



**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Кемеровский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра акушерства и гинекологии № 2**

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

**Учебно-методическое пособие для подготовки к практическим занятиям
обучающихся по основной профессиональной образовательной программе
по направлению подготовки кадров высшей квалификации –
программе подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре
31.06.01 «Клиническая медицина», направленности (профиля)
14.01.01 «Акушерство и гинекология»**

УДК 618.1/.2(075.9)(076.5)

ББК 57.1/16я7

А 445

Акушерство и гинекология: учебно-методическое пособие для подготовки к практическим занятиям обучающихся по основной профессиональной образовательной программе по направлению подготовки кадров высшей квалификации – программе подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре 31.06.01 «Клиническая медицина», направленности (профиля) 14.01.01 «Акушерство и гинекология» / Н. В. Артымук, О. А. Зотова, О. Б. Карелина, Т. Ю. Марочко, М. Н. Сурина, В. И. Черняева, Е. А. Шакирова. – Кемерово, 2017. – 81 с.

В учебно-методическом пособии рассматриваются вопросы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения основных видов физиологии и патологии беременности, родов и послеродового периода и основных видов гинекологической патологии: нарушений гормональной и репродуктивной функций, воспалительных заболеваний, доброкачественных, предраковых и злокачественных поражений матки и придатков. В разделах учебного пособия приводятся тестовые задания, ситуационные задачи с эталонами ответов.

Учебно-методическое пособие подготовлено с действующим Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по направлению подготовки 31.06.01 «Клиническая медицина» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утв. приказом Министерства образования и науки РФ от 3 сентября 2014 г. №1200.

Учебно-методическое пособие предназначено для обучающихся в аспирантуре по направленности (профилю) 31.08.01 «Акушерство и гинекология».

Коллектив авторов:

Артымук Наталья Владимировна – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России;

Зотова Ольга Александровна – канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России;

Карелина Ольга Борисовна - канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России;

Марочко Татьяна Юрьевна – канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России;

Сурина Мария Николаевна – канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2 ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России;

Черняева Валентина Ивановна - канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России;

Шакирова Елена Александровна – канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Рецензенты:

Новикова Оксана Николаевна – д-р мед. наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии № 1 ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России;

Мозес Вадим Гельевич – д-р мед. наук, профессор, декан факультета последипломной подготовки специалистов ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Рекомендовано Центральным методическим советом Кемеровского государственного медицинского университета в качестве учебного издания для обучающихся по направлению подготовки 31.06.01 «Клиническая медицина» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), направленности (профиля) 14.01.01 «Акушерство и гинекология», протокол № 3 от 15 февраля 2017 года.

© ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, 2017

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Раздел 1. Организация акушерско-гинекологической помощи: организационные принципы работы женской консультации и стационара.....	4
Раздел 2. Основные методы обследования в акушерстве и гинекологии.....	5
Раздел 3. Физиология и патология беременности	8
Раздел 4. Физиология и патология родов.....	15
Раздел 5. Кровотечения во время беременности и родов.....	21
Раздел 6. Шок и терминальные состояния в акушерстве.....	24
Раздел 7. Акушерский травматизм.....	27
Раздел 8. Оперативное акушерство.....	33
Раздел 9. Физиология и патология послеродового периода.....	34
Раздел 10. Перинатальная охрана плода и новорожденного.....	36
Раздел 11. Экстрагенитальная патология и беременность.....	38
Раздел 12. Гинекология.	40
Раздел 13. Онкогинекология.....	61
Рекомендуемая литература.....	79

Раздел 1. ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ: ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ И СТАЦИОНАРА

1. **Цель:** изучить основные принципы организационной работы амбулаторной акушерско-гинекологической помощи.

Амбулаторная акушерско-гинекологическая помощь.

Содержание занятия

Основные задачи работы женской консультации. Организационные принципы работы по диагностике беременности. Организация ведения беременных с нормально протекающей беременностью и в группах «риска». Профилактика и раннее выявление гинекологических заболеваний. Санитарно-просветительская работа. Профилактика аборт. Социально-правовая помощь женщинам. Экспертиза временной нетрудоспособности по беременности, родам, в связи с гинекологическими заболеваниями. Основные показатели работы женской консультации.

Организационные принципы работы дневного стационара женской консультации.

Нормативно-правовые документы. Организация работы дневного стационара. Показания к лечению беременных в условиях дневного стационара. Лечение беременных группы риска. Лечение гинекологических больных.

Гинекологическая помощь в женской консультации.

Лечебная помощь гинекологическим больным. Реабилитация после перенесенных гинекологических операций. Диспансерное наблюдение гинекологических больных. Консультирование и предоставление услуг по планированию семьи.

Основные формы учетной документации в женской консультации.

Медицинская карта амбулаторного больного. Статистический талон для регистрации заключительных диагнозов. Индивидуальная карта беременной и родильницы. Индивидуальная (обменная) карта беременной и родильницы. Контрольная карта диспансерного наблюдения.

Обеспечение преемственности в работе амбулаторно-поликлинических учреждений и стационаров.

Принципы отбора больных на госпитализацию, обследование, стационарное лечение. Принципы реабилитации после выписки больной из стационара.

Перечень практических навыков, обязательных для аспиранта:

1. Экспертиза временной нетрудоспособности по беременности, родам, в связи с гинекологическими заболеваниями
2. Оформление основных форм учетной документации в женской консультации.
3. Оформление медицинской карты амбулаторного больного.
4. Оформление индивидуальной карты беременной и родильницы.
5. Оформление статистического талона для регистрации заключительных диагнозов
6. Оформление контрольной карты диспансерного наблюдения

Организационные принципы работы акушерского стационара.

Содержание занятия

Функции акушерского стационара. Неонатологическая помощь. Проведение клинико-экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщинам и новорожденным детям.

Основные показатели деятельности акушерской и неонатальной службы.

Этика и деонтология врача акушера-гинеколога.

Деонтологические нормы, которыми должен руководствоваться в своей работе врач акушер-гинеколог: нормы взаимоотношений с больным, медицинских работников между собой, с родственниками больного, со здоровыми людьми.

Современные правила медицинской этики.

Роль постоянного образования во время профессиональной практической деятельности, с привлечением современных информационных технологий в соответствии со стандартами услуг и протоколами действия медицинских работников, в улучшении оказания акушерско-гинекологической помощи, сохранении жизни и здоровья женщин и новорожденных детей.

Перечень практических навыков, обязательных для аспиранта:

1. Проведение клинико-экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщинам и новорождённым детям.
2. Оценка основных показателей деятельности акушерской и неонатальной службы.
3. Правила выдачи, структура родового сертификата.

Контрольные вопросы по теме:

1. Нормативное правовое обеспечение первичной акушерско-гинекологической помощи (приказы, постановления).
2. Структура женской консультации
3. Первичная медицинская документация
4. Показатели работы женской консультации
5. Социально-правовая помощь женщинам
6. Экспертиза временной нетрудоспособности
7. Участники программы «родовые сертификаты».
8. Порядок оплаты родового сертификата
9. Структура родильного дома, оснащение, порядок «движения» пациентов по акушерским отделениям.
10. Основные показатели работы роддома.

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1.

У женщины при посещении врача 12 июня 2001 года. Тест на беременность положительный.

У нее регулярный 30 – дневный цикл, последняя менструация была с 1 по 4 апреля 2001г.

Укажите предполагаемый срок родов:

- А) 1 января 2002 г.
- Б) 8 января 2002 г.
- В) 15 января 2002 г.
- Г) 22 января 2002 г.
- Д) 29 января 2002 г.

Ситуационная задача № 2.

У женщины при наружном акушерском исследовании врач диагностировал доношенную беременность. Рост пациентки 164 см., вес – 80 кг., окружность живота 100 см.(ОЖ), высота стояния дна матки – 34 см. Подсчитайте предполагаемую массу плода по нескольким известным вам формулам.

Раздел 2. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ.

Цель: изучить основные клинические и лабораторные методы обследования в акушерстве и гинекологии.

Клинические и лабораторные методы исследования в акушерстве и гинекологии.

Содержание занятия:

Основные задачи клинического обследования беременных. Общее клиническое и специальное гинекологическое обследование. Специальное акушерское обследование.

Диагностика беременности. Определение срока беременности и даты родов. Признаки предшествующих родов.

Электрофизиологические методы исследования матери и плода. Современные методы диагностики внутриутробного состояния плода. Электрокардиотокография (КТГ), фонокардиография, кардиомониторное наблюдение. Оценка показателей КТГ: базального ритма частоты сердечных сокращений плода (ЧСС), вариабельности сердечного ритма, амплитуды мгновенных осцилляций, амплитуды медленных осцилляций, величины децелераций. Типы децелераций. Критерии нормальной кардиотокограммы. Критерии подозрительной и патологической кардиотокограммы.

Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии. Нормальная эхографическая анатомия органов малого таза у женщин. Физические основы и методы ультразвуковой диагностики в акушерстве и гинекологии. Современная ультразвуковая аппаратура. Эхографическое исследование при малых сроках беременности. Ультразвуковая фетометрия, оценка биофизического профиля плода. Оценка количества околоплодных вод.

Плацентография. Допплерометрическая оценка кровотока в сосудах матери и плода. Классификация нарушений маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения.

УЗ – признаки миомы матки, внутреннего эндометриоза. Ультразвуковая диагностика кист, кистом яичников, заболеваний маточных труб, эхогистероскопия. Эхографическая картина объёмных образований малого таза. УЗИ диагностика состоятельности рубца на матке. Эхография при внематочной беременности.

Перечень практических навыков, обязательных для аспиранта:

1. Диагностика беременности. Определение срока беременности и даты родов. Признаки предшествующих родов.
2. Оценка показателей электрокардиографии (КТГ), фонокардиографии.
3. Проведение кардиомониторного наблюдения.
4. Оценка данных ультразвукового исследования в акушерстве и гинекологии.
5. Ультразвуковая фетометрия, оценка биофизического профиля плода.
6. Плацентография. Допплерометрическая оценка кровотока в сосудах матери и плода.
7. УЗИ диагностика состоятельности рубца на матке.
8. УЗ – признаки миомы матки, внутреннего эндометриоза. Ультразвуковая диагностика кист, кистом яичников, заболеваний маточных труб, эхогистероскопия. Эхографическая картина объёмных образований малого таза.

Инструментальные инвазивные методы диагностики в акушерстве: амниоскопия, хорионбиопсия, амниоцентез, кордоцентез.

Показания и противопоказания, подготовка к проведению амниоскопии. Методика амниоскопии. Осложнения при выполнении амниоскопии.

Показания и противопоказания, подготовка к проведению хорионбиопсии. Техника хорионбиопсии. Осложнения при выполнении хорионбиопсии.

Классификация амниоцентеза. Показания и противопоказания, подготовка к проведению амниоцентеза. Техника операции. Осложнения при амниоцентезе.

Классификация кордоцентеза. Показания и противопоказания, подготовка к проведению кордоцентеза. Техника операции. Осложнения при кордоцентезе.

Перечень практических навыков, обязательных для аспиранта:

1. Техника операции амниоскопии.
2. Техника операции хорионбиопсии.
3. Техника операции амниоцентеза.
4. Техника операции кордоцентеза

Эндоскопические методы исследования в акушерстве и гинекологии. Методы кольпоскопического исследования в акушерстве и гинекологии.

Показания и противопоказания к проведению лапароскопии в акушерстве и гинекологии. Методика выполнения лапароскопической операции. Методы обезболивания. Осложнения при лапароскопии. Профилактика осложнений.

Показания и противопоказания к проведению гистероскопии в акушерстве и гинекологии. Виды гистероскопии. Методика выполнения гистероскопии. Методы обезболивания. Осложнения при гистероскопии. Профилактика осложнений.

Морфологические методы исследования в акушерстве и гинекологии.

Цитологические методы исследования. Гистологический метод исследования.

Перечень практических навыков, обязательных для аспиранта:

1. Методика выполнения лапароскопической операции.
2. Методика выполнения гистероскопии.
3. Методика цитологического исследования.

Контрольные вопросы

1. Какие методы являются «золотым стандартом» диагностики беременности?
2. Как проводят двуручное (бимануальное) влагалищное исследование и какова его цель?
3. Какие разделы необходимо отразить при опросе беременной?
4. Что включает в себя специальный (репродуктивный) анамнез?
5. В чем заключаются особенности диагностики поздних сроков беременности?
6. Что включает в себя специальное акушерское исследование?
7. В чем заключается наружное акушерское исследование?
8. Как проводится тазоизмерение у беременной?
9. Какими способами можно вычислить величину истинной конъюгаты?
10. Какова цель и техника четырех приемов наружного акушерского исследования (Леопольда-Левицкого)?
11. В чем заключается аускультация в акушерстве?
12. Какова цель и техника внутреннего (влагалищного) акушерского исследования?
13. Какими методами можно определить срок беременности и дату родов?
14. Какие дополнительные методы исследования используют в акушерстве?
15. В чем заключается современная пренатальная диагностика плода?

Задачи по теме занятия

Ситуационная задача № 1

Головка плода малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок спереди слева, большой - сзади справа выше малого.

Положение, позиция, вид и предлежание плода?

Ситуационная задача № 2

Головка плода малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в левом косом размере таза, большой родничок спереди справа, малый родничок сзади слева ниже большого.

Положение, позиция, вид и предлежание плода?

Эталоны ответов

Ситуационная задача № 1

Продольное положение, головное предлежание, первая позиция, передний вид

Ситуационная задача № 2

Продольное положение, головное предлежание, первая позиция, задний вид

Раздел 3. ФИЗИОЛОГИЯ И ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ.

Цель: изучить основные изменения в организме женщины во время беременности.

Изменения в организме женщины во время беременности. Критические периоды внутриутробного развития плода. Признаки зрелости плода. Физиология беременности: течение и ведение беременности по триместрам ее развития; профилактика осложнений.

Патология беременности.

Ранние токсикозы: этиология, патогенез, диагностика, клиника, лечение.

Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика; группы достоверного риска; современные принципы ведения беременности, родов; методы родоразрешения; ведение послеродового периода. Профилактика. Интенсивная терапия. Реабилитация. Влияние на плод.

Невынашивание беременности: этиопатогенез, тактика ведения и лечения беременных с невынашиванием. Профилактика в группах риска. Течение и ведение преждевременных родов.

Перенашивание беременности: этиопатогенез, тактика ведения и лечения беременных с перенашиванием. Профилактика в группах риска. Течение и ведение запоздалых родов. Влияние ее на плод.

Многоплодная беременность: особенности течения, ведения беременности и родов, профилактика осложнений.

Изосерологическая несовместимость крови матери и плода: этиология, патогенез, ведение беременности. Диагностика гемолитической болезни. Родоразрешение. Профилактика и лечение иммунологического конфликта.

Ведение беременности и родов с рубцом на матке, возможности родоразрешения через естественные родовые пути.

Изменения в организме женщины во время беременности.

Критические периоды внутриутробного развития плода. Признаки зрелости плода. Физиология беременности: течение и ведение беременности по триместрам ее развития; профилактика осложнений.

Патология беременности.

Ранние токсикозы: этиология, патогенез, диагностика, клиника, лечение.

Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика; группы достоверного риска; современные принципы ведения беременности, родов; методы родоразрешения; ведение послеродового периода. Профилактика. Интенсивная терапия. Реабилитация. Влияние на плод.

Перечень практических навыков, обязательных для аспиранта:

1. Ведение беременности по триместрам ее развития.
2. Алгоритм ведения беременных с гипертензивными расстройствами.
3. Алгоритм оказания неотложной помощи при эклампсии.
4. Рассчитать необходимый объем инфузионной терапии при преэклампсии.
5. Определить диагностические критерии HELLP – синдрома.

Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде.

Преэклампсия. Эклампсия. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика; группы достоверного риска; современные принципы ведения беременности, родов; методы родоразрешения; ведение послеродового периода. Профилактика. Интенсивная терапия. Реабилитация. Влияние на плод.

Контрольные вопросы

1. Классификация гипертензивных расстройств при беременности
2. Критерии диагноза АГ при беременности
3. Критерии диагноза гестационной АГ
4. Критерии диагноза преэклампсии
5. Критерии диагноза тяжелой преэклампсии
6. Лечение хронической АГ при беременности
7. Антигипертензивная терапия для плановой терапии АГ
8. Антигипертензивная терапия для быстрого снижения АД
9. Лечение преэклампсии
10. Принципы противосудорожной терапии преэклампсии
11. Подходы к инфузионной терапии при преэклампсии
12. Показания к экстренному родоразрешению при преэклампсии
13. Осложнения преэклампсии. HELLP – синдром
14. Профилактика преэклампсии

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1

На приеме у врача женской консультации беременная (32 нед) пожаловалась на головную боль. Отеков нет. Прибавка массы тела 300 г за неделю. Протеинурия 0,99 г/л, АД 150/95 мм рт.ст.

Диагноз? Тактика врача?

Ситуационная задача № 2

Машиной «скорой помощи» в родильный дом доставлена беременная 38 нед. Дома был однократно приступ судорог с потерей сознания, АД 155/90 мм рт.ст. После введения раствора магния сульфата АД снизилось до 130/90 мм рт.ст. Данные УЗИ: размеры плода соответствуют сроку 34 нед беременности, имеется ретроплацентарная гематома размером 5-6 см. ЧСС плода - 100 уд в минуту.

Диагноз? Тактика врача?

Невынашивание беременности. Этиопатогенез, тактика ведения и лечения беременных с невынашиванием. Профилактика в группах риска.

Течение и ведение преждевременных родов

Перенашивание беременности.

Этиопатогенез, тактика ведения и лечения беременных с перенашиванием. Профилактика в группах риска. Течение и ведение запоздалых родов. Влияние ее на плод.

Перечень практических навыков, обязательных для аспиранта:

1. Ведение пациенток при невынашивании беременности.
2. Алгоритм ведения беременных с гипертензивными расстройствами.
3. Определить клинические характеристики перенашивания беременности.
4. Оценить состояние плода по характеру двигательной активности, результатам инструментальных и лабораторных методов исследования (ЭКГ, ФКГ плода).
5. Определить показания к родоразрешению при перенашивании беременности.

Контрольные вопросы

1. Классификация самопроизвольных абортов и преждевременных родов.
2. Методы исследования, применяемые при диагностике данной патологии.
3. Группы риска по невынашиванию беременности
4. Принципы терапии основных форм невынашивания.
5. Клиника, диагностика и общие принципы ведения беременных при преждевременных родах.
6. Профилактика синдрома дыхательных расстройств при преждевременных родах.
7. Принципы ведения беременности при преждевременном разрыве плодных оболочек.
8. Основные методы профилактики невынашивания беременности.
9. Оценка состояния плода по характеру двигательной активности, результатам инструментальных и лабораторных методов исследования (ЭКГ, ФКГ плода).
10. Состояния, при которых оправдана выжидательная тактика при ведении преждевременных родов

Задачи по теме занятия

Ситуационная задача № 1

Больная 30 лет поступила в стационар в связи с жалобами на боли внизу живота и мажущие кровянистые выделения из половых путей. В анамнезе 2 самопроизвольных аборта. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, цианотична, симптом «зрачка» отрицательный, наружный зев пропускает кончик пальца, матка тестоватой консистенции, увеличена до 6-7 нед. беременности, придатки не определяются, своды глубокие. Последняя менструация 2 месяца назад.

1. Ваш предположительный диагноз?
 - 1) дисфункция яичников;
 - 2) угрожающий выкидыш;
 - 3) начавшийся аборт;
 - 4) аборт в ходу;
 - 5) внематочная беременность.
2. Что следует предпринять для уточнения диагноза?
 - 1) провести ультразвуковое исследование;
 - 2) рекомендовать измерение базальной температуры;
 - 3) определить содержание ХГЧ;
 - 4) определить уровень 17-кетостероидов в моче;
 - 5) все перечисленное выше.
3. Дальнейшая тактика врача?
 - 1) начать гормональную терапию, направленную на сохранение беременности;
 - 2) произвести инструментальное удаление остатков плодного яйца;
 - 3) экстренное чревосечение, удаление маточной трубы;
 - 4) назначить антибактериальную и утеротоническую терапию;

- 5) провести гормональный гемостаз.

Ситуационная задача № 2

В женскую консультацию обратилась повторнобеременная при сроке беременности 25-26 нед. с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, появившиеся утром после сна. В анамнезе роды и два медицинских аборта. При наружном исследовании установлено, что размеры матки соответствуют сроку беременности, матка не возбудима при пальпации. Плод в тазовом предлежании, сердцебиение плода ясное, ритмичное. Кровянистых выделений из половых путей нет.

Тактика врача женской консультации?

- 1) рекомендовать беременной принимать спазмолитические препараты;
- 2) рекомендовать выполнение упражнений, способствующих исправлению положения плода;
- 3) провести осмотр шейки матки в зеркалах и влагалищное исследование;
- 4) рекомендовать беременной уменьшить физические нагрузки, провести ультразвуковое исследование в плановом порядке;
- 5) госпитализировать беременную в родильный дом.

Эталоны ответов

Ситуационная задача №1

Эталоны ответов: 1-3); 2-5); 3-1).

Ситуационная задача №2

Эталон ответа - 5).

Перенашивание беременности

Этиопатогенез, тактика ведения и лечения беременных с перенашиванием. Профилактика в группах риска. Течение и ведение запоздалых родов. Влияние ее на плод.

Контрольные вопросы

1. Причины перенашивания беременности.
2. Диагностика перенашивания беременности.
3. Классификация перенашивания беременности.
4. Патогенез перенашивания беременности.
5. Клиническая картина перенашивания беременности.
6. Подготовка к родоразрешению у женщин с перенашиванием беременности.
7. Ведение родов при перенашивании беременности.
8. Группы риска по перенашиванию беременности.
9. Профилактика перенашивания беременности.
10. Ведение послеродового периода у женщин с перенашиванием беременности.

Задачи по теме занятия

Ситуационная задача № 1

Повторнородящая 30 лет поступила в отделение патологии беременных при сроке беременности 40 недель. Срочные роды 3 года назад, без осложнений. В анамнезе эпилепсия с редкими генерализованными приступами. Осмотрена неврологом, показаний для исключения потужного периода нет. Размеры таза нормальные. ПМП-3600 г. По УЗИ: плод в головном предлежании, частота сердцебиения 136 уд/мин., вод нормальное количество, плацента III степени зрелости с петрификатами. При влагалищном исследовании: шейка матки до 2,5 см, плотная, отклонена кзади, наружный зев проходим для 1,5 см.

Диагноз? План ведения.

Ситуационная задача № 2

У первородящей в I периоде индуцированных родов при сроке беременности 42 недели при проведении интранатальной КТГ выявлены ранние неглубокие децелерации. В родах в течение 7 часов. Размеры таза нормальные. ПМП 3900 г. Соматический и акушерско-гинекологический анамнезы не отягощены. При осмотре – открытие маточного зева 4 см, края шейки матки плотноватые. Плодный пузырь не определяется, головка плода малым сегментом во входе в таз, кости черепа – плотные, конфигурация не выражена. Подтекают мутные околоплодные воды зеленого цвета.

Сердцебиение плода ритмичное, приглушенное до 148 уд в мин.

Диагноз? Тактика ведения.

Эталоны ответов

Ситуационная задача № 1

Диагноз: Беременность 40 недель.

Соп. Эпилепсия с редкими генерализованными приступами.

План ведения: Информировать пациентку о возрастании перинатальных рисков после 41 недели беременности. Предложить «активные» методы подготовки родовых путей (с учетом противопоказаний к применению динопростона при эпилепсии). При достижении зрелости шейки матки провести индуцированные роды. При отсутствии эффекта от преиндукции родоразрешить путем кесарева сечения.

Ситуационная задача № 2

Активная фаза I периода индуцированных родов в 42 недели. Субкомпенсация хронической ФПН.

Тактика ведения: принимая во внимание субкомпенсацию хр.ФПН (подозрительная КТГ, характер околоплодных вод) в процессе индуцированных родов у первородящей в 42 недели гестации, высокий риск акушерских (аномалии родовых сил, клиническое несоответствие, кровотечение) и перинатальных (декомпенсация хронической ФПН) осложнений, сменить метод родоразрешения на оперативный.

Многоплодная беременность.

Особенности течения многоплодной беременности, ведения беременности и родов, профилактика осложнений.

Изосерологическая несовместимость крови матери и плода.

Этиология, патогенез, ведение беременности. Диагностика гемолитической болезни.

Родоразрешение. Профилактика и лечение иммунологического конфликта.

Ведение беременности и родов с рубцом на матке, возможности родоразрешения через естественные родовые пути.

Перечень практических навыков, обязательных для аспиранта:

1. Диагностика многоплодной беременности.
2. Тактика ведения многоплодной беременности
3. УЗ-критерии многоплодной беременности на разных сроках гестации.
4. Оценить состояние плода по характеру двигательной активности, результатам инструментальных и лабораторных методов исследования (ЭКГ, ФКГ плода).
5. Ведение родов при многоплодной беременности.
6. Определить показания к родоразрешению при многоплодной беременности.

Контрольные вопросы

1. Причины многоплодной беременности.
2. Диагностика многоплодной беременности.
3. Тактика ведения многоплодной беременности.
4. Осложнения многоплодной беременности.
5. Ведение родов при многоплодной беременности.
6. Показания к кесареву сечению при многоплодной беременности.
7. Ведение послеродового периода.
8. Течение и ведение беременности и родов после ЭКО.
9. Осложнения беременности и родов после ЭКО.
10. Методы родоразрешения.

