

Задача № 1

Вагітна М., 23 років звернулась до лікаря жіночої консультації з приводу другої вагітності. Менструації відсутні 5 місяців. Ворушіння плода відчуває протягом 2 тижнів.

З анамнезу: В дитинстві хворіла на дитячі інфекції. Дорослою – ГРВІ, тонзиліт, часто герпетичні висипання, страждає на хронічний пієлонефрит протягом 7 років. Менструації з 13 років, протягом 3-4 днів, через 29 днів, помірні, болісні. Статеве життя з 20 років, заміжня. Вагітність друга, бажана. Перша вагітність 2 роки тому завмерла у терміні 8 тижнів, проводилось вишкрібання стінок порожнини матки, без ускладнень. Після того жінка не обстежувалась, не лікувалась. Теперішня вагітність ускладнилась загрозою переривання у терміні 8-10 тижнів, з приводу чого лікувалась самостійно, приймала но-шпу, до лікаря не зверталась. В 6 і 14 тижнів перенесла ГРВІ, були герпетичні висипки на губах, лікувалась вдома (калина, малина, лимон). На диспансерному обліку з приводу вагітності в жіночій консультації не стоїть, перебувала на заробітках в Росії, зараз повернулась додому.

Об'єктивний статус: Стан задовільний. Шкіра блідо-рожева. АТ 110\70 і 115\75 мм рт.ст. Рс – 82 за 1 хв. Набряків немає. Патології з боку внутрішніх органів не виявлено. Розміри тазу: 25-28-31-20 см. Матка збільшена до 18-19 тижнів вагітності, в нормотонусі. Серцебиття плода вислуховується.

Піхвове дослідження: Зовнішні статеві органи сформовані правильно. В дзеркалах: шийка матки вкрита незміненим епітелієм. Виділення білі, помірні.

Per vaginam: шийка матки довжиною 3 см, щільна, зовнішнє вічко пропускає кінчик пальця, передлежить голівка плода, рухома над входом до малого тазу. Мис крижня не досягається. Екзостозів в малому тазі немає.

Лабораторні методи дослідження:

Загальний аналіз крові: Нв – 105 г/л, ер. – $2,9 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $9,7 \times 10^9/л$, ШОЕ – 30 мм/год.

Загальний аналіз сечі: сеча темна, пит. вага – 1020, білка немає, епітелій плоский 2-3 у полі зору, лейкоц. – 1-3 у полі зору.

Мазок на мікрофлору з уретри, цервікального каналу, піхви: лейкоцити 5-10 у полі зору, епітелій – поодинокі клітини у полі зору, гонококи і трихомонади не знайдені.

УЗ-обстеження: В матці один плід, положення поздовжнє, передлежання головне, ІІ позиція, передній вид. Серцебиття ритмічне, ЧСС 150 за 1 хв. Рухи плода (+). БПР 50 мм. 4-х камерний розтин серця 19x17 мм. Розмір шийної складки 5 мм. Довжина стегна 34 мм. Середній діаметр живота 47 мм. Середній діаметр грудної клітки 42 мм. Кількість навколоплодових вод нормальна. Локалізація плаценти передня. Ступінь зрілості плаценти 0-I. Товщина плаценти 21 мм. Патологічних включень у плаценті немає. Кількість судин пуповини – три. В лівій півкулі в ділянці судинних сплетень новоутворення підвищеної ехогенності 31x27 мм, неоднорідної структури.

Висновок УЗД: Вагітність 20 тижнів. Пухлина головного мозку, яка, можливо, виходить із судинного сплетіння.

Відповіді:

1. У жінки обтяжений анамнез соматичний і інфекційний (хронічний пієлонефрит, герпетичні висипання і ГРВІ під час вагітності), гінекологічний (альгодисменорея), акушерський (завмерла I вагітність, при II – теперішній вагітності загроза переривання, двічі перенесла ГРВІ з герпетичною висипкою).
2. Анемія I ступеня (Hb – 105 г/л).
Клінічний аналіз сечі – без патології.
Аналіз виділень на мікрофлору – у нормі.
УЗД: вроджена вада розвитку плода (пухлина головного мозку).
3. Діагноз основний: Вагітність II, 20 тижнів. Положення плода поздовжнє, II позиція, передній вид, головне передлежання.
Ускладнення: Вроджена вада розвитку плода (пухлина головного мозку).
Супутній: Анемія I ст. Хронічний пієлонефрит, ремісія. Хронічна герпетична інфекція.
4. Група крові, резус-фактор, RW, коагулограма, ПТІ, час згортання, продовження кровотечі, біохімічний аналіз крові (загальний білок, білірубін, АЛТ, АсТ, сечовина, креатинін), цукор крові, цукор сечі.
5. Направлення в гінекологічне відділення. Переривання вагітності до 22 тижнів вагітності у зв'язку з вродженою вагою розвитку плода, несумісною з життям – пухлина головного мозку. Метод переривання вагітності: трансвагінальне інтраамніальне введення ензапросту 8-10 мл. Препарати заліза: сорбіфер по 1 т. х 2 рази на день, тардіферон (80 мг заліза) по 1 т. х 2 рази на день та ін. – 2-3 місяці, потім по 1 т. на день 3 місяці. Полівітаміни: прегнакомплекс по 1 т. на день, прегнавіт по 1 т. на день.
6. Режим – стаціонарний; стол № 15, дієта збагачена залізом і білком: 120-200 гр м'яса, 150-250 гр риби, 1 яйце, до 1 кг молочних продуктів (сир, кефір, молоко), 80-100 г жирів, 800 г овочів і фруктів, частина з них у сирому вигляді (морква, капуста, яблука).
7. Диспансерний нагляд у центрі планування сім'ї. Контрацепція бар'єрними методами протягом обстеження і лікування виявлених інфекцій. Підготовка до майбутньої вагітності через 2-3 роки.
Необхідне обстеження подружжя на: 1) інфекції TORCH-комплексу, особливо віруси герпесу і цитомегалії методами бактеріологічними, ІФА і ПЛР у сироватці крові, слизу цервікального каналу; 2) медико-генетичне консультування з визначенням каріотипу.

Задача № 2

17 листопада під час обходу у відділенні патології вагітності вагітна Д., 35 років поскаржилася на зменшення порухів плода протягом останнього дня. В стаціонар поступила вчора.

З анамнезу: Спадковість обтяжена гіпертонічною хворобою у рідних. Страждає на гіпертонічну хворобу з 22 років. Менструації з 13 років, по 3-4 дні, через 28 днів, помірні, безболісні. Статеве життя з 33 років. Вагітність перша, бажана, заміжня, ускладнилась загрозою переривання в 11-12 тижнів, з приводу чого лікувалась в стаціонарі протягом 2 тижнів, ефект від лікування позитивний.

В 23 тижні перенесла ГРВІ, лікувалась амбулаторно. АТ під час вагітності керований 140\90 – 150\100 мм рт.ст.

Status praesens: Стан задовільний. Шкіра блідо-рожевого кольору. АТ 150\95 мм рт.ст. Ps – 82 за 1 хв. Набряків немає.

Status obstetrics: ВДМ – 36 см, ОЖ – 100 см. Розміри тазу: 26-28-31-20 см. При пальпації матка овоїдної форми в нормотонусі, положення плода поздовжнє, спинка плода зліва обернена до передньої стінки матки, передлежить голівка плода. Серцебиття плода приглушене, ритмічне до 150 за хв.

Остання менструація 11-15 березня, допологова відпустка з 6 жовтня.

Піхвове дослідження: При огляді зовнішні статеві органи розвинені правильно. В дзеркалах: шийка матки вкрита незміненим епітелієм. Виділення молочні, помірні.

Мануальне дослідження: шийка матки довжиною до 2-х см, щільна, розміщена сакралью, зовнішній зів закритий. Передлежить голівка плода рухома над входом малого тазу. Плідний міхур цілий. Мис крижня не досягається. Екзостозів немає.

Лабораторні методи дослідження:

Загальний аналіз крові: Нь – 115 г/л, ер. – $3,2 \times 10^{12}$ /л, Нт – 30%, Тц – 220×10^9 /л, лейкоц. – $7,8 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 40 мм/год.

Загальний аналіз сечі: сеча світла, пит. вага – 1020, білка немає, лейкоцити – 4-5 у полі зору.

Мазок з уретри, цервікального каналу, піхви на мікрофлору: лейкоцити 5-10 у полі зору, гонококи і трихомонади не виявлені.

Додаткові методи обстеження:

Кардіотокограма – у відповідь на порухи плода базальний рівень ЧСС 150-160 уд за 1 хвилину децелерації уповільнення серцебиття плода зі 150 уд. за 1 хв. до 110 уд. за хв. протягом 10 сек. Оцінка за Фішером 7 балів.

Відповіді:

1. За віком першовагітна стара. У вагітної існуюча раніше есенціальна артеріальна гіпертензія (АТ 150\100 – 145\95 мм рт.ст.). Вагітність ускладнена загрозою переривання у 11-12 тижнів, ГРВІ у 23 тижні, внутрішньоутробною гіпоксією плода (зменшення порухів плода, аускультативно приглушене серцебиття, тахікардія).

2. Аналіз крові - N.

Аналіз сечі – N.

Мазки на мікрофлору – N.

Кардіотокограма – децелерації до 110 уд. за 1 хв. у відповідь на порухи плода, базальна тахікардія 150-160 уд. за 1 хв., оцінка за Фішером 7 балів, що свідчить про внутрішньоутробну гіпоксію плода легкого ступеня.

3. Діагноз основний: Вагітність 36 тижнів. Положення плода поздовжнє, І позиція, передній вид, головне передлежання.

Ускладнення: Внутрішньоутробна гіпоксія плода легкого ступеня.

Супутній: Артеріальна гіпертензія (гіпертонічна хвороба), стара (вікова) першородяща.

