекологу с жалобами на тёмно-коричневые выделения из половых путей накануне менструации. Менструации с 12 лет, установились сразу, по 3-4 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет. Р-2, М/А-5.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей женщины, шейка матки имеет цилиндрическую форму, наружный зев закрыт. На шейке видны узелковые, мелко-кистозные образования багрово-синего цвета, матка шаровидной формы, чуть больше нормы, безболезненная. Придатки не определяются, своды свободные.

ДИАГНОЗ, ТАКТИКА ВРАЧА.

ЗАДАЧА №23

Больная Ф., 42 лет доставлена бригадой скорой помощи в отделение гинекологии с жалобами на боли внизу живота.

Менструации с 12 лет, установились сразу, по 3-4 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет. Р-2, М/А-2. Последние месячные закончились три дня назад.

Влагалищное исследование: тело матки нормальных размеров, безболезненное, отклонено вправо, слева пальпируется округлое толстостенное образование, размерами 34,0 на 22,0 см с неровной поверхностью, болезненное при исследовании. Влагалищные своды уплощены, выделения слизистые.

ДИАГНОЗ, ПЛАН ВЕДЕНИЯ. Предварительный диагноз.

ЗАДАЧА №24

Больная Ц., 25 лет обратилась с жалобами на беспорядочные маточные кровотечения, интервал между которыми 1,5-2 месяца, периодически снижение гемоглобина, слабость, утомляемость.

Менархе в 12 лет, с 13 лет ювенильные маточные кровотечения, по поводу которых лечилась у детского гинеколога.

Половая жизнь с 17 лет, в беременности была не заинтересована, принимала новинет в контрацептивном режиме, приём которого решила прекратить в связи с замужеством. Через три дня после отмены препарата начались ациклические кровянистые выделения из половых путей.

УЗИ: матка 50х32х49 мм, эндометрий 7 мм, с нечёткими контурами, полость матки незначительно расширена. Яичники: правый – 35х26х32 мм, левый – 36х25х30мм, фолликулы 5–7мм в диаметре, доминантного фолликула нет.

ДИАГНОЗ, ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ.

ЗАДАЧА №25

Больная Я., 28 лет обратилась с жалобами на редкие менструации, через 2-4 месяца, первичное бесплодие в течение 10 лет, прогрессирующее ожирение и гирсутизм.

Менархе с 12,5 лет, менструации всегда были нерегулярные, редкие и обильные. Гинекологические заболевания отрицает. Увеличение массы тела отмечает с 16 лет. Базальная температура монофазная, ЛГ – 14,5 МЕ/л, ФСГ – 4,8 МЕ/л на фоне аменореи. Проба с гестагенами положительная.

ДИАГНОЗ, ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ.

ЗАДАЧА №26

Больная Л., 32 лет обратилась с жалобами на отсутствие месячных, вторичное бесплодие, головные боли, периодическое повышение АД, повышенный аппетит.

Менархе в 13 лет, менструальный цикл до 18 лет неустойчивый, через 21–45 дней, по 3–5 дней. Половая жизнь в браке с 22 лет. Беременность наступила через 2,5 года и осложнилась гестозом с повышением АД до 150/100 мм РТ. ст. В течение года после родов прибавила 22 кг, через год после этого развилась вторичная аменорея. Прогрессировали гирсутизм и ожирение, на коже живота, бёдер,

молочных желёз появились багровые полосы растяжения.
ДИАГНОЗ, ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ.

ЗАДАЧА №27

Больная К., 34 лет поступила с жалобами на боли внизу живота, которые появились во время последней менструации, повышение температуры тела до 38°C.

Менархе с 13 лет, установились сразу, половая жизнь с 17 лет, без контрацепции, беременностей не было, по поводу чего к гинекологу не обращалась.

Влагалищное исследование: шейка матки конической формы, из цервикального канала выделяется гной, тело матки чётко не контурируется из-за выраженной болезненности. Справа и слева от матки определяются образования 12x8 см, плотные, туго-эластической консистенции с участками размягчения.

ДИАГНОЗ, ЛЕЧЕНИЕ.

ЗАДАЧА №28

У больной Т., 21 года жалобы на задержку месячных на 2 недели, нагрубание молочных желёз, тест на беременность положительный. УЗИ: в полости матки плодное яйцо не определяется, в проекции правых придатков определяется округлое эконегативное образование в диаметре 26 мм.

ДИАГНОЗ, ТАКТИКА ВРАЧА.

ЗАДАЧА №29

Больная М., 24 лет доставлена в отделение гинекологии с жалобами на боли внизу живота, которые появились после полового контакта. Состояние больной удовлетворительное, пульс 82 в мин., АД 110/70 мм РТ ст, живот мягкий, умеренно болезненный в нижних отделах, симптом раздражения брюшины отрицательный.

Менархе с 12 лет, последние месячные закончились две недели назад.

Влагалищное исследование: тело матки нормальной величины, плотное, подвижное, безболезненное. Справа придатки увеличены в размере, умеренно болезненные, слева не определяются, своды свободные, выделения слизистые.

ДИАГНОЗ, ЛЕЧЕНИЕ.

ЗАДАЧА №30

Больная А., 64 лет обратилась к гинекологу с жалобами на неприятные ощущения в области влагалища, на затруднённое мочеиспускание. Менопауза 12 лет. В анамнезе роды крупным плодом, осложнившиеся разрывом промежности II степени. Соматический анамнез не отягощен.

Гинекологический статус: половая щель зияет, при натуживании за пределами вульварного кольца определяется тело матки, элонгированная и гипертрофированная шейка матки. Тело матки не увеличено, придатки не определяются.

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ.

ЗАДАЧА №31

Больная 25 лет, доставлена экстренно с жалобами на сильные схваткообразные боли внизу живота. Боли появились через 5 часов после медицинского аборта, проведенного в дневном стационаре при сроке беременности 8 недель. Ранее было 2-е родов и 2 искусственных аборта. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: состояние удовлетворительное, пульс 80 в мин., А/Д – 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, болезненный при пальпации над лоном. Симптомов раздражения брюшины не выявлено.

В зеркалах: Влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт, выделения кровянистые, мажущие.

Бимануально: Своды влагалища свободны. Матка увеличена до 12 недель беременности, округлая, болезненная при пальпации, подвижная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их

безболезненная.