Задачи по теме занятия

Ситуационная задача № 1

Первородящая 35 лет. Беременность наступила при использовании ВРТ. Срочные роды первые. Первый период родов. Дихориальная диамниотическая двойня. Положение первого плода продольное, предлежат ягодицы, прижаты ко входу в малый таз, положение второго плода поперечное, головка справа. Сердцебиение плодов ясное, 140 уд/мин. Размеры таза: 23-26-29-17 см. Диагональная конъюгата 10,5 см. Индекс Соловьева 14,5 см. Открытие шейки матки 4 см.

Диагноз? Дальнейшее ведение родов?

Ситуационная задача № 2

Первородящая 24 лет, поступила в родильный дом по поводу слабых схваток, которые длятся в течение 9 часов. Роды в срок. Размеры таза: 26-29-31-21 см. Окружность живота 116 см., высота стояния дна матки 40 см. Предлежит головка, небольших размеров, прижатая ко входу в малый таз. В дне матки пальпируются 2 крупные части. С/биения плодов выслушиваются: слева ниже пупка до 132 в минуту, справа выше пупка до 138 в минуту.

Вагинально: шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева на 5 см, плодный пузырь цел, напряжен. Предлежит головка, прижатая ко входу в малый таз, мыс не достижим.

Диагноз? Тактика ведения?

Эталоны ответов

Ситуационная задача № 1

Учитывая тазовое предлежание первого плода и поперечное положение второго плода у первородящей 35 лет с беременностью после ВРТ, целесообразно родоразрешить операцией кесарево сечение.

Ситуационная задача № 2

Срочные роды I, I период родов. Двойня. Многоводие. Первичная слабость родовой деятельности.

Необходимо произвести амниотомию. Околоплодные воды выпускать медленно. После амниотомии оценить характер родовой деятельности.

Изосерологическая несовместимость крови матери и плода: этиология, патогенез, ведение беременности. Диагностика гемолитической болезни. Родоразрешение.

Профилактика и лечение иммунологического конфликта

Краткая аннотация теоретического материала

Гемолитическая болезнь плода (ГБН) (англ. – hemolytic disease of the fetus, fetal erythroblastosis) развивается вследствие изоиммунизации, вызванной несовместимостью крови матери и плода. В – 95% всех клинически значимых случаев гемолитической болезни плода обусловлены несовместимостью именно по (Rh) – фактору, в 5% - по системе АВО.

Специфическую профилактику резус – сенсibilизации путём введения антирезус – иммуноглобулина у женщин с резус – отрицательной кровью без явлений сенсibilизации следует проводить также после любого прерывания беременности (аборты, внематочная беременность) непосредственно по окончании операции. После аборт (искусственных и самопроизвольных) и внематочной беременности вероятность D – сенсibilизации составляет в среднем 4 – 5 %. Необходимая доза D Ig до 13 недель составляет 50 – 75 мкг, а при более поздних сроках – 300 мкг (1500 ME).

Контрольные вопросы

1. Диспансерные группы наблюдения в женской консультации при изосерологической несовместимости крови матери и плода.
2. Диагностика изосерологической несовместимости крови матери и плода.
3. Тактика ведения беременности при изосерологической несовместимости крови матери и плода.
4. Осложнения при изосерологической несовместимости крови матери и плода.
5. Ведение родов при изосерологической несовместимости крови матери и плода.
6. Гемолитическая болезнь плода.
7. Неспецифическая и специфическая профилактика резус сенсibilизации.
8. Методика проведения специфической профилактики резус сенсibilизации.
9. Время проведения специфической профилактики резус сенсibilизации.
10. Показания и условия для проведения специфической профилактики резус сенсibilизации.

Задачи по теме занятия

Ситуационная задача № 1

В родильном зале произошли роды. Родился ребёнок массой 3600,0 с оценкой 7 баллов. Обращает на себя внимание желтушность кожных покровов, увеличение печени, селезёнки, снижение рефлекторной, двигательной активности. Беременность у женщины 2 –я. В анамнезе 1 роды без осложнений, 1 мед аборт без осложнений. При исследовании у матери определена II группа крови, резус (-), титр антител 1: 64. У плода Rh (+) O(I) гемоглобин 140 г/л, билирубин 100 мкмоль/л.

Диагноз? Тактика врача?

Ситуационная задача № 2

У повторнобеременной Г., 30 лет, родился мальчик массой 2800,0, длиной 50 см. Оценка по шкале Аргар 6/7 баллов. При осмотре новорожденного: кожные покровы бледные с иктеричным оттенком, печень выступает из – под края рёберной дуги на 2,5 см, нижний полюс селезёнки пальпируется на 1,5 см ниже реберной дуги.

Диагноз? Тактика Врача?

Эталоны ответов

Ситуационная задача № 1

Желтушно – анемическая форма ГБН средней степени тяжести.

Показано заменное переливание крови.

Ситуационная задача № 2

Гемолитическая болезнь новорожденного.

Необходимо определить группу крови и резус – принадлежность новорожденного; анализ периферической крови с подсчётом ретикулоцитов; определение концентрации билирубина в сыворотке крови ребёнка и почасовой прирост его; определение уровня трансаминаз; прямая проба Кумбса с эритроцитами ребёнка; непрямая реакция Кумбса с сывороткой крови матери, в динамике. Решить вопрос о заменном переливании крови и проведения комплекса лечения (фототерапию, введение препаратов, адсорбирующие в кишечнике непрямой билирубин, трансфузионная терапия).

РАЗДЕЛ 4. ФИЗИОЛОГИЯ И ПАТОЛОГИЯ РОДОВ

Цель: изучить физиологию родового процесса, клиническое течение и ведение родов по периодам, принципы ведения послеродового периода.

Физиология родов. Плод как объект родов. Строение и размеры малого таза. Клиническое течение и ведение родов по периодам. Профилактика кровотечения в III периоде родов. Принципы ведения раннего послеродового периода.

Биомеханизм родов при разгибательных предлежаниях: переднеголовном, лицевом. Причины и диагностика разгибательных предлежаний; асинклитические вставления.

Физиология родов: биомеханизм родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания. Плод как объект родов. Строение и размеры малого таза. Клиническое течение и ведение родов.

Роды (partus) - это безусловный рефлекторный акт, направленный на изгнание плодного яйца из полости матки по достижении плодом жизнеспособности. Роды считают своевременными (partus maturus normalis) при сроке беременности 37-42 нед, преждевременными (partus prematurus) - при сроке беременности 22-36 нед. и запоздалыми (partus serotinus) - при сроке беременности свыше 42 нед.

Перечень практических навыков, обязательных для аспиранта:

1. Ведение родов при переднем виде затылочного предлежания.
2. Ведение родов при заднем виде затылочного предлежания.
3. Определить показания к кесареву сечению.

Контрольные вопросы

4. Физиология сократительной функции матки.
5. Роль фетоплацентарной системы в регуляции сократительной функции матки.
6. Роль центральной и вегетативной нервной системы в регуляции сократительной деятельности матки.
7. Биомеханизм родов.
8. Передний вид затылочного предлежания.
9. Задний вид затылочного предлежания.
10. Клиническое течение и ведение родов.
11. Период раскрытия.
12. Период изгнания.
13. Последовый период.

Задачи по теме занятия

Ситуационная задача №1.

Первобеременная 20 лет, доставлена в родильный дом со схватками через 5-6 минут по 40-45 секунд, средней силы и болезненности, которые продолжаются в течение 7 часов. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Акушерское исследование: окружность живота 96 см, высота стояния дна матки 37 см; размеры таза: 26-29-32-21 АД - 115/70 мм рт.ст. Пульс 80 уд. в 1 мин, удовлетворительного наполнения. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 146 ударов в 1 минуту, слева, ниже пупка. Наружные половые органы без патологии. Влагалище не рожавшей женщины. Шейка матки сглажена, открытие зева 5 см, края тонкие, растяжимы. Плодный пузырь цел, хорошо наливается при схватке. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Малый родничок слева спереди, большой - сзади справа, стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок ниже большого. Мыс не достигается. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения слизистые. Предварительный диагноз? Обоснование диагноза.

Ситуационная задача №2.

Повторнородящая 26 лет, поступила в родильный дом с началом схваток. Первая беременность закончилась нормальными родами. Масса плода 3200,0, длина 52 см. Данная беременность вторая. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Размеры таза: 25-28-31-20. Положение плода продольное. Головка плода в полости малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 132 удара в 1 минуту. Наружные половые органы без патологии. Шейка матки сглажена. Открытие зева полное. Плодного пузыря нет. Головка плода находится в полости малого таза; она занимает всю внутреннюю поверхность лона, всю крестцовую впадину, седалищные ости с боков. Малый родничок - спереди у лона, большой - сзади у крестца, выше малого. Стреловидный шов в прямом размере. Диагноз? В какой плоскости малого таза расположена головка? План ведения родов?

Ситуационная задача №3.

Роженица находится в первом периоде родов. Частота схваток: через каждые 3 минуты. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева - 3 см, головка плода малым сегментом в плоскости входа в малый таз. Через 2 часа - открытие маточного зева - 5-6 см, головка плода большим сегментом в плоскости входа в малый таз. Схватки частые, болезненные. Роженица ведет себя беспокойно. Решите вопрос об обезболивании родов.

4.2 Биомеханизм родов при разгибательных предлежаниях: переднеголовное, лицевое; причины и диагностика разгибательных предлежаний; асинклитические вставления

Вопросы по теме занятия

1. К разгибательным предлежаниям относятся?
2. Причины разгибательных предлежаний.
3. Первым моментом механизма родов при разгибательных предлежаниях является?
4. Абсолютные показания к кесареву сечению при разгибательных предлежаниях.
5. Акушерская тактика при переднем асинклитизме.

Задачи по теме занятия

Ситуационная задача № 1.

Повторнородящая 26 лет, поступила в родильный дом с началом схваток. Первая беременность закончилась нормальными родами. Масса плода 3200,0, длина 52 см. Данная беременность вторая. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Размеры таза: 25-28-31-20. Положение плода продольное. Головка плода в полости малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 132 удара в 1 минуту. Наружные половые органы без

патологии. Шейка матки сглажена. Открытие зева полное. Плодного пузыря нет. Головка плода находится в полости малого таза; она занимает всю внутреннюю поверхность лона, всю крестцовую впадину, седалищные ости с боков. Малый родничок - спереди у лона, большой - сзади у крестца, выше малого. Стреловидный шов в прямом размере. Диагноз? В какой плоскости малого таза расположена головка? План ведения родов?

Ситуационная задача № 2.

Роженица находится в первом периоде родов. Частота схваток: через каждые 3 минуты. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева - 3 см, головка плода малым сегментом в плоскости входа в малый таз. Через 2 часа - открытие маточного зева - 5-6 см, головка плода большим сегментом в плоскости входа в малый таз. Схватки частые, болезненные. Роженица ведет себя беспокойно. Решите вопрос об обезболивании родов.

Эталоны ответов

Ситуационная задача № 1.

Второй период срочных родов. Головка расположена в узкой части полости малого таза. Ведение родов согласно протоколу физиологических одноплодных родов в головном предлежании.

Ситуационная задача № 2.

Немедикаментозные методы (партнерские роды, активное поведение в родах и выбор позиции, использование фитболов, душ). Пригласить анестезиолога для решения вопроса о возможности использования региональных методов ДПА или ПВА).

Тазовые предлежания плода: биомеханизм родов; течение и ведение родов. Способы родоразрешения. Пособия и операции при тазовых предлежаниях плода.

Неправильные положения плода: особенности ведения родов

Роды при крупном плоде: особенности течения и ведения. Исходы для матери и плода.

Перечень практических навыков, обязательных для аспиранта:

1. Диагностика тазовых предлежаний плода.
2. Ведение родов при тазовых предлежаниях плода.
3. Оказание пособия по методу Цовьянова-I при чисто ягодичных предлежаниях.
4. Оказание пособия по методу Цовьянова -II при ножных предлежаниях.
5. Оказание классического ручного пособия при тазовых предлежаниях плода.
6. Определить показания к кесареву сечению при тазовых предлежаниях плода.

Контрольные вопросы

1. Причины, способствующие возникновению тазовых предлежаний плода
2. Как классифицируются тазовые предлежания плода
3. Какие методы позволяют диагностировать тазовые предлежания плода
4. Какие данные наружного акушерского исследования позволяют диагностировать тазовые предлежания плода
5. Перечислите основные диагностические признаки тазовых предлежаний при влагалищном исследовании
6. Возможные осложнения беременности при тазовых предлежаниях
7. Перечислите осложнения первого периода родов при тазовом предлежании
8. Перечислите осложнения второго периода родов при тазовом предлежании
9. Назовите основные моменты биомеханизма родов при тазовом предлежании

10. Укажите особенности ведения первого периода родов при тазовом предлежании
11. Укажите особенности ведения первого периода родов при тазовом предлежании
12. Как оказывается пособие по методу Цовьянова-I при чисто ягодичных предлежаниях
13. Как оказывается пособие по методу Цовьянова -II при ножных предлежаниях
14. С какой целью применяется классическое ручное пособие при тазовых предлежаниях плода
15. Назовите показания для экстракции плода за тазовый конец
16. Назовите условия для проведения операции экстракции плода за тазовый конец
17. Назовите показания для проведения операции кесарево сечения при тазовых предлежаниях плода
18. Назовите методы диагностики неправильных положений плода
19. Возможные осложнения беременности и родов при неправильных положениях плода
20. Ведение беременности и родов при неправильных положениях плода

Задачи по теме занятия:

Ситуационная задача № 1

Первобеременная первородящая, 20 лет. В родах 14 часов. Безводный промежуток 1 час. Схватки через 2 минуты по 35-40 секунд. Положение плода продольное. Ягодички в полости малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 136-140 ударов в минуту. При влагалищном исследовании: влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, края тонкие, мягкие, раскрытие маточного зева – 8 см (2 поперечных пальца), плодного пузыря нет. Ягодички выполняют среднюю треть лонного сочленения и 2/3 крестцовой впадины. Межвертельная линия в левом косом размере, крестец спереди. Поставьте диагноз и определите тактику ведения родов у этой пациентки.

Ситуационная задача № 2

Повторнобеременная, первородящая, 35 лет. Две предыдущие беременности закончились медицинскими абортами по желанию женщины. Последние 6 лет лечилась по поводу бесплодия. Околоплодные воды излились за 2 часа до поступления в родильный дом. Схватки по 15-20 секунд через 7-8 минут. Положение плода продольное, ягодички плода подвижны над входом в малый таз. Окружность живота 100см, высота стояния дна матки – 39см. Размеры таза 23-25-27-19. При влагалищном исследовании: влагалище нерожавшей. Шейка матки расположена по центру малого таза, укорочена до 1,5см, плотная, цервикальный канал с трудом пропускает 1 поперечный палец. Плодный пузырь отсутствует. Ягодички подвижны над входом в малый таз. Подтекают зеленоватые околоплодные воды. Поставьте диагноз и определите тактику ведения родов.

Анатомически узкий таз: классификация, диагностика, формы. Биомеханизм родов в зависимости от анатомической формы узкого таза. Течение и ведение родов в зависимости от формы и степени сужения таза.

Клинически узкий таз: определение, классификация по степеням несоответствия.

Диагностика, тактика ведения родов. Симптоматика угрожающего разрыва матки при клинически узком тазе.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение анатомически узкого таза.
2. Дайте определение клинически узкого таза.

3. Как классифицируется анатомически узкий таз?
4. Какие формы узкого таза относятся к часто встречающимся?
5. Классификация тазов по степени сужения М.С.Малиновского.
6. Прогноз родов для матери и плода при различных степенях сужения.
7. На чем основана диагностика анатомически узкого таза?
8. Назовите возможные осложнения беременности при узком тазе.
9. По каким признакам можно судить о клинически узком тазе?
10. Какими клиническими признаками характеризуются 1, 2, 3 степени клинического несоответствия?
11. Показания к операции кесарево сечение.
12. Показания и противопоказания для других методов оперативного родоразрешения.
13. Назовите виды родового травматизма.
14. Перечислите разновидности детского травматизма.

Задачи по теме занятия

Ситуационная задача № 1

Первородящая 20 лет, срок беременности 40 недель. Поступила в стационар с родовой деятельностью. Воды целы. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Вес 73 кг. Рост 164 см. Живот остроконечной формы. Окружность живота 93 см., высота стояния дна матки над лоном 35 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Лобно-затылочный размер головки 11,5 см. Размеры таза 24-26-29-19, индекс Соловьева 15 см. Схватки по 30-35 сек. При влагалищном исследовании обнаружено: шейка матки сглажена, открытие 2,5 см., плодный пузырь цел. Головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона. Диагональная конъюгата 11 см. Диагноз? Тактика

Ситуационная задача № 2

Первородящая 19 лет, срок беременности 40 недель. Поступила в роддом с указанием на отхождение околоплодных вод около 2 часов назад. Схватки начались через 3 часа после отхождения вод. Правильного телосложения правильного питания. Вес 68 кг., рост 152 см. Окружность живота 98 см., высота стояния дна матки над лоном 38 см. Положение плода продольное предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Лобно-затылочный размер 11 см. Размеры таза 26-29-31-18. Индекс Соловьева 14,5 см. Схватки через 6-7 мин., по 20 сек. На момент курации безводный промежуток составляет 9 часов. При влагалищном исследовании обнаружено: шейка матки сглажена, открытие 2 см. Плодного пузыря нет. Головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере. Диагональная конъюгата 11.5 см. Диагноз? Тактика ведения родов.

Краткая аннотация теоретического материала занятия.

Аномалии родовой деятельности: классификация патогенез, клиника, диагностика.

Особенности ведения родов, регуляция родовой деятельности. Влияние аномальной родовой деятельности на плод.

Группы риска по перинатальной патологии плода. Ведение родов у первородящих в возрасте старше 28 лет. Ведение родов у женщин с нарушением жирового обмена.

Наблюдение за состоянием плода во время беременности и в родах. Родоразрешающие акушерские операции при угрожающем состоянии плода. Предлежание и выпадение петель пуповины.

Классификация аномалий родовой деятельности по МКБ X
O62.0 Первичная слабость родовой деятельности

- О62.1 Вторичная слабость родовой деятельности
- О62.2 Другие виды слабости родовой деятельности
- О62.3 Стремительные роды
- О62.4 Гипертонические, некоординированные и затянувшиеся сокращения матки
- О62.8 Другие нарушения родовой деятельности
- О62.9 Нарушение родовой деятельности неуточненное
- О63 Затяжные роды
- О63.0 Затянувшийся первый период родов
- О63.1 Затянувшийся второй период родов
- О63.9 Затяжные роды неуточненные. Затянувшиеся роды

Перечень практических навыков, обязательных для аспиранта:

1. Диагностика аномалий родовой деятельности.
2. Разработать алгоритм оказания неотложной помощи при аномалиях родовой деятельности.
3. Определить показания к кесареву сечению при аномалиях родовой деятельности.

Контрольные вопросы

1. Классификация аномалий родовой деятельности.
2. Слабость родовой деятельности.
3. Чрезмерно сильная родовая деятельность.
4. Дискоординированная родовая деятельность.
5. Основные причины, приводящие к вторичной слабости родовой деятельности
6. Клиника аномалий родовой деятельности.
7. Диагностика аномалий родовой деятельности.
8. Основные принципы лечения аномалий родовой деятельности.
9. Показания для применения медикаментозного сна
10. Показания к операции кесарева сечения при аномалиях родовой деятельности

Задачи по теме занятия

Ситуационная задача № 1

Повторнородящая 30 лет. Первая беременность закончилась своевременными родами. При УЗИ во время беременности – без патологии. Предполагаемая масса плода 3500гр. В родах 10 часов. Потуги через каждые 3 минуты по 20 секунд, слабые. Сердцебиение плода 150 уд. в 1 мин, ритмичное. При влагалищном исследовании головка плода малым сегментом во входе в малый таз. Открытие маточного зева 4 см. Плодного пузыря нет.
 Диагноз? План ведения?

Ситуационная задача № 2

Повторнородящая 25 лет поступила в роддом с указанием на схватки, начавшиеся 6 часов назад. В момент поступления схватки через 4-5-7-15мин по 20-40 сек, разные по силе, интенсивности. Пациентка жалуется на болезненные схватки. Матка вне схватки полностью расслабляется, с четкими контурами, безболезненная при пальпации. При внутреннем акушерском исследовании обнаружено: шейка матки сглажена, края тонкие, нерастяжимые, спазмируют во время схватки, открытие 3 см. Плодного пузыря нет. Головка плода прижата ко входу в малый таз.
 Диагноз? План ведения?

Эталоны ответов

Ситуационная задача № 1

Диагноз: Активная фаза первого периода срочных родов. Первичная слабость родовой деятельности.

План ведения: Родоусиление утеротониками по схеме через инфузомат с индивидуальным подбором дозы.

Ситуационная задача № 2

Диагноз: Активная фаза первого периода срочных родов. Дискоординация родовой деятельности по типу дистоции шейки матки.

План ведения: С целью обезболивания и коррекции дистоции шейки матки пригласить анестезиолога, провести длительную перидуральную анестезию.

РАЗДЕЛ 5. КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Цель: изучить причины кровотечений в первой и второй половине беременности. Изучить классификацию, этиологию, патогенез, клинику, диагностику и профилактику основных причин кровотечений во время беременности.

Краткая аннотация теоретического материала занятия.

Кровотечения в первой половине беременности: самопроизвольный выкидыш, шеечно-перешеечная беременность, внематочная беременность, пузырный занос.

Классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика, тактика.

Кровотечения во второй половине беременности, в первом и втором периодах родов: предлежание плаценты, низкое расположение плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, разрыв матки. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика. Группы риска. Современные подходы к ведению беременности и родов, способы родоразрешения.

К предлежанию плаценты (*placenta praevia*) относят расположение плаценты в нижнем сегменте матки, когда расстояние от ее нижнего края до внутреннего зева менее 3 см.

Коды по МКБ-10

O44 Предлежание плаценты

O44.0 Предлежание плаценты, уточненное как без кровотечения. Низкое прикрепление плаценты, уточненное как без кровотечения

O44.1 Предлежание плаценты с кровотечением. Низкое прикрепление плаценты без дополнительных указаний или с кровотечением. Предлежание плаценты: краевое, частичное, полное без дополнительных указаний БДУ или с кровотечением

Дифференциальный диагноз

Предлежание плаценты необходимо дифференцировать со следующими состояниями:

- ПОНРП;
- предлежание сосудов пуповины;
- травма влагалища, шейки матки;
- начало родовой деятельности;
- заболевания мягких родовых путей, вплоть до злокачественных новообразований.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) - отслойка ее во время беременности или родов до рождения ребенка. Отслойка может быть полной или частичной. Степень опасности для матери и плода возрастает по мере увеличения площади отделения плаценты от матки, размеров гематомы, величины кровопотери, нарушения гемостаза.

Коды по МКБ-10

O45 Преждевременная отслойка плаценты (*abruption placentae*)

O45.0 Преждевременная отслойка плаценты с нарушением свертываемости крови

О45.8 Другая преждевременная отслойка плаценты

О45.9 Преждевременная отслойка плаценты неуточненная

Перечень практических навыков, обязательных для аспиранта:

1. Алгоритм оказания неотложной помощи при кровотечениях в первой половине беременности.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи при кровотечениях во второй половине беременности.
3. Алгоритм оказания неотложной помощи при кровотечениях в первом и втором периоде родов.

Контрольные вопросы

1. Место кровотечений в структуре материнской смертности в мире и РФ.
2. Причины кровотечений в первой половине беременности.
3. Причины кровотечений во второй половине беременности.
4. Причины кровотечений в первом и втором периоде родов.
5. Причины предлежания плаценты.
6. Классификация аномалий расположения плаценты.
7. Клиническая картина предлежания плаценты.
8. Диагностика предлежания плаценты.
9. Врачебная тактика при аномалиях расположения плаценты.

Ситуационная задача

Тактика при предлежании плаценты и остановившемся кровотечении небольшого объема в сроке беременности 35 недель и живом плоде:

1. консервативная тактика с профилактикой РДС плода глюкокортикоидами
2. консервативная тактика
3. решение вопроса об оперативном родоразрешении
4. токолитическая терапия

Эталон ответа

При предлежании плаценты и остановившемся кровотечении небольшого объема в сроке беременности 35 недель и живом плоде возможна консервативная тактика.

Кровотечения в третьем периоде родов: нарушение механизма отделения плаценты и выделение последа; аномалии прикрепления плаценты (плотное прикрепление плаценты, приращение плаценты). Этиопатогенез, диагностика, оказание неотложной помощи. Кровотечения в раннем и позднем послеродовых периодах: гипотоническое, атоническое и коагулопатическое кровотечения. Этиопатогенез, клиника, диагностика. Последовательные этапы борьбы с гипотоническим кровотечением. (консервативный и оперативный этапы). Методы органосохраняющей тактики, кровосбережение и аутодонорство. Нарушения системы гемостаза врожденные и приобретенные.

Профилактика акушерских кровотечений.

Поздние послеродовые кровотечения. Этиопатогенез, клиника, лечение, профилактика.