4. 1) лабораторні обстеження: - група крові, резус-фактор; - RW; - біохімічний аналіз крові (загальний білок, білкові функції, загальний білірубін, АлТ, АсТ, сечовина, креатинін, залишковий азот); - коагулограма; - час згортання крові; - час кровотечі; - електроліти крові; - цукор крові; - цукор сечі; - проба Земницького; - проба Нечіпоренко. 2) Консультація терапевта, окуліста, нефролога. 3) УЗД і біофізичний профіль плода. 4) Допплерографічне дослідження, визначення індексу резистентності маткової, пупкової та середньої мозкової артерій. 5) Екскреція естріолу.
5. 1) Якщо підтверджується інструментальними методами легкий ступінь внутрішньоутробної гіпоксії плода, - проводиться комплексне лікування, після якого повторюють КТГ, біофізичний профіль плода; - магnezія 25% по 5 мл в/м 4 рази на день; - допегід (α -метилдофа) 1 т. (250 мг) ввечері під контролем АТ; - інфузійна терапія: реополіглюкін 200 мл або рефортан 500 мл; - в/в глюкоза 5% 200 мл + діпірідамол 8 мл або в/в 0,9% розчин хлориду натрію 200 мл + актовегін 2 мл; - гіпербарична оксигенація або інгаляції зволoженим киснем; - дексаметазон по 12 мг в день 3 дні або лазолван 1000 мг в день 3 дні. 2) При погіршенні стану плода – кесарів розтин.
6. Режим – охоронний (виключення значних психологічних навантажень, двогодинний відпочинок в день, у положенні лежачі на лівому боці). Дієта – стол № 10 з підвищеним вмістом білка та поліненасичених жирних кислот, обмеження тваринних жирів, холестерину, продуктів, що викликають спрагу.
7. 1) Ретельне спостереження за станом матері і плода, проведення інструментальних методів в динаміці. 2) При позитивному ефекті від лікування пролонгація вагітності до терміну пологів. 3) Перед пологами повторна КТГ, УЗД, доплерографія і біофізичний профіль плода, якщо гіпоксія не виявлена, достатня біологічна готовність організму до пологів, позитивний окситоциновий тест і відсутність дистресу плода – можливі пологи через природні пологові шляхи з моніторним спостереженням за станом в/утробного плода. 4) При збереженні в/утробної гіпоксії або при відсутності готовності пологових шляхів до пологів, кесарів розтин. Показання: в/утробна гіпоксія плода, підтверджена інструментальними методами, першородяща старшого віку.

Задача № 3

У лікаря жіночої консультації з приводу I вагітності спостерігається жінка, 27 років, яка до декретної відпустки працювала на “Хімпромі”. При динамічному спостереженні помічено, що за 3 тижні, які пройшли з попереднього огляду, висота дна матки і обвід живота не збільшилися. Строк вагітності 33 тижня. Рухи плода відчуває. Приріст маси тіла за вагітність 4 кг.

З анамнезу: Спадковість не обтяжена. В дитинстві хворіла на кір, епідемічний паротит, дорослою – ГРВІ, тонзиліт. Менструації з 16 років, по 6-7 днів, нерегулярні. Заміжня. Статеве життя з 20 років. Лікувалась з приводу безпліддя, теперішня вагітність індукована кластильбегітом. З ранніх строків загроза переривання вагітності, проходила лікування в стаціонарі, потім амбулаторно. Гінекологічні захворювання – лейоміома матки з субсерозним і інтерстеціальним ростом вузлів.

Об'єктивний статус: Загальний стан задовільний. Зріст 168 см, вага – 61 кг. Шкіра бліда. АТ 120\80 мм рт.ст. на обох руках. Рс – 78 за 1 хв. Патології внутрішніх органів не виявлено. Живіт овоїдної форми, збільшений за рахунок вагітної матки. ВДМ – 30 см, ОЖ – 82 см. Положення плода поздовжнє, спинка зліва, передлежить тазовий кінець. Серцебиття плода чітке, ритмічне до 130 уд. за хв.

Лабораторні методи дослідження:

Клінічний аналіз крові: Нв – 88 г/л, ер. – $2,6 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $9,8 \times 10^9/л$, ШОЕ – 27 мм/год.

Клінічний аналіз сечі: сеча світла, прозора, пит. вага – 1022, білка немає, лейкоцити – 6-8 у полі зору.

Мазки з уретри, цервікального каналу, піхви на мікрофлору: лейкоцити 6-8 у полі зору, флора кокова, ключові клітини до 67%, гонококи і трихомонади не виявлені.

УЗД – в матці 1 плід, положення поздовжнє, І позиція, тазове передлежання. ЧСС плода 132 уд. за 1 хв. Рухи (+). Плацента по передній стінці II-III ст. зрілості, потоншена, неоднородної ехоструктури за рахунок кіст, гіперехогенних включень. Вод нормальна кількість. По фетометрії 30 тижнів. Передчасне дозрівання плаценти.

Група крові А(II), Rh-негативна. Антитіла не виявлені.

Відповіді:

1. У жінки патологія статевого дозрівання (пізні менархе, порушення менструальної функції - нерегулярна, лейоміома матки, неплідність ендокринного генезу (лейоміома, ановуляція), індукована вагітність, яка ускладнилась загрозою переривання вагітності, анемія (блідість шкіри), зниженої ваги, відсутність приросту ваги і розмірів матки. Працює на шкідливому виробництві.
2. Аналіз крові клінічний – зниження Нв (88 г/л), ер. – $2,6 \times 10^{12}/л$, анемія II ст. Аналіз сечі клінічний – N. Мазки на мікрофлору – бактеріальний вагіноз (кокки, ключові клітини). Резус негативний тип крові. УЗД – відставання розвитку плода на 3 тижні (за даними ЖК 33 тижні, по фотометрії 30 тижнів), передчасне дозрівання плаценти (потоншена, патологічні включення).
3. **Діагноз основний:** Вагітність I, 33 тижня. Положення плода поздовжнє, I позиція, передній вид, тазове передлежання. Ускладнення: Затримка внутрішньоутробного розвитку плода II ст. Супутній: Анемія II ступеня. Бактеріальний вагіноз. Rh-негативний тип крові. Лейоміома матки. Обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез. Вікова першородяща.
4. 1) Гормональні методи дослідження: визначення у сироватці крові вагітної в динаміці негацетарного лактогену, естріолу. 2) Визначення α -фетопротеїну, β -глікопротеїну. 3) Біофізичний профіль плода. 4) Кардіотокографія.

5. 1) Госпіталізація у відділення патології вагітності. 2) Лікування: а) анемії (тардіферон, тотема, сорбіфер); б) санація піхви (свічки “Тержинан”, “Мератин комбі”); в) фетоплацентарної недостатності і ЗВУР плода: курс 7-10 днів – рефортан 500 мл в/в (реополіглюкін); - трентал 5 мл 2% розчину + глюкоза 5% 200 мл в/в або курантил 4 мл 0,5% розчину + глюкоза 5% 200 мл в/в; - партусистен по 5 мг 4 рази на добу (або гініпрал) + ізоптин (феноптин) по 1 табл. 4 рази на добу; - утрожестан (дюфастон) по 5 мг 2 рази на добу; - солкосеріл 10 мл + 5% глюкоза 500 мл в/в (мілдронат, актовегін); - оротат калію по 0,5 г 3 рази на добу; - вітамін Е 0,1 г на добу.
6. Режим – стаціонарний. Прогулянки на свіжому повітрі. Денний сон-відпочинок. Дієта – стол № 10 збагачена вітамінами, з підвищеним вмістом білка та поліненасичених жирних кислот, обмеження тваринних жирів, холестерину, продуктів, що викликають спрагу.
7. 1) Проводити комплексне лікування протягом 12-14 днів, потім повторити УЗД з доплерографією, біофізичний профіль плода, КТГ, визначення рівня естріолу (зниження на 50% свідчить про високий негативний перинатальний ризик), плацентарного лактогену, якщо дані свідчать про прогресування фетоплацентарної недостатності, необхідно розродження шляхом кесаревого розтину. Показання: 1) прогресуюча ФПН, яка не піддається медикаментозній терапії; 2) тазове передлежання плода; 3) тривале безпліддя, індукована вагітність.
- 2) Якщо динамічне спостереження показало позитивний ефект від лікування, вагітність пролонгують.

Задача № 4

Вагітна М., 25 років поступила у відділення автології вагітності для профілактичного стаціонарного лікування в строк вагітності 34 тижня, по направленню лікаря жіночої консультації

З анамнезу: Менархе в 12 років, регулярні, по 5 днів, через 28 днів. Перша вагітність завершилась передчасними пологами мертвою дитиною. Теперішня вагітність друга, в жіночій консультації спостерігалась регулярно з 6-ти тижневого терміну. Вагітність ускладнилась в 12 тижнів загрозою аборту, з приводу чого знаходилась на лікуванні в стаціонарі. Група крові вагітної А(II) Rh (-), група крові батька дитини В (III) Rh (+). В аналізі крові щомісячно титр антитіл 1:2, з 32 тижнів 1:4.

Status praesens. Загальний стан задовільний. Жінка нормостенічної статури, вага 78 кг. АТ 120/80 мм рт. ст. на обох руках. Пульс 80 за 1 хвилину. Шкіра бліда, чиста. З боку внутрішніх органів патології не виявлено. Набряків не має.

Status obstetricus. Матка в нормальному тонусі. Положення плода поздовжнє, спинка справа допереду, передлежить щільна кругла частина плода, рухлива над входом до малого тазу. Серцебиття плода чітке, ритмічне, 146 ударів за 1 хвилину. Обвід живота 100 см, висота дна матки – 36 см. Розміри таза 26-29-31-20 см.

Піхвові дослідження: Зовнішні статеві органи сформовані правильно.

У дзеркалах: Шийка матки циліндричної форми, вкрита незмінним епітелієм.

Мануальне дослідження: шийка матки сформована, довжиною 3 см, щільна, відхилена сакралью, зовнішній зів закритий. Через склепіння піхви пальпується рухома над входом до малого тазу щільна кругла частина плода. Мис крижня не досягається. Екзостозів у малому тазі не має.

Додаткові методи дослідження:

Аналіз крові на антитіла: титр антитіл 1:16.

Аналіз крові клінічний: Hb – 98 г/л, ер. – $2,8 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $7,8 \times 10^9/л$, ШОЕ – 17 мм/год.

Кардіотокограма: оцінка за шкалою Фішера 6 балів.

Допплерометрія: зниження маткового кровоплину.

УЗД плода: подвійний контур голівки плода, товщина плаценти 54 мм. Плацента набрякова. Висота стовбчика навколоплідних вод 96 мм.

Відповіді:

1 У жінки резус-негативний тип крові, а у батька дитини резус-позитивний.