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ, ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ.

ЗАДАЧА №32

Больная 25 лет, поступила для искусственного прерывания беременности в дневной стационар.

Менструации с 14 лет, регулярные. Последняя менструация была 2 месяца назад. Половая жизнь с 20 лет в браке. Имела 2 беременности – роды и искусственный аборт в сроке 10 нед., осложнившийся метроэндометритом.

В зеркалах: влагалищная часть шейки матки цианотичная, выделения светлые.

Бимануально: Матка увеличена до 8 недель беременности, мягковата, подвижна. Придатки не определяются, область их безболезненна.

Была начата операция под внутривенным наркозом. При зондировании матки зонд как бы «провалился» в брюшную полость, его верхний конец определяется на уровне пупка беременной.

ДИАГНОЗ, ТАКТИКА ВРАЧА.

ЗАДАЧА №33

Больная 41 г., поступила с жалобами на кровяные выделения в умеренном количестве.

Менструации с 14 лет, установились сразу, по 3-4 дня через 28 дней, безболезненные, умеренные. Последняя – 3 месяца назад. Половая жизнь с 20 лет в браке. Имела 9 беременностей: Р-3, М/А-6, без осложнений.

Объективно: состояние удовлетворительное, пульс – 72 в мин., АД – 110/70 мм рт.ст. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Живот мягкий, безболезненный.

В зеркалах: Влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, без эрозий. Цианоз слизистых. Выделения темные кровянистые.

Бимануально: Тело матки мягкое, подвижное, безболезненное

увеличено до 11–12 недель беременности. Наружный зев пропускает кончик пальца. Придатки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненна.

ДИАГНОЗ, ТАКТИКА ВРАЧА.

ЗАДАЧА №34

Больная 24 лет доставлена в стационар бригадой СМП с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные со сгустками кровянистые выделения из половых путей, слабость. АД 100/60 мм рт. ст., пульс 90 в мин., температура 37°C. Последняя нормальная менструация 2 мес назад.

Гинекологический статус: влагалищная часть шейки матки цианотичная, наружный зев пропускает палец. Матка увеличена до 6 недель беременности, болезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, безболезненные.

ДИАГНОЗ. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ.

ЗАДАЧА №35

Больная 17 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на повышение температуры до 38°C, озноб, небольшие боли внизу живота и незначительное кровотечение из половых путей. Считает себя больной в течение 3 дней. Последняя нормальная менструация 4 месяца назад.

Общее состояние средней тяжести. Пульс – 100 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

Гинекологический статус: шейка матки укорочена, цервикальный канал проходим для 1 пальца до внутреннего зева. Матка увеличена до 10 недель беременности, мягковатая, резко болезненная при осмотре. Придатки не определяются. Выделения кровянистые с примесью гноя.

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ. ТАКТИКА ВРАЧА.

ЗАДАЧА №36

У повторнобеременной 29 лет по данным ж. к. беременность должна соответствовать 18 неделям. За последние 2 месяца матка не только не увеличилась, но и уменьшилась – соответствует 10 неделям.

Бимануально: цервикальный канал закрыт. Выделений нет. Самочувствие и общее состояние беременной удовлетворительное.

ДИАГНОЗ, ТАКТИКА ВРАЧА.

ЗАДАЧА №37

Б-ная 45 лет жалуется на ноющие боли внизу живота, больше слева. 14 лет назад у неё обнаружена миома матки (около 6 недель беременности). За последние два года матка увеличилась до 10 недель, менструации стали обильными и болезненными. Последние menses в срок, продолжаются 5 дней.

Половая жизнь с 30 лет, вне брака, было две беременности, окончившиеся искусственными абортми, после чего страдала вторичным бесплодием.

Объективно: состояние удовлетворительное, пульс – 76 в мин. Кожные покровы и видимые слизистые розовые. Живот мягкий, безболезненный. На 6 см выше лона пальпируется верхний полюс плотного образования. Мочеиспускание без особенностей.

В зеркалах: влагилицная часть шейки матки цилиндрической формы, без эрозий. Выделения слизистые, умеренные. Бимануально: Матка увеличена до 16 недель беременности, бугристая, плотная, безболезненная, подвижная. Придатки с обеих сторон слегка увеличены, плотные, болезненные при пальпации.

ЗАДАЧА №38

Б-ная 52 года поступила с жалобами на ациклические кровянистые выделения в течение 2 лет, по поводу чего ранее к гинекологу не обращалась. Рост 155 см., масса 112 кг. Страдает сахарным диабетом и гипертонической болезнью.

В зеркалах: Слизистая влагилица и шейки матки без выраженных изменений, из цервикального канала кровянистые выделения со

сгустками. Бимануально: Матка четко не контурируется, придатки не определяются. Проведено раздельное диагностическое выскабливание – гистология: атипическая гиперплазия эндометрия.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

ЗАДАЧА №39

Больная 55 лет. Постменопауза 3 года. Не наблюдалась гинекологом в течение последних 5 лет. Обратилась с жалобами на увеличение живота, похудание, отсутствие аппетита, общую слабость.

Объективно: живот увеличен в размерах, имеет куполообразную форму. При пальпации определяется опухоль, исходящая из малого таза и доходящая верхним полюсом до пупка.

В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки без видимых изменений.

Бимануально: пальпируется конгломерат тугоэластической, местами неравномерной консистенции, безболезненный, малоподвижный. По величине соответствует 22 – 24 нед. беременности. Матка и придатки отдельно не пальпируются. Стенки таза свободны.

ДИАГНОЗ. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ.

ЗАДАЧА №40

Женщине 28 лет при задержке менструации на 4 недели в гинекологическом отделении было произведено выскабливание полости матки с целью прерывания беременности по желанию пациентки.

При гистологическом исследовании соскоба обнаружена децидуальная реакция без ворсин хориона. После выскабливания состояние больной оставалось удовлетворительным, пульс – 76 уд. в мин., АД – 110/60 мм Hg, температура – 36,8°C. Кровянистые выделения из половых путей продолжают.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ, ПЛАН ДАЛЬНЕЙШЕГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ.

ЗАДАЧА №41

Пациентка 20 лет обратилась в женскую консультацию с целью профилактики нежелательной в настоящее время беременности.