1. Назовите величину физиологической и допустимой кровопотери
2. Назовите причины кровотечений в послеродовом периоде
3. Назовите причины кровотечений в раннем послеродовом периоде
4. Перечислите меры профилактики кровотечений в родах
5. Перечислите основные симптомы гипотонического кровотечения

6. Перечислите основные симптомы кровотечения при разрыве мягких тканей
7. Перечислите показания для проведения ручной ревизии полости матки
8. Назовите механические методы остановки кровотечения в раннем послеродовом периоде
9. Назовите хирургические методы остановки кровотечения в раннем послеродовом периоде
10. Назовите показания для чревосечения при послеродовых кровотечениях

Задачи по теме занятия

Ситуационная задача №1

Родильница, 28 лет. Роды вторые. Первые роды протекали без осложнений, масса плода 4500 г. Беременность шестая (аборты, осложненные воспалением матки). Послед выделился самостоятельно через 7 мин после рождения плода, цел. Кровопотеря 350 мл. Через 5 мин кровяные выделения усилились, при наружном массаже матка мягкая, сокращается и вновь расслабляется, кровотечение продолжается.

Диагноз? Тактика врача?

Ситуационная задача №2

Родильница в раннем послеродовом периоде, масса тела 60 кг, кровопотеря в родах 800 мл. Оценить кровопотерю в родах и определить объем и состав инфузионной терапии.

Ситуационная задача №3

Родильница И., 26 лет. Рост 172 см Вес 79 кг. После срочных родов находится на родовом столе. Через 1 час после их окончания при очередном массаже выделился сгусток крови до 250 мл. и продолжают яркие кровянистые выделения. Общая кровопотеря достигла 400 мл и продолжается.

В анамнезе 3 беременности, 1 из них закончилась срочными родами без осложнения, 2 - самопроизвольными выкидышами. Во время последней беременности страдала анемией.

Объективно: Кожа и видимые слизистые бледноваты. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 82 удара в минуту. АД 115/70 мм. рт. ст. на обеих руках.

Живот мягкий безболезненный при пальпации. Изменений со стороны внутренних органов нет. Матка мягкая, выше пупка, на массаж реагирует плохо. Выделения из половых путей - алая кровь.

Задания к задаче № 3

1. Какое акушерское кровотечение называется гипотонией матки и с чем оно связано?
2. При каком объеме кровопотери устанавливается диагноз гипотония матки?
3. Признаки гипотонии матки.
4. Какую акушерскую операцию необходимо произвести при гипотонии матки сразу же при ее возникновении?
5. Назовите методы, применяемые для остановки кровотечения при гипотонии матки.
6. Какие осложнения беременности приводят к гипотонии матки?
7. Какие осложнения родов ведут к гипотонии матки?
8. Какие экстрагенитальные заболевания способствуют развитию гипотонии матки?
9. При какой кровопотере необходимо приступить к гемотрансфузии?
10. Какие кровезаменители применяются в лечении гипотонии матки?
11. Какие коллоидные растворы применяются в лечении гипотонии матки?
12. При какой кровопотере необходимо произвести удаление матки?
13. Какая патология системы гемостаза может развиваться при гипотонии матки в случае неправильного и несвоевременного лечения?
14. Какую операцию необходимо произвести при ДВС синдроме?

Эталоны ответов к задаче №3

1. Гипотонией матки называется акушерское кровотечение, возникающее в течение первых двух часов раннего послеродового периода и связано с нарушением сократительной деятельности матки.
2. Диагноз гипотонии матки устанавливается при кровопотере 400 мл.
3. Основным признаком гипотонии матки - это нарушение ее сократительной деятельности. Матка мягкая, плохо реагирует на массаж и введение сокращающих матку средств.
4. При гипотонии матки необходимо произвести сразу после ее возникновения ручное обследование полости матки.
5. При гипотонии матки применяются такие методы остановки кровотечения, как наложение зажимов по Бакшееву, клемм по Генкелю-Тиканадзе, наложение шва на шейку матки по Лосицкой.
6. Осложнения беременной приводят к гипотонии матки следующие: крупный плод, многоводие, многоплодие, отягощенный акушерский анамнез (множественные аборт, роды, выкидыши, как самопроизвольные, так и индуцированные), гестозы.
7. Из осложнений родов ведут к гипотонии матки аномалии родовой деятельности, длительный безводный период, применение в родах большого количества утеротонических средств и оперативном родоразрешении (наложение вакуум-экстрактора, акушерских щипцов, кесарево сечение).
8. Из экстрагенитальных заболеваний, приводящих к гипотонии матки необходимо отметить заболевания крови, сахарный диабет, ожирение, заболевания сердечно-сосудистой системы.
9. При кровопотере 500 мл и продолжающемся кровотечении необходимо приступить к гемотрансфузии.
10. В лечении гипотонии матки кристаллоиды, коллоиды.
11. Из коллоидных растворов эффективным в лечении гипотонии матки являются свежезамороженная плазма, реополиглюкин, производные гидроксипропилкрахмала, желатиноль, комплексы незаменимых аминокислот - волин, левомин.
12. Удаление матки производят при кровопотере, превышающей 1000 мл и продолжающемся кровотечении.
13. При гипотонии матки может развиваться ДВС синдром.
14. При ДВС синдроме необходимо произвести операцию экстирпации матки.

РАЗДЕЛ 6. ШОК И ТЕРМИНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ В АКУШЕРСТВЕ

Цель: изучить основные изменения в организме при кровопотере, основные формы и степени шока, принципы лечения, посттрансфузионные осложнения.

Краткая аннотация теоретического материала занятия.

Изменения в организме при острой кровопотере. Гемодинамические нарушения. Изменения водно-электролитного баланса, КОС. Реологические нарушения. Основные клинические формы шока и терминальных состояний. Степени шока. Лечение шока и терминальных состояний: принципы инфузионно-трансфузионной терапии. Посттрансфузионные осложнения.

Перечень практических навыков, обязательных для аспиранта:

1. Трактовка показателей уровня гемоглобина, гематокрита, эритроцитов.
2. Трактовка показателей гемостазиограммы.

3. Трактовка биохимических параметров крови: общий белок и альбумин, мочеви́на, креатинин, билирубин, АСТ, АЛТ.
4. Трактовка показателей электролитов плазмы: натрия, калия, хлора, кальция
5. При известной врожденной патологии системы гемостаза - определить уровень дефицита соответствующего фактора свертывания (например, фактора Виллебранда).
6. Первоначальная инфузионно-трансфузионная терапия при акушерском кровотечении.
7. Мониторинг инфузионной терапии

Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС). Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. Эмболия околоплодными водами. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика. Шоковое легкое, шоковая матка, шоковая почка. Острая почечная недостаточность. Этиопатогенез, диагностика, лечение. Реабилитации больных, перенесших шок и терминальные состояния.

Этиология

Причины геморрагического шока в акушерстве - массивные кровотечения во второй половине беременности, во время и после родов (потеря более 1500 мл крови, то есть 25-30% ОЦК). Угрожающими жизни кровотечениями считают следующие состояния:

- потеря 100% ОЦК в течение 24 ч или 50% ОЦК за 3 ч;
- кровопотеря со скоростью 150 мл/мин или 1,5 мл/(кг*мин) в течение 20 мин и дольше;
- одномоментная кровопотеря 1500-2000 мл (25-35% ОЦК).

Причинами массивных кровотечений во время беременности и родов могут стать: преждевременная отслойка нормально или низко расположенной плаценты, предлежание плаценты, разрыв матки, оболочечное прикрепление пуповины. Причины массивных кровотечений в третьем периоде родов и раннем послеродовом периоде делятся на четыре группы, обозначаемые заглавными 4Т:

- TONE (тонус) - гипотония и атония матки;
- TRAUMA (травма) - травма родовых путей, выворот матки, разрыв матки;
- TISSUE (ткань) - дефекты плаценты, плотное прикрепление и приращение плаценты;
- THROMBIN (тромбин) - нарушение свертываемости крови.

Контрольные вопросы

1. Причины геморрагического шока в акушерстве.
2. Классификация кровотечения и клинические стадии геморрагического шока во время беременности.
3. Клиническая картина геморрагического шока в акушерстве.
4. Диагностика геморрагического шока в акушерстве.
5. Основные симптомы коагулопатического кровотечения.
6. Какая патология системы гемостаза может развиваться при гипотонии матки в случае неправильного и несвоевременного лечения?
7. Какую операцию необходимо произвести при ДВС синдроме?
8. Последовательность мероприятий при кровотечении, связанном с нарушением свертываемости крови.
9. Перечислите последовательность реанимационных мероприятий при массивных послеродовых кровотечениях.
10. Первоначальная инфузионно-трансфузионная терапия при акушерском кровотечении.

Задача по теме занятия

Ситуационная задача № 1

Роженица К., 40 лет, многорожавшая, доставлена в родильный дом в тяжелом состоянии. Роды в срок.

Настоящая беременность восьмая: первые пять закончились нормальными родами в срок, дети живые, шестая - искусственным абортom без осложнений, седьмая - срочными родами, в родах проводили ручное отделение последа, в послеродовом периоде в течение 10 дней наблюдалось повышение температуры. Во время настоящей беременности женскую консультацию не посещала, собиралась рожать дома. Через 6 ч. от начала активной родовой деятельности отошли околоплодные воды и появились сильные, болезненные потуги, которые вскоре приняли почти непрерывный характер. Затем внезапно появилась очень сильная боль внизу живота, со слов женщины, как удар ножом в живот. После этого родовая деятельность полностью прекратилась. Появилась общая слабость, головокружение, тошнота, рвота, постоянная боль в животе, усиливающаяся при изменении положения. Общее состояние быстро ухудшалось, что заставило родственников вызвать машину скорой помощи.

При поступлении состояние женщины тяжелое, отмечается вялость, апатичность. На вопросы отвечает с трудом, стонет. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, черты лица заострены. Температура тела - 35,8 °С. АД - 100/60-100/55 мм рт. ст., пульс - 116 в 1 мин., слабого наполнения и напряжения. Со стороны сердца и легких патологических изменений не обнаружено.

Живот несколько вздут, окружность - 112 см, болезнен при пальпации, симптом Щеткина-Блюмберга положительный, при перкуссии определяется тупость в отлогих местах. Контуры матки определяются не четко. Под передней брюшной стенкой пальпируется подвижный плод. Сердцебиение плода не прослушивается, шевеление отсутствует более часа. Размеры таза: *distantia spinarum*-26 см, *distantia cristarum*-28 см, *distantia trochanterica*-30 см, *conjugata externa*-21 см. Родовая деятельность отсутствует.

При влагалищном исследовании: влагалище свободное, открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Предлежащая часть не определяется. Мыс крестца не определяется, емкость малого таза хорошая. Имеются кровянистые выделения в небольшом количестве.

Задания к задаче № 1

1. Ваш диагноз. Какое осложнение родов имеет место?
2. Что называется разрывом матки?
3. Приведите классификацию разрывов матки.
4. Назовите причины совершившегося разрыва матки применительно к данному случаю.
5. Перечислите клинические признаки разрыва матки, которые описаны в данной задаче.
6. Тактика ведения?
7. Какой таз у данной женщины?
8. Как вы оцениваете состояние гемодинамики у данной женщины?
9. Чем обусловлено тяжелое состояние роженицы?
10. Какие профилактические мероприятия могли бы предотвратить данное осложнение родов?
11. Назовите причины быстрой гибели плода при совершившемся разрыве матки?
12. Назовите, кто относится к группе риска по возникновению данного осложнения родов?

Эталонные ответы к задаче № 1

1. Беременность 40 недель. Роды седьмые, срочные. Совершившийся разрыв матки. Антенатальная гибель плода. Геморрагический шок I стадии.
2. Разрывы матки - это нарушение ее целостности во время беременности (редко) и в родах.
3. Классификация:
 - I. По времени происхождения: разрывы вовремя беременности, разрывы во время родов.
 - II. По патогенетическому признаку: 1) самопроизвольные разрывы матки, механические, гистопатические, механогистопатические,

2) насильственные разрывы матки: травматические, смешанные.

III. По клиническому течению: угрожающий разрыв, начавшийся разрыв, совершившийся разрыв. IV. По характеру повреждения: трещина (надрыв), неполный разрыв, полный разрыв. V. По локализации: разрыв в дне матки, разрыв в теле матки, разрыв в нижнем сегменте, отрыв матки от сводов влагалища.

4. Гистопатические (многожизненная, воспаление матки в анамнезе, медицинский аборт и ручное обследование полости матки в анамнезе).
5. Прекращение активной родовой деятельности после острой боли в животе, отчетливая пальпация плода через переднюю брюшную стенку, пальпация нечетких контуров матки, отсутствие сердцебиения плода, тяжелое состояние женщины (геморрагический шок), кровянистые выделения из половых путей, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, появление перкуторной тупости в отлогих местах живота.
6. Экстренная лапаротомия, а затем производят надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки.
 7. Нормальные размеры таза.
 8. Шок I ст.
 9. Тяжелое состояние роженицы связано с шоком и нарастающей кровопотерей.
 10. Наблюдение в женской консультации, дородовая госпитализация в стационар, роды в специальном учреждении.
 10. Острая асфиксия, связанная с отслойкой плаценты.
 11. К этой группе риска относятся беременные с узким тазом, неправильным положением плода, переношенной беременностью (крупный плод), многожизненные женщины с дряблой брюшной стенкой и дряблой маткой, имеющие отягощенный акушерский анамнез (патологические роды, осложненные аборты, послеродовые и послеабортные воспалительные заболевания), перенесшие кесарево сечение и другие операции на матке.

РАЗДЕЛ 7. АКУШЕРСКИЙ ТРАВМАТИЗМ

Цель: изучить основные травмы мягких тканей наружных половых органов в родах, основные виды травм тела и шейки матки, классификация, клиника, тактика в зависимости от акушерской ситуации, методика зашивания.

Разрывы наружных половых органов. Методика зашивания промежности и клитора в соответствии с данными анатомии. Разрывы шейки матки, влагалища, гематомы влагалища. Классификация, клиника, тактика.

Разрывы матки во время беременности и в родах. Группы риска по разрыву матки. Классификация, клиника, тактика. Методика оперативного лечения в зависимости от акушерской ситуации.

Перечень практических навыков, обязательных для аспиранта:

1. Техника ушивания разрывов влагалища.
2. Техника ушивания разрывов промежности в зависимости от степени тяжести травмы.
3. Техника ушивания разрывов шейки матки в зависимости от степени тяжести травмы.
4. Разработка алгоритма оказания неотложной помощи при угрожающем разрыве матки.
5. Оказание неотложной помощи при совершившемся разрыве матки.

Контрольные вопросы

1. Перечислите повреждения, которые относятся к родовому травматизму матери.
2. Группы риска по родовому травматизму матери.

3. Классификация разрывов промежности.
4. Классификация разрывов шейки матки.
5. Перинеотомия и эпизиотомия: показания, техника выполнения.
6. Классификация разрывов матки по Л.С.Персианинову.
7. Сущность механической теории разрывов матки по Бандлю. Сущность теории разрыва матки по Н.З.Иванову - Я.Ф.Вербову.
8. Акушерская тактика при угрожающем разрыве матки.
9. Акушерская тактика при начавшемся разрыве матки.
10. Объем операции при совершившемся разрыве матки.

Задачи по теме занятия

Ситуационная задача № 1

Роженица 28 лет, поступила с активной родовой деятельностью на срочные роды, беременность первая, протекала без осложнений в I-II половине беременности, наблюдалась нерегулярно, занятия в женской консультации не проходила. Роды закончились рождением плода массой 3800 г, в заднем виде. Длительность родов 19 часов. Кровопотеря 100 мл. При осмотре родовых путей установлено: шейка матки не повреждена, на малой половой губе имеется ссадина, не кровоточит, длиной 1 см. В области задней стенки влагалища имеется нарушение целостности тканей: слизистой, мышц и кожи промежности, доходящие до ее середины.

Диагноз? Причины разрыва? Методика ушивания? Режим родильницы?

Лечение данной травмы?

Ситуационная задача № 2

Роженица К., 40 лет, многорожавшая, доставлена в родильный дом в тяжелом состоянии. Роды в срок.

Настоящая беременность восьмая: первые пять закончились нормальными родами в срок, дети живые, шестая - искусственным абортom без осложнений, седьмая - срочными родами, в родах проводили ручное отделение последа, в послеродовом периоде в течение 10 дней наблюдалось повышение температуры. Во время настоящей беременности женскую консультацию не посещала, собиралась рожать дома. Через 6 ч. от начала активной родовой деятельности отошли околоплодные воды и появились сильные, болезненные потуги, которые вскоре приняли почти непрерывный характер. Затем внезапно появилась очень сильная боль внизу живота, со слов женщины, как удар ножом в живот. После этого родовая деятельность полностью прекратилась. Появилась общая слабость, головокружение, тошнота, рвота, постоянная боль в животе, усиливающаяся при изменении положения. Общее состояние быстро ухудшалось, что заставило родственников вызвать машину скорой помощи.

При поступлении состояние женщины тяжелое, отмечается вялость, апатичность. На вопросы отвечает с трудом, стонет. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, черты лица заострены. Температура тела - 35,8 °С. АД - 100/60-100/55 мм рт. ст., пульс - 116 в 1 мин., слабого наполнения и напряжения. Со стороны сердца и легких патологических изменений не обнаружено.

Живот несколько вздут, окружность - 112 см, болезнен при пальпации, симптом Щеткина-Блюмберга положительный, при перкуссии определяется тупость в отлогих местах. Контуры матки определяются не четко. Под передней брюшной стенкой пальпируется подвижный плод. Сердцебиение плода не прослушивается, шевеление отсутствует более часа. Размеры таза: distantia spinarum-26 см, distantia cristarum-28 см, distantia trochanterica-30 см, conjugata externa-21 см. Родовая деятельность отсутствует.

При влагалищном исследовании: влагалище свободное, открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Предлежащая часть не определяется. Мыс крестца не определяется, емкость малого таза хорошая. Имеются кровянистые выделения в небольшом количестве.

Задания к задаче № 2

13. Ваш диагноз. Какое осложнение родов имеет место?
14. Что называется разрывом матки?
15. Приведите классификацию разрывов матки.
16. Назовите причины совершившегося разрыва матки применительно к данному случаю.
17. Перечислите клинические признаки разрыв матки, которые описаны в данной задаче.
18. Тактика ведения?
19. Какой таз у данной женщины?
20. Как вы оцениваете состояние гемодинамики у данной женщины?
21. Чем обусловлено тяжелое состояние роженицы?
22. Какие профилактические мероприятия могли бы предотвратить данное осложнение родов?
23. Назовите причины быстрой гибели плода при совершившемся разрыве матки?
24. Назовите, кто относится к группе риска по возникновению данного осложнения родов?

Эталоны ответов

Ситуационная задача № 1

Диагноз: Срочные роды. Разрыв промежности II степени.

Возможные причины разрыва: масса плода 3800гр, задний вид плода.

Ушивание: послойное ушивание отдельными синтетическими лигатурами слизистой влагалища, мышц, кожи промежности.

Ситуационная задача № 2

1. Беременность 40 недель. Роды седьмые, срочные. Совершившийся разрыв матки. Антенатальная гибель плода. Геморрагический шок I стадии.
2. Разрывы матки - это нарушение ее целостности во время беременности (редко) и в родах.
3. Классификация:
 - I. По времени происхождения: разрывы вовремя беременности, разрывы во время родов.
 - II. По патогенетическому признаку: 1) самопроизвольные разрывы матки, механические, гистопатические, механогистопатические, 2) насильственные разрывы матки: травматические, смешанные.
 - III. По клиническому течению: угрожающий разрыв, начавшийся разрыв, совершившийся разрыв. IV. По характеру повреждения: трещина (надрыв), неполный разрыв, полный разрыв. V. По локализации: разрыв в дне матки, разрыв в теле матки, разрыв в нижнем сегменте, отрыв матки от сводов влагалища.
4. Гистопатические (многорожавшая, воспаление матки в анамнезе, медицинский аборт и ручное обследование полости матки в анамнезе).
5. Прекращение активной родовой деятельности после острой боли в животе, отчетливая пальпация плода через переднюю брюшную стенку, пальпация нечетких контуров матки, отсутствие сердцебиения плода, тяжелое состояние женщины (геморрагический шок), кровянистые выделения из половых путей, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, появление перкуторной тупости в отлогих местах живота.
6. Экстренная лапаротомия, а затем производят надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки.
9. Нормальные размеры таза.
10. Шок I ст.

9. Тяжёлое состояние роженицы связано с шоком и нарастающей кровопотерей.
11. Наблюдение в женской консультации, дородовая госпитализация в стационар, роды в специальном учреждении.
12. Острая асфиксия, связанная с отслойкой плаценты.
13. К этой группе риска относятся беременные с узким тазом, неправильным положением плода, переношенной беременностью (крупный плод), многорожавшие женщины с дряблой брюшной стенкой и дряблой маткой, имеющие отягощенный акушерский анамнез (патологические роды, осложненные аборт, послеродовые и послеабортные воспалительные заболевания), перенесшие кесарево сечение и другие операции на матке.

Разрывы лонного сочленения: предрасполагающие факторы, симптоматика, методы диагностики, современные методы лечения. Травмы смежных органов: мочевого пузыря, прямой кишки. Предрасполагающие факторы, симптоматика, диагностика, тактика.

Профилактика акушерского травматизма. Реабилитация.

Расхождение и разрывы сочленений таза

Классификация изменений в сочленениях таза беременных и родильниц:

Расхождение лонного и крестцово-подвздошного сочленений таза - физиологическое изменение при наличии беременности.

Симфизеопатия и сакроилеопатия - чрезмерная подвижность и расслабление сочленений таза как выражение токсикоза беременных с преимущественным поражением костносуставной системы.

Разрыв сочленений таза - изменения, связанные с нарушением целостности их, чаще всего во время родов.

Симфизит и сакроилеит - изменения, обусловленные воспалительными процессами в сочленениях таза.

Ведение женщин с травмами сочленений таза в послеродовом периоде

Клиника при травмах сочленений таза: боли в области соответствующего сочленения на 2-3 день послеродового периода; задержка мочеиспускания. В области симфиза пальпируется припухлость, экхимозы, отечность наружных половых органов. *При пальпации лонного сочленения определяются:* патологическая подвижность лонных костей, расхождение их, резкая болезненность.

Симптом Волковича - вынужденное положение в постели: на спине с ногами, ротированными наружу, чуть разведенными, согнутыми в коленях.

Симптом “прилипшей пятки” - в горизонтальном положении родильница не может самостоятельно поднять ногу из-за резкой боли вследствие смещения отломков лонных костей.

Симптом Хелинского - при переводе верхней половины туловища в вертикальное положение появляется болезненность в низу живота.

Симптом Ларрея - боль в лоне при растяжении таза в стороны за гребни подвздошных костей.

Симптом Вернейля - боль в лоне при сдавливании таза в области крыльев подвздошных костей.

Клиника не всегда так ярко выражена, поэтому следует обязательно применять рентгенологическое исследование, как только заподозрен диагноз травмы, УЗИ.

После получения рентгенограммы необходима консультация травматолога.

Лечение разрыва лонного сочленения I-II степени, без смещения костей таза - в условиях наблюдательного отделения акушерского стационара: покой, положение Волковича на шите или функциональной кровати в течение 5 недель, тугое перекрестное бинтование области

таза эластическими бинтами, ЛФК, витаминотерапия, препараты кальция, антибактериальные препараты - по показаниям, УФО.

Длительность лечения в стационаре - до трех недель с последующим продолжением лечения на дому (перевод санитарным транспортом) при наличии условий (возможность ухода за пациенткой) или перевод в ортопедическое отделение стационара.

Контрольная рентгенография костей таза - через 5 недель. При благополучном результате - разрешается ходить, опираясь на костыли. Дальнейшая реабилитация определяется травматологом.

Осложнения: нестабильность тазового кольца ("утиная походка"), инвалидизация женщины.

Серьезные осложнения требуют от врача акушера-гинеколога постоянной ориентации на раннее выявление патологии лонного сочленения у беременных, рожениц и родильниц, знания и правильного проведения неотложных мероприятий в связи с возможностью бессимптомного течения травмы на первом этапе ведения родильницы.

Ситуационные задачи по теме занятия

Ситуационная задача № 1

Роженица 35 лет. Роды третья. Первые роды срочные, массой 3000 г, вторые роды также физиологические, масса плода 3400 г. Настоящая беременность третья, протекала с болями в области симфиза во второй половине беременности. Настоящие роды в срок. Размеры таза: 23-26-29-18 см, масса плода - 3600 г. Послед выделился самостоятельно, кровопотеря 200 мл. При перекалывании на каталку родильница почувствовала боли в области лона, боли усиливались при движении ногами.

Предположительный диагноз?

Какое обследование Вам необходимо сделать для уточнения диагноза?

Ситуационная задача № 2

Роженица Т., 31 год, поступила в родильный дом через 4 часа после начала родовой деятельности. Воды не отходили. Беременность доношенная.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена. В детстве перенесла ветряную оспу, взрослой неоднократно болела простудными заболеваниями. Менструации с 14 лет, установились сразу, продолжительность 4-5 дней через 28 дней, умеренные безболезненные. Замужем с 20 лет, брак первый. Всего беременностей пять: первая закончилась нормальными срочными родами, масса плода 2830,0 г, затем было 3 медицинских аборта, без осложнений, предпоследняя беременность прервалась самопроизвольным выкидышем на сроке 11 нед. Настоящая беременность шестая. Впервые обратилась в женскую консультацию при сроке беременности 9 недель. Беременность протекала без осложнений. Прошла физио-, психопрофилактическую подготовку к родам.