У обтяжений акушерський анамнез першими передчасними пологамі і мертвонародженням, друга теперішня вагітність ускладнилась загрозою аборту у 12 тижнів, ізосерологічною несумісністю крові матері і плода за резус-фактором, хронічною внутрішньоутробною гіпоксією плода, набряковою формою гемолітичної хвороби плода, багатоводдям. Великі розміри живота та рухомість передлежачої частини плода свідчать про великий плід ($100 \times 36 = 3600$ у 34 тижня) та багатоводдя. У вагітної анемічний синдром.

2. В аналізі крові на титр антитіл: високий титр антитіл свідчить про ізосерологічною несумісністю крові матері і плода за резус-фактором.

В клінічному аналізі крові: знижений рівень Hb і еритроцитів, що свідчить про анемію у вагітної 1 ступеня.

Кардіотокограма: знижена оцінка за Фішером до 6 балів свідчить про патологічний стан плода і внутрішньоутробну гіпоксію, які потребують подальшого ретельного спостереження за плодом і лікування.

Допплерометрія: зниження маткового кровоплину підтверджує фетоплацентарну недостатність.

УЗД: зміни в плаценті – потовщення та набряк її свідчить про фетоплацентарну недостатність, подвійний контур голівки плода про набряковий синдром плода, високий стовбчик навколоплідних вод – про багатоводдя.

3. Діагноз основний: Вагітність 34 тижня. Положення плода поздовжнє, 2 позиція, передній вид, головне передлежання.

Ускладнення: Ізосерологічна несумісність крові матері та плода за резус-фактором. Великий плід. Хронічна плацентарна недостатність, субкомпенсована. Багатоводдя. Хронічна внутрішньоутробна гіпоксія плода. Набрякова форма гемолітичної хвороби плода.

Супутній: Анемія у вагітної 1 ступеня. Обтяжений акушерський анамнез.

4. Аналізи крові: на RW, коагулограму, біохімічний аналіз (загальний білок, білкові фракції, загальний білірубін, печінкові проби, креатинін, сечовину, тест-азот), цукор, протромбіновий індекс, тривалість кровотечі, час згортання.

Аналізи сечі на цукор та клінічний.

Мазки на мікрофлору із піхви, уретри, цервікального каналу.

Консультація терапевта.

Кордоцентез: визначення білірубіну, гемоглобіну.

5. Показано дострокове переривання вагітності, підготовка до пологів через природні пологові шляхи, лікування фетоплацентарної недостатності, лікування анемії у вагітної.

Показанням до дострокового переривання вагітності є тяжка форма гемолітичної хвороби плода – набрякова.

Для підготовки до пологів призначити на 3-5 днів глюкозо-вітамінно-гормонально-кальцієвий фон (внутрішньовенно 20 мл 40% розчину глюкози, 5 мл 5% розчину аскорбінової кислоти, 10 мл 10% розчину, підшкірно вітамін В1 1 мл), внутрішньом'язево 1 мл 0,1% фолікулін 2 рази на день або простагландин – препідил-гель ендоцервікально 1 раз в день однократно або повторювати в наступні дні до зрілості шийки матки.

Для лікування фетоплацентарної недостатності: рефортан 500 мл в/в (реополіглюкін); - трентал 5 мл 2% розчину + глюкоза 5% 200 мл в/в або курантил 4 мл 0,5% розчину + глюкоза 5% 200 мл в/в; солкосеріл 10 мл + 5% глюкоза 500 мл в/в (мілдронат, актовегін); кокарбоксілазу внутрішньовенно 100 мг.

Лікування анемії вагітної – “Тотема” по 1 ампулі 2 рази на день (тардіферон, сорбіфер).

При зрілості шийки матки пологи програмовані, індуковані простагландінами (ензапрост), можлива рання амніотомія (обережно, повільно випускати навколоплідні води, щоб не випали петлі пуповини). В пологах лікування гіпоксії плода, проводити моніторне спостереження за плодом і пологовою діяльністю – запис кардіотокограм. Неонатологу і анестезіологу бути готовими для проведення реанімаційних заходів і замінного переливання крові новонародженому. Зразу після народження дитини провести раннє перетискання і пересічення пуповини, взяти кров із судин пуповини на білірубін, групу крові, резус-фактор, клінічний аналіз крові, коагулограму.

6. Режим – охоронний (профілактика передчасного відходження навколоплідних вод, лежати з піднятим тазовим кінцем). Дієта – стол № 10 з підвищеним вмістом білка та поліненасичених жирних кислот, обмеження тваринних жирів, холестерину, продуктів, що викликають спрагу.

7. Профілактика після 1 пологів при народженні резус-позитивної дитини: впродовж 72 годин внутрішньом'язево вводиться 1 доза (300 мкг) анти-Rh імуноглобуліну.

Профілактика під час вагітності при відсутності імунізації вагітної проводиться шляхом введення внутрішньом'язевого введення 1 дози (300 мкг) анти-Rh імуноглобуліну.

Задача № 5

Вагітна Т., 25 років поступила в пологовий будинок 25.10.05 р. О 9.00 годині ранку зі скаргами на переймоподібний біль вище живота, який виник о 20.00 годині вечора 24.10.05 р. Рухи плода відчуває. Навколоплідні води не відходили. Жінка ніч не спала, втомлена.

З анамнезу: Спадковість не обтяжена. В дитинстві хворіла вітряною віспою. Менструація з 13 років, встановилась зразу, протягом 3 днів, через 28 днів, регулярні, помірні, неболючі. Заміжня. Вагітність друга, перша в 2000 р. закінчилась самовільним абортom в терміні 8 тижнів. Теперішня вагітність – перебіг обтяжився гестозом, з приводу чого у 34 тижня по 36 тиждень вагітності знаходилась на стаціонарному лікуванні у ВПВ. Протягом всієї вагітності відмічалась залізодефіцитна анемія I-II ст., яку лікували амбулаторно препаратами заліза.

Об'єктивно: При поступленні загальний стан задовільний. Зріст 170 см. Вага – 81 кг. Розміри тазу: 26-28-30-20 см. ВСД – 40 см. ОЖ – 100 см.

З боку внутрішніх органів патології не виявлено. Положення плода повздовжнє, головне, спинка плода знаходиться допереду зліва, голівка рухома над входом в малий таз. Серцебиття плода чітке, ритмічне, 136 уд. за 1 хв. Матка знаходиться в гіпертонусі. АТ – 120/80; 115/75 мм рт.ст. Рс – 72 уд. за 1 хв., задовільний. Набряків немає.

Піхвове дослідження: Зовнішні статеві органи розвинені правильно. Піхва жінки, яка не народжувала. Шийка матки скорочена до 2,0 см, розташована по провідній осі тазу, зовнішній зів пропускає кінчик пальця, внутрішній – закритий, края шийки матки щільні, болючі. Через склепіння пальпується передлежача частина – голівка плода – рухома над входом в малий таз. Мис не досягаємо.

З обмінної картки: Остання менструація – 17.01 – 19.01.05 р. На обліку з 22.03.05 р. Термін вагітності 8 тижнів. Перші рухи відчуває 30.05.05 р.

Лабораторно: Аналіз крові клін. – Нв – 112 г/л, ер. – $3,18 \times 10^{12}/л$, L – $6,2 \times 10^9/л$, ШОЕ – 20 мм/год. Аналіз сечі клін. – кількість 100 мл, колір – світло-жовтий, пит. вага – 1012, L – 1-3 в полі зору. Аналіз виділень на флору: I - α - 7-8 в полі зору; II - α - 20-25 в полі зору; III - α - 35-40 в полі зору паличк. флора.

Відповідь:

1. Нерегулярна переймоподібна біль вище живота, води не підтікають, рухи плода відчуває, ніч не спала, втомлена, матка в гіпертонусі, шийка матки скорочена, зовнішній зів пропускає кінчик пальця, внутрішній закритий, края щільні, болючі.
2. Аналіз крові клін. Анемія вагітних легкого ступеня.
Аналіз сечі клін. – без особливостей.
Аналіз виділень на мікрофлору – кольпіт.
Розрахунок передбаченого терміну пологів – 1) по ОМ – 1.11.05 р.; 2) по спостереженням – 2.11.05 р.; 3) по рухам – 2.11.05 р. передбачувана маса плода – $4000,0 \pm 200$ гр.
3. Вагітність II, 39 тижнів. Патологічний прелімінарний період. Крупний плід. Анемія легкого ст. ОАА. Кольпіт.
4. Аналіз виділень на підтікання навколоплідних вод. УЗД. Кардіотокограма.
5. До чинників патологічного прелімінарного періоду відносять: 1) гормональні порушення; 2) ускладнений перебіг вагітності (гестози II половини вагітності, загроза переривання вагітності, фетоплацентарна недостатність, багатоводдя,

багатоплідна вагітність, крупний плід, переносування вагітності); 3) екстрагенітальна патологія.

В нашому випадку є такі чинники: 1) перебіг вагітності ускладнився гестозом; 2) анемія протягом всієї вагітності; 3) крупний плід.

6. Режим – ліжковий; дієта – стіл № 7.

7. Седативні препарати, заспокійливі засоби (діазенам до 30 мг на добу при в/в введенні, 1 мл 2% розчину промедолу);

- за умови неефективності застосовують токолітичну терапію β_2 – адреноміоміметики (гініпрал 25 мкг 15 мл) розводиться на 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду і вводиться в/в, крапельно, повільно – 10-15 кр. на 1 хв. поєднують з міоптином 40 мг per os.

Задача № 6

Вагітна К., 28 років знаходиться в пологовому будинку в передродовій палаті протягом 12 годин 22.11.05 р. Поступила з початком пологової діяльності. Почуває себе добре. Води не підтікали. Рухи плода відчуває.

Анамнез: Спадковість не обтяжена. В дитинстві хворіла дитячими інфекційними хворобами. Менструації з 14 років, нерегулярні, по 3-5 днів, через 25-50 днів, болісні, помірні. Перед вагітністю проводилось лікування порушень менструального циклу – приймала КОК, після відміни завагітніла.

Вагітність перша. Протягом вагітності знаходилась на стаціонарному лікуванні з приводу загрози переривання вагітності.

Об'єктивно: Загальний стан задовільний. З боку внутрішніх органів патології не виявлено. Зріст – 168 см, маса – 78 кг, розміри тазу: 26-28-30-20 см, ВСД – 38 см, ОЖ – 96 см. АТ – 115/70 мм рт.ст. на обох руках. Рс – 72 уд. за 1 хв., задовільний. Перейми по 25” через 7-8’ регулярні, слабкі. Положення плода повздовжнє, спинка плода зправа, допереду, голівка плода злегка притиснута до входу малого тазу. Серцебиття плода чітке, ритмічне, 138 уд. за 1 хв.