Из анамнеза: менструальный цикл регулярный, стабильный, менструации по 3 – 4 дня умеренные, болезненные. Половая жизнь с 18 лет регулярная, в браке. Предохранение от беременности: прерванный половой акт. Беременность 1 прервана искусственным абортом без осложнений 3 месяца назад.

ПРЕДЛОЖИТЕ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ В ДАННОМ СЛУЧАЕ С ОБОСНОВАНИЕМ ПОКАЗАНИЙ К ИХ ПРИМЕНЕНИЮ.

ЗАДАЧА №42

В женскую консультацию обратилась 28-летняя замужняя женщина, имеющая одного полового партнера, с просьбой подобрать метод контрацепции. Половая жизнь регулярная. Менструальная функция не нарушена. Имеет одного ребенка. Гинекологические заболевания отрицает. Состоит на учете по поводу хронического тромбоза нижних конечностей. Гинекологический статус без особенностей.

КАКУЮ КОНТРАЦЕПЦИЮ ЛУЧШЕ ПРИМЕНИТЬ ЭТОЙ ПАЦИЕНТКЕ? ОБОСНУЙТЕ НАЗНАЧЕНИЕ.

ЗАДАЧА №43

Какую контрацепцию можно рекомендовать 40-летней замужней женщине, имеющей 3-х детей? Половая жизнь регулярная. Менструальная функция не нарушена. Соматически и гинекологически здорова.

ЗАДАЧА №44

Больная 38 лет оперирована по поводу множественной миомы матки с интралигаментарным расположением миоматозного узла. Выполнена экстирпация матки с правыми придатками.

К концу первых суток после операции стала жаловаться на боли в поясничной области справа, интенсивность болей нарастает. Состояние

средней тяжести. Пульс – 96 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Температура 39°C. Язык суховатый, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, в дыхании участвует.

При пальпации отмечается выраженная болезненность в гипогастральной области, больше справа, где отмечаются симптомы раздражения брюшины. Перистальтика вялая. С-м Пастернацкого положительный справа. Диурез 400 мл. Моча концентрированная.

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ. ТАКТИКА ВРАЧА.

ЗАДАЧА №45

Девочку 13,5 лет в течение 5 месяцев беспокоят периодические боли в нижней половине живота. Вторичные половые признаки развиты правильно. Половая формула: $A_3P_3Ma_3Me_0$.

При пальпации живота определяется тугоэластичное образование, верхний полюс которого на 2 пальца выше лона. При осмотре наружных половых органов: девственная плева выбухает, синюшно-багрового цвета. При ректальном исследовании: в малом тазу определяется тугоэластичное образование.

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ. ОБСЛЕДОВАНИЕ. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ.

ЗАДАЧА №46

Больная 20 лет предъявляет жалобы на задержку очередной менструации на 10 дней. Нарушение менструальной функции отмечает впервые. Половая жизнь регулярная, от беременности не предохраняется.

При осмотре: состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 72 в мин., живот мягкий, безболезненный.

Гинекологический статус: шейка матки несколько цианотичная, выделения слизистые. Матка несколько больше нормы, ровная, безболезненная, подвижная. Справа от матки пальпируется веретенообразное образование, слегка болезненное при пальпации. Слева без особенностей.

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ ДИАГНОЗЫ. ТАКТИКА ВРАЧА. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В СТАЦИОНАРЕ.

ЗАДАЧА №47

Больная 32 лет доставлена в гинекологическое отделение машинной СМП. Заболела остро, появились сильные боли внизу живота, внезапно потеряла сознание. Последняя менструация началась 8 недель назад.

Объективно: состояние средней тяжести, бледная, вялая, холодный пот. Пульс 115 в мин., АД – 80/40 мм рт. ст. Живот несколько вздут, в акте дыхания не участвует.

При пальпации резко болезненный в нижних отделах, где определяются выраженные симптомы раздражения брюшины. При перкуссии – притупление в отлогих местах, перкуссия болезненная.

В зеркалах: влаглищная часть шейки цилиндрической формы, слизистая цианотичная, из наружного зева мажущие кровянистые выделения. Осмотр в зеркалах болезненный. Своды нависают.

Бимануально: четко пропальпировать тело матки и придатки не удается из-за сильной боли. Пальпация сводов болезненная, своды укорочены.

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ, ТАКТИКА ВРАЧА.

ЗАДАЧА №48

Девушка 17 лет обратилась к врачу женской консультации с просьбой подобрать ей надёжный способ предохранения от беременности, в браке не состоит, имеет постоянного полового партнёра.

Менархе с 12,5 лет, установились сразу, по 4–5 дней через 28 дней, умеренно, безболезненно. Рост 168 см, масса тела 57 кг. Соматически здорова, гинекологический статус в пределах нормы.

КАКУЮ КОНТРАЦЕПЦИЮ ЛУЧШЕ ПРИМЕНИТЬ ЭТОЙ ПАЦИЕНТКЕ? ОБОСНУЙТЕ НАЗНАЧЕНИЕ.

ЗАДАЧА №49

Девушка 18 лет обратилась к гинекологу с просьбой подобрать ей надёжный способ предохранения от беременности.

Менархе с 16 лет, по 7–9 дней, обильные, через 26–45 дней.

В анамнезе одна беременность, которая закончилась М/А по желанию пациентки. Рост 168 см, масса тела 103 кг. Гинекологический статус в пределах нормы, иногда беспокоят головные боли. Соматически считает себя здоровой.

КАКУЮ КОНТРАЦЕПЦИЮ ЛУЧШЕ ПРИМЕНИТЬ ЭТОЙ ПАЦИЕНТКЕ? ОБОСНУЙТЕ НАЗНАЧЕНИЕ.

ЗАДАЧА №50

Больная 42 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота, подъём температуры до 39°C.

Менархе с 12 лет, менструации в последнее время стали длительными по 8-10 дней и обильными, последняя менструация закончилась 2 дня назад. Заболела 3 дня назад, появились ноющие боли внизу живота, озноб, стала подниматься температура.

Общее состояние удовлетворительное, в крови лейкоцитоз 17,2x10⁹/л, СОЭ 42 мм/час.

Бимануальное исследование: матка увеличена до 12–13 недель беременности, бугристая, болезненная, особенно по левому ребру матки. Придатки не определяются, своды свободные, инфильтратов в полости малого таза нет.

