**Дисциплина «Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии»**

**Ситуационные задачи для самостоятельной работы клинических ординаторов**

|  |
| --- |
| **Задача1.** Больная 15 лет поступила в стационар в связи с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, которые появились после задержки очередной менструации на 3 месяца и продолжаются в течение 12 дней. Из анамнеза: больна хроническим тонзиллитом, отмечает частые носовые кровотечения. При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 82 уд/мин, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст., уровень гемоглобина периферической крови 90 г/л, гематокрит 28%. Живот мягкий, безболезненный. Результаты гинекологического обследования: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, девственная плева цела. При ректоабдоминальном исследовании: матка нормальных размеров, плотная, безболезненная; придатки с обеих сторон не увеличены, выделения из половых органов кровянистые, умеренные. Диагноз, дополнительное обследование, тактика ведения и лечения? |
|  |
| **Задача 2.** Больная 46 лет поступила в стационар в связи с жалобами на сильные боли внизу живота, тошноту, однократную рвоту, повышение температуры тела до 39,5°С. Менструальная функция не нарушена. 12 день менструального цикла. В анамнезе двое срочных родов и три медицинских аборта без осложнений. В течение последних 12 лет с целью контрацепции использует ВМК. Заболела 10 дней назад, когда появились тянущие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, температура тела повысилась до 37,5°С. К врачу не обращалась, лечилась самостоятельно без эффекта. В связи с резким ухудшением самочувствия, доставлена в стационар бригадой скорой медицинской помощи. При осмотре: состояние средней тяжести, пульс 120 уд/мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, резко болезнен во всех отделах, в правом и левом боковых каналах определяется притупление перкуторного звука, симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. При влагалищном исследовании: шейка матки эрозирована, видны нити ВМК; в малом тазе пальпируется резко болезненный, неподвижный конгломерат, общими размерами 12-14-18 см; отдельно матку и придатки пальпировать не удается; задний свод влагалища нависает, резко болезненный; выделения из половых путей гноевидные. Какой диагноз наиболее вероятен? Врачебная тактика и объем оперативного вмешательства? |
| **Задача 3.** Больная Ф., 30 лет, доставлена в гинекологическое отделение по поводу криминального аборта при сроке беременности 7-8 недель. С данной беременностью на учете в женской консультации не состояла. С целью прерывания беременности ввела в полость матки водку. Через два дня поднялась температура до 38-39°, были ознобы. На третий день появились скудные кровянистые выделения. Вызвана скорая помощь. Менструации с 12 лет по 3 дня через 30 дней, без болей. Половая жизнь с 17 лет. Брак второй не регистрирован. Настоящая беременность 5. Два медицинских аборта, один самопроизвольный выкидыш. Операция кесарева сечения по поводу клинически узкого таза. Ребенок жив. Страдает хроническим воспалением придатков матки в течение последних трех лет. При поступлении состояние больной тяжелое, безразлична к обстоятельствам заболевания, заторможена. Кожные покровы бледно-желтушные, на щеках отдельные экхимозы. Отмечается пастозность. Частота дыхания 30 в минуту. Пульс 124 уд/мин, АД 80/50 мм.рт.ст. Живот мягкий, пальпируется болезненная, увеличенная печень. Анурия. На рентгенограмме грудной клетки значительное расширение корней легких: признаки начальной стадии «водяного легкого». Бимануальное исследование: влагалище нерожавшей, шейка цилиндрической формы, зев проходим для кончика пальца, матка мягковата, увеличена до 7-8 недельного срока беременности, чувствительна при пальпации, своды свободны, придатки не пальпируются, выделения гнойно-кровянистые, незначительные, с неприятным запахом. Диагноз? Что делать? |