Піхвове дослідження: Зовнішні статеві органи розвинені правильно. Піхва жінки, яка не народжувала. Шийка матки згладжена, розташована по провідній осі тазу, відкриття маткового вічка до 3,0 см, края м'які. Плодний міхур функціонує. Передлежить голівка плода – злегка притиснута до входу малого тазу. Мис не досягаємо.

З обмінної картки: Остання менструація – 1.02 – 3.02.05 р. На обліку з 18.04.05 р. Термін вагітності 8 тижнів. Перші рухи відчуває 3.07.05 р. По УЗД (4.04.05) – вагітність маткова 6 тижнів.

Лабораторно: Аналіз крові клін. – Нв – 122 г/л, ер. – $3,24 \times 10^{12}$ /л, α – $6,2 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 22 мм/год. Аналіз сечі клін. – кількість 400 мл, колір – жовтий, пит. вага – 1012, α – 1-3 в полі зору. Аналіз виділень на флору: I - α - 1-3 в полі зору; II - α - 10-12 в полі зору; III - α - 40-45 в полі зору, слиз – велика кількість, паличкова флора, дріжджовий грибок.

Відповідь:

1. Перейми протягом 12 годин, слабкі по 25”, через 7-8’, структурні зміни шийки матки: згладжена, відкриття маткового вічка до 3,0 см, края м'які; головка плода

злегка притиснута до входу малого тазу; з анамнезу – порушення менструального циклу.

2. Аналіз крові клін - N

Аналіз сечі клін. – N

Аналіз виділень на флору – дріжджовий кольпіт.

Передбачувана маса плода – 3180 ± 200 гр.

Передбачуваний термін пологів – 1) по ОМ – не визначаємо; 2) по спостереженням – 28.11.05 р.; 3) по УЗД – 28.11.05 р.

3. Вагітність I, 39 тижнів. Пологи I термінові в передньому виді потиличного передлежання, II позиція, передній вид. I період пологів, латентна фаза. Первинна слабкість пологової діяльності. Дріжджовий кольпіт. ОГА.

4. Кардіотокограма.

5. До чинників слабкості пологової діяльності відносять: 1) гормональні порушення; 2) ускладнений перебіг вагітності (гестози II половини вагітності, загроза переривання вагітності, фетоплацентарна недостатність, багатоводдя, багатоплідна вагітність, крупний плід, переношування вагітності); 3) екстрагенітальна патологія.

В нашому випадку у жінки гормональний дисбаланс, що зумовив порушення скоротливої діяльності матки.

6. 1) Режим – активний, більше ходити, якщо умови потребують в/в введення і тому жінка буде лежати, в нашому випадку на правому боці, що співпадає з позицією плода, що підсилить пологову діяльність;

2) на цьому етапі жінці рекомендують утриматися від їжі, тому що у випадку потреби операції кесарського розтину, це протипоказання до наркозу.

7. Проводять ранню амніотомію. Очікувальна тактика протягом 2 годин. Якщо пологова діяльність не розвивається, призначають в/в крапельно окситоцин 50Д на фізіологічному розчині 400,0 (чи глюкоза 5% 400,0), починаючи з 8 кр. за 1 хв., з подальшим збільшенням до 40 кр. за 1 хв. Якщо відмічається позитивний токомоторний ефект та відсутні ознаки гіпоксії плода, то продовжують крапельне введення протягом 4-6 годин. Паралельно проводять профілактику гіпоксії плода кожні 4 години (в/в пірацетам 25% 5,0, ККБ 50 мг на глюкозі 40% 20,0, віт С 5%, 4,0).

Задача № 7

24.11.05 р. роділля В., 32 років знаходиться в пологах протягом 12 годин. В пологовий будинок поступила з активною пологовою діяльністю 6 годин тому. При поступленні: шийка матки згладжена, відкриття маткового вічка до 4 см, края м'які. Плодовий міхур цілий. Передлежить голівка прижата до входу в малий таз.

Анамнез: Спадковість не обтяжена. В дитинстві хворіла дитячими інфекційними хворобами. Менструації з 13 років, регулярні, по 5 днів, через 30 днів, болючі, помірні. 5 років не вагітніла, знаходилась на лікуванні в центрі планування сім'ї, де був встановлений діагноз – безпліддя ендокринного генезу.

Ця вагітність перша - індукована. Протягом вагітності знаходилась на стаціонарному лікуванні з приводу загрози переривання вагітності з 3 тижнів до 12 тижнів вагітності та 22-26 тижнів.

Об'єктивно: Загальний стан задовільний. З боку внутрішніх органів патології не виявлено. Зріст – 166 см, маса – 72 кг, розміри тазу: 25-28-30-20 см, ВСД – 37 см, ОЖ – 96 см. АТ – 120/80; 115/75 мм рт.ст. Рс – 72 уд. за 1 хв., задовільний. Перейми по 30” через 7-8’ слабкі. Положення плода повздовжнє, передлежить голівка, спинка плода зліва, головка плода малим сегментом у вході в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 136 уд. за 1 хв.

Піхвове дослідження: Зовнішні статеві органи розвинені правильно. Піхва жінки, яка не народжувала. Шийка матки згладжена, відкриття маткового вічка 5 см, края м'які, піддатливі. Плодовий міхур під час огляду розірвався – відійшли світлі навколоплідні води, 200 мл. Передлежить голівка малим сегментом у вході в малий таз, стрілоподібний шов в правому косому розмірі таза, мале тім'ячко зліва, дещо допереду. Мис не досягаємо.

Лабораторно: Аналіз крові клін. – Нв – 118 г/л, ер. – $3,08 \times 10^{12}/л$, α – $6,4 \times 10^9/л$, ШОЕ – 12 мм/год. Аналіз сечі клін. – кількість 100 мл, колір – світло-жовтий, пит. вага – 1014, α – 1-3 в полі зору. Аналіз виділень на флору: I - α - 1-3 в полі зору; II - α - 5-7 в полі зору; III - α - 15-20 в полі зору, паличкова флора.

З обмінної картки: Остання менструація – 21.02.05 – 25.02.05 р. На обліку з 11.04.05 р. Термін вагітності 6-7 тижнів. Перші рухи відчуває з 20.07.05 р. УЗД (31.03.05) – вагітність 5 тижнів.

Відповідь:

1. На момент поступлення активна пологова діяльність, відкриття шийки матки до 4 см, відсутність динаміки протягом 6 годин (відкриття на 1 см). З анамнезу – безпліддя, індукована вагітність..

2. Аналіз крові клін – анемія I ст.

Аналіз сечі клін. – N

Аналіз виділень на флору – N

Передбачувана маса плода – 3100 ± 200 гр.

Передбачуваний термін пологів – 1) по ОМ – 28.11.05 р.; 2) по спостереженням – 1.12.05 р.; 3) по УЗД – 1.12.05 р.

3. Вагітність I, 39 тижнів. Пологи I термінові в передньому виді потиличного передлежання, I позиція. I період пологів, активна фаза. Раннє відходження навколоплідних вод. Вторинна слабкість пологової діяльності. Анемія I ст. ОГА.

4. Кардіотокограма.

5. До чинників слабкості пологової діяльності відносять: 1) гормональні порушення; 2) ускладнений перебіг вагітності (гестози II половини вагітності, загроза переривання вагітності, фетоплацентарна недостатність, багатоводдя, багатоплідна вагітність, крупний плід, переношування вагітності); 3) екстрагенітальна патологія.

В нашому випадку гормональні порушення.

6. 1) Режим – активний, більше ходити, якщо умови потребують в/в введення і тому жінка буде лежати, в нашому випадку на правому боці, що співпадає з позицією плода, що підсилить пологову діяльність;

2) на цьому етапі жінці рекомендують утриматися від їжі, тому що у випадку потреби операції кесарського розтину, це протипоказання до наркозу.

7. В/в крапельно окситоцин 50Д на фізіологічному розчині 400,0 (чи глюкоза 5% 400,0), починаючи з 8 кр. за 1 хв., з подальшим збільшенням до 40 кр. за 1 хв. Якщо відмічається позитивний токомоторний ефект та відсутні ознаки гіпоксії плода, то продовжують крапельне введення протягом 4-6 годин. Паралельно проводять профілактику гіпоксії плода кожні 4 години (в/в пірацетам 25% 5,0, ККБ 50 мг на глюкозі 40% 20,0, віт С 5%, 4,0).

Задача № 8

Роділля, 30 років, 24.11.05 р. доставлена пологовий будинок на машині швидкої допомоги з доношеною вагітністю, через 3 години від початку перейм годину тому відійшли світлі навколоплідні води (зі слів жінки).

Анамнез: Жінка нічим не хворіла. Менструації з 12 років, регулярні, по 3-4 дні, через 28 днів, неболючі, помірні.

Теперішня вагітність третя: перша вагітність була в 2000 р. – пологи в строк без особливостей, друга вагітність в 2002 р. – пологи в строк були швидкими протягом 4 годин.

Об'єктивно: Загальний стан задовільний. Шкіра та видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору. АТ – 110/70; 115/70 мм рт.ст. Рс – 76 уд. за 1 хв., задовільний. З боку внутрішніх органів патології не виявлено. Розміри тазу: 26-29-31-21 см, ВСД – 34 см, ОЖ – 98 см. Положення плода повздовжнє, передлежить головка великим сегментом во вході в малий таз, спинка плода зліва. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 140 уд. за 1 хв. Схватки по 45-50", через 1-2', ритмічні, сильні.

Піхвове дослідження: Зовнішні статеві органи розвинені правильно. Піхва жінки, яка народжувала. Шийка матки згладжена, відкриття маткового вічка до 6 см, края м'які, піддатливі. Плодний міхур відсутній. Передлежить голівка великим сегментом у вході в малий таз, стрілоподібний шов в правому косому розмірі таза, маленьке тім'ячко зправа ближче до лона. Мис досягаємо. Деформацій тазу немає.

З обмінної картки: Аналіз крові клін. – Нв – 110 г/л, ер. – $3,02 \times 10^{12}/л$, α – $6,2 \times 10^9/л$, ШОЕ – 20 мм/год. Аналіз сечі клін. – кількість 100 мл, колір – жовтий, пит. вага – 1016, α – 1-3 в полі зору, білок – 0. Аналіз виділень на мікрофлору: I - α - 1-2 в полі зору; II - α - 1-3 в полі зору; III - α - 1-3 в полі зору, кокова флора, ключові клітини 40%.