Выделения слизистые, шейка матки в зеркалах чистая.

ДИАГНОЗ, ПЛАН ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОЙ.

ОТВЕТЫ

ОТВЕТ к задаче №1

План обследования: ОАК, ОАМ, биохимические исследования, УЗИ органов малого таза, мазок из «V», «С», «Ur» на флору, посев выделений из «С» на флору и чувствительность к антибиотикам.

Диагноз: острый МЭМ после медицинского аборта. Остатки плодного яйца после мед. аборта?

Лечение: немедикаментозное лечение: назначают постельный режим, легко усвояемую диету, богатую витаминами и не нарушающую функций кишечника; периодически холод на низ живота.

Медикаментозное лечение:

- антибиотики – цефалоспорины 3 поколения;
- препараты группы имидазола;
- дезинтоксикационная, инфузионная терапия;
- в случае подтверждения наличия остатков плодного яйца – инструментальное обследование полости матки на фоне антибактериальной, противовоспалительной терапии, согласно чувствительности к антибиотикам.

ОТВЕТ к задаче №2

Диагноз: воспалительная опухоль левых придатков матки. Пельвиоперитонит?

План обследования: ОАК, ОАМ, биохимические исследования, УЗИ органов малого таза, мазок из «V», «С», «Ur» на флору, посев выделений из «С» на флору и чувствительность к антибиотикам. Пункция заднего свода влагалища под в/в наркозом.

Лечение: при наличии осумкованного гнойного образования придатков матки базовым компонентом, определяющим исход заболевания, является хирургическое лечение в объёме: ревизия органов брюшной полости, санация очагов инфекции.

Антибактериальная терапия (цефалоспорины III поколения + фторхинолоны), препараты группы имидазола, дезинтоксикационная, инфузионная терапия

ОТВЕТ к задаче №3

Диагноз: трихомонадный кольпит.

План обследования: мазок из «V», «С», «Ur» на флору

Лечение:

- метронидазол, трихопол, флагил

1. по 0,5 г 3 раза в день в течение 10 дней

2. по 1,0 г 3 раза в день в течение 5 дней;

- тинидазол, фасижин 2 г однократно в течение 2 дней;

- орнидазол (тиберал) 0,5г 2 раза в день в течение 5 дней

Местное лечение: назначают спринцевания 4% водным раствором метиленового синего или бриллиантового зелёного, раствором марганцовокислого (1:10 000)

Контроль излеченности: первое контрольное исследование назначают через 7–8 дней после окончания лечения; второе контрольное исследование проводят сразу после очередной менструации; третье контрольное исследование через 2 месяца после лечения.

Обязательно лечение партнера.

ОТВЕТ к задаче №4

Диагноз: кровотечение в менопаузе.

Дифференциальная диагностика проводится с доброкачественными и злокачественными опухолями матки.

Тактика ведения: при кровотечении в менопаузе на 1 этапе лечения необходимо осуществить гемостаз, предварительно провести минимальное обследование больной: ОАК, ОАМ, биохимические исследования, УЗИ органов малого таза, мазок из «V», «С», «Ur» на флору.

Гемостаз осуществляют путём проведения раздельного лечебно-диагностического выскабливания полости матки, затем симптоматическая терапия до получения результатов гистологического анализа. II этап лечения будет проводиться после получения результатов гистологического исследования, которое определит тактику врача.

ОТВЕТ к задаче №5

Диагноз: ДМК ювенильного периода. Генитальный инфантилизм. Анемия III–IV степени.

План:

ОАК, ОАМ, биохимические исследования, УЗИ органов малого таза, мазок из «V», «Ur» на флору.

Лечение ювенильных маточных кровотечений проводят в несколько этапов.

I этап – остановка кровотечения, что в данном случае (анемия III–IV степени, Hb 65г/л) достигается с помощью раздельного лечебно-диагностического выскабливания полости матки и «С» канала. Во избежание разрыва девственной плевы следует произвести её обкалывание 0,25% раствором новокаина с 64ЕД лидазы.

II этап – активная антианемическая терапия: препараты железа пероральные (сорбифер дурулес, ферроплекс), внутримышечные (феррум-лек); витамины (В₁₂ по 200мкг в день с фолиевой кислотой, В₆ в таблетках по 0,005г в день или в/м по 1 мг 5% раствора 1 раз в день; в/м 1мл 5% раствора витамина С 1 раз в день, витамин Р по 0,02 г 3 раза в день).

III этап – предупреждение рецидива ювенильного кровотечения, выявление и устранение причин, регуляция менструального цикла.

ОТВЕТ к задаче №6

Диагноз: предменструальный синдром.

Обследование: определение концентрации пролактина, Е₂, прогестерона, ФСГ, ЛГ, альдостерона.

Краниограмма или МРТ черепа, ЭЭГ, РЭГ сосудов головного мозга, состояние глазного дна и периферических полей зрения.

Консультация терапевта, невропатолога и психиатра.

Тактика лечения:

Общесоматическое воздействие:

1. Режим труда и отдыха.
2. Диета с ограничением кофе, чая, поваренной соли, жидкости, особенно во второй половине цикла.
3. Психологическое воздействие – психотерапия и аутогенная

тренировка.

4. Электросон или электроаналгезия.

Гормональная терапия:

Гестагены: дюфастон с 11-го по 25-й день цикла по 10 мг 2 раза в день либо утрожестан по 2-3 капсулы в день.

ОТВЕТ к задаче №7

Диагноз: множественная миома матки, осложнённая болевым синдромом. Рубцовая деформация шейки матки. Эктропион шейки матки.

План ведения:

1. ОАК, ОАМ, биохимические исследования, УЗИ органов малого таза, мазок из «V», «С», «Ur» на флору, флюорограмма органов грудной клетки, ЭКГ, консультация терапевта, кровь на RW, ВИЧ, гепатиты, группа крови и резус-фактор, кровь на онкомаркёры.

2. Оперативное лечение в плановом порядке в объёме экстирпации матки.

ОТВЕТ к задаче №8

Диагноз: угрожающий самоаборт 8-9 недель беременности.

План ведения: ОАК, ОАМ, биохимические исследования, УЗИ органов малого таза, мазок из «V», «С», «Ur» на флору.