Объективно. При поступлении состояние женщины удовлетворительное, рост - 159 см, масса тела - 64 кг, телосложение правильное. Кожа и слизистые оболочки розовые. АД - 120/80 - 120/70 мм. рт. ст., пульс 80 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Живот правильной овоидной формы, мягкий безболезненный, окружность - 108 см, высота стояния дна матки над лобком - 38 см. Пальпация матки безболезненна. Положение плода продольное, предлежащая головка малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева на уровне пупка, частота 132 уд/мин. Размеры таза: 24-26-29-18 см. Схватки через 2-3 мин, продолжительностью 30-35 с, хорошей силы.

Данные влагалищного исследования. Влагалище рожавшей женщины, шейка сглажена, открытие маточного зева на 4 поперечных пальца (8 см). Плодный пузырь цел, вскрыт. отошло 200 мл светлых околоплодных вод. Предлежит головка плода занимает верхнюю 1/3

лона. Стреловидный шов и правом косом размере, малый родничок слева у лона. Мыс достигается, $cd=11,5$ см, $cv=10$ см. Экзостозов я деформаций полости таза нет.

Через 1 час после поступления жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Родовая деятельность -потуги через 1 мин по 50-55 с. Головка плода большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 145 уд в мин. Еще через 30 мин жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Потуги через 1,5 мин по 35-40 с. Головка плода опустилась в полость малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 142 уд в мин. Признак Вастена вровень. Взята на родовой стол. Наложен бинт Вербова. Родился живой доношенный плод женского пола, массой 3980,0 г. Последовый период без особенностей.

На первые сутки после родов женщина пожаловалась на боли в области лонного сочленения, усиливающиеся при движении ногами, положителен симптом «прилипшей пятки». Объективно в области лонного сочленения умеренная отечность, при пальпации болезненность, определяется ниша.

Задания к задаче

1. Поставить диагноз.
2. Какие клинические данные подтверждают диагноз?
3. Назовите причины, приводящие к данному осложнению беременности.
4. Какие дополнительные методы обследования должны быть использованы?
5. Каковы признаки данного осложнения выявляемые при дополнительных методах исследования?
6. Какова лечебная тактика?
7. Какие ещё органы могут быть затронуты при данном патологическом состоянии?
8. Какова тактика родоразрешения женщин, имевших такое осложнение в анамнезе?
9. Как изменяется походка женщины после лечения при таком осложнении родов?
10. В каких мероприятиях нуждаются женщины после лечения такого состояния?
11. Какие оперативные вмешательства в родах могут способствовать развитию данного осложнения?
12. Какова медикаментозная терапия при данном осложнении?
13. Каковы особенности физиологического течения беременности, способствующие развитию данного осложнения?
14. Какова длительность лечения подобных состояний?
15. Каковы производящие моменты в развитии данного осложнения в рассматриваемом случае?

Эталоны ответов

Ситуационная задача № 1

Диагноз: Ранний послеродовой период. Разрыв лонного сочленения?

Необходимо провести рентгенологическое исследование лонного сочленения.

Ситуационная задача № 2

1. Послеродовой период, 1-е сутки. Расхождение лонного сочленения.
2. Боли в области лонного сочленения, усиливающиеся при движении ногами, положительный симптом «прилипшей пятки». Объективные признаки: умеренная отечность, болезненность и наличие ниши при пальпации в области лонного сочленения.
3. Причины: 1) сужение таза; 2) оперативные вмешательства в родах 3) крупный плод.
4. Необходимо использовать рентгенографию, УЗИ.
5. Расхождение лонных костей более чем на 0,5 см.
6. Постельный режим, перекрестное бинтование в области таза.
7. Может быть повреждение мочевого пузыря и уретры.
8. Оперативное родоразрешение путем кесарева сечения.
9. Возможно развитие «утиной походки».

10. После лечения женщины нуждаются в реабилитационных мероприятиях.
11. Наложение акушерских щипцов, экстракция плода за тазовый конец, плодоразрушающие операции.
12. Препараты кальция, витамины. При присоединении инфекции - антибиотики.
13. Размягчение и разрыхление сочленений таза при физиологической беременности.
14. 3-5 недель.
15. В данном случае производящими моментами явилось наличие узкого таза, крупный плод и наложение бинта Вербова.

РАЗДЕЛ 8. ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО

Цель: изучить показания и противопоказания для прерывания беременности в ранних и поздних сроках, методы оперативного вмешательства. Изучить показания и противопоказания, условия и технику выполнения операции наложения акушерских щипцов и экстракции плода за тазовый конец.

Прерывание беременности в ранних и поздних сроках: показания, противопоказания, методы оперативного вмешательства.

Акушерские щипцы: показания, противопоказания, условия, техника выполнения, обезболивание.

Экстракция плода за тазовый конец: показания, противопоказания, условия, техника выполнения, обезболивание.

Плодоразрушающие операции: показания, противопоказания, условия, техника выполнения, обезболивание

Ушивание разрывов промежности I и II степени, техника операции.

Кесарево сечение в современном акушерстве: показания, противопоказания, условия, техника выполнения, ведение послеоперационного периода.

Контрольное ручное обследование послеродовой матки. Ручное отделение плаценты и выделение последа.

Перечень практических навыков, обязательных для аспиранта:

1. Методика прерывания беременности на ранних и поздних сроках
2. Техника наложения акушерских щипцов
3. Техника выполнения плодоразрушающих операций в акушерстве.
4. Техника выполнения операции кесарево сечение.
5. Алгоритм ведения пациенток в послеоперационном периоде, профилактика осложнений.

Контрольные вопросы

1. Перечислить абсолютные показания к операции кесарева сечения.
2. Назовите относительные показания к операции кесарево сечение.
3. Какие условия необходимы для проведения операции кесарева сечения.
4. Укажите противопоказания для абдоминального родоразрешения.
5. Перечислить показания к плановому кесареву сечению.
6. Назовите показания и противопоказания к экстраперитонеальному кесареву сечению.
7. Осложнения при проведении операции кесарева сечения.
8. Показания, противопоказания, условия для акушерских щипцов.
9. Осложнения для матери и плода при наложении акушерских щипцов.
10. Показания, противопоказания для вакуум-экстракции.

Задачи по теме занятия

Ситуационная задача №1

Первородящая 30 лет. Беременность доношенная. Поступила в родильный дом с началом родовой деятельности. Схватки регулярные. Размеры таза 26-26-31-19. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в таз, сердцебиение плода 136 уд. в мин, ритмичное. При влагалищном исследовании - шейка сглажена, открытие 4 см, плодный пузырь цел. Предлежит головка. Впереди головки определяется пульсирующая петля пуповины. Диагональная конъюгата 10 см.
Диагноз? Что делать?

Ситуационная задача № 2

Первородящая 28 лет, поступила в родильный дом в сроке беременности 39 недель. Жалобы на головную боль, боли в животе и кровяные выделения из половых путей. В сроке 33 недели повысилось А/Д до 140/90, появились следы белка в моче. 3 недели лечили в отделении беременных по поводу нефропатии. Общее состояние при поступлении тяжелое - головная боль, мелькание мушек перед глазами, кожные покровы и видимые слизистые бледны, PS 100 уд. в мин слабого наполнения и напряжения, А/Д 150/100-160/100. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Матка овоидной формы, напряжена, резко болезненна при пальпации, в области левого угла определяется выбухание. Определить положение и предлежание плода не удается из-за резкого напряжения матки. С/Б плода 90 уд. в мин приглушено. Из половых путей кровяные выделения. При влагалищном исследовании шейка матки сохранена, зев закрыт. Предлежит головка, прижата ко входу в таз. Своды свободны. Размеры таза нормальные.
Диагноз? Что делать?

Эталоны ответов

Ситуационная задача № 1

Диагноз: Активная фаза первого периода срочных родов. Предлежание пуповины.
Тактика: Экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения, транспорт в операционную в колено-локтевом положении (с приподнятым тазовым концом).

Ситуационная задача № 2

Диагноз: Беременность 39 недель. Тяжелая преэклампсия. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Угрожающее состояние плода.
Тактика: Родоразрешение путем операции кесарева сечения в экстренном порядке под ЭТН.

РАЗДЕЛ 9. ФИЗИОЛОГИЯ И ПАТОЛОГИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Цель: изучить течение и ведение физиологического послеродового периода, инволюцию органов половой системы, профилактика и лечение.

Течение и ведение физиологического послеродового периода. Инволюция органов половой системы, профилактика и лечение.

Лактостаз: профилактика и лечение. Гипогалактия: профилактика и лечение.

Трещины сосков: профилактика и лечение.

План проведения занятия:

1. Вводное слово преподавателя об актуальности и практической значимости изучения течения и ведения физиологического послеродового периода, инволюции органов половой системы – 5 мин.
2. Собеседование с аспирантами – 10 мин.
3. Выполнение практических заданий, разбор на клинических примерах – 10 мин.

4. Решение ситуационных задач – 5 мин.
 5. Разбор и контроль выполненных заданий – 10 мин.
 6. Итоговое тестирование – 5 мин.
- Продолжительность занятия 1 ч (45 мин).

Послеродовые септические заболевания: этапы послеродовой инфекции (послеродовая язва, эндометриит, метрит, воспаление придатков матки, параметрит, тромбоз вен таза, метротромбоз, перитонит, сепсис, септический шок). Клиника, диагностика, профилактика и лечение.

Послеродовый мастит: этиопатогенез, клиника, диагностика, профилактика и лечение. Перитонит после кесарева сечения: этиопатогенез, клиника, диагностика, профилактика и лечение. Современные принципы лечения послеродовых септических заболеваний.

План проведения занятия:

1. Вводное слово преподавателя об актуальности и практической значимости изучения этиологии, клиники, диагностики, профилактики и лечения послеродовых септических заболеваний. – 5 мин.
 2. Собеседование с аспирантами – 10 мин.
 3. Выполнение практических заданий, разбор на клинических примерах – 10 мин.
 4. Решение ситуационных задач – 5 мин.
 5. Разбор и контроль выполненных заданий – 10 мин.
 6. Итоговое тестирование – 5 мин.
- Продолжительность занятия 1 ч (45 мин).

Перечень практических навыков, обязательных для аспиранта:

1. Определение симптомов послеродовых гнойно-септических заболеваний.
2. Расшифровка данных лабораторного исследования (клинический анализ крови, гемостазиограмма и т.д.).
3. Трактовка УЗИ-картин органов малого таза в послеродовом периоде.
4. Алгоритм ведения больных с послеродовыми гнойно-септическими заболеваниями.
5. Лечение послеродовых гнойно-септических заболеваний.

Контрольные вопросы

1. Классификация послеродовых гнойно-септических заболеваний.
2. Этиология, патогенез послеродовых гнойно-септических заболеваний.
3. Диагностика послеродовых гнойно-септических заболеваний.
4. Принципы лечения послеродовых гнойно-септических заболеваний.
5. Профилактика послеродовых гнойно-септических заболеваний.
6. Лактостаз. Профилактика. Лечение.
7. Трещины сосков. Профилактика. Лечение.
8. Перитонит после кесарева сечения. Клиника, диагностика.
9. Лечение, профилактика перитонита после кесарева сечения
10. Реабилитация больных с послеродовыми гнойно-септическими заболеваниями.

Задачи по теме занятия

Ситуационная задача № 1

Роды первые, срочные. Дородовое излитие вод. Продолжительность родов 10 часов 30 минут. Безводный промежуток 12 часов 30 минут. С III триместра отмечено снижение гемоглобина до 95 г/л. На 4-е сутки после родов поднялась температура до 38-39 С, появились тахикардия, озноб. Пульс 96 уд/мин, ритмичный. АД 105/70 мм рт. ст. Кожные покровы бледно-розовой окраски. Молочные железы мягкие, соски чистые, отток хороший.

Тело матки на 2 см ниже пупка, мягкой консистенции, болезненное при пальпации. Лохии - мутные с запахом.

Диагноз? Что делать?

Ситуационная задача № 2

Во время обхода на 4-е сутки после первых срочных родов крупным плодом роженица предъявляет жалобы на боль и жжение в области вульвы. Температура 36,9 С, АД 115/70 мм рт. ст. При осмотре в нижней трети правой боковой стенки влагалища обнаружена раневая поверхность до 2-х см, покрытая грязно-серым налетом, с трудом снимающимся с подлежащей ткани. Рана легко кровоточит, ткани вокруг нее - отечные и гиперемированные.

Диагноз? Что делать?

Ситуационная задача № 3

5-е сутки после операции кесарева сечения. Состояние средней тяжести. Температура тела 38°С. Пульс 100 уд/мин. Умеренный парез кишечника. Болезненность над лоном. При УЗИ определяется свободная жидкость в брюшной полости, в области швов на матке - “ниша”.

Диагноз? Тактика врача?

Эталоны ответов

Ситуационная задача № 1

Диагноз: Поздний послеродовый период. Послеродовый эндометрит. Железодефицитная анемия.

План обследования и лечения: посев отделяемого из цервикального канала на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, посев крови на стерильность, УЗИ органов малого таза, гемостазиограмма, термометрия через 3 часа, контроль АД и пульса, общего состояния.

Лечение анемии и эндометрита (назначать 2 антибиотика - аминогликозиды, цефалоспорины, метронидазол), в случае необходимости антибиотики меняются каждые трое суток.

Ситуационная задача № 2

Диагноз: Поздний послеродовый период. Послеродовая язва.

План обследования и лечения: посев отделяемого на микрофлору и чувствительность к антибиотикам. Обработка раны антисептиком, лечение по принципу гнойных ран, после появления свежих грануляций решить вопрос о наложении вторичных швов (в случае необходимости) или решить вопрос о вторичном заживлении с применением маевых повязок.

Ситуационная задача № 3

Диагноз: Поздний послеродовый период. Послеоперационный период. Несостоятельность швов на матке. Пельвиоперитонит.

План обследования и лечения: УЗИ органов малого таза, гистероскопия, клинико – биохимическое обследование. Перевод в гинекологическое отделение, совместное ведение гинеколога и анестезиолога, учитывая клинику перитонита на фоне несостоятельности швов на матке решить вопрос (после подготовки) об оперативном лечении. Проводится инфузионная, антибактериальная терапия.

РАЗДЕЛ 10. ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ОХРАНА ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО

Цель: изучить перинатальную охрану плода.

Аntenатальные повреждающие факторы (инфекционные и неинфекционные): паразитарные, вирусные, микробные, лекарственные, химические, физические,

лучевые, термические, механические.

Гипоксия плода, фетоплацентарная недостаточность: этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика, факторы риска.

Задержка роста плода: формы и степени, диагностика и лечение. Профилактика у беременных в группах риска. Аномалии развития плода: этиология, диагностика. **Тактика ведения беременности и родов. Способы родоразрешения.**

Основы физиологии и патологии новорожденного: первичный туалет новорожденного, особенности состояния новорожденных в раннем неонатальном периоде, уход и вскармливание.

Асфиксия и родовая травма новорожденного: диагностика, реанимация доношенных и недоношенных новорожденных. Интенсивная терапия в раннем неонатальном периоде. Оказание неотложной помощи.

Внутриутробное инфицирование плода (этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика).

Физиология и патология периода новорожденности: синдром дыхательных расстройств, гнойно-септические заболевания. Клиника, диагностика, лечение и профилактика.

Задачи по теме занятия

Ситуационная задача №1

Пациентка А., 32 лет находится в отделении патологии беременности. Срок беременности 41 неделя. При КТГ выявлены: ЧСС 100-110 ударов в минуту, глубокие децелерации до 80 ударов в минуту, ареактивный нестрессовый тест.

Диагноз? Возможные причины брадикардии? Тактика?

Ситуационная задача №2

Роженица находится во II периоде срочных родов в течение 30 минут. Головка плода в плоскости узкой части малого таза. Синхронно со схватками отмечается брадикардия до 100 ударов в 1 минуту, длящаяся в течение 20 секунд с восстановлением ЧСС до 140 ударов в минуту в промежутке между потугами.

Диагноз? Возможные причины брадикардии? Что делать?

Эталон ответа:

Диагноз: II период срочных родов.

Причиной брадикардии, возможно, является прохождение головки плода через узкую часть полости малого таза и ее сдавливание тканями родового канала.

Тактика – продолжить ведение родов консервативно.

Ситуационная задача №3

Роженица пребывает в активной фазе I периода срочных родов в 38 недель. На фоне 12 часового безводного периода производится родоусиление утеротониками (окситоцин). Открытие маточного зева – 6 см. Головка плода большим сегментом в плоскости входа в малый таз. Родовая деятельность: схватки через 1-2 минуты по 50-55 секунд. Отмечают поздние длительные децелерации.

Диагноз? Что делать?

Эталоны ответов

Ситуационная задача №1

Диагноз: Беременность 41 неделя. ХФПН. ХГП, субкомпенсация.

Возможными причинами брадикардии является наличие ХФПН, ХГП, перенашивание беременности.

Тактика – экстренное оперативное родоразрешение путем операции кесарево сечение.

Ситуационная задача №2

Диагноз: II период срочных родов.

Причиной брадикардии, возможно, является прохождение головки плода через узкую часть полости малого таза и ее сдавливание тканями родового канала.

Тактика – продолжить ведение родов консервативно.

Ситуационная задача №3

Диагноз: Активная фаза I периода срочных родов в 38 недель. ХГП, субкомпенсация.

Тактика – прекратить введение утеротоников, далее оценить состояние роженицы и плода и определить дальнейшую тактику.

РАЗДЕЛ 11 ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Цель: изучить особенности течения экстрагенитальной патологии при беременности.

Беременность и заболевания сердечно-сосудистой системы: приобретенные и врожденные пороки сердца; гипертоническая и гипотоническая болезни; нейроциркуляторная дистония. Классификация, клиника, диагностика, показания к прерыванию беременности и методы родоразрешения. Особенности ведения послеродового периода. Реабилитация.

Заболевания органов дыхания. Ведение беременности, родов, послеродовая реабилитация.

Заболевания желудочно-кишечного тракта и печени. Тактика ведения. Аппендицит и беременность. Диагностика. Лечение.

Заболевания органов мочевого выделения (пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь): этиопатогенез, клиника, диагностика, показания к прерыванию беременности. Ведение беременности, родов, послеродовая реабилитация.

Эндокринная патология и беременность (сахарный диабет, несахарный диабет, диабетические комы, болезнь Иценко - Кушинга, гипоталамический синдром, заболевания щитовидной железы, заболевания надпочечников): клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, особенности течения беременности, родов, послеродового периода, влияние на плод, показания к прерыванию беременности, профилактика.

Инфекционные и паразитарные заболевания: клиника, дифференциальная диагностика, лечение, особенности течения и ведения беременности, родов, послеродового периода. Показания к прерыванию беременности, реабилитация.

Гипертензивные состояния (артериальная гипертензия, нейроциркуляторная дистония, ОПГ-гестоз) наиболее частые и тяжелые осложнения беременности, требующие не только своевременного выявления и лечения, но и нередко - прерывания беременности, оперативного родоразрешения.

Заболевание желез внутренней секреции нередко осложняет течение беременности и родов. Частота этих осложнений в последние годы имеет известную тенденцию к нарастанию. В связи с успехами репродуктивной эндокринологии, совершенствованием методов диагностики и лечения отдельных эндокринных заболеваний появился новый контингент беременных, у которых раньше наступление беременности было невозможно. Все это требует определить рациональную тактику ведения данного контингента беременных.

Ситуационные задачи по теме занятия

Ситуационная задача № 1

В женскую консультацию обратилась К., 30 лет по поводу задержки менструаций в течение 2 мес. При обследовании установлено, что женщина страдает гипертонической

болезнью 2 Б стадии и стоит на диспансерном учете у терапевта. При влагалищном исследовании установлено, что матка увеличена до 7-8 недель беременности, подвижная, безболезненная при пальпации. Придатки матки не увеличены. Диагноз? Что делать?

Ситуационная задача № 2

29.03.95 машиной скорой помощи в родильный дом доставлена беременная женщина с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, одышку при небольшой физической нагрузке, боли в области сердца, иррадиирующие в левую руку. В анамнезе: в 1992 году перенесла активный ревматизм, через год повторная атака. Первая беременность год назад прервана по медицинским показаниям на раннем сроке. По поводу данной беременности на учете в женской консультации не состояла. Последняя мепируация 31.08. - 3.09.94 первое шевеление плода - 18.01.95. Объективно: положение вынужденное - полуулычае, кожные покровы бледные, акроцианоз, пастозность голеней. Тахикардия 24-26 в минуту, усиливающаяся при движении. PS 96 ударов в минуту, АД 110/60 мм рт.ст. Над нижними долями легких выслушиваются единичные влажные хрипы. Границы сердца: левая - по срединно-ключичной линии, правая - на 1,5 см вправо от правого края грудины, верхняя - 11 межреберье. Верхушечный толчок в V межреберье, пальпируется "кошачье мурлыканье". На верхушке хлопающий 1 тон, диастолический шум, акцент II тона на легочной артерии. Матка с четкими контурами, не возбудима, дно ее на 23 см над лоном. Головка баллотируется по правому ребру, сердцебиение приглушено, ритмичное 142 в 1 мин.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ:

На ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС - 100 в 1 мин., электрическая ось отклонена вправо, зубец Р расширен в I и II отведениях, двухфазный в III; смещение вниз интервала S-T и отрицательный зубец Т во II и III стандартных отведениях. На R-грамме органов грудной полости: усиление сосудистого рисунка и сгущение теней корней легких; гипертрофия левого предсердия и правого желудочка сердца. В анализе крови: Hb - 98 г/л, L - 11 тыс., с лейкоцитозом и сдвигом формулы влево; СОЭ-50 мм/час, СРБ ++, фибриноген - 5,2 г/л. При УЗИ матки: плод соответствует 26 неделям беременности, относительное м/ю го вод не, признаки в/у гипоксии плода средней ст. тяжести.

1. Какой срок беременности?
2. На фоне какой экстрагемитальной патологии развивается беременность?
3. Критические сроки в течении беременности на фоне данной экстрагемитальной патологии, с чем они связаны?
4. Какой порок сердца имеется у беременной?
5. Имеется ли недостаточность кровообращения? Степень ее.
6. При каких заболеваниях сердца вынашивание беременности недопустимо?
7. Тактика ведения беременных с ревматическими пороками сердца в женской консультации.
7. Назовите показания для кесарева сечения при пороках сердца.
8. Лечебная тактика при ситуации, изложенной в задаче.
10. Возможно ли проведение кардиохирургического лечения?
11. Показана ли тяжесть на живот роженицы при этой форме порока и почему?

Ситуационная задача № 3

Беременная А., 25 лет, поступила в родильный дом с жалобами на боли внизу живота и пояснице. Околоплодные воды не изливались. Состоит на учете в женской консультации с 6 нед. беременности, посещала врача регулярно, проводилось лабораторное обследование, УЗИ, патологических отклонений в течение беременности не диагностировалось. Женщина в браке 6 лет, забеременела после проводимого в течение 2 последних лет противовоспалительного лечения и гормональной коррекции менструального цикла. Месячные начались в 16 лет, установились через 1 год, были нерегулярные (через 40-30-50 дней), болезненные. Настоящая

беременность вторая, первая закончилась 1 год назад самопроизвольным выкидышем при сроке 24-25 недель.

Общее состояние удовлетворительное. Беременная повышенного питания, обращает на себя внимание выраженное оволосение бедер, голеней, живота. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Матка увеличена на 19-20 недель беременности, безболезненна при пальпации во всех отделах, слегка возбудима. Членорасположение плода не определяется, сердцебиение приглушено, шевеление плода беременная начала ощущать за 3 дня до поступления в стационар. Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, влагалище нерожавшей, шейка матки в центре малого таза, мягкая, укорочена до 1,5 см, цервикальный канал свободно проходим для 1,5 поперечных пальцев, плодный пузырь определяется. Высоко над входом в малый таз очень маленькая головка. Выделения слизистые.

1. Диагноз?

2. Какое необходимо дополнительное обследование для подтверждения диагноза?

3. Возможные осложнения при данной патологии?

4. Тактика врача, лечение данной беременной.

РАЗДЕЛ № 12 ГИНЕКОЛОГИЯ.

Цель практического занятия — изучить функционирование репродуктивной системы женщины в целом и роль различных уровней регуляции, фазы яичникового и маточного циклов, критерии нормального менструального цикла; изучить основные симптомы гинекологических заболеваний, методику обследования гинекологических больных, показания и противопоказания к проведению инвазивных методов исследования, овладеть навыками использования алгоритма врачебной деятельности при оказании медицинской помощи по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации больных с различными нарушениями менструального цикла.

Нейроэндокринная регуляция функции репродуктивной системы.

Нарушения менструальной функции.

Этиология и патогенез расстройства менструальной функции. Классификация расстройств менструальной функции. Маточные кровотечения при недостаточности второй фазы цикла. Ановуляторные циклы.

Аномальные маточные кровотечения в ювенильном, репродуктивном, перименопаузальном и климактерическом периодах. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения больных с расстройствами менструального цикла, профилактика этих нарушений.