Заключення спеціаліста: Гіперплазія щитоподібної залози II ст. Гіпертіреоз. Остання менструація – 22.02.05 – 24.02.05 р. На обліку з 14.04.05 р. Термін вагітності 7 тижнів. УЗД (31.03.05) – вагітність 5 тижнів.

Відповідь:

1. Дуже швидко розвитку I періоду пологів (за 3 години відкриття шийки матки до 6 см), дуже сильні перейми 45-50", через 1-2', попередні пологи закінчились швидкими пологами, гіпертіреоз – дає тому патологічні швидкі пологи.

2. Аналіз крові клін – анемія I ст.

Аналіз сечі клін. – N

Аналіз виділень на флору – бактеріальний вагіноз.

Передбачувана маса плода – 3300 ± 200 гр.

Передбачуваний термін пологів – 1) по ОМ – 29.11.05 р.; 2) по спостереженням – 1.12.05 р.; 3) по рухам плода – 1.12.05 р.

3. Вагітність III, 40 тижнів. Пологи III в термін, швидкі, в передньому виді потиличного передлежання, I позиція, передній вид. I період пологів. Ранне відходження навколоплідних вод. Анемія I ст. Гіперплазія щитоподібної залози. Гіпертіреоз. Бактеріальний вагіноз.

4. Кардіотокографія.

5. Чинниками виникнення швидких пологів є: 1) ексорогенітальна патологія; 2) дисгормональні стани (гіпертіреоз, Базедова хвороба і т.ін.); 3) присутність перешкод до вигнання плода (вузький таз, неправильне передлежання плода, клінічна невідповідність розмірів плода і таза матері); 4) порушення кортико-вісцеральної регуляції, що призводить до підвищеного утворення речовин тономоторної дії.

В нашому випадку гіпертіреоз є чинником аномалії пологової діяльності.

6. 1) Ліжковий режим, вкладають на правий бік (протилежний позиції плода);

2) їжа повинна бути легкою та достатньо калорійною, дієта № 7.

7. Для профілактики розвитку аномалії пологової діяльності всі вагітні підвищеної групи ризику виникнення цієї патології повинні з 36 тижня вагітності отримувати полівітаміни, фолієву кислоту 400 мкг в день, включати в добовий раціон сорта несолоної риби, рослинну олію, овочі, фрукти.

В 38-39 тижнів стаціонарна госпіталізація на допологову підготовку. Де проводять дообстеження, спазмолітичну та метаболічну терапію під контролем стану шийки матки. Вагітних з екстрагенітальною патологією лікують протягом вагітності.

Задача № 9

Роділля, 30 років, 26.11.05 р. доставлена пологовий будинок на машині швидкої допомоги з доношеною вагітністю. Через 4 години від початку пологової діяльності, зі скаргами на сильні і болючі перейми протягом 1 години (затримку сечовиділення). Води відійшли 2 години тому, світлі, помірна кількість (зі слів жінки).

Анамнез: Жінка нічим не хворіла. Менструації з 12 років, регулярні, по 3-4 дні, через 28 днів, неболючі, помірні.

Теперішня вагітність друга, перша вагітність була в 2000 р., закінчилась передчасними пологами в терміні 36 тижнів, m – 2500 гр, l – 45 см, дитина жива.

Об'єктивно: Загальний стан задовільний. З боку внутрішніх органів патології не виявлено. АТ – 110/70 мм рт.ст. Рс – 76 уд. за 1 хв., задовільний. Розміри тазу: 25-27-29-17 см, ВСД – 35 см, ОЖ – 95 см. Ріст – 152 см, маса – 56 кг. Положення плода повздовжнє, передлежить головка прижата до входу в малий таз, спинка плода зліва, допереду. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 146 уд. за 1 хв. Схватки по 40", через 2-3', ритмічні, сильні. Ознака Вастена – голова плода врівень з

симфізом. При виведенні сечі через катетер, сечу вивести не вдається. Ромб Міхаеліса змінений – верхній трикутник дуже низький.

Піхвове дослідження: Зовнішні статеві органи розвинені правильно. Піхва жінки, яка народжувала. Шийка матки – відмічається її набряк, болючість, потовщення її країв до 1,0 см відкриття до 8 см. Плодний міхур відсутній. Передлежить голівка плода прижата до входу в малий таз, стрілоподібний шов в поперековому розмірі таза. Мис крижа досягаємо.

Лабораторно: Аналіз крові клін. – Нb – 126 г/л, ер. – $3,16 \times 10^{12}/л$, α – $6,8 \times 10^9/л$, ШОЕ – 18 мм/год. Аналіз виділень на мікрофлору: I - α - 1-3 в полі зору; II - α - 3-5 в полі зору; III - α - 3-5 в полі зору, паличкова флора.

З додаткових даних: індекс Солов'йова 14,5 см.

Остання менструація – 22.02.05 – 25.02.05 р. На обліку з 7.04.05 р. Термін вагітності 6 тижнів. Перші рухи – 30.06.05 р.

Відповідь:

1. Основні симптоми. Зі скарг – болючі, сильні перейми, затримка сечовиділення. З анамнезу – передчасні пологи з народженням недоношеної дитини з малою вагою. Об'єктивно: дуже швидке розкриття шийки матки за 4 години, порушення кровообігу в шийці матки (набряки, болючість), раннє відходження навколоплідних вод, признак Вастена сумнівний, важке виведення сечі, істина кон'югата – 8 см, індекс Солов'йова $17-9=8$, наружна кон'югата $17-9=8$, зміни ромба Міхаеліса, досягання мису при піхвовому дослідженні, різниця росту і ВСД менше 120 см.

2. Аналіз крові клін – N.

Передбачувана маса плода – $3400,0 \pm 200$ гр.

Передбачувана дата пологів – 1) по ОМ – 29.11.05 р.; 2) по спостереженням – 1.12.05 р.; 3) по рухам плода – 1.12.05 р.

3. Вагітність II, 39-40 тижнів. Пологи II термінові, швидкі, в передньому виді потиличного передлежання, I позиція. Клінічно та анатомічно вузький таз. ОАА. Раннє відходження навколоплідних вод.

4. Огляд лікарями неонатологом та анестезіологом.

5. Термінове розродження шляхом кесарського розтину.

6. Їсти і пити не можна. Жінку вкладають на каталку для переведення в операційну.

7. При обстеженні жінки на етапі жіночої консультації до 12 тижнів вагітності проводять повне обстеження, як лабораторне, так і клінічне, де вже буде встановлено діагноз – вузький таз II ст. Для вирішення питання про метод родорозрішення в терміні 36 тижнів визначають передбачувану масу плода і планують метод родорозрішення. На планову операцію кесарського розтину жінку у термін 38 тижнів госпіталізувати у відділення патології вагітності.

Задача № 10

Жінка Л., 32 років, звернулась в ЖК зі скаргами на болі внизу живота ниючого характеру, підвищення температури тіла до 38°C , сукровичне виділення зі статевих шляхів з неприємним запахом.

Анамнез життя: В дитинстві хворіла дитячими інфекційними хворобами. Операції не було. Менструації з 13 років, встановились відразу по 3-4 дні, через 28 днів, регулярні, неболючі.

Було 3 вагітності: одна з них закінчилась пологами – без особливостей, дві – медичними абортами. Останній аборт робили в гінекологічному відділенні 6 днів тому, в терміні 8 тижнів.

Анамнез захворювання: Після абарту виписали зі стаціонару на 2 добу – скарг не було, а/бакт. терапія не призначена. На 5 добу з'явилась біль внизу живота, посилювались виділення зі статевих шляхів, підвищилась температура тіла до 37,3°C.

Лабораторно визначили: Аналіз крові клін. – Нв – 108 г/л, ер. – $3,02 \times 10^{12}/л$, α – $9,9 \times 10^9/л$, ШОЕ – 24 мм/год. Л. ф-ла: н – 11, с – 68, е – 1, α – 20, м – 2. Аналіз сечі клін.: кількість – 100 мл, пит. вага – 1014, колір – жовтий, білок – 0, α – 1-3 в полі зору. Аналіз виділень на мікрофлору: I - α – 1-3 в полі зору; II - α – 25-30 в полі зору; III - α – 1/2-3/4 в полі зору, слиз – багато, змішана флора, trich – немає, Gn – немає.

Піхвове дослідження: Зовнішні статеві органи розвинені правильно. Піхва жінки, яка народжувала. Шийка матки сформована, покрита N епітелієм. Виділення сукровичні, помірні з неприємним запахом.

P.V. Шийка матки циліндрична. Зів закритий. Матка дещо збільшена, болюча при пальпації, м'якої консистенції, рухлива. Додатки з обох боків не збільшені, неболючі, рухливі. Склепіння вільні.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкіра та видимі слизові блідо-рожеві. Ps – 88 уд. за 1 хв., задовільний. АТ – 120/80 мм рт.ст. З боку внутрішніх органів патології не виявлено. Живіт м'який.

Відповідь:

1. Зі скарг: болі внизу живота, підвищення температури тіла до 38°C, посилення піхвових виділень з неприємним запахом.

З анамнезу: мед. аборт 6 днів тому.

Об'єктивно: частий пульс.

Піхвове дослідження: збільшення матки, її консистенція, болючість, зформований зів.

2. Лабораторно: лейкоцитоз, зміщення лейкоцитарної формули вліво, підвищена ШОЕ.

3. Діагноз основний: Гострий ендометрит. Супутній: Анемія I ст.

4. УЗД, бактеріологічне дослідження вмісту піхви, уретри, цервікального каналу та порожнини матки та чутливість до антибіотиків.

5. Лікування: 1) антибіотикотерапія: призначають антибіотики з широким спектром дії (цефтріаксон 1 гр/ добу, офлоксацин 1 гр/добу) поєднують з антибіотиками, які діють на анаеробів (орнідазол 1 гр/добу, метрагіл 2 гр/добу), а також протигрибкові препарати; 2) десенсебілізуюча терапія (супрастин 75 мг/добу, діазолін 300 мг/добу); 3) токомоторні препарати (окситоцин 1,0 (50Д) в/м); 4) нестероїдні протизапальні препарати (диклоберн 3,0 в/м).