Сохраняющая терапия: постельный режим (физический и сексуальный покой), спазмолитические препараты (дротаверина гидрохлорид, ректальные свечи с папаверином гидрохлоридом, препараты магния), растительные седативные лекарственные препараты (отвар пуштырника, валерианы), гемостатики (этамзилат натрия).

ОТВЕТ к задаче №9

Диагноз: пузырьный занос.

План ведения больной: ОАК, ОАМ, биохимические исследования, УЗИ органов малого таза, мазок из «V», «С», «Ur» на флору, рентгенограмма лёгких для исключения метастазов хорионкарциномы.

Раздельное лечебно – диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала. Метотрексат.

ОТВЕТ к задаче № 10

Предварительный диагноз: кровомазание в менопаузе.

Окончательный диагноз: полипоз матки.

При полипозе матки необходимо проведение антибактериального, противовоспалительного лечения, согласно исследованию выделений на флору и чувствительность к антибиотикам.

Вторым этапом – проведение контрольной гистероскопии с отдельным лечебно-диагностическим выскабливанием через 6 месяцев.

ОТВЕТ к задаче №11

Дифференциальную диагностику следует проводить с начавшимся самоабортom малого срока на фоне левостороннего хронического аднексита, гидросальпинкса, левосторонней внематочной беременностью.

В пользу левосторонней внематочной беременности свидетельствуют следующие признаки: величина матки не соответствует сроку задержки месячных, слева определяется туго-эластической консистенции образование, размерами 4x4x5 см, болезненные девиации за шейку матки.

Тактика ведения: лапароскопия, ревизия органов брюшной полости, рассечение спаек, удаление плодного яйца из левой маточной трубы, при отсутствии возможности – удаление левой маточной трубы.

ОТВЕТ к задаче №12

Диагноз: перекрут ножки кистомы левого яичника.

Тактика ведения: лапаротомия. Ревизия органов брюшной полости. Удаление кистомы левого яичника.

ОТВЕТ к задаче №13

Диагноз: воспалительные опухоли придатков матки. Пельвиоперитонит.

Тактика ведения: при наличии осумкованного гнойного образования придатков матки базовым компонентом, определяющим исход заболевания, является хирургическое лечение. Оптимальной для

операции считается стадия ремиссии гнойного процесса. При наличии абсцесса в малом тазу интенсивное консервативное лечение должно продолжаться не более 10 дней, а при наличии клиники угрозы перфорации – не более 12–24 часов.

ОТВЕТ к задаче №14

Диагноз: рак шейки матки?

Для верификации диагноза необходимо провести биопсию шейки матки с последующим гистологическим исследованием.

Для остановки кровотечения необходимо провести тугую тампонаду влагалища марлевым тампоном, пропитанным аминокапроновой кислотой, назначить гемостатическую, симптоматическую терапию.

ОТВЕТ к задаче №15

Диагноз: вульвовагинальный кандидоз.

Для постановки диагноза необходимо сочетание трёх из названных симптомов: зуд, творожистые выделения, местные признаки воспаления, присутствие в мазках спор или мицелия.

Лабораторная диагностика: микроскопия мазков вагинального отделяемого (нативные и окрашенные по Граму препараты); культуральный метод (определяет количество, родовую и видовую принадлежность, чувствительность к противогрибковым препаратам, а также характер и степень колонизации другими микроорганизмами).

Лечение:

- Бутоконазол: 2% влагалищный крем 5 г однократно;

- Клотримазол: по 100 мг (1 влагалищная таблетка) в течение 7 дней или по 200 мг (2 влагалищные таблетки) в течение 3 дней или по 500 мг (1 влагалищная таблетка) однократно или 1% крем 5 г интравагинально 7-14 дней;

- Нистатин: влагалищные таблетки 100000 ЕД (1 свеча) ежедневно в течение 14 дней.

Кандидозный вульвовагинит не передаётся половым путём. Лечение половых партнёров необходимо только в случае развития кандидозного баланопостита.

ОТВЕТ к задаче №16

Диагноз: беременность малого срока? НМЦ?

Предварительный диагноз выставлен на основании сомнительных признаков беременности: задержка месячных, нагрубание молочных желёз, тошнота по утрам; вероятных признаков беременности: цианоз слизистой влагалища, увеличение размера и консистенции матки.

Для подтверждения диагноза необходимо проведение УЗИ органов малого таза, исследование крови на ХГЧ.

ОТВЕТ к задаче №17

Диагноз: атрофический (сенильный кольпит). Атрофические процессы, развивающиеся вследствие возрастного дефицита эстрогенов, приводят к истончению слизистой влагалища, в результате чего в ней образуются трещины, которые легко инфицируются и изъязвляются. Кровянистые выделения при синильных кольпитах всегда скудные.

Необходимо прежде всего исследовать флору влагалища и при необходимости устранить присоединившуюся инфекцию. При этом эффективны дезинфицирующие эмульсии и мази, например 1%, 5% или 10% эмульсия синтомицина.

При отсутствии инфекции быстрый эффект наступает при использовании мази или свечей с добавлением эстрогенов, а именно эстриола. (препарат овестин). Смазывание производят ежедневно в течение 7–10 дней. Достоинством препарата является его выраженное избирательное действие на слизистую оболочку влагалища.

ОТВЕТ к задаче №18

Диагноз: кровотечение в менопаузе.

Учитывая данные анамнеза, можно предположить наличие у пациентки рецидива полипа эндометрия. Для остановки кровотечения необходимо проведение раздельного лечебно-диагностического выскабливания цервикального канала и полости матки под контролем гистероскопии.

ОТВЕТ к задаче №19

Диагноз: на основании трёх клинических симптомов (неприятный запах, напоминающий тухлую рыбу, положительный аминотест, увеличение рН влагалищного содержимого) можно поставить диагноз бактериальный вагиноз. Для подтверждения диагноза необходимо обнаружение в мазках из влагалища ключевых клеток.

Лечение проводится в 2 этапа. 1 этап – санация влагалища: Далацин вагинальный крем, свечи тержинан. 2 этап – применение биопрепаратов для восстановления нормального микробиоценоза влагалища.

ОТВЕТ к задаче №20

Предварительный диагноз: рак шейки матки?