Содержание занятия (перечень практических навыков и умений)

- диагностика нарушений менструального цикла на основе владения пропедевтическими и лабораторно-инструментальными методами исследования;
- навыки использования алгоритма врачебной деятельности при оказании медицинской помощи по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации больных с нарушениями менструального цикла;

Контрольные вопросы:

1. Что такое менструальный цикл?
2. Классификация основных нарушений менструального цикла.
3. Какие кровотечения относятся к функциональным маточным кровотечениям?
4. В какие периоды жизни женщины возможны дисфункциональные маточные кровотечения?

5. Чем характеризуется меноррагия?
6. Чем характеризуется метроррагия?
7. При каких функционально-морфологических изменениях в яичнике возможны овуляторные кровотечения?
8. По каким результатам дополнительного исследования следует думать о наличии у больной ановуляторного цикла?
9. По каким результатам дополнительных исследований можно думать о наличии у больной длительной персистенции фолликула?
10. Каковы результаты дополнительных исследований при атрезии незрелых фолликулов?
11. С какими заболеваниями следует дифференцировать ЮМК?
12. Из каких этапов состоит лечение АМК в ювенильном периоде?
13. Из каких этапов состоит лечение АМК в детородном возрасте?
14. Из каких этапов состоит лечение АМК в климактерическом периоде?
15. Перечислите методы остановки АМК в ювенильном периоде?
16. На чем основано применение эстрогенов с целью гемостаза?
17. В чем заключается циклическая гормонотерапия в ювенильном периоде?
18. В каком возрастном периоде целесообразна циклическая гормональная терапия?
19. В чем заключается лечебная тактика после остановки АМК в детородном периоде?
20. Опишите схему гормонального гемостаза.

Задачи по теме занятия

Ситуационная задача № 1.

В гинекологическое отделение детской больницы поступила девушка 18 лет с жалобами на обильные менструации со сгустками крови на протяжении 10 дней, которые начались после 2-хмесячной задержки. Перенесла корь, паротит, коклюш в возрасте 3-5 лет. С 8 лет страдает декомпенсированным тонзиллитом с частыми осложнениями. Месячные начались в 16 лет, ритм не установился до настоящего времени. Рост девочки 172 см, масса тела 50 кг. Телосложение евнухоидное. Молочные железы по Таннеру имеют II степень развития, лобковое оволосение скудное. Наружные половые органы развиты правильно.

При обследовании: матка маленькая, рудиментарная, соотношение тела и шейки матки 1:1, придатки не пальпируются. При рентгенологическом обследовании – турецкое седло нормальных размеров.

Диагноз?

Ситуационная задача № 2.

Пациентка 29 лет обратилась к гинекологу с жалобами на скудные, нерегулярные менструации. Из анамнеза: менархе в 12 лет. В 14-летнем возрасте больная перенесла корь, осложнившуюся менингоэнцефалитом. После перенесенного заболевания менструальный цикл стал нерегулярным, отмечалась прибавка в весе, в течение последних 2 лет наблюдается избыточное оволосение над верхней губой и на внутренней поверхности бедер. Беременностей не было.

Предполагаемый диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо провести?

Ситуационная задача № 3.

Больной 16 лет, менструации нерегулярные, с большими перерывами, последние менструации 4 месяца назад. При поступлении бледна, из половых путей значительные кровяные выделения.

Диагноз. План лечения.

Эталоны ответов

Ситуационная задача № 1

Диагноз: Нарушение овариально-менструального цикла в ювенильном периоде по типу гиперполименореи, постгеморрагическая анемия, задержка полового развития. Гипоэстрогения.

Ситуационная задача № 2

Диагноз: Нарушение менструального цикла – вторичный гипоменструальный синдром центрального генеза (вторичный поликистоз)

1. рентген турецкого седла (check гипофиз)
2. анализ крови на ЛГ, ФСГ, ПРЛ.

Ситуационная задача № 3

Диагноз: АМК ювенильного возраста. Гормональный гемостаз. При неэффективности - диагностическое выскабливание полости матки. Регуляция менструального цикла КОК.

Аменорея

Значение генетических нарушений в происхождении первичной аменореи. Маточная и яичниковая формы аменореи. Аменорея надпочечникового генеза и аменорея при заболеваниях щитовидной железы. Вторичная аменорея неуточненного генеза (синдром резистентных яичников, истощения и гиперторможения яичников).

Содержание занятия (перечень практических навыков и умений)

- решение профессиональных задач по диагностике аменореи, на основе владения пропедевтическими и лабораторно-инструментальными методами исследования;
- навыки использования алгоритма врачебной деятельности при оказании медицинской помощи по профилактике, лечению и реабилитации больных с аменореей.

Задачи по теме занятия

Ситуационная задача № 1

У молодой женщины 6 лет назад (в 19 лет) без видимой причины прекратились менструации, не было ни одной беременности. Фенотип женский. В последнее время отмечает ухудшение зрения. Концентрация ФСГ в сыворотке крови 0,3 МЕ/мл (норма 2-20), пролактин - 16 нг/мл (норма 2-25). Проба с гестогенами и эстрогенами отрицательная.

Диагноз? Тактика ведения?

Ситуационная задача № 2.

Пациентка В., 19 лет обратилась к гинекологу с жалобой на отсутствие менструаций, недоразвитие молочных желез.

Из анамнеза известно: родилась недоношенным ребенком, массой 2150г, в детском возрасте часто болела.

Status praesens: рост 146 см, грудная клетка бочкообразной формы с широко расположенными сосками, шея короткая с крыловидными складками. Молочные железы гипопластичны. Оволосение в подмышечных впадинах отсутствует.

При осмотре: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение отсутствует. Девственная плева цела.

Per rectum: Матка значительно меньше нормы. Придатки с обеих сторон не пальпируются.

Предполагаемый диагноз? Какие необходимы обследования для подтверждения диагноза? Цели лечения?

Ситуационная задача № 3.

Пациентка В., 18 лет обратилась к гинекологу с жалобой на отсутствие менструаций, сухость влагалища, невозможность половой жизни.

Из анамнеза известно: родилась недоношенным ребенком, в детском возрасте часто болела.

Status praesens: фенотип женский, рост 165 см, ИМТ 21 кг/м². Кожа чистая. Молочные железы гипопластичны. Оволосение в подмышечных впадинах отсутствует.

При осмотре: Лобковое оволосение отсутствует. Большие половые губы гипертрофированы, в толще их определяются образования округлой формы 2х2 см. Малые половые губы гипопластичны.

В зеркалах: влагалище узкое, укороченное, заканчивается слепо.

Бимануально: в проекции матки определяется мышечный валик, придатки не определяются.

Предполагаемый диагноз? Какие необходимы обследования для подтверждения диагноза

Эталоны ответов

Ситуационная задача № 1

Диагноз: Вторичная гипогонадотропная аменорея. Опухоль гипофиза?

Тактика: дообследование: исследование глазного дна и полей зрения, МРТ и рентгенография черепа, консультация нейрохирурга. При наличии опухоли гипофиза дальнейшую тактику лечения определит нейрохирург.

Ситуационная задача № 2.

Диагноз: Синдром Шерешевского-Тернера

План обследования: –УЗИ органов малого таза

– исследования гормонального профиля

– исследование кариотипа

Лечение: заместительная гормонотерапия

Цель лечения: развитие молочных желез, циклическое изменение эндометрия, профилактика эстрогендефицитных состояний.

Ситуационная задача № 3.

Диагноз: Синдром Морриса.

План обследования: – УЗИ органов малого таза

– исследование кариотипа

– определение полового хроматина

Лечение: удаление яичек, ЗГТ

Краткая аннотация теоретического материала занятия

Нейроэндокринные синдромы в гинекологии

(климактерический, посткастрационный, постгистерэктомический, предменструальный, гипоменструальный, вирильный, поликистозных яичников). Дисгенезия гонад.

Тестикулярная феминизация. Адено-генитальный синдром. Клиника, диагностика и терапия. Гиперпролактинемия и ее лечение.

Содержание занятия (перечень практических навыков и умений)

- провести сбор анамнеза у женщин с гинекологическими заболеваниями
- провести общее и специальное гинекологическое обследование
- дать оценку полученным при специальном гинекологическом обследовании объективным данным

- дать оценку дополнительным методам исследования (клинико-лабораторное исследование, УЗИ)
- дать предварительное заключение о характере заболевания

Нейроэндокринные синдромы в гинекологии (климактерический, посткастрационный, постгистерэктомический, предменструальный, гипоменструальный, вирильный, поликистозных яичников). Дисгенезия гонад. Тестикулярная феминизация. Аденогенитальный синдром. Клиника, диагностика и терапия. Гиперпролактинемия и ее лечение. Основные клинические проявления нейроэндокринного синдрома.

Диагностика

Тактика ведения.

Синдром Шихана

Клиническая картина синдрома Шихана

Клинические формы синдрома.

Методы диагностики синдрома Шихана.

Профилактика развития синдрома Шихана:

Предменструальный синдром (ПМС)

Роль генетических факторов к предрасположенности развития ПМС/ синдрома предменструального напряжения.

Теории возникновения ПМС:

Клинические формы ПМС:

Методы лабораторного исследования зависят ПМС.

Лечение больных с ПМС:

Профилактика ПМС:

Синдром гиперпролактинемии

Формы гиперпролактинемии.

Диагностика

Лечение.

Синдром гиперандрогении

Симптомы патологической андрогенизации

Гирсутизм

Андрогенная алопеция

Симптомы инсулинорезистентности и гиперинсулинизма

Лабораторно-инструментальная диагностика

Идентификация синдрома инсулинорезистентности

Синдром Штейна-Левенталя (Синдром склерокистозных яичников)

Причины СПКЯ:

Формы СПКЯ

Диагноз СПКЯ

Лечение

Препараты выбора при лечении СПКЯ

Климактерические расстройства.

Периоды климактерия

Симптомы в пери- и постменопаузе

Оценка состояния здоровья женщин среднего возраста

Принципы назначения МГТ

Показания для назначения МГТ

Режимы МГТ

Вопросы по теме занятия

1. Предменструальный синдром. Эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и терапия

2. Климактерический синдром. Клиника, диагностика и терапия.
3. Постгистерэктомический синдром. Клиника, диагностика, лечение.
4. Посткастрационный синдром. Клиника, диагностика, лечение.
5. Синдром резистентных яичников. Клиника, диагностика, лечение.
6. Вирильный синдром. Клиника, диагностика, лечение.
7. Синдром поликистозных яичников. Клиника, диагностика, лечение.
8. Адено-генитальный синдром. Клиника, диагностика, лечение.
9. Тестикулярная феминизация. Клиника, диагностика, лечение.
10. Гиперпролактинемия. Клиника, диагностика, лечение.

Задачи по теме занятия

Ситуационная задача №1

Пациентка 16 лет, жалуется на избыточный вес, периодические головные боли, слабость, избыточный рост волос на лице, нерегулярный менструальный цикл с задержками до 2-3 месяцев. Из анамнеза известно, что избыточный вес с детства, увеличивался постепенно, диеты не придерживалась. Резкая прибавка в весе с 13 до 14 лет на 15 кг. Слабость, головные боли, повышение АД до 140/90 мм рт. ст. беспокоят в течение последнего года. Менструации с 12 лет, не установились окончательно до настоящего времени, задержки от 15 дней до 3 месяцев. При осмотре - рост 170 см, вес 100 кг, ИМТ = 34,5 кг/м², распределение подкожной жировой клетчатки равномерное. Гирсутное число - 12 баллов (по шкале Ферримана-Голлвея). Кожные покровы бледно-розовые, отмечаются стрии розового цвета на животе, внутренней поверхности бедер. При дополнительном обследовании выявлены: гликемия натощак 5,2 ммоль/л в венозной крови; тестостерон 2,1 нмоль/л (норма до 1,5); суточная экскреция свободного кортизола - 390 нмоль/с (норма до 120-400), ЛГ/ФСГ > 3,1. На рентгенограмме черепа в боковой проекции четко контурировано не увеличенное в размерах турецкое седло. При проведении УЗИ органов малого таза выявлено - увеличение объемов яичников до 13,5 и 18,7 см³, гипоплазия тела матки I степени.
Ваш диагноз?

Ситуационная задача №2

В гинекологическое отделение детской больницы поступила девушка 18 лет с жалобами на обильные менструации со сгустками крови на протяжении 10 дней, которые начались после 2-хмесячной задержки. Перенесла корь, паротит, коклюш в возрасте 3-5 лет. С 8 лет страдает декомпенсированным тонзиллитом с частыми осложнениями. Месячные начались в 16 лет, ритм не установился до настоящего времени. Рост девочки 172 см, масса тела 50 кг. Телосложение евнухоидное. Молочные железы по Таннеру имеют II степень развития, лобковое оволосение скудное. Наружные половые органы развиты правильно. При обследовании: матка маленькая, рудиментарная, соотношение тела и шейки матки 1:1, придатки не пальпируются. При рентгенологическом обследовании – турецкое седло нормальных размеров.
Диагноз?

Ситуационная задача № 3

У пациентки К., 19 лет, аменорея. Вторичные половые признаки слабо выражены. Уровень гипофизарных гормонов повышен, яичниковых гормонов значительно снижен. При двуручном исследовании матка маленькая, придатки с обеих сторон не определяются. Предварительный диагноз. Укажите дополнительные методы обследования.

Эталоны ответов

Ситуационная задача № 1.

Диагноз: Первичный поликистоз яичников.

Ситуационная задача № 2.

Диагноз: Нарушение овариально-менструального цикла в ювенильном периоде по типу гиперполименореи, постгеморрагическая анемия, задержка полового развития. Гипоэстрогения.

Ситуационная задача № 3.

Диагноз: Дисгенезия гонад. Консультация генетика, УЗИ гениталий, кариотипическое исследование

Тема № 4. Воспалительные заболевания женских половых органов

Вульвит; бартолинит; остроконечные кондиломы; воспалительные заболевания влагалища (кольпит); воспалительные заболевания шейки матки (цервицит); воспалительные заболевания тела матки (эндометрит); воспалительные заболевания придатков матки (сальпингоофорит); тубовариальные опухоли; параметрит; пельвиоперитонит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, реабилитация.

Цель практического занятия — решение профессиональных задач по диагностике и дифференциальной диагностике, лечебной тактике при воспалительных заболеваниях женских половых органов.

План проведения занятия:

1. Вводное слово преподавателя об актуальности и практической значимости оказания медицинской помощи пациенткам при воспалительных заболеваниях женских половых органов – 5 мин.
 2. Собеседование с аспирантами – 10 мин.
 3. Выполнение практических заданий, разбор на клинических примерах – 10 мин.
 4. Решение ситуационных задач – 5 мин.
 5. Разбор и контроль выполненных заданий – 10 мин.
 6. Итоговое тестирование – 5 мин.
- Продолжительность занятия 1 ч (45 мин).

Содержание занятия (перечень практических навыков и умений)

- диагностика воспалительных заболеваний женских половых органов, на основе владения пропедевтическими и лабораторно-инструментальными методами исследования;
 - навыки использования алгоритма врачебной деятельности при оказании медицинской помощи по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации больных с воспалительными заболеваниями половых органов;
- принципы оперативного лечения и послеоперационного ведения больных с воспалительными заболеваниями женских половых органов

Вопросы по теме занятия

1. Назовите факторы, способствующие распространению инфекции у женщин.
2. Перечислите причины воспалительных заболеваний.
3. Назовите возможные осложнения при воспалительных процессах.
4. Перечислите симптомы вульвовагинита.
5. Назовите общие симптомы острого воспаления.
6. Назовите общие симптомы хронического воспаления.
7. Дайте понятие пельвиоперитонита.

8. Перечислите методы физиотерапевтического воздействия, которые могут применяться для лечения воспалительных процессов.
9. Дайте понятие трубно-яичникового воспалительного образования.
10. Принципы терапии вирусных вульвовагинитов.

Задачи по теме занятия

Ситуационная задача № 1

Больная 18 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли в низу живота, повышение температуры тела до 37,5°C, гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании. Менструальная функция без особенностей. Половая жизнь с 17 лет, вне брака, от беременности предохраняется (ритмический метод). Беременностей не было. Заболела остро, на 7-й день менструального цикла.

Объективно: состояние удовлетворительное, пульс 96 в мин., ритмичный, живот не вздут, при пальпации болезненный в нижних отделах.

Гинекологический статус: уретра инфильтрирована, шейка матки гиперемирована, отечна, с обширной эрозией, из шеечного канала обильные слизисто-гнойные выделения. Матка не увеличена, болезненная при пальпации, придатки с обеих сторон утолщены, болезненны, своды глубокие. При бактериоскопии мазков из уретры и цервикального канала обнаружены гонококки, располагающиеся вне- и внутриклеточно.

Ваш диагноз?

Свежая острая гонорея нижнего отдела мочеполовых органов.

Свежая острая восходящая гонорея.

Подострая восходящая гонорея.

Хроническая гонорея нижнего отдела мочеполовых органов.

Торпидная гонорея.

Тактика врача женской консультации.

Провести амбулаторно курс антибактериальной терапии.

Направить больную в кожно-венерологический диспансер для углубленного обследования и лечения.

Госпитализировать больную в гинекологический стационар для обследования и лечения.

Рекомендовать плановую госпитализацию в гинекологический стационар после получения результатов лабораторного исследования, консультации венеролога и уролога.

Госпитализировать в кожно-венерологическую клинику.

Ситуационная задача № 2

Больная М., 25 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на бели и контактные кровянистые выделения.

Анамнез:

Менструации с 13 лет, установились сразу (по 4 дня, цикл 28 дней), умеренные, безболезненные. Половую жизнь ведет с 23 лет, в течение 8 мес., беременности не было. Перенесенные гинекологические и венерические болезни отрицает. Три месяца назад появились бели и контактные кровянистые выделения.

Осмотр при помощи зеркал:

2 см, легко кровоточащая при дотрагивании. Шейка матки конической формы. Поверхность слизистой вокруг наружного зева ярко-красного цвета, зернистая, покрытая гноевидными выделениями, размерами 2

Влагалищное исследование:

Наружные половые органы без патологических изменений, оволосение на лобке – по женскому типу. Шейка матки обычной консистенции, наружный зев закрыт. Матка нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная, поверхность ее гладкая. Влагалищные своды свободны, придатки не пальпируются. Выделения – бели с примесью крови.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования следует провести?

Ситуационная задача № 3

Девушка 24 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на обильные выделения из половых путей, с неприятным запахом. Из анамнеза известно: менструации с 12 лет, установились сразу, по 4-5 дней, через 30 дней, умеренные, регулярные, безболезненные. Последние месячные 12.03 по 16.03, пришли в срок, без особенностей. Половая жизнь с 18 лет, в браке не состоит, постоянного полового партнера не имеет, барьерную контрацепцию использует не всегда. В течение последнего месяца стала отмечать обильные слегка пенистые выделения из половых путей с неприятным резким запахом.

При осмотре: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу. Влагалище нерожавшей, слизистая гиперемирована. Шейка матки конической формы, гиперемирована, с участками эктопированного эпителия, из наружного зева отмечаются обильные серовато-желтые выделения.

Бимануально: Матка в anteflexio-anteversio, обычных размеров, плотно-эластической консистенции, при пальпации подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон пальпируются в виде тонких эластических тяжей, безболезненны. Своды глубокие, параметрии свободные.

Ваш диагноз? Ваша тактика?

Эталоны ответов:

Ситуационная задача № 1

Диагноз: Свежая острая восходящая гонорея. Необходимо госпитализировать больную в гинекологический стационар для обследования и лечения.

Ситуационная задача № 2

1. Диагноз: Эктопия шейки матки, кольпит.
2. – мазок на степень чистоты;
– бак.посев из С-канала;
– обследование на ИППП;
– мазок на АК;
– расширенная кольпоскопия (после санации);
– прицельная биопсия.

Ситуационная задача № 3

Диагноз: Цервицит. Вагинит.

мазок на степень чистоты

бак посев отделяемого из половых путей с определением антибиотикочувствительности

обследование на ИППП

этиотропное лечение - по результатам обследования

Тема № 5. Эндометриоз

Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика; лечение, профилактика эндометриоза. Эндометриоз тела матки; эндометриоз шейки матки; наружный эндометриоз; ретроцервикальный; экстрагенитальный; «малые» формы эндометриоза.

Цель практического занятия — формирование врачебного поведения и основ клинического мышления, а также навыков, обеспечивающих решение профессиональных задач по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации больных с миомой матки, эндометриозом.

План проведения занятия:

1. Вводное слово преподавателя об актуальности и практической значимости оказания медицинской помощи пациенткам при эндометриозе – 5 мин.
 2. Собеседование с аспирантами – 10 мин.
 3. Выполнение практических заданий, разбор на клинических примерах – 10 мин.
 4. Решение ситуационных задач – 5 мин.
 5. Разбор и контроль выполненных заданий – 10 мин.
 6. Итоговое тестирование – 5 мин.
- Продолжительность занятия 1 ч (45 мин).

Содержание занятия (перечень практических навыков и умений)

- решение следующих профессиональных задач:
- диагностика эндометриоза, прежде всего ранних и типичных проявлений заболеваний, на основе владения пропедевтическими и лабораторно-инструментальными методами исследования;
- навыки использования алгоритма врачебной деятельности при оказании медицинской помощи по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации больных с эндометриозом.

Вопросы по теме занятия

1. Этиология эндометриоза.
2. Патогенез эндометриоза.
3. Какие особенности характерны для эндометриоза?
4. В чем отличие эндометриоза от злокачественной опухоли?
5. Современная классификация эндометриоза.
6. Методы диагностики эндометриоза.
7. Методы медикаментозного лечения эндометриоза.
8. Методы хирургического лечения эндометриоза.
9. Реабилитация пациенток с эндометриозом.
10. Профилактика эндометриоза

Задачи по теме занятия

Ситуационная задача № 1

Пациентка 28-и лет предъявляет жалобы на тянущие боли внизу живота, усиливающиеся перед и после менструации, отсутствие беременности в течении 5 лет. Считает себя больной в течении 3 лет. В анамнезе один самопроизвольный аборт в сроке 5-6 нед. В возрасте 20-и лет оперирована по поводу разрыва кисты яичника, произведена резекция правого яичника. Результаты гистологического исследования не знает.

Гинекологический статус: шейка матки не эрозирована. Матка ограниченно подвижна, нормальных размеров, безболезненная. Справа и кзади от матки пальпируется образование

размером 8x8 см, тугоэластичной консистенции, малоподвижное, спаянное с заднебоковой поверхностью матки, умеренно болезненное. Левые придатки не увеличены. Выделения слизистые.

Предполагаемый диагноз. Дополнительное обследование. Лечебная тактика.

Ситуационная задача № 2

Пациентка 32 года. Обратилась к врачу женской консультации с жалобами на темно-красные, мажущие выделения из половых путей накануне менструации и в течение нескольких дней после нее.

Из анамнеза: два года тому назад перенесла операцию диатермоконизации шейки матки по поводу лейкоплакии. Последняя менструация началась 6 дней назад.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. АД и PS в норме.

В зеркалах: влажалищная часть шейки матки цилиндрической формы, на слизистой видны узелковые мелко-кистозные образования багрово-синего цвета, из отдельных имеются темно-красные скудные выделения.

Бимануально: матка в правильном положении, увеличена до 5-6 недель беременности, шаровидной формы, безболезненная при пальпации. Придатки матки с обеих сторон не определяются.

Предварительный диагноз, дополнительные методы диагностики, наблюдение и лечение.

Ситуационная задача № 3

У пациентки 33 лет отмечаются болезненные, обильные менструации, сопровождающиеся «мажущими» красными выделениями до менструации. Больная отмечает нарастание болевого синдрома до менструации и особенно в ее первый день. При двуручном исследовании выявлено: тело матки увеличено до 5-6 недель беременности, плотное, с гладкой поверхностью, подвижное, чувствительное при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются. При ультразвуковом сканировании выявлена выраженная «неоднородность», «ячеистость» структуры миометрия, с чередованием гипер- и гипозоногенных участков, особенно по задней стенке.

Диагноз? Тактика обследования и лечения?

Эталонные ответы

Ситуационная задача № 1.

Диагноз: Эндометриодная киста правого яичника. УЗИ малого таза. Хирургическое лечение с последующей гормональной терапией. Эндометриоз яичников. Лапароскопия: белесоватая капсула с выраженным сосудистым рисунком и гладкой поверхностью; УЗИ: эхопозитивная капсула, мелкодисперсная эхопозитивная взвесь на фоне жидкого содержимого, локализация позади матки. Лечение: коагуляция или выпаривание лазером при лапароскопии, далее гормоны: агонисты ГнРГ, антагонисты гонадотропинов, прогестагены (даназол, дюфастон, золадекс).

Ситуационная задача № 2.

Диагноз: Эндометриоз влажалищной части шейки матки. Аденомиоз. Миома матки? Дифференциальный диагноз с эритроплакией, полипом цервикального канала, кистами nabothian желез, эктропионом. Гистероскопия и цервикоскопия, раздельное диагностическое выскабливание, если есть ациклические кровотечения.

Лечение: лазерная вапоризация, конизация шейки матки, эстроген-гестагенные препараты.

Ситуационная задача № 3.

Диагноз: Аденомиоз. Тактика обследования: гистероскопия. Лечение гормональное: диеногест, КОК, Мирена, агонисты ГнРГ.

Краткая аннотация теоретического материала занятия

Бесплодный брак. Женское бесплодие.

Причины. Диагностика. Методы лечения. Профилактика. Мужское бесплодие. Основные причины. Методика обследования бесплодной супружеской пары. Методы вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО, перенос эмбриона).

Планирование семьи и контрацепция.