6. Режим палатний. Гіпоалергічна дієта (виключення білків яєць, грибів, шоколаду), обмеження кількості вуглеводів та повареної солі. Перевага віддається їжі в відвареному виді.

7. Після всіх малих операцій з ціллю профілактики септичних ускладнень призначаються таблетовані антибіотики широкого спектру дії (норфлуксацин 200 мг/добу, доксицилін 200 мг/добу таке ін.) протягом 5 днів + протигрибкові препарати (флуконазол 150 мг).

Задача № 11

Хвора С., 25 років, поступила в гінекологічне відділення зі скаргами на біль вищу живота, більше зліва, підвищення температури тіла до 37,6°C, загальна слабкість.

Анамнез життя: В дитинстві не хворіла. Операцій не було. Менструації з 13 років, встановились відразу по 3-4 дні, через 28 днів, регулярні, неболючі. Останні місячні без особливостей. Вагітності не було – використовує гормональні контрацептиви.

Анамнез захворювання: Біль внизу живота турбує біля 6 місяців, періодично самостійно зникала – лікування не проводилось. Тиждень тому біль підсилилась, 3 дні тому підвищилась температура тіла до 37,8°C, з'явилась загальна слабкість.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкіра та видимі слизові бліді. Р_с – 88 уд. за 1 хв., задовільний. АТ – 120/80 мм рт.ст. З боку внутрішніх органів патології не виявлено. Живіт м'який, болісний в нижній ділянці зліва. Фізіологічні відправлення без особливостей.

Піхвове дослідження: Зовнішні статеві органи розвинені правильно. Оволосіння за жіночим типом.

З.О. Слизова піхви гіперемірована. Шийка матки покрита N епітелієм, чиста. Виділення збільшені, молочного кольору, сироподібні.

Р.У. Піхва жінки, що не народжувала. Шийка матки конічної форми. Зів закритий. Матка в ант., не збільшена, щільна, рухома, безболісна. Додатки зправа не збільшені, безболісні, рухомі. Додатки зліва дещо збільшені, болісні, обмежено рухомі. Склепіння вільні. Параметрії без інфільтратів.

Лабораторно визначили: Аналіз крові клін. – Нв – 110 г/л, ер. – $3,08 \times 10^{12}/л$, α – $9,2 \times 10^9/л$, ШОЕ – 28 мм/год. Л. ф-ла: п – 8, с – 68, α – 10, м – 2, е – 2. Аналіз сечі клін.: кількість – 100 мл, пит. вага – 1012, колір – світло-жовтий, α – 1-3 в полі зору. Аналіз виділень на мікрофлору: I – α – 1-3 в полі зору; II – α – 15-20 в полі зору; III – α – 35-40 в полі зору, слиз – значна кількість, змішана флора, дріжджовий грибок, trich – немає, Gn – немає.

УЗД – матка в anteflexio, розміри 50x40x38 мм, структура міометрія однородна. М-ехо – 8 мм, співпадає з I фазою менструального циклу. Правий яєчник розмірами 32x28x23 мм фолікул. апарат без особливостей. Лівий яєчник розмірами 38=32=30 мм, контури нечіткі, з перифокальним набряком. В задньому сегменті незначна кількість рідини.

Відповідь:

1. Зі скарг: болі внизу живота, більше зліва, підвищення температури тіла, слабкість.

З анамнезу: хворіє протягом 6 місяців, не лікувалась. Порушення менструальної функції немає. Контрацепція.

Піхвове дослідження: зміни з боку лівих додатків – набряк, болючість, обмежена рухливість. Рідина в задньому склепінні. Лабораторні зміни.

2. Аналіз крові клін. – анемія I ст., лейкоцитоз, зміщення лейкоцитарної формули вліво, підвищення ШОЕ. Аналіз сечі – N. Аналіз виділень на мікрофлору – дріжджовий кольпіт. По УЗД – запальний процес лівих додатків.

3. Діагноз основний: загострення хронічного лівобічного сальпінгоофориту. Супутній: дріжджовий кольпіт. Анемія I ст.

4. Бактеріологічне дослідження вмісту піхви, уретри та цервікального каналу на специфічну та неспецифічну мікрофлору з визначенням чутливості антибактеріальних препаратів. Обстеження на інфекції, що передаються статевим шляхом: уреаплазма, мікоплазма, хламідії методами ІФА та ПЛР. Обстеження статевого партнера.

5. 1) Підвищення неспецифічної реактивності організму (гоновакцина) за схемою 0,5 мл – 0,7 мл – 0,9 мл – 1,2 мл – 1,2 мл через день; 2) вітамінотерапія (полівітаміни); 3) антибіотикотерапія (цефалксиорини + препарати нитроїмідазолу + протигрибкові).

Н-д: 1) цефтріаксон 1,0 в/в крапельно на фізіологічному розчині 400,0 л р/добу 5 днів; 2) мератин 100,0 в/в крапельно двічі на добу. Після закінчення мератину продовжують тріхопол по 25 мг чотири рази на добу протягом 4 днів; 3) флуконазол 150 мг 1 раз у 3 дні 3 рази; 4) імуномодуючі препарати (циклоферон за схемою: перші 2 ін'єкції кожного дня по 2,0 в/м 1 раз; другі дві через день, по 2,0 в/м 1 раз на день; треті дві через 2 дні на третій по 2,0 в/м 1 раз на день; наступні дві – через 3 дні на четвертий по 2,0 в/м 1 раз в день; останні дві – через 4 дні на 5-й день по 2,0 в/м 1 раз в день; 5) протизапальні – нестероїдні протизапальні препарати: наклафен – 3,0 в/м 1 раз на добу 5 днів; ректальні свічі "Дікло " по 50 мг ректально 1 раз на добу; 6) з 3-4 дня лікування призначаємо фізіотерапію (УЗ на низ живота з гідрокортизованою маззю 1%, електрофорез на низ живота з розчином димексиду 1 : 4; 7) десенсебілізуюча терапія (супрастин по 75 мг/добу).

6. Режим палатний. Гіпоалергічна дієта (виключення білків яєць, грибів, шоколаду), обмеження кількості вуглеводів та повареної солі. Перевага віддається їжі в відвареному виді.

7. Після лікування в стаціонарі і досягнення періоду ремісії жінка з хронічними запальними процесами додатків лікарем ЖК спостерігається в диспансерній групі, де проводиться реабілітаційна терапія: жінці рекомендують санаторно-курортне лікування в санаторіях гінекологічного профілю (Саки, Євпаторія, Хмільник, Одеса). Під час диспансерного нагляду проводять заходи для профілактики загострення хронічного процесу. При плануванні майбутньої вагітності обов'язково проводять гістеросальпінгографію для вирішення питання стану маткових труб.

Задача № 12

Хвора В., 32 років, поступила в гінекологічне відділення зі скаргами на загальну слабкість, нездужання, біль в ділянці зовнішніх статевих органів зліва, підвищення температури тіла до 38,3°C, пухлиноподібне утворення в лівій великій статевій губі.

Анамнез захворювання: Біль в зовнішніх статевих органах зліва з'явилась 2 тижня тому, пухлиноподібне утворення в ділянці великої статевої губи зліва з'явилося біля 10 днів тому, яке збільшувалось кожного дня, болюче на дотик, температура підвищилась біля 10 днів тому (температуру міряла тричі) до 37,8°C.

Анамнез життя: В дитинстві хворіла вітряною віспою. Дорослою хворіла на хронічний гастродуоденіт, часті ГРЗ органів дихання. Менструації з 12 років, по 3-4 дні, через 28 днів, регулярні. Останні місячні 2-а тижні тому – без особливостей. Одні пологи 10 років тому – без особливостей, два медичних аборти, останній 1 рік тому.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкіра та видимі слизові бліді. Рс – 84 уд. за 1 хв., задовільний. АТ – 120/80 мм рт.ст. З боку внутрішніх органів патології не виявлено. Живіт м'який, неболючий. Набряків немає.

Піхове дослідження: Зовнішні статеві органи розвинені правильно. Оволосіння за жіночим типом. Спостерігається набряк і гіперемія в ділянці великої статевої губи зліва. При пальпації розміри пухлиноподібного утворення 40x35 мм, болюча на дотик, обмежено рухома, флюктуація, місцеве підвищення температури і набряк м'яких тканин.

З.О. Шийка матки чиста, вкрита незміненим епітелієм. Виділення – помірні, білі.

Р.У. Шийка матки циліндрична. Зів закритий. Матка в antefl., не збільшена, щільна, рухома, безболісна. Додатки з обох боків не збільшені, неболючі, рухомі. Склепіння вільні. В параметріях інфільтратів немає.

Лабораторно визначено: Аналіз крові клін. – Нв – 126 г/л, ер. – $3,22 \times 10^{12}/л$, α – $9,6 \times 10^9/л$, ШОЕ – 30 мм/год. Аналіз сечі клін.: кількість – 100 мл, пит. вага – 1012, колір – світло-жовтий, б – немає, α - 1 -3 в полі зору. Аналіз виділень на мікрофлору: I - α - 1-3 в полі зору; II - α - 20-25 в полі зору; III - α - 30-35 в полі зору, слиз – незначна кількість, флора – паличкова велика кількість.

Відповідь:

1. Зі скарг: загальна слабкість, біль в ділянці зовнішніх статевих органів зліва, пухлиноподібне утворення в ділянці великої статевої губи зліва, підвищення температури тіла вище 38°C.

З анамнезу: хворіє протягом 2-х тижнів.

Об'єктивно: тахікардія.

Піхове дослідження: зміни лівої великої статевої губи, яке говорить про запальний процес в цій ділянці.

2. Аналіз крові клін. – лейкоцитоз, зміщення лейкоцитарної формули вліво, підвищення ШОЕ. Аналіз сечі – N. Аналіз виділень на мікрофлору – кольпіт.

3. Діагноз основний: Абсцес бартолінієвої залози. Супутній: кольпіт. Хронічний гастродуоденіт в ст. ремісії.

4. 1) Бактеріологічне дослідження вмісту піхви, уретри, цервікального каналу, пунктата бартолінієвої залози на специфічну мікрофлору (гонорею, трихомонади) та неспецифічну мікрофлору, бактеріограму. Серологічне дослідження крові на захворювання, які передаються статевим шляхом (уреаплазма, мікоплазма, хламідії); 2) RW; 3) обстеження статевого партнера на захворювання, які передаються статевим шляхом.