Для подтверждения диагноза необходимо проведение расширенной кольпоскопии, со взятием биопсии. После верификации диагноза направить пациентку к онкогинекологу.

ОТВЕТ к задаче №21

Предварительный диагноз: миома матки больших размеров, осложнённая болевым синдромом и кровотечениями.

Для подтверждения диагноза необходимо проведение УЗИ органов малого таза, полное обследование пациентки (ОАК, ОАМ, биохимия крови, ЭКГ, флюорограмма, консультация терапевта), рекомендовать ей оперативное лечение в объёме экстирпации матки.

ОТВЕТ к задаче №22

Предварительный диагноз: генитальный эндометриоз.

Для подтверждения диагноза необходимо проведение УЗИ органов малого таза, отдельного лечебно-диагностического выскабливания полости матки и цервикального канала, проведение биопсии мелкокистозных образований на шейки матки.

В случае подтверждения диагноза генитального эндометриоза, лечение больной необходимо согласовать совместно с пациенткой.

Определяющими факторами в выборе способа терапии будут репродуктивные планы пациентки. Если пациентка не планирует беременность, то ей можно рекомендовать приём комбинированных оральных контрацептивов (марвелон, жанин).

Ответ к задаче №23

Диагноз: опухоль левого яичника (муцинозная?). Муцинозная опухоль левого яичника является истинной опухолью яичника, поэтому подлежит оперативному лечению.

Для подтверждения диагноза необходимо проведения УЗИ органов малого таза.

Стандарты обследования включают обязательное исследование ЖКТ у всех больных с новообразованием яичника для исключения метастазов рака желудка в яичник и вовлечения в процесс прямой и сигмовидной кишки. Больной показано проведение эзофагогастроскопии, колоноскопии (при невозможности провести колоноскопию допустима ирригоскопия). Поскольку эта опухоль обнаружена у больной, находящейся в репродуктивном возрасте, предполагаемый объём операции нижнесрединная лапаротомия, аднексэктомия.

При подозрении на малинизацию и при сомнительных данных экстренного гистологического исследования, выполняют секторальную биопсию контрлатерального яичника, смывы из латеральных каналов таза и поддиафрагмального пространства.

Окончательную тактику ведения определяют после получения данных планового гистологического исследования и верификации морфологического анализа в специализированном учреждении.

Ответ к задаче №24

Диагноз: ДМК (дисфункциональное маточное кровотечение) репродуктивного возраста.

Дифференциальную диагностику проводят с целью исключения других причин маточных кровотечений в репродуктивном возрасте: связанных с беременностью (самопроизвольные аборты, эктопическая беременность, плацентарный полип, трофобластическая болезнь);

вследствие инфекции -цервициты, эндометриты; доброкачественных заболеваний эндо- и миометрия – полипы, субмукозная миома матки, внутренний эндометриоз; предраковых и злокачественных заболеваний шейки матки; системных заболеваний – тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, анемия Фалькони, болезни щитовидной железы, печени.

«Золотым стандартом» среди диагностических процедур считается проведение гистероскопии и отдельного лечебно-диагностического выскабливания полости матки и цервикального канала.

Лечение больных ДМК репродуктивного периода включает в себя несколько этапов. I этап – остановка кровотечения, путём проведения отдельного выскабливания полости матки. II этап – восстановление ритма менструаций и стимуляция овуляции. При недостаточности функции жёлтого тела используют гестагены с заместительной целью: утрожестан по 200–300 мг в день с 16-го по 25-й день цикла; дюфастон по 1–2 т. с 16-го по 25-й день цикла.

Ответ к задаче № 25

Диагноз: синдром поликистозных яичников.

Тактика ведения. Лечение пациенток с СПКЯ направлено на нормализацию массы тела и метаболических нарушений; восстановление овуляторных менструальных функций; восстановление генеративной функции; устранение клинических проявлений гиперандрогении – гирсутизма, угревой сыпи. На первом этапе необходима нормализация массы тела и коррекция метаболических нарушений.

Второй этап определяется репродуктивными планами пациентки. Если пациентка планирует беременность, то необходимо проведение стимуляции овуляции, в случае отсутствия эффекта от медикаментозной стимуляции, проведение операции клиновидной резекции или каутеризации яичников.

Если пациентка не планирует беременность, целесообразно назначение КОК, предпочтительно монофазных (ярина, жанин, марвелон, диане и др.), а у пациенток с ожирением рекомендовано введение интравагинальной гормональной рилизинговой системы НоваРинг. При плохой переносимости КОК можно рекомендовать гестагены во второй фазе цикла.

Ответ к задаче № 26

Диагноз: послеродовой метаболический синдром. Вторичный СКПЯ. Пациентка нуждается в обследовании у эндокринолога для исключения сахарного диабета. Необходима консультация врача-диетолога, для составления редуциционной диеты по коррекции веса, затем стимуляция овуляции, в случае отсутствия эффекта – оперативное лечение склерополикистозных яичников.

Ответ к задаче № 27

Диагноз: воспалительные опухоли придатков матки, метрит. Пельвиоперитонит?

План обследования: ОАК, ОАМ, биохимические исследования, УЗИ органов малого таза, мазок из «V», «С», «Ur» на флору, посев выделений из «С» на флору и чувствительность к антибиотикам. Пункция заднего свода влагалища под в/в наркозом.

Лечение: при наличии осумкованного гнойного образования придатков матки базовым компонентом, определяющим исход заболевания, является хирургическое лечение в объёме: ревизия органов брюшной полости, санация очагов инфекции. Антибактериальная терапия (цефалоспорины 3 поколения + фторхинолоны), препараты группы имидазола, дезинтоксикационная, инфузионная терапия

Ответ к задаче № 28

Предварительный диагноз: прогрессирующая правосторонняя трубная беременность.

Необходимо проведение исследования крови на ХГЧ, диагностической лапароскопии. В случае подтверждения диагноза «прогрессирующая трубная беременность», необходимо провести удаление плодного яйца с сохранением маточной трубы.

Ответ к задаче №29

Предварительный диагноз: апоплексия правого яичника, болевая форма. Для подтверждения диагноза необходимо провести УЗИ органов малого таза, анализ крови на ХГЧ, тест на беременность.