| **Задача 4.** Больная 20 лет поступила в стационар с жалобами на резкие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, озноб, тошноту, однократную рвоту повышение температуры тела до 38,5°С, диарею до трех раз в сутки. Менструальная функция не нарушена, половая жизнь не регулярная, с частой сменой половых партнеров. В анамнезе один медицинский аборт без осложнений. Заболела остро на 5-й день менструального цикла, когда появились указанные выше симптомы. При осмотре: общее состояние средней тяжести, пульс 110-112 уд/мин, АД 125/70 мм.рт.ст., язык сухой, обложен белым налетом; живот умеренно вздут, болезненный в гипогастральной области, где определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При влагалищном исследовании: шейка матки с явлениями эндоцервита; тело матки и придатки пальпировать не удается из-за резкого напряжения мышц передней брюшной стенки; задний свод влагалища нависает, резко болезненный. Диагноз, дополнительное обследование, тактика ведения? |
| **Задача 5.** Больная 39 лет доставлена бригадой скорой помощи в связи с жалобами на острые боли внизу живота, рвоту, учащенное мочеиспускание. При осмотре: живот умеренно вздут, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Пульс 88 уд/мин, температура тела 37°С. При влагалищном исследовании: тело матки плотное, не увеличено, подвижное, безболезненное, справа и спереди от матки пальпируется образование размером 6×6 см тугоэластической консистенции, резко болезненное при смещении; слева придатки не определяются; своды свободны, выделения слизистые. Какой диагноз наиболее вероятен? Дополнительное обследование для уточнения диагноза? Дальнейшая тактика? |
| **Задача 6.** В родильный дом доставлена беременная, предъявляющая жалобы на боли в животе, кровянистые выделения из половых путей. Срок беременности 35-36 недель. Беременность протекала с явлениями гестоза. Общее состояние средней тяжести, пульс 90 уд/мин, АД 130/90-140/90 мм.рт.ст Матка увеличена соответственно сроку беременности, напряжена. Сердцебиение плода 160-170 уд/мин, глухое. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, из половых путей умеренные кровянистые выделения; головка плода слегка прижата ко входу в малый таз. Какой диагноз наиболее вероятен? Что необходимо предпринять? |
| **Задача 7.** В родильный дом бригадой скорой помощи доставлена женщина без сознания после трех припадков эклампсии при беременности 32 нед. Состояние крайне тяжелое, АД 180/120 мм.рт.ст., анурия. Сердцебиение плода глухое, 142 удара в минуту. Шейка матки сформирована, канал шейки матки закрыт. Тактика ведения беременной? |
| **Задача 8.** Роженица доставлена в родильное отделение бригадой скорой помощи. Данная беременность третья, первая закончилась нормальными родами, вторая самопроизвольным абортом. Положение плода продольное, ко входу в малый таз предлежит тазовый конец, родовая деятельность регулярная, активная. В процессе обследования излились околоплодные воды, после чего отмечено урежение сердцебиения плода до 100 уд/мин. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, во влагалище прощупывается выпавшая пуповина. Ягодицы плода в узкой части полости малого таза. Что должен предпринять врач, ведущий роды? |
| **Задача 9.** У женщины 29 лет при сроке беременности 30-31 нед. и наличии преэклампсии средней степени тяжести в течение 3 нед. на фоне повышения АД до 170/100 мм.рт.ст. появились головная боль и затрудненное носовое дыхание, уменьшился диурез. При эхографии выявлены отставание фетометрических показателей на 2 недели и маловодие. При доплерометрии - увеличение резистентности кровотоку в обеих маточных артериях и «критическое» состояние плацентарного кровотока. При влагалищном исследовании – «зрелая» шейка матки. Какова должна быть тактика врача? |
| **Задача 10.** На третьи сутки после родов родильница 33 лет предъявляет жалобы на боли внизу живота, озноб, головную боль, повышение температуры тела до 39°С. В родах в связи с частичным плотным прикреплением плаценты произведено ручное отделение плаценты и выделение последа. В анамнезе одни роды и два медицинских аборта, хронический пиелонефрит. Молочные железы умеренно нагрубшие. Какой диагноз наиболее вероятен? Какие исследования показаны для уточнения диагноза? Метод лечения? |