5. 1) Вскриття абсцесу та його дренивання. 2) Антибіотикотерапія (при специфічній етіології відповідні антибіотики). Комбіновані антибактеріальні препарати: гінекіт – за схемою на курс всього 5 блістерів, чи полімін по 1 г 2 р/день протягом 5 днів в поєднанні з протигрибковими препаратами (флуконазол 150 мг 1 раз в 3 дні). 3) Десенсебілізуюча терапія (супрастин 75 мг на добу, діазолін 300 мг на добу). 4) Промивання гіпертонічним розчином порожнини абсцесу протягом 5-7 днів. 5) Місцева магнітотерапія № 7.

6. Режим ліжковий. Дієта – з раціону виключити алергічні продукти (білки яєць, мед, гриби, шоколад та ін.), зменшене вживання вуглеводів та повареної солі.

7. Жінка знаходиться на диспансерному лікуванні, проводиться профілактика рецидиву бартолініту. Якщо утворюється ретенційна кіста бартолінієвої залози, проводять видалення бартолінієвої залози в умовах стаціонару.

Завдання №13

М. 34 років звернулася із скаргами на болі внизу живота перед менструацією, які різко підсилюються під час менструації, мажучі кров'яністі виділення із статевих шляхів перед та після менструації.

З анамнезу: вважає себе хворою на протязі 2 років. За допомогою не зверталася. Страждає хронічним аднекситом протягом 5 років, неодноразово лікувалася амбулаторно. Менструації з 13 років по 5 днів, помірні, б/болісні. Статеве життя з 18 років, у шлюбі. В-3, П-1, А-2.

Об'єктивно: зовнішні статеві органи розвинені правильно. Піхва ємна, шийка матки циліндрична, чиста. Із зовнішнього вічка спостерігаються кров'яністі темні мажучі виділення. При бімануальному дослідженні: матка збільшена до 7 тижнів вагітності, кулястої форми, відхилена дозад, малорухома.

При Уз-дослідженні: ніздрювата будова міометрія, наявність дрібнокістозних структур. Кордон слизового та м'язового шарів матки має нерівний характер. При гістеросальпінгографії: контрастна речовина розташовується за межами контуру порожнини матки, гетеротопії мають форму каналців.

Лабораторно: Аналіз крові клін. - НЬ - 102 г/л, ер. - $3,18 \times 10^{12}/л$, L -- $6,2 \times 10^9/л$, ШОЕ - 20 мм/год. Аналіз сечі клін.- кількість 100 мл, колір світло-жовтий, пит. вага - 1012, L - 1-3 в полі зору. Аналіз виділень на флору: U - 7-8 в полі зору; С- 20-25 в полі зору; V - 35-40 в полі зору паличк. флора.

Відповіді:

- 1) - скарги на болі внизу живота перед менструацією, які різко підсилюються під час менструації, мажучі кров'яністі виділення із статевих шляхів перед та після менструації

- із зовнішнього вічка спостерігаються кров'яністі виділення, які мажуться темним. При бімануальному дослідженні: матка збільшена до 7 тижнів вагітності, кулястої форми, відхилена дозад, малорухома

2) Аналіз крові клін.: анемія 1 ступеня

Аналіз сечі клін.: без особливостей

Аналіз виділень на мікрофлору: кольпіт.

3) Лейоміома матки с порушенням менструального циклу. Аденоміоз

4) УЗ-дослідження, гістеросальпінгографія

5) До чинників даного патологічного процесу відносять: аборти-2, пологи-1, хронічний аднексит протягом 5 років

6) Режим-загальний; дієта-стіл № 15

7) данозол 400 мг*2р на добу, заладекс 3,6 мг 1 раз в 28 діб, есенциале 1 кап*2р на добу, трансазальний електрофорез с віт.В1

Завдання №14

Хвора 42 років звернулася із скаргами на болі внизу живота перед менструацією, які підсилюються під час менструації, мажучі кров'яністі виділення із статевих шляхів перед менструацією.

Із анамнезу: вважає себе хворий протягом 3 років. За допомогою не зверталася. Страждає хронічним аднекситом з порушенням менструального циклу протягом 4 років, неодноразово лікувалася стаціонарно, було кілька діагностичних вишкрібань. Менструації з 14 років по 4-5 днів, помірні, болісні. Статеве життя з 17 років, у шлюбі. В-1, П-1, А-1.

Об'єктивно: зовнішні статеві органи розвинені правильно. Піхва ємна, шийка матки циліндрична, чиста. Із зовнішнього вічка спостерігаються кров'яністі виділення мажучі темні. При бімануальному дослідженні: матка збільшена до 5-6 тижнів вагітності, кулястої форми, відхилена дозад, малорухома.

При Уз-дослідженні: у міометрії наявність дрібнокістозних структур. Кордон слизового й м'язового шарів матки має нерівний характер. При гістеросальпінгографії: контрастна речовина розташовується за межами контуру порожнини матки, гетеротопії мають форму каналців.

Лабораторно: Аналіз крові клін. - НЬ - 92 г/л, ер. - $2,88 \times 10^{12}/л$, L - $6,2 \times 10^9/л$, ШОЕ - 24 мм/год. Аналіз сечі клін. кількість 100 мл, колір світло-жовтий, пит. вага - 1018, L - 2-3 в полі зору. Аналіз виділень на флору: U - 7-8 в полі зору; C - 2-5 в полі зору; V - 3-4 в полі зору паличк. флора.

Відповіді:

1)- скарги на болі внизу живота перед менструацією, які різко підсилюються під час менструації, мажучі кров'яністі виділення із статевих шляхів перед менструацією

-із зовнішнього вічка спостерігаються кров'яністі виділення, мажучі, темні.

При бімануальному дослідженні: матка збільшена до 5-6 тижнів вагітності, кулястої форми, відхилена дозад, малорухома

2) Аналіз крові клін.: анемія 1 ступеня

Аналіз сечі клін.: без особливостей

Аналіз виділень на мікрофлору: кольпіт.

3) Лейоміома матки с порушенням менструального циклу. Аденоміоз

4) УЗ-дослідження, гістеросальпінгографія

5) До чинників даного патологічного процесу відносять: аборти-2, пологи-1, хронічний аднексит протягом 5 років

6) Режим-загальний; дієта-стіл № 15

7) данозол 400 мг*2р на добу, заладекс 3,6 мг 1 раз в 28 діб, есенціале 1 кап*2р на добу, трансназальний електрофорез з віт.В1

Завдання №15

С. 23 років надійшла із скаргами на кров'янисті мажучі темні виділення із статевих шляхів за 3 дні до менструації, болісні менструації.

Із анамнезу: вважає себе хворою останні 2 роки. Початку хвороби передувала операція діатермокоагуляції у зв'язку з ерозією шийки матки. Раніше лікувалася із приводу кольпіту, ерозії шийки матки. Менструації з 13 років по 4-5 днів, помірні, болісні. Статеве життя з 18 років, у шлюбі. В-3, П-1, А-2.

Об'єктивно: шийка матки циліндрична, блідо-рожева, на ній визначаються 3 червонуваті плями до 3 мм у діаметрі, при контакті з'являються темно-кров'янисті виділення. Бімануально: матка нормальних розмірів, куляста, щільна, придатки без видимих змін.

Лабораторно: Аналіз крові клін. - НЬ - 112 г/л, ер. - $3,18 \times 10^{12}/л$, L -- $6,2 \times 10^9/л$, ШОЕ - 20 мм/год. Аналіз сечі клін. кількість 100 мл, колір світло-жовтий, пит. вага - 1012, L - 1-3 в полі зору. Аналіз виділень на флору: U - 7-8 в полі зору; С- 20-25 в полі зору; V - 35-40 в полі зору паличк. флора.

Відповіді:

1)- скарги на кров'янисті мажучі темні виділення із статевих шляхів за 3 дні до менструації, болісні менструації

-на шийці матки визначаються 3 червонуваті плями до 3 мм у діаметрі, при контакті з'являються темно-кров'янисті виділення. із зовнішнього вічка спостерігаються кров'янисті виділення, мажучі, темні.

2) Аналіз крові клін: без особливостей

Аналіз сечі клін: без особливостей

Аналіз виділень на мікрофлору: кольпіт.

3) Ендометриоз шийки матки

4) УЗ-дослідження, кольпоскопія

5) До чинників даного патологічного процесу відносять: діатермоконізацію шийки матки, кольпіт.

6) Режим-загальний; дієта-стіл № 15

7) данозол 400 мг*2р на добу, заладекс 3,6 мг 1 раз в 28 діб, есенціале 1 кап*2р на добу, трансназальний електрофорез с віт.В1

Завдання №16

Т. 38 років надійшла із скаргами на тягучі болі внизу живота, болючі менструації протягом останніх 3 років.

З анамнезу: протягом останніх 5 років неодноразово лікувалася із приводу хронічного аднекситу. Перебуває на диспансерному обліку із приводу кісти правого яєчника. Менструації з 13 років по 4-5 днів, помірні, болісні. Статеве життя з 19 років, у шлюбі. В-2, П-1, А-1.

Об'єктивно: шийка матки циліндрична блідо-рожева, чиста. Бімануально: матка нормальних розмірів, куляста, щільна. Ліві придатки без видимих анатомічних змін, при пальпації правих придатків: визначається пухлино подібне болюче, малорухоме утворення.

При Уз-дослідженні: у зоні правих придатків визначається кіста до 7 см у діаметрі, однокамерна, з розмитими внутрішніми контурами, з наявністю ехопозитивних включень. Повторне Уз-дослідження через 2 тижні (перед менструацією) показало збільшення кісти до 8 см у діаметрі.

Лабораторно: Аналіз крові клін. - НЬ - 112 г/л, ер. - $3,18 \times 10^i$ /л, L -- $6,2 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 20 мм/год. Аналіз сечі клін. кількість 100 мл, колір світло-жовтий, пит. вага - 1012, L - 1-3 в полі зору. Аналіз виділень на флору: U - 2-4 в полі зору; С- 4-6 в полі зору; V – 8-10 в полі зору паличк. флора.