Лечение. Консервативная терапия включает: покой, холод на низ живота (способствующий спазму сосудов), препараты гемостатического действия, спазмолитики, витамины: этамзилат натрия 2 мл внутримышечно 2–4 раза в сутки, дротаверин 2 мл внутримышечно 2 раза в сутки, аскорбиновая кислота 5% 2 мл внутримышечно 1 раз в сутки или внутривенно в разведении с раствором глюкозы 40% 10 мл, витамины В1, В6, В12 внутримышечно 1 мл 1 раз через день.

Ответ к задаче №30

Предполагаемый диагноз: опущение матки 3 степени.

Тактика ведения: оперативное лечение в объёме чрезвлагалищной экстирпации матки.

Ответ к задаче №31

Предполагаемый диагноз : гематометра. Подострый метроэндометрит после медаборта.

План обследования: общее клинико-лабораторное обследование с обязательным ультразвуковым исследованием органов малого таза.

Тактика ведения: бужирование цервикального канала под интраоперационным введением антибиотиков широкого спектра действия, в дальнейшем проведение антибактериальной, противовоспалительной, сокращающей матку терапией, спазмолитики.

Ответ к задаче №32

Диагноз: перфорация матки.

Тактика врача: с целью диагностики и лечения показана лапароскопия, во время которой хирург проводит ревизию органов малого таза и брюшной полости для оценки состояния внутренних органов. Объём оперативного вмешательства: сшивание краёв раны и промывание брюшной полости.

Произведение инструментального обследования полости матки и удаление плодного яйца под лапароскопическим контролем.

При повреждении органов брюшной полости показана консультация хирурга и/или уролога в зависимости от локализации повреждения.

Ответ к задаче №33

Предполагаемый диагноз: угрожающий самоаборт при беременности 11–12 недель? Неразвивающаяся беременность с гестационным сроком 11–12 недель?

Для уточнения диагноза необходимо проведение клинико-лабораторного обследования с обязательным ультразвуковым исследованием области малого таза, крови на ХГЧ.

В случае подтверждения диагноза угрожающий самоаборт, тактика лечения будет определяться желанием пациентки. В случае, если беременность является желанной, возможно проведение сохраняющей беременности терапии.

Ответ к задаче №34

Предварительный диагноз: начавшийся самоаборт сроком 5–6 недель беременности.

Вероятные признаки беременности: цианоз влагалищной части шейки матки, задержка месячных на 2 месяца, увеличение размеров матки, как при 6 неделях беременности. Для подтверждения диагноза необходимо проведение УЗИ органов малого таза.

Неотложная помощь: инструментальное обследование полости матки для удаления плодного яйца, превентивная противовоспалительная и антибактериальная терапия. Операцию следует проводить под наркозом.

Ход операции: зондирование полости матки с целью уточнения направления введения инструмента, дилатация цервикального канала, как правило, не требуется; кюреткой отслаивают плодное яйцо от стенок матки, затем удаляют абортцангом.

Медикаментозное лечение в сочетании с хирургическим включает в себя:

- маточные сокращающие средства (окситоцин по 5 ЕД внутримышечно 2 раза в сутки;

- препараты, повышающие свёртываемость крови (этамзилат натрия по 2 мл 3 раза в сутки);
- антимикробные препараты широкого спектра действия (цефазолин 1,0 г 2 раза в сутки внутримышечно;)
- антимикотики (флуконазол по 0,15 г 1 раз в неделю перорально).

Ответ к задаче №35

Предполагаемый диагноз: острый метроэндометрит.

Тактика врача. В острой стадии метроэндометрита назначают системные антибиотики. Выбор препарата определяется спектром предполагаемых возбудителей и их чувствительностью к антимикробным препаратам.

Учитывая полимикробную этиологию заболевания, чаще применяют комбинированную антибактериальную терапию, например комбинацию цефалоспоринов III–IV поколения и метронидазола, линкозамидов и аминогликозидов II–III поколения. В качестве монотерапии можно использовать ингибиторзащищённые аминопенициллины (амоксциллин/клавулоновая кислота и др.) и карбапенемы (имипенем/циластатин, меропенем). При подозрении на хламидийную инфекцию дополнительно пациенткам назначается доксициклин или макролиды.

Ответ к задаче № 36

Предварительный диагноз: неразвивающаяся беременность 10 недель (гестационный срок 18 недель).

Для подтверждения диагноза необходимо проведения УЗИ органов малого таза. В случае подтверждения диагноза необходима госпитализация в гинекологический стационар, полное клинико-лабораторное обследование, инструментальное обследование полости матки, удаление изменённых частей плодного яйца в условиях развёрнутой операционной. Для профилактики ДВС синдрома необходимо интраоперационное введение гордокса, для профилактики инфекционно-токсического шока интраоперационное введение антибиотиков широкого спектра действия.

Ответ к задаче № 37

Предварительный диагноз: множественная миома матки больших размеров со вторичными изменениями в узлах.

Тактика: необходимо полное клинико-лабораторное обследование, проведения антибактериальной, противовоспалительной терапии, с последующими рекомендациями об оперативном лечении в плановом порядке в объёме экстирпации матки.

Ответ к задаче № 38

У женщин периода пре- и постменопаузы при наличии гиперплазии эндометрия с атипией предпочтительным остаётся радикальное хирургическое вмешательство (экстирпация матки). Вопрос об удалении яичников каждый раз решают индивидуально, это определяется состоянием яичников, а также отношением женщины к их удалению, выраженностью экстрагенитальной патологии.

С появлением высокоэффективных синтетических гормональных препаратов стало возможным лечить консервативно не только атипическую гиперплазию эндометрия, но также и начальные формы рака эндометрия. При гормонотерапии используют в основном три группы препаратов: гестагены (гидроксипрогестерона капронат, медроксипрогестерон), антигонадотропины (даназол, гестринон), агонисты Гн-РГ (гозерелин, трипторелин, бусерелин).

Учитывая сложные патогенетические механизмы гиперплазии эндометрия, помимо гормональной терапии, в комплекс лечения больных по показаниям следует включать диету с пониженным содержанием жиров, углеводов и жидкости; препараты, способствующие коррекции обменно-эндокринных нарушений и нормализующие водно-электролитный обмен; средства, улучшающие состояние ЦНС, седативные препараты.

Ответ к задаче №39

Предварительный диагноз: киста яичника гигантских размеров? Рак яичника?