Физиологический (ритмический) метод; механические (барьерные) методы; химические средства; ВМС (виды ВМС, механизм действия, противопоказания); гормональная контрацепция; виды гормональных контрацептивов; механизм действия; противопоказания; побочные действия.

Содержание занятия (перечень практических навыков и умений)

- решение следующих профессиональных задач:
- навыки использования алгоритма врачебной деятельности при оказании медицинской помощи по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации больных с бесплодием.
- навыки использования алгоритма врачебной деятельности по вопросам контрацепции в различных клинических ситуациях.

Алгоритм диагностики бесплодия.

Современные репродуктивные технологии лечения бесплодия.

Профилактика. Мужское бесплодие. Основные причины. Методика обследования бесплодной супружеской пары. Методы вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО, перенос эмбриона).

Планирование семьи и контрацепция: физиологический (ритмический) метод; механические (барьерные) методы; химические средства; ВМС (виды ВМС, механизм действия, противопоказания); гормональная контрацепция; виды гормональных контрацептивов; механизм действия; противопоказания; побочные действия.

Преимущества планирования семьи и контрацепции

Предотвращение риска, связанного с беременностью, для здоровья женщин

Снижение детской смертности

Содействие предотвращению ВИЧ/СПИДа

Предоставление возможностей людям и улучшение их образования

Уменьшение числа беременностей среди девушек-подростков

Использование контрацептивов

Глобальная неудовлетворенная потребность в контрацепции

Методы контрацепции

Контрольные вопросы

1. Что подразумевается под понятием «планирование семьи»?
2. Какова характеристика основных направлений деятельности учреждений (институтов, центров) планирования семьи?
3. Каковы цели планирования семьи?
4. Решению каких задач способствуют мероприятия по планированию семьи?
5. Классификация методов контрацепции.
6. Какие требования предъявляются к нехирургическим методам контрацепции?
7. Чем определяется контрацептивная эффективность средств?
8. Что следует учитывать при выборе метода контрацепции?
9. Осложнения при приеме КОК.

10. Осложнения при применении ВМК.

Задачи по теме занятия

Ситуационная задача № 1

Через 3 месяца после установки ВМС пациентка 30 лет обратилась к гинекологу с жалобами на непостоянные ноющие боли внизу живота и обильные менструации. Впервые болевой симптом появился через 2 дня после введения ВМС. Генитальный статус: матка и маточные придатки не увеличены, умеренно болезненны при пальпации. Шейка матки без эрозий, видны нити ВМС. Выделения слизистые, в небольшом количестве.

Диагноз? Тактика ведения?

1. Какие рекомендации целесообразны в данном случае?
 - удаление ВМС
 - противовоспалительная терапия
 - выбор другого способа контрацепции
 - наблюдение
2. Какие надежные способы контрацепции следует выбрать после удаления ВМС?
 - 1 повторное введение ВМС
 - 2 КОК
 - 3 Влагалищные спринцевания
 - 4 Презерватив
3. Назовите преимущества КОК:
 - 1 Уменьшение кровопотери во время менструации
 - 2 Снижение частоты ВЗОТ
 - 3 Уменьшение частоты рака яичников
 - 4 Снижение частоты рака эндометрия

Ситуационная задача № 2

Пациентка В., 29 лет обратилась к гинекологу с жалобой на отсутствие беременности в браке. Из анамнеза известно: менструации с 12 лет, установились сразу, по 4-5 дней, через 28 дней, умеренные, регулярные, безболезненные. Последние месячные 15.04 по 19.04., пришли в срок, без особенностей. Половая жизнь с 24 лет, в браке 5 лет, методы контрацепции не использует. Беременностей – 1, закончилась медицинским абортom на сроке 8 недель. После чего в течение последних шести лет ежегодно проходит лечение по поводу обострения хронического двустороннего аднексита. Мужу 32 года, здоров, курит.

При осмотре: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу. Влагалище нерожавшей, слизистая бледно-розового цвета. Шейка матки конической формы, чистая, наружный зев щелевидный.

Бимануально: Матка в anteflexio-anteversio, обычных размеров, плотно-эластической консистенции, при пальпации ограничено подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон тяжисты, чувствительные при пальпации. Своды глубокие, параметрии свободные.

Предполагаемый диагноз? Какие необходимо выполнить обследования для подтверждения диагноза?

Ситуационная задача № 3

Больная 30 лет, жалуется на бесплодие (в браке 6 лет). Менструации с 14 лет, регулярные. Муж обследован, здоров. При гистеросальпингографии – маточные трубы проходимы. Причины бесплодия. План обследования.

Эталоны ответов

Ситуационная задача №1.

Диагноз: Хронический эндометрит на фоне ВМС. Хронический сальпингоофорит?

Тактика: дообследование (ОАК, УЗИ органов малого таза, мазок на степень чистоты и цитологию, обследование на ИППП) удаление ВМС, антибиотики (в случае выраженных воспалительных явлений в ОАК

АБ широкого спектра и метронидазол перорально), НПВС, после лечения для нормализации менструальной функции - КОК.

Ситуационная задача № 2

Диагноз: Вторичное бесплодие, трубно - перитонеальная форма. Хронический двусторонний аднексит, вне обострения.

Необходимо проведение комплексного обследования: клинико-биохимическое, исследование базального уровня гормонов (ФСГ, ЛГ, ПРЛ, К, Т, АМГ, Э₂, П, ТТГ, Т₃), УЗИ ОМТ, фолликулогенез, гистероскопия, биопсия эндометрия, лапароскопия, хромосальпингоскопия.

Ситуационная задача № 3

Возможные причины бесплодия: эндометриоз, ановуляция, иммунологическое бесплодие.

Необходимо проведение комплексного обследования: клинико-биохимическое, проба Шуварского-Хунера тесты функциональной диагностики, исследование базального уровня гормонов (ФСГ, ЛГ, ПРЛ, К, Т, АМГ, Э₂, П, ТТГ, Т₃), УЗИ ОМТ, фолликулогенез, гистероскопия, биопсия эндометрия, лапароскопия.

Оперативная гинекология

Специальные инструментальные методы исследования: кольпоскопия; ультразвуковое исследование; гистероскопия; лапароскопия. Организации работы операционной: оборудование, оснащение, обработка рук, операционные поля - в зависимости от доступа, инструменты, шовный материал, техника безопасности.

Виды обезболивания: показания, противопоказания; основные принципы инфильтрационной, проводниковой, внутривенной, перидуральной анестезии, эндотрахеального наркоза, современные наркотические средства.

Предоперационная подготовка больных: общие лабораторные и специальные инструментальные методы обследования в зависимости от нозологии: профилактика осложнений; подготовка к плановой и экстренной операциям.

Клиническая анатомия (особенности женского костного таза, анатомия передней брюшной стенки, доступ к органам малого таза, диафрагма таза, клетчаточные пространства, кровоснабжение, иннервация, топография мочеочника).

Содержание занятия (перечень практических навыков и умений)

- решение следующих профессиональных задач:
- знать специальные инструментальные методы исследования гинекологических больных;
- знать организацию работы операционной; оборудования; технику безопасности;
- знать принципы предоперационной подготовки больной;
- знать виды обезболивания, анестезиологического пособия при «малых» и больших гинекологических операциях;
- знать основы клинической анатомии (особенности женского костного таза, анатомия передней брюшной стенки, доступ к органам малого таза, диафрагма таза, клетчаточные пространства, кровоснабжение, иннервация, топография мочеочника).

Контрольные вопросы

1. Организации работы операционной.

2. Техника безопасности.
3. Виды обезболивания при гинекологических операциях: показания, противопоказания.
4. Основные принципы инфльтрационной, проводниковой, внутривенной, перидуральной анестезии, эндотрахеального наркоза.
5. Предоперационная подготовка больных.
6. Показания к оперативному лечению гинекологических больных.
7. Клиническая анатомия (особенности женского костного таза, анатомия передней брюшной стенки, доступ к органам малого таза, диафрагма таза, клетчаточные пространства, кровоснабжение, иннервация, топография мочеточника).
8. Ведение пациенток в послеоперационном периоде.
9. Профилактика гнойно-септических осложнений.

Профилактика тромбоэмболических осложнений

Задачи по теме занятия

Ситуационная задача №1.

Женщина 21 года обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные выделения из половых путей в течение недели. Из анамнеза: менструации с 14 лет, регулярные, по 4-5 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет, в браке, регулярная. Беременностей не было. Средства контрацепции не использует.

Какие методы обследования должен провести врач?

Ситуационная задача №2.

Женщина 19 лет обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные выделения из половых путей в течение 3-х дней после незащищенного полового контакта неделю назад, боли внизу живота. Из анамнеза: менструации с 14 лет, регулярные, по 5 дней, через 30 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет, вне брака, нерегулярная. Средства контрацепции не использует.

Влагалищное исследование: слизистая влагалища гиперемирована, шейка матки конической формы, из цервикального канала – обильные слизисто-гноевидные выделения. Тело матки не увеличено, мышечной консистенции, подвижное, болезненное при пальпации. Область придатков пальпаторно без особенностей.

Предположительный диагноз?

Какие методы обследования должен провести врач для подтверждения диагноза?

Ситуационная задача №3.

Больная 51 год, обратилась к врачу с жалобами на боли внизу живота и появление кровянистых выделений через 8 лет после прекращения менструации.

Вопрос: Какие специальные и дополнительные методы обследования необходимо провести у данной больной для уточнения диагноза?

Эталоны ответов

Ситуационная задача №1.

Врач должен провести общепринятые в медицинской практике методы объективного исследования, специальное гинекологическое обследование, дополнительные клинко-лабораторные методы обследования: бактериоскопическое, бактериологическое.

Ситуационная задача №2.

Предположительный диагноз: Острый эндоцервицит, эндомиометрит (возможно гонорейной этиологии).

Врач должен провести дополнительные клинико-лабораторные методы обследования: бактериоскопическое (3 образца мазков), бактериологическое, общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на сифилис, исследование крови ИФА на СПИД, НВsAg.

Ситуационная задача №3.

Специальные методы исследования – осмотр шейки матки в зеркалах, бимануальное исследование. Дополнительные методы исследования – мазки на атипические клетки, кольпоскопию, УЗИ органов малого таза, раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки.

Общее представление о гинекологических операциях.

Трансабдоминальные, трансвагинальные, «малые» операции; инструменты, доступы. «Малые» гинекологические операции: удаление кист наружных половых органов, влагалища; вскрытие абсцесса, биопсия шейки матки, полипэктомия, раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала, МВА, аборт, пункция брюшной полости через задний свод, парацентез.

Операции на шейке матки: биопсия шейки матки, радиоволновая, аргонплазменная, диатермо-, лазеро-, коагуляция, криодеструкция, пластические операции: Эммета, высокая ампутация, конусовидная ампутация.

Содержание занятия (перечень практических навыков и умений)

- решение следующих профессиональных задач:
- знать технику «малых» оперативных вмешательств, применяемых в гинекологии;
- знать технику выполнения гистероскопии, показания, противопоказания;
- знать технику выполнения лапароскопии, показания, противопоказания;
- знать технику выполнения операций на шейке матки

Контрольные вопросы

1. «Малые» гинекологические операции. Техника выполнения.
2. Криодеструкция. Показания, противопоказания, техника выполнения.
3. Лазерная вапоризация. Преимущества метода.
4. Диатермоэлектроэксцизия. Показания, противопоказания, преимущества метода.
5. Эндоскопические операции. Основной набор эндоскопических аппаратов и инструментов.
6. Основные принципы эндоскопической техники.
7. Гистероскопия. Показания, противопоказания, техника выполнения.
8. Разрезы брюшной стенки в гинекологии. Продольный разрез в гинекологии.
9. Преимущества поперечного разреза над лоном.
10. Основные условия для влагалищного доступа.

Задачи по теме занятия

Ситуационная задача №1

Пациентка 38 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на ациклические кровянистые выделения из половых путей. Менструальная функция не нарушена. В анамнезе двое родов и три аборта. Вторые роды оперативные с наложением акушерских щипцов, осложнившиеся разрывом шейки матки. Год назад лечилась по поводу эктопии шейки матки и цервицита – диатермокоагуляция шейки матки. При влагалищном исследовании: шейка матки деформирована послеродовыми разрывами, гипертрофирована, наружный зев зияет, вокруг наружного зева эктопия, контактно кровоточащая, матка и придатки без

патологических изменений. По данным цитологического исследования мазков с экзо- и эндоцервикса – CIN II-III в цервикальном канале.

ВОПРОС №1

ВЕРОЯТНЫЕ ПРИЧИНЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ

- 1) травма шейки матки в родах
- 2) воспалительный процесс шейки матки в анамнезе
- 3) неправильная диагностика и лечение эктопии и цервицита в прошлом
- 4) все перечисленное верно

ВОПРОС №2

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ

- 1) комплексная противовоспалительная терапия
- 2) ножевая биопсия шейки матки и РДВ полости матки и цервикального канала
- 3) конизация шейки матки
- 4) криодеструкция шейки матки

Ситуационная задача №2.

Пациентка 42 лет обратилась в женскую консультацию для профилактического осмотра. Менструальная функция не нарушена. В анамнезе одни роды – ушивание разрывов шейки матки. Неделю назад искусственный аборт в сроке 7 недель беременности. По данным УЗИ малого таза – патологических изменений органов малого таза не выявлено. При осмотре шейки матки при помощи зеркал – по передней губе на 12-2 часах дефект МПЭ ярко-красного цвета с четкими контурами, с завернутыми краями. По данным цитологического исследования мазков с экзо- и эндоцервикса – клетки всех слоев МПЭ, преимущественно парабазальные и базальные, резервные клетки, эритроциты.

ВОПРОС №1

ВАШ ДИАГНОЗ

- 1) эктопия шейки матки
- 2) истинная эрозия шейки матки
- 3) цервицит
- 4) эктропион

ВОПРОС №2

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ НА ШЕЙКЕ МАТКИ У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ

- 1) травматическое повреждение шейки матки
- 2) наличие ВПЧ-инфекции
- 3) гипофункция яичников
- 4) разрыв шейки матки во время родов

ВОПРОС №3

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ

- 1) динамическое наблюдение
- 2) динамическое наблюдение в течение 2-4 недель, при сохранении дефекта эпителия – ножевая биопсия шейки матки и РДВ полости матки и цервикального канала.
- 3) криодеструкция шейки матки
- 4) конизация шейки матки
- 5) ампутация шейки матки

Ситуационная задача № 3.

У пациентки 24 лет на профилактическом осмотре у гинеколога диагностирована эктопия шейки матки. Из анамнеза: менструальная функция без особенностей, беременностей не было, гинекологическое заболевания отрицает.

ВОПРОС №1

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ХАРАКТЕРНАЯ ДЛЯ ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ

- 1) гиперплазия мышечных волокон, наличие фиброзной ткани
- 2) наличие клеток эндометриального происхождения
- 3) клетки МПЭ и ЦЭ, плоскоклеточная метаплазия
- 4) утолщение эпителиального пласта, гиперкератоз, акантоз

ВОПРОС №2

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ В ОТНОШЕНИИ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ

- 1) динамическое наблюдение, контроль онкоцитологии
- 2) лазерная вапоризация шейки матки
- 3) конизация шейки матки
- 4) криодеструкция

Эталоны ответов

Ситуационная задача № 1.

Вопрос № 1. Вероятными причинами заболевания шейки матки у данной пациентки являются все перечисленные.

Вопрос № 2. Тактика ведения данной пациентки: ножевая биопсия шейки матки и РДВ полости матки и цервикального канала.

Ситуационная задача № 2.

Вопрос № 1. Диагноз: истинная эрозия шейки матки.

Вопрос № 2. Наиболее вероятная причина патологических изменений на шейке матки у данной пациентки – травматическое повреждение шейки матки.

Вопрос № 3. Тактика ведения данной пациентки: динамическое наблюдение в течение 2-4 недель, при сохранении дефекта эпителия – ножевая биопсия шейки матки и РДВ полости матки и цервикального канала.

Ситуационная задача № 3.

Вопрос № 1. Патоморфологическая картина, характерная для эрозии шейки матки: клетки МПЭ и ЦЭ, плоскоклеточная метаплазия

Вопрос № 2. Лечебная тактика, используемая в отношении данной пациентки: динамическое наблюдение, контроль онкоцитологии.

Операции на придатках матки: тубэктомия, пластические операции на трубах, стерилизация, сальпинголизис, сальпинготомия, удаление и резекция яичника; вапоризация; показания, противопоказания.

Трансабдоминальные операции на матке: консервативная миомэктомия, надвлагалищная ампутация матки, экстирпация, показания, противопоказания.

Трансвагинальные операции на матке: экстирпация (ассистенция, иметь представление).

Содержание занятия (перечень практических навыков и умений)

- решение следующих профессиональных задач:
- знать технику оперативных вмешательств на придатках матки: сальпингэктомия, пластические операции на трубах, стерилизация, сальпинголизис, сальпинготомия, удаление и резекция яичника; вапоризация; показания, противопоказания;
- знать технику выполнения трансабдоминальных (консервативная миомэктомия, надвлагалищная ампутация матки, экстирпация) операций на матке; показания, противопоказания.

- знать технику выполнения трансвагинальных (экстирпация) операций на матке; показания, противопоказания.

Контрольные вопросы

1. Органосохраняющие операции на придатках матки.
2. Техника удаления маточных труб.
3. Техника удаления яичников.
4. Техника удаление придатков матки.
5. Консервативная миомэктомия лапароскопическим доступом: показания, противопоказания, осложнения, техника выполнения.
6. Надвлагалищная ампутация матки, показания, противопоказания.
7. Экстирпация матки, показания, противопоказания.
8. Трансвагинальные операции на матке: экстирпация. Методика выполнения.
9. Осложнения при оперативных вмешательствах в гинекологии.
10. Профилактика осложнений при выполнении оперативных вмешательств.

Задачи по теме занятия

Ситуационная задача № 1.

Больная Т., 40 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильное кровотечение из половых путей в течение 3 сут и сильные схваткообразные боли в низу живота. Из анамнеза известно: месячные с 14 лет, регулярные, по 5-6 дней через 28-30 дней. Половая жизнь с 20 лет в браке. Родов - 2, аборт - 4. Последний осмотр гинеколога был 4 года назад, патологии не выявлено. В течение года боли в низу живота, месячные обильные и болезненные. Данные месячные пришли в срок, но были очень обильными и болезненными. После обращения в женскую консультацию больная госпитализирована.

При поступлении в клинику состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, пульс 88 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, дыхание везикулярное, язык чистый, влажный, живот участвует в акте дыхания, несколько болезненный в нижних отделах, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Физиологические отправления в норме. Обильное кровотечение из половых путей.

Гинекологическое исследование: шейка матки покрыта неизменной слизистой оболочкой, цервикальный канал расширен, в нем находится ткань с гладкой поверхностью, выделения кровянистые, со сгустками, обильные.

Внутреннее исследование: шейка матки бочкообразной формы, сглажена, цервикальный канал проходим для 1 пальца, в нем пальпируется фиброматозный узел, ножкой уходящий в полость матки. Матка увеличена до 7-8 нед беременности, плотная, подвижная, безболезненная при исследовании, придатки не пальпируются, своды свободные глубокие.

1. Клинический диагноз
2. Тактика врача

Ситуационная задача № 2.

Больная И., 52 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на обильные и длительные менструации, общую слабость, снижение работоспособности.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ. Менструации с 12 лет, установились сразу, цикл 30-дневный, в течение последних 5-ти лет менструации длительные, до 7-8 дней, обильные, приводящие к анемии (снижение гемоглобина до 75 г/л). Последняя менструация в срок началась 10 дней назад. Миома матки с 1985г, без тенденции к росту. В 2011г., феврале 2012г. произведено выскабливание полости матки по поводу метrorрагии, результат гистологического исследования: железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. Лечение не получала. В апреле 2012г. – выскабливание полости матки по поводу метrorрагии, результат гистологического исследования: железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. Проведено

лечение агонистами ГнРГ (бусерелин-депо №6) с положительным эффектом, от введения ВМС Мирена пациентка воздержалась. В ноябре 2013г. – метроррагия, выскабливание полости матки, результат гистологического исследования: железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. Введена ВМС Мирена, на фоне чего – периодические ациклические кровянистые выделения из половых путей. 25.03.2014г удалена ВМС Мирена, произведено выскабливание полости матки по поводу метроррагии, результат гистологического исследования: железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. **ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС.** Наружные гениталии без видимых изменений. Влагалище свободное, шейка матки цилиндрической формы, чистая. Матка увеличена соответственно 8-9-недельному сроку беременности, с ровной гладкой поверхностью, безболезненная. Придатки не пальпируются. Выделения из половых путей кровянистые.

1. Клинический диагноз
2. Тактика врача

Ситуационная задача № 3.

Больная Ф, 43 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на тянущие боли внизу живота.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ. Менструации с 14 лет, установились сразу, цикл 28-дневный, в течение последних 2-х лет менструации длительные, до 7-8 дней, обильные, приводящие к анемии (снижение гемоглобина до 78 г/л). Последняя менструация в срок 10.12.2014г. Впервые миома тела матки выявлена в 1912г (интерстицио-субсерозный узел до 4см). С 2013г. отмечается резкий рост миоматозных узлов. С 03.01. по 12.01.2015г. находилась на лечении в гинекологическом отделении по поводу менометроррагии, произведена МВА полости матки, выскабливание цервикального канала, результат гистологического исследования: железисто-фиброзный полип эндометрия на фоне фазы пролиферации, железисто-фиброзный полип цервикального канала. **ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС.** Наружные гениталии развиты правильно. Слизистая влагалища бледно-розового цвета. Шейка матки цилиндрической формы без видимых изменений. Матка увеличена до размеров 14-недельной беременности, с неровной, бугристой поверхностью, безболезненная. В области придатков матки изменений не выявлено. Выделения физиологические.

1. Клинический диагноз
2. Тактика врача

Эталоны ответов

Ситуационная задача № 1.

1. Постановка диагноза. В данном наблюдении диагноз устанавливается на основании жалоб больной на схваткообразные боли, обильные и болезненные месячные, увеличение матки до 7-8 нед беременности и пальпации узла в цервикальном канале.

Диагноз: миома матки, рождающийся субмукозный узел; менометроррагия.

2. Последовательность проведения лечебных мероприятий. Учитывая обильное кровотечение и рождающийся субмукозный узел, необходимо произвести консервативную миомэктомию влагалищным доступом под внутривенным наркозом (калипсол, деприван). Соблюдая правила асептики и антисептики, во влагалище вводят ложкообразное зеркало, захватывают шейку матки пулевыми щипцами, зондируют полость матки. Щипцами Мюзо захватывают фиброматозный узел, вращательными движениями по часовой стрелке откручивают его и выполняют раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала.

Кровопотеря во время манипуляции составила 50 мл, общая кровопотеря - 200 мл. Удаленный узел и соскоб эндометрия отсылают на гистологическое исследование.

Ситуационная задача № 2.

1. Постановка диагноза. В данном наблюдении диагноз устанавливается на основании жалоб больной на обильные месячные, увеличении матки до 8-9 недель беременности и неоднократно полученных результатах гистологического исследования биоптатов эндометрия.

Диагноз: миома тела матки с нарушением менструального цикла по типу гиперполименореи. Рецидивирующая гиперплазия эндометрия. Аденомиоз.

2. Последовательность проведения лечебных мероприятий. Рецидивирующее течение гиперпластического процесса эндометрия в сочетании с аденомиозом, миомой тела матки, гиперполименореей, приводящей к анемии, является показанием для радикального хирургического лечения. Пациентке показана срочная госпитализация в гинекологическое отделение, хирургическое лечение в объеме пангистерэктомии после проведения клинико-биохимического обследования, при низких показателях гемоглобина – коррекции анемии гемотрансфузией.

Ситуационная задача № 3.

1. Постановка диагноза. В данном наблюдении диагноз устанавливается на основании жалоб больной на обильные месячные, увеличении матки до 14 недель беременности, полученном результате гистологического исследования биоптата эндометрия.

Диагноз: миома тела матки с нарушением менструального цикла по типу гиперполименореи. Быстрый рост опухоли. Гиперпластический процесс эндометрия.

3. Последовательность проведения лечебных мероприятий. Быстрый рост миомы тела матки в сочетании с гиперполименореей, приводящей к анемии, является показанием для радикального хирургического лечения. Пациентке показана госпитализация в гинекологическое отделение, хирургическое лечение в объеме пангистерэктомии в плановом порядке. На догоспитальном этапе необходимо провести предоперационное клинико-биохимическое обследование, при необходимости – коррекцию анемии.

Операции по поводу злокачественных заболеваний.

Основные принципы, забор материала для морфологического исследования, особенности ревизии брюшной полости, резекция большого сальника; виды онкологических операций - Дикена, Вертгейма (иметь представление). Дренирование брюшной полости как профилактика гнойных послеоперационных осложнений (через задний свод влагалища, через контрапертуру, тампон по Микуличу).

Содержание занятия (перечень практических навыков и умений)

- решение следующих профессиональных задач:
- знать основные принципы оперативных вмешательств, применяемых в гинекологии по поводу злокачественных заболеваний;

Контрольные вопросы

1. Экстирпация матки с тазовой лимфаденэктомией.
2. Расширенная экстирпация матки с придатками (Вертгейма).
3. Расширенная экстирпация матки с транспозицией яичников.
4. Радикальная абдоминальная трахелэктомия.
5. Радикальная вагинальная трахелэктомия.
6. Операции при злокачественных опухолях яичников.
7. Операции при злокачественных опухолях наружных половых органов.
8. Определить объем неотложной помощи при кровотечении, обусловленном инфильтративным раком шейки матки.

9. Тактика лечения при диагнозе “carcinoma in situ” вульвы.
10. Метод лечения у больных пре- и микроинвазивным раком вульвы.

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1

У больной 50 лет выявлен микроинвазивный рак шейки матки. Тактика лечения включает:

- а) экстирпацию матки без придатков
- б) экстирпацию матки с придатками
- в) расширенную экстирпацию матки с придатками
- г) ампутацию шейки матки
- д) электроконизацию шейки матки

Ситуационная задача № 2

У больной 30 лет выявлена атипической гиперплазии эндометрия. Тактика лечения:

- а) гормонотерапия
- б) надвлагалищная ампутация матки с придатками
- в) экстирпация матки с придатками
- г) экстирпация матки без придатков
- д) надвлагалищная ампутация матки без с придатков

Эталоны ответов

Ситуационная задача № 1

Тактика лечения у больной 50 лет с микроинвазивным раком шейки матки включает экстирпацию матки с придатками.

Ситуационная задача № 2

У больной 30 лет при выявлении атипической гиперплазии эндометрия тактика лечения включает гормонотерапию с контролем эффективности лечения через 3 месяца и после курса лечения – гистероскопия, биопсия эндометрия.

РАЗДЕЛ № 13 ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ

Цель практического занятия: знакомить аспирантов со структурой онкологической службы, регламентирующими документами по ее функционированию, диспансеризацией групп риска и онкологических больных, формами учетной документации, понятиями первичной и вторичной профилактики рака.

Организация онкогинекологической помощи в России. Структура онкогинекологической сети, врач онко-гинеколог, значение классификаций в диагностике и лечении онкогинекологических больных.

Современные представления о возникновении новообразований женских половых органов: вирусная, гормональная, иммунологическая, полиэтиологическая теория. Механизмы канцерогенеза.

Онкогинекологическая настороженность в условиях поликлиники и стационара: группа риска, значение возраста, оценка анамнестических данных, наследственность, преморбидный фон, основы первичной и вторичной профилактики онкогинекологических больных, особенности этики и деонтологии у онкогинекологических больных.

Особенности диагностики у онкогинекологических больных: локализация опухоли, гистологическое строение и дифференцировка опухоли, пути метастазирования, состояния лимфатической системы и окружающих органов. Кольпоскопическое обследование при фоновых и предраковых заболеваниях шейки матки: простая, расширенная кольпоскопия;

добро- и злокачественные кольпоскопические картины; значение кольпоскопии для выбора места биопсии и динамического наблюдения.

Современные методы лечения онкогинекологических больных: хирургический – виды операций у онкогинекологических больных; химиотерапия – основные лекарственные препараты, механизмы их действия, показания и противопоказания; гормонотерапия – препараты, механизм действия, показания.

Содержание занятия (перечень практических навыков и умений):

1. Систематизировать знания о преимуществах работы лечебно-профилактических учреждений и онкологических диспансеров, формах учетной и отчетной документации, клинических группах.

2. Изучить организацию лечебно-профилактической помощи населению, задачи и функции онкологических и смотровых кабинетов, онкологического диспансера, понятие о канцеррегистра, формах отчетной и учетной документации, структуру онкологической заболеваемости и показатели онкологической службы.

3. Обучить аспирантов заполнению форм учетной документации, системе и срокам диспансеризации больных, функциям и задачам смотрового и онкологического кабинета.

4. Воспитательное значение темы: разбираемый материал служит развитию у аспирантов навыков анализа показателей работы структурных подразделений онкологической службы, проведения оценки эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинских услуг пациентам онкологического профиля, заполнения форм учетной документации, формированию знаний организационной структуры онкологической службы, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

5. Истоки темы: исходные знания аспиранты приобрели на кафедре общественного здоровья и организации здравоохранения

6. Выход темы: знания и навыки, приобретенные на занятиях, необходимы для осуществления онкопрофилактических мероприятий, проведения санитарно-просветительной работы по гигиеническим вопросам, заполнения учетной документации по онкологии.

Контрольные вопросы

1. Охарактеризуйте структуру онкологической службы России.

2. Перечислите структурные подразделения онкологической службы и дайте им определение.

3. Назовите функции и задачи онкологического диспансера.

4. Укажите функции и задачи онкологического кабинета.

5. Назовите основные функции диагностического центра.

6. Охарактеризуйте общее состояние онкологической помощи населению России в современных условиях.

7. Чем объяснить деление онкологических больных на клинические группы? Какие категории больных относят к Ia и Ib, II и IIa, III и IV клиническим группам?

8. Каковы сроки и правила диспансеризации?

9. Назовите основные медицинские учетные документы. Охарактеризуйте правила их заполнения.

10. Перечислите основные факторы, способствующие запущенности злокачественного процесса у больного.

Задачи по теме занятия

Ситуационная задача № 1.

У больной 42 лет за последние 2 года прекратились менструации, появились патологическое оволосение на груди, вокруг сосков молочных желез, на передней линии живота, в области наружных половых органов, бедер и нижних конечностей, выпадение волос, огрубение голоса. При гинекологическом исследовании: матка небольших размеров, плотная, безболезненная. В области придатков справа имеется опухоль плотной консистенции, подвижна, безболезненна, размером 8x7 см. Слева придатки не определяются. Предварительный диагноз. Дополнительное обследование. Подлежит ли женщина данного возраста проведению дополнительной диспансеризации?

Ситуационная задача № 2.

У больной 10 лет отмечается преждевременное половое созревание, некоторое увеличение живота. При ректальном исследовании нечетко контурируется образование в брюшной полости.

Предполагаемый диагноз. Тактика врача. Подлежит ли пациентка данной возрастной группы дополнительной иммунизации от гепатита В?

Ситуационная задача № 3.

В поликлинику обратилась больная, 60 лет, с жалобами на боли, в левой паховой области и левом бедре, особенно по ночам, "грызущего" характера. Мочеиспускание также сопровождается болями, акт дефекации затруднен, в моче и кале кровь. Больна больше года к врачу не обращалась. При исследовании гинекологом: влагалище укорочено, в куполе его на месте шейки матки виден кратер с некротическим налетом. Стенки влагалища инфильтрированы, в малом тазу определяется конгломерат опухоли плотной консистенции, достигающий до стенок таза с двух сторон, неподвижный. Слизистая прямой кишки неподвижна, на пальце - кровь при исследовании.

Диагноз. Тактика врача. Подлежит ли женщина данного возраста проведению дополнительной диспансеризации?

Эталоны ответов

Ситуационная задача № 1.

Андробластома яичника. Определение тестостерона, УЗИ гениталий, пункция через задний свод, исследование пунктата на атипичные клетки, диагностическая лапароскопия, определение 17-КС в суточной моче. Подлежит.

Ситуационная задача № 2.

Эстрогенпродуцирующая опухоль яичника. Объем операции решить с учетом экспресс-гистологии удаленной опухоли. Подлежит.

Ситуационная задача № 3.

Рак шейки матки IV ст. Биопсия шейки матки и симптоматическое лечение. Не подлежит

Крауроз и лейкоплакия вульвы: дифференциальная диагностика, гистологическое строение, методы лечения.

Рак вульвы и влагалища: гистологические формы, классификация по стадиям и TNM, методы лечения – лучевое, хирургическое, комбинированное.

Содержание занятия (перечень практических навыков и умений)

- решение следующих профессиональных задач:

- диагностика, прежде всего ранних и типичных проявлений злокачественных заболеваний вульвы и влагалища, на основе владения пропедевтическими и лабораторно-инструментальными методами исследования;
- навыки использования алгоритма врачебной деятельности при оказании медицинской помощи по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации больных со злокачественными заболеваниями вульвы и влагалища.

Контрольные вопросы

1. Какие факторы повышают риск возникновения рака вульвы?
2. Какие выделяют патогенетические варианты рака вульвы?
3. Какие гистологические типы рака вульвы выделяют согласно морфологической классификации?
4. Приведите клиническую классификацию рака вульвы по системе TNM и Международную классификацию федерации акушеров и гинекологов.
5. Какие методы применяются в диагностике рака вульвы?
6. Какие методы лечения рака вульвы используются на современном этапе?
7. Какие факторы повышают риск возникновения рака влагалища?
8. Приведите клиническую классификацию рака влагалища по системе TNM и Международную классификацию федерации акушеров и гинекологов.
9. Какие методы применяются в диагностике рака влагалища?
10. Какие методы лечения рака влагалища в зависимости от стадии заболевания используются на современном этапе?

Задачи по теме занятия

Ситуационная задача № 1.

Больная Р, 32 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на раздражение и зуд в области наружных половых органов, дискомфорт в течение 3-х месяцев.

Анамнез: менструации регулярные, безболезненные, необильные. Последняя менструация 14 апреля. Половая жизнь с 22 лет, беременностей 7, из них родов 3, абортов 4. Гинекологические заболевания: хронический воспалительный процесс придатков в течение 8 лет. После первых родов – ДЭК шейки матки по поводу эрозированного эктропиона.

При осмотре наружных половых органов: в области большой половой губы – плотной консистенции изъязвленное образование с плотным «ободком», размерами 1см в диаметре, Влагалищное исследование: шейка матки цилиндрической формы, визуально не изменена. Матка нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки не пальпируются.

Вопросы: Предположительный диагноз? Врачебная тактика.

Ситуационная задача № 2.

Больная Н, 62 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на кровянистые выделения из половых путей в течение полугода.

Менопауза 10 лет.

Влагалищное исследование: по задней стенке определяется плотной консистенции образование с бугристой поверхностью размерами до 1,5см в диаметре, с инфильтрацией подлежащей ткани, легко травмируется и кровоточит. Шейка матки атрофична. Матка нормальных размеров, плотная, ограничена в подвижности, безболезненная. Придатки не пальпируются.

Вопросы: Предположительный диагноз? Врачебная тактика.

Ситуационная задача № 3.

У женщины 40 лет диагностирован рак вульвы. Размер опухоли до 1,5 см в диаметре без инфильтрации тканей, располагается в верхней трети большой половой губы.

Метод лечения?

- а) гемивульвэктомия в сочетании с операцией Дюкена;
- б) лучевая терапия;
- в) гемивульвэктомия в сочетании с лучевой терапией;
- г) гемивульвэктомия.

Эталоны ответов

Ситуационная задача № 1.

Предположительный диагноз: рак вульвы.

Необходимо провести обследование: кровь на RW с целью исключения сифилиса, УЗИ органов малого таза, печени, паховобедренных и забрюшинных лимфатических узлов (при их увеличении выполняют пункцию с цитологическим исследованием), ректороманоскопию, цистоскопию, рентгенографию грудной клетки, маммографию, МРТ и КТ.

Больная должна быть направлена на консультацию к онкогинекологу для проведения углублённого обследования.

При микроинвазивном раке вульвы (инвазия до 5 мм) проводят радикальную экцизию (широкое иссечение со значительным захватом подлежащих тканей) или простую вульвэктомию. Проведение лимфаденэктомии при лечении микроинвазивного рака не показано.

При I стадии выполняют радикальную вульвэктомию с паховобедренной лимфаденэктомией на стороне поражения.

Ситуационная задача № 2.

Предположительный диагноз: рак влагалища.

Для исключения метастазов первичного рака влагалища выполняют отдельное диагностическое выскабливание слизистой шейки матки и стенок матки, УЗИ органов малого таза, ректороманоскопию, экскреторную урографию, цистоскопию, УЗИ брюшной полости, рентгенографию грудной клетки, маммографию, МРТ и КТ.

Госпитализация в онкологический диспансер для проведения сочетанной лучевой терапии.

Ситуационная задача № 3.

Больной показана гемивульвэктомия.

Заболевания шейки матки: классификация, патогенез, клиническое течение; электрохирургическое лечение, криодеструкция; хирургическое лечение; лазерная терапия.

Рак шейки матки: гистологические формы; классификация по стадиям и TNM; хирургический метод лечения; лучевая и комбинированная терапия.

Содержание занятия (перечень практических навыков и умений)

- решение следующих профессиональных задач:
- диагностика, прежде всего ранних и типичных проявлений злокачественных заболеваний шейки матки, на основе владения пропедевтическими и лабораторно-инструментальными методами исследования;
- навыки использования алгоритма врачебной деятельности при оказании медицинской помощи по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации больных со злокачественными заболеваниями шейки матки.

Контрольные вопросы

1. Приведите данные об эпидемиологии рака шейки матки.
2. Какая роль отводится инфицированию вирусом папилломы человека в этиологии рака шейки матки?
3. Какие факторы повышают риск возникновения рака шейки матки?
4. Какие существуют возможности профилактики рака шейки матки?
5. Какие выделяют морфологические варианты рака шейки матки?
6. Приведите клиническую классификацию рака шейки матки по системе TNM и Международную классификацию федерации акушеров и гинекологов.
7. Какие методы применяются в диагностике рака шейки матки?
8. Какие методы лечения рака шейки матки используются на современном этапе?
9. Как меняется лечебная тактика в зависимости от стадии заболевания?
10. Каков прогноз при раке шейки матки?

Задачи по теме занятия

Ситуационная задача № 1.

К., 46 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровянистые выделения из половых путей после коитуса. Наследственность не отягощена. Было три беременности, одни роды и два мед. аборта. Не наблюдали, последний раз у гинеколога была 5 лет назад. Осмотр в зеркалах: влагалище рожавшей, шейка матки гипертрофирована. На передней губе ее имеется мелкобугристая опухоль в виде «цветной капусты» 2х3 см., контактно кровоточит. Матка и придатки без особенностей. При ректальном исследовании в малом тазу инфильтраты не определяются.

Вопрос:

1. Диагноз.
2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза.
3. Какой метод лечения можно выбрать.

Ситуационная задача № 2.

Больная К., 37 лет, доставлена в гинекологическое отделение с умеренными кровяными выделениями из влагалища.

Анамнез: было четыре беременности, две закончились родами, две - искусственными абортами. Последний аборт произведен 3 года назад (срок 8 нед.), осложнений не дал. Менструации регулярные. В последние 6 мес. из влагалища стали отходить жидкие серозно-желтые выделения с неприятным запахом, иногда с примесью крови. К врачу не обращалась. Два часа назад после подъема тяжести внезапно из влагалища появились значительные кровяные выделения.

Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые несколько бледные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание в норме. Объективное исследование: общее состояние удовлетворительное. Пульс 68 уд. в мин. АД 110/70 мм рт. ст. Температура тела 36,5°С.

Осмотр при помощи зеркал: шейка матки гипертрофирована, форма ее бочкообразная, темно-багрового цвета, с выраженной сетью капилляров, неподвижна. Из цервикального канала отходят кровяные выделения.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки очень плотная, бочкообразно расширена, неподвижна. Тело матки обычных размеров.

Ректальное исследование: надвлагалищная порция шейки матки резко гипертрофирована, плотная. В параметриях с двух сторон имеются плотные инфильтраты, достигающие до стенок таза.

Вопрос:

1. Поставьте диагноз.
2. Выберите метод лечения.

Ситуационная задача № 3.

В гинекологическое отделение доставлена больная В., 60 лет, с жалобами на боли в левой паховой области и левом бедре, особенно по ночам. Боли носят «грызущий» характер. Мочеиспускание также сопровождается болями. Акт дефекации затруднен. В моче и кале присутствует кровь. Больна больше года. К врачу не обращалась.

Больная истощена. Кожа и видимые слизистые, бледные. Через брюшную стенку в гипогастральном области пальпируется плотное образование без четких контуров, неподвижное. Объективное исследование: при поступлении состояние средней тяжести. Пульс 90 уд. в мин., слабого наполнения. АД 90/60 мм рт. ст. Температуре 37,2

Осмотр при помощи зеркал: влагалище укорочено. В куполе его на месте шейки матки виден кратер с некротическим налетом. Выделения из влагалища имеют цвет «мясных помоев».

Влагалищное исследование: стенки влагалища на протяжении 2/3 его инфильтрированы. В малом тазу определяется конгломерат опухоли плотной консистенции, достигающий до стенок таза с двух сторон, неподвижный, болезненный.

Ректальное исследование: слизистая прямой кишки неподвижна. В параметриях с двух сторон отмечаются инфильтраты, достигающие стенок таза. На пальце, которым проводится исследование, остается кровь.

Вопрос:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. Причины болей.

Эталоны ответов

Ситуационная задача № 1.

1. Рак шейки матки экзофитной формы, стадия распространения I б.
 2. Кольпоскопия, кольпомикроскопия, цитологическое исследование, гистологическое исследование биоптата шейки матки. Для выявления метастазов рака шейки матки можно применить экскреторную урографию, ректоскопию, компьютерную томографию.
- Лечение - комбинированное в двух вариантах: дистанционное или внутрисполостное облучение с последующей расширенной экстирпацией матки с придатками или расширенная экстирпация матки с последующей дистанционной терапией.

Ситуационная задача № 2.

1. Рак шейки матки III ст., двусторонний параметральный вариант.
2. Сочетанно-лучевая терапия.

Ситуационная задача № 3.

1. Рак шейки матки IV стадии с вовлечением в опухолевый процесс мочевого пузыря и прямой кишки, кахексия.
2. Обезболивающая и общеукрепляющая терапия.
3. Сдавление нервных стволов, а также нервов, проходящих в запирательном отверстии.

Доброкачественные опухоли яичников: классификация по стадиям и TNM; преморбидный фон, возраст, осложненное клиническое течение, особенности гормональноактивных опухолей.

Злокачественные опухоли яичников и маточных труб: классификация по стадиям TNM; международная гистологическая классификация (ВОЗ).

Цель практического занятия — формирование врачебного поведения и основ клинического мышления, а также навыков, обеспечивающих решение профессиональных

задач по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации больных с доброкачественными и злокачественными опухолями яичников.

План проведения занятия:

1. Вводное слово преподавателя об актуальности и практической значимости оказания медицинской помощи пациенткам с доброкачественными и злокачественными опухолями яичников – 5 мин.
 2. Собеседование с аспирантами – 10 мин.
 3. Выполнение практических заданий, разбор на клинических примерах – 10 мин.
 4. Решение ситуационных задач – 5 мин.
 5. Разбор и контроль выполненных заданий – 10 мин.
 6. Итоговое тестирование – 5 мин.
- Продолжительность занятия 1 ч (45 мин).

Содержание занятия (перечень практических навыков и умений)

- решение следующих профессиональных задач:
- диагностика, прежде всего ранних и типичных проявлений злокачественных заболеваний яичников, на основе владения пропедевтическими и лабораторно-инструментальными методами исследования;
- навыки использования алгоритма врачебной деятельности при оказании медицинской помощи по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации больных со злокачественными заболеваниями яичников.

Контрольные вопросы

1. Какие женщины включаются в группу риска для выявления рака яичников?
2. Назовите эпителиальные опухоли яичников
3. Какие опухоли развиваются из стромы полового тяжа?
4. Какие процессы в яичниках относят к опухолевидным?
5. Назовите основные клинические симптомы рака яичников.
6. Какие методы диагностики используют в диагностике рака яичников?
7. Хирургические и нехирургические методы лечения рака яичников.
8. Назовите цель и задачи хирургического вмешательства при раке яичников
9. Какова роль лучевой и химиотерапии больных раком яичников?
10. Профилактика рака яичника.

Задачи по теме занятия

Ситуационная задача № 1.

Больной 43 года, в анамнезе 5 лет страдает воспалительными заболеваниями придатков матки с частыми обострениями, лечилась амбулаторно. При осмотре придатки утолщены, неподвижны, уплотнены, безболезненны.

Диагноз. План обследования. Подлежит ли больная данного возраста проведению дополнительной диспансеризации?

Ситуационная задача № 2.

Больная 52 лет. Менопауза 2 года. Жалобы на кровянистые выделения из половых путей в течение недели. Родов – 4, искусственных абортов – 3. Гинекологическое исследование: половые органы развиты правильно. Шейка матки без нарушения эпителиального покрова. Выделения кровянистые, умеренные. Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Справа придатки без особенностей. Слева в области придатков определяется плотное подвижное, безболезненное образование размером 6х6 см. Своды влагалища

глубокие. Параметрии не инфильтрированы. Результаты морфологического исследования эндометрия – железисто-кистозная гиперплазия.
Предварительный диагноз. Тактика врача. Подлежит ли женщина данного возраста проведению дополнительной диспансеризации?

Ситуационная задача № 3.

Пациентка 74 лет поступила в стационар с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, недомогание. Из анамнеза известно: постменопауза 22 года. В течение 20 лет у гинеколога не наблюдалась. За последний год отмечает снижение веса на 15 кг, периодически беспокоящую вялость, слабость, снижение аппетита. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании с обеих сторон от матки определяются образования неправильной формы, «каменистой» плотности, неподвижные, с бугристой поверхностью, спаянные с окружающими тканями, болезненные при пальпации.
Диагноз? Тактика обследования и лечения?

Эталоны ответов

Ситуационная задача № 1.

Рак яичников. Диагностическая лапаротомия (лапароскопия). Подлежит.

Ситуационная задача № 2.

Эстрогенпродуцирующая опухоль левого яичника. Тотальная гистерэктомия с придатками, резекция большого сальника. Подлежит.

Ситуационная задача № 3.

Рак яичника или метастаз Крюкенберга.

1. Обследование ЖКТ: фиброгастроуденоскопия.
2. Оперативное лечение: тотальная гистерэктомия с придатками, резекция большого сальника. При метастазах Крюкенберга – только химиотерапия и периодически лапароцентез.

Доброкачественные опухоли матки.

Виды миом, патогенез, симптоматика; миома и беременность; миома в перименопаузальном периоде; методы диагностики; консервативное лечение; хирургическое лечение - надвлагалищная ампутация матки, консервативная миомэктомия

Содержание занятия (перечень практических навыков и умений)

- решение следующих профессиональных задач:
- диагностика миомы матки, прежде всего ранних и типичных проявлений заболеваний, на основе владения пропедевтическими и лабораторно-инструментальными методами исследования;
- навыки использования алгоритма врачебной деятельности при оказании медицинской помощи по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации больных с миомой матки.

Контрольные вопросы

1. Какие факторы риска способствуют возникновению миомы матки?
2. Какие осложнения возникают при миоме матки?
3. Какие методы диагностики применяют при миоме матки?
4. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика миомы матки?
5. От чего зависит выбор метода лечения миомы матки?

6. Консервативные методы лечения миомы матки.
7. Показания к хирургическому лечению миомы матки.
8. Методы хирургического лечения миомы матки.
9. Миома матки и беременность. Тактика ведения.
10. Показания к миомэктомии при кесаревом сечении.

Задачи по теме занятия

Ситуационная задача № 1.

Больная Т., 40 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильное кровотечение из половых путей в течение 3 сут и сильные схваткообразные боли в низу живота. Из анамнеза известно: месячные с 14 лет, регулярные, по 5-6 дней через 28-30 дней. Половая жизнь с 20 лет в браке. Родов - 2, аборт - 4. Последний осмотр гинеколога был 4 года назад, патологии не выявлено. В течение года боли в низу живота, месячные обильные и болезненные. Данные месячные пришли в срок, но были очень обильными и болезненными. После обращения в женскую консультацию больная госпитализирована.

При поступлении в клинику состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, пульс 88 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, дыхание везикулярное, язык чистый, влажный, живот участвует в акте дыхания, несколько болезненный в нижних отделах, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Физиологические отправления в норме. Обильное кровотечение из половых путей.

Гинекологическое исследование: шейка матки покрыта неизменной слизистой оболочкой, цервикальный канал расширен, в нем находится ткань с гладкой поверхностью, выделения кровянистые, со сгустками, обильные.

Внутреннее исследование: шейка матки бочкообразной формы, сглажена, цервикальный канал проходим для 1 пальца, в нем пальпируется фиброматозный узел, ножкой уходящий в полость матки. Матка увеличена до 7-8 нед беременности, плотная, подвижная, безболезненная при исследовании, придатки не пальпируются, своды свободные глубокие.

1. Клинический диагноз
2. Тактика врача

Ситуационная задача № 2.

Больная И., 52 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на обильные и длительные менструации, общую слабость, снижение работоспособности.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ. Менструации с 12 лет, установились сразу, цикл 30-дневный, в течение последних 5-ти лет менструации длительные, до 7-8 дней, обильные, приводящие к анемии (снижение гемоглобина до 75 г/л). Последняя менструация в срок началась 10 дней назад. Миома матки с 1985г, без тенденции к росту. В 2011г., феврале 2012г. произведено выскабливание полости матки по поводу метроррагии, результат гистологического исследования: железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. Лечение не получала. В апреле 2012г. – выскабливание полости матки по поводу метроррагии, результат гистологического исследования: железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. Проведено лечение агонистами ГнРГ (бусерелин-депо №6) с положительным эффектом, от введения ВМС Мирена пациентка воздержалась. В ноябре 2013г. – метроррагия, выскабливание полости матки, результат гистологического исследования: железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. Введена ВМС Мирена, на фоне чего – периодические ациклические кровянистые выделения из половых путей. 25.03.2014г удалена ВМС Мирена, произведено выскабливание полости матки по поводу метроррагии, результат гистологического исследования: железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. **ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС.** Наружные гениталии без видимых изменений. Влагалище свободное, шейка матки цилиндрической формы, чистая. Матка увеличена соответственно 8-9-недельному сроку беременности, с

ровной гладкой поверхностью, безболезненная. Придатки не пальпируются. Выделения из половых путей кровянистые.