Тактика : необходимо полное клинико-лабораторное обследование с обязательным исследованием крови на онкомарккёры, консультацией

онкогинеколога, с последующим оперативным лечением.

Ответ к задаче №40

Предварительный диагноз: прогрессирующая трубная беременность?

План обследования: необходимо проведение трансвагинального УЗИ и определение уровня ХГЧ в сыворотке крови. Для внематочной беременности характерно содержание ХГЧ несколько ниже, чем при маточной беременности аналогичного срока; в области придатков пальпируют болезненное опухолевидное образование тестоватой консистенции.

Достоверные диагностические признаки: УЗИ (определение плодного яйца в трубе) и лапароскопия.

В современных условиях основное лечение прогрессирующей трубной беременности – органосохраняющая операция эндоскопическим доступом или консервативная терапия (метатрексат).

Ответ к задаче №41

Определяющим фактором при выборе метода контрацепции должна быть степень гормонального воздействия на организм. Исходя из этого, наиболее приемлемым способом контрацепции для пациентки является гормонсодержащее влагалищное контрацептивное кольцо НоваРинг, при котором используют влагалищный путь введения гормонов. В сутки из кольца освобождается 15 мкг этинилэстрадиола и 120 мкг этоноргестрела, который представляет собой активный метаболит дезогестрела, что обеспечивает высокую контрацептивную эффективность. Влагалищный путь введения позволяет достичь существенных преимуществ: во-первых, достигается стабильный гормональный фон; во-вторых, отсутствует первичное прохождение через печень и ЖКТ. Это позволяет достичь необходимой эффективности и отличной переносимости на меньших, чем в таблетках, ежедневных дозах гормонов. Основной механизм действия НоваРинга – подавлением овуляции. Кроме того, НоваРинг вызывает повышение вязкости цервикальной слизи. Показаны также микродозированные

КОК-мерсилон, новинет, логест, линдинет.

Ответ к задаче №42

Учитывая наличие у пациентки тромбоза вен нижних конечностей, наличие в анамнезе 1 родов, а так же наличие одного полового партнёра, можно порекомендовать ВМС.

Ответ к задаче №43

В этом случае можно порекомендовать различные способы контрацепции: хирургическую стерилизацию, использование ВМС, а также КОК. Что касается КОК, они должны быть низкодозированными.

Ответ к задаче №44

Предварительный диагноз: травма мочеточника

Тактика: необходима консультация уролога, в случае подтверждения диагноза релапаротомия, ревизия органов брюшной полости, послеоперационной раны, восстановление пассажа мочи.

Ответ к задаче №45

Предварительный диагноз: заращение девственной плевы.

Тактика: клинико-лабораторное обследование, с обязательным ультразвуковым исследованием, с последующим оперативным лечением для лечения гематокольпоса и гематометры.

Ответ к задаче №46

Предполагаемый диагноз: прогрессирующая правосторонняя трубная беременность.

Внематочная беременность вызывает в организме женщины те же изменения, что и маточная: цианоз шейки матки, увеличение тела матки, задержку месячных.

Однако есть признаки, характерные больше для внематочной

беременности, чем для маточной: содержание ХГТ несколько ниже, чем при маточной беременности этого срока; увеличение размеров матки не соответствует предполагаемому сроку беременности; в области придатков матки пальпируют болезненное опухолевидное образование тестоватой консистенции.

Достоверные диагностические признаки: УЗИ (определение плодного яйца в трубе) и лапароскопия.

В современных условиях основное лечение прогрессирующей трубной беременности – органосохраняющая операция эндоскопическим доступом, консервативная терапия метатрексатом.

Ответ к задаче №47

Диагноз: внематочная беременность, прервавшаяся по типу разрыва трубы. Внутрибрюшное кровотечение. Геморрагический шок II степени.

Тактика: экстренное оперативное лечение в объеме лапаротомии, ревизии органов брюшной полости, остановки кровотечения, удаления трубы на стороне поражения; противошоковые мероприятия.

Ответ к задаче №48

Определяющим фактором при выборе метода контрацепции должна быть степень гормонального воздействия на организм. Исходя из этого, наиболее приемлемым способом контрацепции для пациентки являются микродозированные КОК, гормонсодержащее влагалищное контрацептивное кольцо НоваРинг.

Ответ к задаче №49

Этой пациентке лучше порекомендовать мирену, представляющую собой гормональное внутриматочное средство, содержащее левоноргестрел. Срок использования мирены составляет 5 лет. Механизм действия основан на сочетании механизмов действия ВМК и левоноргестрела, за счёт которых: подавляется функциональная активность эндометрия; происходит изменение физико-химических свойств цер-

викальной слизи; уменьшается подвижность сперматозоидов.

Мирену рекомендуют женщинам различных возрастных групп, имеющих одного полового партнёра и нуждающихся в длительной и надёжной контрацепции. Особенно показана женщинам с обильными и болезненными менструациями.

Учитывая данные анамнеза, массу тела пациентки, ей необходимо предложить обследование, для исключения скрытого латентного сахарного диабета, а также различных гипоталамо-диэнцефальных синдромов.

Ответ к задаче №50

Предварительный диагноз: миома матки больших размеров со вторичными изменениями в узлах.

Тактика: необходимо полное клинико-лабораторное обследование, антибактериальная, инфузионная, противовоспалительная терапия, с последующим оперативным лечением в объёме экстирпации матки.

Клинические задачи по гинекологии для студентов V курса лечебно-профилактического факультета

Авторы:

**Зав. кафедрой д.м.н., проф. А.Н. Рымашевский;
доценты, к.м.н.: А.П. Павлова, Э.А. Ковалева, Ю.А. Петров;
ассистенты, к.м.н.: А.А. Борщева, В.В. Маркина, М.Л. Бабаева,
Э.М. Волдохина, А.Е. Волков, И.А. Логинов,
Г.М. Перцева, Н.И. Пицура, Л.А. Терехина, Н.А. Красникова.**

Отпечатано в типографии ООО «Омега-Принт».
г. Ростов-на-Дону, ул. М. Горького, 3.

Подписано в печать 27.07.2012 г.
Формат издания 60*84/16. Печать офсетная.
Гарнитура HeliosC. Тираж 500. Заказ № 1415.