1. Клинический диагноз
2. Тактика врача

Ситуационная задача № 3.

Больная Ф, 43 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на тянущие боли внизу живота.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ. Менструации с 14 лет, установились сразу, цикл 28-дневный, в течение последних 2-х лет менструации длительные, до 7-8 дней, обильные, приводящие к анемии (снижение гемоглобина до 78 г/л). Последняя менструация в срок 10.12.2014г. Впервые миома тела матки выявлена в 1912г (интерстицио-субсерозный узел до 4см). С 2013г. отмечается резкий рост миоматозных узлов. С 03.01. по 12.01.2015г. находилась на лечении в гинекологическом отделении по поводу менометроррагии, произведена МВА полости матки, выскабливание цервикального канала, результат гистологического исследования: железисто-фиброзный полип эндометрия на фоне фазы пролиферации, железисто-фиброзный полип цервикального канала. **ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС.** Наружные гениталии развиты правильно. Слизистая влагалища бледно-розового цвета. Шейка матки цилиндрической формы без видимых изменений. Матка увеличена до размеров 14-недельной беременности, с неровной, бугристой поверхностью, безболезненная. В области придатков матки изменений не выявлено. Выделения физиологические.

4. Клинический диагноз
5. Тактика врача

Эталоны ответов

Ситуационная задача № 1.

1. Постановка диагноза. В данном наблюдении диагноз устанавливается на основании жалоб больной на схваткообразные боли, обильные и болезненные месячные, увеличение матки до 7-8 нед беременности и пальпации узла в цервикальном канале.

Диагноз: миома матки, рождающийся субмукозный узел; менометроррагия.

2. Последовательность проведения лечебных мероприятий. Учитывая обильное кровотечение и рождающийся субмукозный узел, необходимо произвести консервативную миомэктомию влагалищным доступом под внутривенным наркозом (калпсол, деприван). Соблюдая правила асептики и антисептики, во влагалище вводят ложкообразное зеркало, захватывают шейку матки пулевыми щипцами, зондируют полость матки. Щипцами Мюзо захватывают фиброматозный узел, вращательными движениями по часовой стрелке откручивают его и выполняют раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала.

Кровопотеря во время манипуляции составила 50 мл, общая кровопотеря - 200 мл. Удаленный узел и соскоб эндометрия отсылают на гистологическое исследование.

Ситуационная задача № 2.

1. Постановка диагноза. В данном наблюдении диагноз устанавливается на основании жалоб больной на обильные месячные, увеличении матки до 8-9 недель беременности и неоднократно полученных результатах гистологического исследования биоптатов эндометрия.

Диагноз: миома тела матки с нарушением менструального цикла по типу гиперполименореи. Рецидивирующая гиперплазия эндометрия. Аденомиоз.

2. Последовательность проведения лечебных мероприятий. Рецидивирующее течение гиперпластического процесса эндометрия в сочетании с аденомиозом, миомой тела матки, гиперполименореей, приводящей к анемии, является показанием для радикального

хирургического лечения. Пациентке показана срочная госпитализация в гинекологическое отделение, хирургическое лечение в объеме пангистерэктомии после проведения клинико-биохимического обследования, при низких показателях гемоглобина – коррекции анемии гемотрансфузией.

Ситуационная задача № 3.

1. Постановка диагноза. В данном наблюдении диагноз устанавливается на основании жалоб больной на обильные месячные, увеличении матки до 14 недель беременности, полученном результате гистологического исследования биоптата эндометрия.

Диагноз: миома тела матки с нарушением менструального цикла по типу гиперполименореи. Быстрый рост опухоли. Гиперпластический процесс эндометрия.

2. Последовательность проведения лечебных мероприятий. Быстрый рост миомы тела матки в сочетании с гиперполименореей, приводящей к анемии, является показанием для радикального хирургического лечения. Пациентке показана госпитализация в гинекологическое отделение, хирургическое лечение в объеме пангистерэктомии в плановом порядке. На догоспитальном этапе необходимо провести предоперационное клинико-биохимическое обследование, при необходимости – коррекцию анемии.

Гиперпластические процессы эндометрия; патогенетический тип, эндокринно-обменное нарушение, гистологическое строение; методы диагностики и лечения.

Рак эндометрия и другие формы опухолей матки: клиника, гистологическое строение; классификация по стадиям и TNM; методы диагностики – гистероскопия, цитология; методы лечения в зависимости от разных факторов.

Содержание занятия (перечень практических навыков и умений)

- решение следующих профессиональных задач:
- диагностика, прежде всего ранних и типичных проявлений гиперпластических процессов эндометрия, злокачественных заболеваний матки, на основе владения пропедевтическими и лабораторно-инструментальными методами исследования;
- навыки использования алгоритма врачебной деятельности при оказании медицинской помощи по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации больных с гиперпластическими процессами эндометрия, злокачественными заболеваниями матки

Контрольные вопросы

1. Основные взгляды на этиологию и патогенез заболеваний эндометрия.
2. Классификация гиперплазий эндометрия
3. Диагностика и лечение гиперплазии эндометрия.
4. Лечение предраковых заболеваний эндометрия
5. Группы риска по развитию предрака эндометрия
6. Клиническое течение рака эндометрия.
7. Пути распространения рака эндометрия.
8. Стадии распространения рака эндометрия.
9. Современные методы диагностики рака эндометрия.

Задачи по теме занятия

Ситуационная задача № 1.

Е., 54 лет, обратилась с жалобами на появившиеся несколько дней назад гнойные выделения, которые в настоящее время носят характер «мясных помоев». Менопауза с 45 лет.

В анамнезе перед менопаузой ациклические кровотечения с выскабливанием полости матки - железистая гиперплазия эндометрия. Ожирение III ст., гипертоническая болезнь II ст, сахарный диабет - компенсированная форма.

Влагалищное исследование: шейка матки розоватая, зев незначительно приоткрыт, выделения цвета «мясных помоев». Матка несколько увеличена, плотная, подвижная, придатки без особенностей. В области параметриев небольшая инфильтрация.

1. Диагноз.

2. Лечение.

3. Дополнительные методы обследования.

Ситуационная задача № 2.

У женщины Н., 68 лет, после менопаузы в течение 18 лет из половых путей стали появляться незначительные кровяные выделения. Первый раз они были отмечены 8 мес. тому назад (продолжались 1 день). Во второй раз – 3 мес. назад (та же продолжительность). К врачу не обращалась. В третий раз они появились 3 дня назад (обильные), по поводу чего больная обратилась в женскую консультацию и была направлена в гинекологический стационар.

Объективное обследование: при осмотре состояние удовлетворительное. АД 180/110 мм рт. ст. Масса тела 88 кг, рост 158 см. Страдает гипертонической болезнью. Тоны сердца приглушенные. В легких прослушивается везикулярное дыхание. Живот мягкий, при пальпации безболезнен. Стул и мочеиспускание в норме.

Осмотр при помощи зеркал: шейка цилиндрическая, «сочная», гормонально активная. Из цервикального канала отходят незначительные кровянистые выделения.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки небольших размеров, зев закрыт. Смещение шейки матки безболезненно. Размеры тела матки немного больше нормы, оно обычной консистенции, подвижно. Область придатков свободна.

Ректальное исследование: опухолевые образования и инфильтраты в малом тазу не определяются.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.

2. Тактика врача?

Ситуационная задача № 3.

У больной 67 лет на фоне 15 летнего постменопаузального периода появились мажущие кровянистые выделения из половых путей. Больная лечится у терапевта по поводу гипертонической болезни - 160/90 мм.рт.ст. Рост - 162 см, вес - 96 кг. При гинекологическом осмотре – шейка матки не изменена, мажущие кровянистые выделения, инфильтратов в малом тазу нет.

Вероятный диагноз.

Эталоны ответов

Ситуационная задача № 1.

1. Рак тела матки, стадия распространения II-III

2. Аспирационная биопсия, цитологическое исследование влагалищных мазков, взятых из заднего свода. Раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала под контролем гистероскопии, онкомаркеры (Ki- S2, Ki- S4, Ki- S5)

Для выявления отдаленных метастазов - проводят рентгенографию органов грудной клетки, УЗИ, компьютерную томографию органов брюшной полости и забрюшинных лимфоузлов.

3. При стадии Ib-IIa проводят экстирпацию матки с придатками, лимфаденэктомию. При отсутствии метастазов в лимфатических узлах и злокачественных клеток в перитонеальной жидкости, при неглубокой инвазии после операции следует провести эндовагинальное внутривлагалищное облучение.

Ситуационная задача № 2.

1. Рак эндометрия?
2. УЗИ гениталий, гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки.

Ситуационная задача № 3.

Рак эндометрия

Злокачественные опухоли и беременность.

Влияние опухоли на беременность, влияние беременности на течение опухолевого процесса, метастазирование опухоли от матери к плоду, тактика врача при сочетании злокачественных опухолей и беременности в зависимости от срока беременности, беременность и роды после извлечения злокачественных опухолей.

Содержание занятия (перечень практических навыков и умений):

1. Систематизировать знания о влиянии опухоли на беременность и беременности на течение опухолевого процесса.
2. Изучить принципы построения классификации новообразований.
Место онкологии в системе противоопухолевой службы.
Диспансеризация больных злокачественными новообразованиями.
3. Обучить аспирантов проведению обследования и составления плана лечения больных злокачественными новообразованиями во время беременности.
4. Воспитательное значение темы: разбираемый материал служит развитию у аспирантов клинических навыков обследования и лечения больных злокачественными новообразованиями во время беременности.
5. Истоки темы: исходные знания ординаторы приобрели на кафедрах: нормальной и патологической анатомии, патологической физиологии, гистологии и цитологии, хирургии, терапии, акушерства и гинекологии.
6. Выход темы: знания и навыки, приобретенные на занятиях, необходимы для освоения методов диагностики и принципов лечения злокачественных опухолей во время беременности.

КОД ПО МКБ-10

M844–M849 Кистозные, муцинозные и серозные новообразования.

M859–M867 Специфические новообразования половых желёз.

M900–M903 Фиброэпителиальные новообразования.

M906–M909 Герминогенные [зародышевоклеточные] новообразования.

Контрольные вопросы

1. Каково влияние опухоли на беременность и беременности на течение опухолевого процесса?
2. Каковы особенности метастазирования злокачественных новообразований во время беременности?
3. Каков объем возможных методов диагностики злокачественных опухолей во время беременности?
4. Каковы варианты лечебной тактики при сочетании злокачественной опухоли и беременности в зависимости от срока беременности?
5. От каких факторов зависит прогноз и лечение злокачественных опухолей у беременных?

6. Тактика ведения беременности при раке шейки матки 'in situ' в I триместре беременности.
7. Тактика ведения беременности при раке шейки матки 'in situ' во II триместре беременности.
8. Тактика ведения беременности при раке шейки матки 'in situ' в III триместре беременности.
9. Тактика ведения при выявлении рака яичника во время беременности.
10. Возможны ли роды после излечения злокачественной опухоли?

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1

Пациентка 29 лет, обратилась к врачу женской консультации по поводу беременности в сроке 8-9 недель гестации. При обследовании установлен диагноз «Са in situ шейки матки, беременность 8-9 недель». Какая тактика лечения у данной пациентки?

- а) расширенная экстирпация матки с придатками
- б) прерывание беременности и лучевая терапия
- в) прерывание беременности и экстирпация матки с придатками
- г) прерывание беременности и широкая конизация шейки матки
- д) наблюдение

Ситуационная задача № 2

Пациентка 36 лет. В сроке беременности 35-36 недель установлен диагноз: «рак шейки матки, 1 стадия, беременность 34-36 недель». Какая тактика лечения у данной пациентки?

- а) прерывание беременности, сочетанная лучевая терапия
- б) кесарево сечение, расширенная экстирпация матки с придатками, послеоперационная лучевая терапия
- в) довести до срока родов с последующей лучевой терапией
- г) расширенная экстирпация матки с придатками
- д) нет правильного ответа

Эталоны ответов

Ситуационная задача № 2

Тактика лечения при диагнозе «Са in situ шейки матки, беременность 8-9 недель» включает прерывание беременности и широкую конизацию шейки матки.

Ситуационная задача № 3

Тактика лечения при диагнозе «рак шейки матки, 1 стадия, беременность 34-36 недель» включает кесарево сечение, расширенную экстирпацию матки с придатками, послеоперационная лучевая терапия

Трофобластическая болезнь.

Патогенетические типы, симптоматика, диагностика, современные подходы к лечению: химиотерапия, хирургическое лечение, лучевое лечение и их рациональное сочетание, реабилитация, состояние детей, рожденных от матерей, излеченных от трофобластической болезни.

Содержание занятия (перечень практических навыков и умений):

1. Систематизировать знания о биологической сущности опухоли, бластоматозных факторах и причинах, способствующих возникновению трофобластической болезни.
2. Изучить принципы построения классификации новообразований.
Место онкологии в системе противоопухолевой службы.

Диспансеризация больных трофобластической болезнью.

3. Обучить аспирантов проведению обследования и составления плана лечения больных данных локализаций.

4. Воспитательное значение темы: разбираемый материал служит развитию у ординаторов клинических навыков обследования и лечения больных данной локализации.

5. Истоки темы: исходные знания ординаторы приобрели на кафедрах: нормальной и патологической анатомии, патологической физиологии, гистологии и цитологии, хирургии, терапии.

6. Выход темы: знания и навыки, приобретенные на занятиях, необходимы для освоения методов диагностики и принципов лечения трофобластической болезни.

Контрольные вопросы

1. Приведите данные об эпидемиологии трофобластической болезни.
2. Какие факторы повышают риск возникновения трофобластических опухолей?
3. Какую группу патологических состояний трофобласта, согласно морфологической классификации ВОЗ, обобщает термин «трофобластическая болезнь»?
4. Приведите клиническую классификацию по системе TNM и Международную классификацию федерации акушеров и гинекологов.
5. Какие методы применяются в диагностике трофобластических опухолей?
6. Что является маркером трофобластических опухолей?
7. Какие методы лечения трофобластических опухолей используют на современном этапе?
8. Как меняется лечебная тактика в зависимости от гистологического варианта стадии заболевания?
9. Как определяется прогноз при трофобластической болезни?
10. Возможны ли роды после излечения трофобластической болезни?

Задачи по теме занятия

Ситуационная задача № 1

Больная 25 лет, доставлена машиной скорой помощи в гинекологическое отделение с жалобами на сильные схваткообразные боли в нижних отделах живота. Менструации с 13 лет, по 4 дня через 21 день, регулярные, безболезненные, умеренные. Последняя нормальная менструация была 3 месяца назад. Половая жизнь с 20 лет. Беременностей -5: 2 родов и 3 аборта по желанию без осложнений. Гинекологические заболевания отрицает. Месяц назад больной произведено искусственное прерывание беременности в сроке 8 недель в условиях стационара. Выписана на 2-ой день в удовлетворительном состоянии. В срок предполагаемой менструации появились ноющие боли внизу живота, которые усилились, превратились в схваткообразные. При объективном осмотре - язык влажный, чистый. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание учащенное. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании - влагалище рожавшей, зев закрыт, шейка обычной плотности. Тело матки увеличено до 12 недель беременности, мягкоэластической консистенции, болезненное. Придатки не пальпируются. Своды свободны.

Диагноз? Тактика ведения?

Ситуационная задача № 2

Больная С., 33 лет, поступила в стационар с жалобами на кровяные выделения из половых путей.

Анамнез: Считает себя больной в течение 2 дней, когда впервые, после задержки менструации (8 недель) появились ноющие боли внизу живота и кровяные выделения из половых путей.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Со стороны органов и систем патологии не выявлено.

Осмотр шейки матки при помощи зеркал: Шейка матки цилиндрической формы, чистая. Наружный зев закрыт.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Матка округлой формы, плотная, болезненна при пальпации, увеличена до 11-12 недель беременности. Придатки с обеих сторон увеличены, болезненны при пальпации. Выделения кровяные, умеренные. Своды глубокие, безболезненные.

Предварительный диагноз? План обследования? Заключительный диагноз?

Лечение?

Ситуационная задача № 3

Больная В., 38 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на общую слабость, одышку, кашель и темные кровяные выделения из половых путей в течение 1 недели.

Анамнез: беременностей 3, аборт-2. Во время последнего искусственного прерывания беременности сроком 12 недель обнаружен пузырный занос. Спустя 8 месяцев появился кашель.

Объективно: состояние больной средней тяжести. Пульс 98 уд. в 1 мин.

АД 100/75 мм. рт. ст. Кожа и слизистые бледные. В легких выслушивается жесткое дыхание над всей их поверхностью, резко ослабленное в нижних отделах. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка увеличена до 7 недель беременности., мягковатой консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки не определяются, зона их безболезненна. Выделения кровяные, умеренные.

Рентгеноскопия грудной клетки: на протяжении обоих легочных полей видны множественные, округлой формы мелкие узлы диаметром до 1 см., более густо расположенные в нижних отделах легких.

Диагноз? Тактика врача женской консультации? Лечение?

Эталоны ответов

Ситуационная задача № 1

Предварительный диагноз: Пузырный занос? Беременность 12 недель, угроза выкидыша?

Тактика – подтверждение диагноза: диагностическими признаками пузырного заноса является повышение ХГ в 50-100 раз такового при нормальной беременности, высокие концентрации трофобластического бета-глобулина, при УЗИ – множество эхосигналов без признаков плодного яйца.

Лечение – удаление пузырного заноса с помощью МВА с последующим назначением сокращающих средств, предохранение от беременности в течение 2 лет, контроль ХГ в крови и моче.

Ситуационная задача № 2

Предварительный диагноз: Начавшийся самопроизвольный выкидыш 9 недель?

Пузырный занос? (величина матки превышает срок беременности)

План обследования: 1. Качественное и количественное исследование содержания ХГ в моче и крови (при пузырном заносе уровень его превышает таковой при нормальной беременности в 50-100 раз).

2. Ультразвуковое исследование (при пузырном заносе обнаруживаем увеличение размеров матки, отсутствие плода, наличие гомогенной мелкокистозной ткани. Можно диагностировать наличие тека-лютеиновых кист).

Заключительный диагноз: Пузырный занос

Лечение: Хирургическое (удаление пузырной ткани из полости матки).

Ситуационная задача № 3

Диагноз: Хорионкарцинома с метастазами в легкие?

Тактика врача ж/к: Госпитализация больной в онкостационар.

Лечение: После соответствующего обследования решить вопрос об оперативном лечении (экстирпация матки с придатками) с последующим назначением полихимиотерапии.

Рекомендуемая литература:

Основная:

Основная:

1. Оперативное акушерство с фантомным курсом [Текст] : руководство для врачей / В. К. Лихачев. – М. : Медицинское информационное агентство, 2014. – 496 с.
2. Анестезия, интенсивная терапия и реанимация в акушерстве : руководство для врачей / Е. А. Ланцев, В. В. Абрамченко. – М. : МЕДпресс -информ, 2010. – 624 с.
3. Акушерство: учебник [Электронный ресурс] / Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, Л.Г. Сичинава и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 656 с. – URL: ЭБС «Консультант студента. Электронная библиотека медицинского вуза» www.studmedlib.ru
4. Гинекология: учебник [Электронный ресурс] / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000 с. –URL: ЭБС «Консультант студента. Электронная библиотека медицинского вуза» www.studmedlib.ru
5. Гинекология [Электронный ресурс] : учебник для студентов вузов / под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 432 с. – URL : ЭБС «Консультант студента. Электронная библиотека медицинского вуза» www.studmedlib.ru
6. Акушерство и гинекология (протоколы лечения) : клинические рекомендации: спецвыпуск / под ред. Л. В. Адамян и др. – М. : Медиа Сфера, 2016. – 471 с.

Дополнительная:

7. Акушерство: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 1088 с. – URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» <http://www.rosmedlib.ru>
8. Гинекология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, И.Б. Манухина. 2013. – 704 с. – URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» <http://www.rosmedlib.ru>
9. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс] / под ред. ред. Г.М. Савельевой, В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. 2015. – 1024 с. – URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» <http://www.rosmedlib.ru>
10. Акушерство [Текст] : учебник для медицинских вузов / Э. К. Айламазян. – 8-е изд., испр. и доп. - Санкт-Петербург : СпецЛит, 2014. – 543 с.
11. Харт, Д. М. Гинекология. Иллюстрированное клиническое руководство : научное издание / под общей ред. В. Н. Прилепской ; пер. с англ. - М. : БИНОМ, 2009. - 464 с.
12. Практические умения по акушерству и гинекологии [Текст] : учебное пособие / Р. Н. Степанова, С. П. Пахомов. – Ростов н/Д : Феникс, 2010. – 253 с.
13. Эндокринное бесплодие : от программируемого зачатия до экстракорпорального оплодотворения : руководство для врачей / Н. М. Подзолкова, И. В. Кузнецова, Ю. А. Колода. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 112 с. – URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» <http://www.rosmedlib.ru>
14. Роговская, С.И. Практическая кольпоскопия. [Электронный ресурс] / Роговская С.И. - 3-е изд., испр. и доп. – 2013. – 240 с. – URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» <http://www.rosmedlib.ru>

15. Манухин, И. Б. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции: руководство для врачей. - 3-е изд., перераб. [Электронный ресурс] / И. Б. Манухин, Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 272 с. – URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» <http://www.rosmedlib.ru>
16. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 944с. . – URL: ЭБС «Консультант студента. Электронная библиотека медицинского вуза» www.studmedlib.ru
17. Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни: учебник [Электронный ресурс] / М.В. Дзигуа - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 360 с. – URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» <http://www.rosmedlib.ru>
18. Гинекология: национальное руководство с приложением на компакт- диске / Ассоциация медицинских обществ по качеству; под. ред. В. И. Кулакова, Г. М. Савельевой, И. Б. Манухина. – М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. – 1088 с.
– URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» <http://www.rosmedlib.ru>
19. Акушерство и гинекология. Дифференциальная диагностика от А до Я : руководство / пер. с англ. Н. М. Подзолковой ; под ред. Т. Холлингуорта. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 400 с.
20. Гуркин, Ю. А. Детская и подростковая гинекология : руководство для врачей / Ю. А. Гуркин. – М. : Медицинское информационное агентство, 2009. – 692 с.
21. Рациональная фармакотерапия в акушерстве, гинекологии и неонатологии : в 2-х т. - М. : Литтерра, 2010
Т. 1 : Акушерство, неонатология : руководство для практикующих врачей / под общ. ред. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих. - 2-е изд., испр. и доп. - 2010. - 784 с.
22. Гистероскопия : атлас и руководство / Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко, Л. М. Каппушева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 248 с. – URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» <http://www.rosmedlib.ru>
23. Е.В. Уткин, В.А. Кулавский Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин [Электронный ресурс] / Е.В. Уткин, В.А. Кулавский - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 112 с. – URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» <http://www.rosmedlib.ru>
24. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции: руководство для врачей. - 3-е изд., перераб. / И. Б. Манухин, Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 272 с. – URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» <http://www.rosmedlib.ru>
25. Репродуктивная эндокринология: руководство. Кроненберг Г.М., Мелмед Ш., Полонски К.С., Ларсен П.Р. Перевод с англ. / Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 416 с. – URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» <http://www.rosmedlib.ru>
26. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство / под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко. 2-е изд. испр. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 784 с. – URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» <http://www.rosmedlib.ru>

27. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю. С. Бутова, Ю. К. Скрипкина, О. Л. Иванова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 896 с. . – URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» <http://www.rosmedlib.ru>

28. ВИЧ-инфекция и СПИД. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В. В. Покровского. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 528 с. . – URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» <http://www.rosmedlib.ru>

ЭБС

1. Электронная библиотечная система «Консультант студента» Электронная библиотека медицинского вуза: [Электронный ресурс]. – М.: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2017. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru> – индивидуальный; коллективный в Научной библиотеке КемГМА – через IP-адрес академии.

2. Электронная библиотечная система «Национальный цифровой ресурс «Рукопт» / ИТС «Контекстум» [Электронный ресурс]. – М.: Консорциум «Контекстум», 2017. – Режим доступа: <http://www.rucont.ru> через IP-адрес академии.

3. Электронная библиотечная система «Консультант студента»: [Электронный ресурс] / ООО «ИПУЗ» г. Москва. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru> – карты индивидуального доступа.

4. Консультант врача. Электронная медицинская библиотека [Электронный ресурс] / ООО ГК «ГЭОТАР» г. Москва. – Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru> – с личного IP-адреса по логину и паролю.

5. Электронная библиотечная система «Букап» [Электронный ресурс] / ООО «Букап» г. Томск. – Режим доступа: <http://www.books-up.ru> – через IP-адрес университета, сличного IP-адреса по логину и паролю.

6. Электронно-библиотечная система «ЭБС ЮРАЙТ» [Электронный ресурс] / ООО «Электронное издательство ЮРАЙТ» г. Москва. – Режим доступа: <http://www.biblio-online.ru> – через IP-адрес университета, с личного IP-адреса по логину и паролю.

7. Информационно-справочная система «Кодекс» с базой данных № 89781 «Медицина и здравоохранение» [Электронный ресурс] / ООО «КЦНТД». – г. Кемерово. – Режим доступа: через IP-адрес университета.