Відповіді:

- 1)- скарги на тягучі болі внизу живота, болючі менструації протягом останніх 3 років
- бімануально: при пальпації правих придатків визначається пухлино подібне болюче, малорухоме утворення.
- 2)Аналіз крові клін: без особливостей
Аналіз сечі клін: без особливостей
Аналіз виділень на мікрофлору: без особливостей.
- 3)Ендометріоз правого яєчника
- 4)УЗ-дослідження: у зоні правих придатків визначається кіста до 7 см у діаметрі, однокамерна, з розмитими внутрішніми контурами, з наявністю ехопозитивних включень. Повторне Уз-дослідження через 2 тижні (перед менструацією) показало збільшення кісти до 8 см у діаметрі.
- 5)До чинників даного патологічного процесу відносять: аборт-1, хронічний аднексит, кіста яєчника
- 6)Режим-загальний; дієта-стіл № 15
- 7)Оперативне лікування в об'ємі оваріоектомії.

Завдання № 17

Вагітна 32 років госпіталізована в пологовий будинок по направленню ЖК з діагнозом: «Вагітність 39 тиж, поздовжнє, головне. Варикозне розширення вен нижніх кінцівок». Має скарги на набряк нижніх кінцівок та варикозне розширення вен вульви та нижніх кінцівок Із анамнезу: менструації з 14 років по 4-5 днів через 28 днів, безболісні, регулярні. Статеве життя з 23 років, у першому шлюбі. Вагітність третя, перша вагітність закінчилася фізіологічними пологами 4 роки тому, але вже під час першої вагітності з'явилося варикозне розширення вен нижніх кінцівок. Друга вагітність закінчилася штучним абортom.

З анамнезу: у рідної бабці за материнською лінією були варикозно розширені вени нижніх кінцівок. До цієї вагітності відзначалося значне варикозне розширення вен на нижніх кінцівках під час аменореї до 2-х років, приймала оральні контрацептиви для регуляції циклу. Вагітність індукована оральними контрацептивами. Під час вагітності, що спостерігається, з 26 тижнів стан значно погіршився; з'явилися розширені вени й набряк на зовнішніх статевих органах, була госпіталізована у відділення патології вагітних.

При огляді: загальний стан вагітної задовільний, шкіра та видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору. Нижні кінцівки та вульва з набряками, варикозно розширеними венами, АТ 120/80 мм рт ст, температура тіла 36,6 С, серце - тони чисті, ритмічні 80 уд у хв.

Акушерський статус: живіт правильної овоїдної форми, ВСДМ 36 см, ОЖ 99 см. Положення плода поздовжнє, спинка плода пальпується зліва, обернена до передньої стінки матки. Серцебиття плода 140 уд/хв чітке, ритмічне. Розміри таза нормальні. Амніотична рідина не відходила.

Внутрішнє акушерське дослідження: у порожнині піхви виражені варикозно-розширені вузли, ледве проходить 1 палець. Шийка матки - зовнішнє вічко пропускає палець. Плодовий міхур цілий, передлежить голівка, яка рухома над входом у малий таз. Діагональна кон'югата 13 см.

Лабораторно: Аналіз крові клін. - НЬ - 102 г/л, ер. - $3,18 \times 10^i$ /л, L -- $6,2 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 20 мм/год. Аналіз сечі клін. кількість 100 мл, колір світло-жовтий, пит. вага - 1012, L - 1-3 в полі зору. Аналіз виділень на флору: U - 7-8 в полі зору; С- 20-25 в полі зору; V - 35-40 в полі зору паличк. флора.

Відповідь:

1. Скарги на набряк нижніх кінцівок та варикозне розширення вен вульви та нижніх кінцівок
2. Аналіз крові клін. Анемія вагітних легкого ступеня.
Аналіз сечі клін. - без особливостей.
Аналіз виділень на мікрофлору - кольпіт.
Передбачувана маса плода- $3600,0 \pm 200$ гр.
3. «Вагітність III, 39 тиж, поздовжнє, головне. Варикозне розширення вен нижніх кінцівок та вульви. Анемія легкого ст. Кольпіт.»
4. До чинників цієї патології відносять : 1)спадковість; 2)варикозна хвороба до вагітності; 3) вагітність як фактор, що обтяжує протікання даного захворювання
5. Режим - вільний; дієта - стіл №15.
6. Еластичне бинтування кінцівки , гінкор-форт по 1 капс.*2 р на добу, місцево –мазь “Троксевазін”.

Завдання № 18

Повторновагітна М., 39 років, надійшла до пологового будинку із скаргами на біль та почуття тяжкості в правому підребер'ї, що супроводжується нудотою, блюванням, печією. Біль розповсюджується в праву лопатку та плечі.

З анамнезу: менструальна функція з 13 років по 4-5 днів через 28 днів, регулярні, безболісні. Одружена, в іншому шлюбі - 3 роки. У першому шлюбі - 15 років тому назад мала одні нормальні пологи, 2 штучних аборти.

Теперішня вагітність четверта, у терміні 33 тижні.

Упродовж 7 років має калькульозний хронічний холецистит, який перебігав до вагітності без частих загострень. При даній вагітності в терміні 23-24 тижні перебувала на стаціонарному лікуванні з приводу загострення калькульозного холециститу в обсерваційному відділенні.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня тяжкості. Звертає на собі увагу вимушеним положенням тіла, блідістю шкіри. АТ- 120/80 і 130/90 мм рт.ст. Пульс 90 уд/хв, температура 38,0 град С. Відзначається болючість у правому підребер'ї, позитивні симптоми Кера, Ортнера, Мерфі, Георгієвського-Мюссі. Виражених перитонеальних знаків не відзначається.

Видимих набряків немає.

Акушерський статус. Живіт овоїдної форми. ВСДМ - 34 см, Окружність живота - 96 см. Розміри таза: 26 - 28 - 31 - 20 см. Положення плода поздовжнє, спинка зліва. Передлежить голівка плода, яка притиснута до входу у малий таза. Серцебиття 156 поштовхів/хв, приглушене, зліва нижче пупка. Води не відходили.

При вагінальному дослідженні. Піхва жінки, що народжувала. Шийка матки скорочена. Маткове вічко відкрито до 2 див. Плодовий міхур цілий. Передлежить голівка, яка притиснута до входу малого тазу. Мис криження досягається. Екзостозів у порожнині малого таза немає.

При допоміжному ехографічному обстеженні встановлено деформований жовчний міхур із збільшеними стінками, та наявністю ехопозитивних включень розмірами від 3 до 6 мм. Обструкції жовчовивідних протоків не відзначається.

У крові: гемоглобін - 90 г/л, лейкоцити 12,0 на 10 в 9 ст./л. ШОЕ - 55мм/рік, у формулi зсув вліво.

Через 2 доби оглянута консилиумом лікарів з хірургом. Стан хворої погіршився, температура 38,5 С, у крові лейкоцити 15,5 на 10 в 9 ст./л, ШОЕ 60 мм/рік, позитивні симптоми подразнення очеревини в ділянці жовчного міхура. Хвору переведено в хірургічне відділення.

Виконано відповідно до стану хворої оперативне лікування, після операційна динаміка позитивна, нормалізувалась температура, отримувала адекватну терапію для збереження вагітності. Проте на 5 добу після оперативного втручання розпочалася активна пологова діяльність, зупинити якої медикаментозними засобами не вдалося. На момент огляду перейми ч\з 5хв по 45с середньої сили, безболісні. Положення плода поздовжнє, передлежить голівка малим сегментом у вході в малий таз, серцебиття ритмічне.

При піхвовому дослідженні: відкриття шийки матки 6 см, плодовий міхур цілий, передлежить голівка малим сегментом у вході малого тазу.

Лабораторно: Аналіз крові клін. - НЬ - 112 г/л, ер. -• 3,18 x 10¹ /л, L -- 6,2 x 10⁹/л, ШОЕ - 20 мм/год. Аналіз сечі клін. кількість 100 мл, колір світло-жовтий, пит. вага - 1012, L - 1-3 в полі зору. Аналіз виділень на флору: U - 7-8 в полі зору; С- 20-25 в полі зору; V - 35-40 в полі зору паличк. флора.

Відповідь:

1. Скарги на перейми ч\з 5хв по 45с середньої сили, безболісні. Положення плоду поздовжнє, передлежить голівка малим сегментом у вході в малий таз, серцебиття ритмічне.
2. При піхвовому дослідженні: відкриття шийки матки 6 см, плодовий міхур цілий, передлежить голівка малим сегментом у вході малого тазу.
3. Аналіз крові клін. Анемія вагітних легкого ступеня.
Аналіз сечі клін. - без особливостей.
Аналіз виділень на мікрофлору - кольпіт.
4. Вагітність IV, 33 тижнів, пологи 2 передчасні, в першому періоді. ОАА. Кольпіт. Стан після операції (холецистектомії)
4. УЗД. Кардіотокограма.
5. До чинників патологічного прелімінарного періоду відносять в нашому випадку такі: 1) оперативне втручання (холецистектомія)
6. Режим - ліжковий; дієта - стіл № 5.
7. Седативні препарати, заспокійливі засоби (діазенам до 30 мг на добу при в/в) - за умови неефективності застосовують токолітичну терапію адrenomіометиками (гініпрал 25 мкг 15 мл) розводиться на 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду і вводиться в/в, крапельно, повільно - 10-15 кр. на 1 хв. поєднують з лікоптин 40 мг per os.
-дексаметазон по 4 мг * 2р на добу

Завдання №19

Машиною швидкої допомоги в клініку доставлена роділля 24 років із скаргами на переймоподібні болі в животі. Термін вагітності 39 тижнів

З анамнезу: З 20 років жінка спостерігалася з приводу гіпертонічної хвороби в дільничній лікарні. Вагітність перша. В 24 тижня знаходилась на лікуванні у відділенні патології вагітних з приводу підвищення АТ до 150/90-145/90 мм.рт.ст.

Клініко-лабораторне дослідження: виявлені зміни на ЕКГ- відхилення вісі серця вліво. В очному дні встановлено рівномірне звуження артеріальної сітківки та розширення вен. При дослідженні мозкового кровообігу відхилень не виявлено. Призначене лікування було ефективним.

Об'єктивно: Загальний стан задовільний. АТ 135/80 мм. рт ст. на кожній руці. Пульс-72 уд. за 1 хв., задовільний. Живіт овоїдної форми, окружність 100 см, висота дна матки 38 см.

Акушерський статус. Живіт овоїдної форми, рівномірно випнутий вагітною маткою. Перейми ч\з 3 хв, по 30-40сек, середньої сили, безболісні. Положення плода поздовжнє, передлежить голівка (рухома над входом у малий таз), серцебиття плода ясне, ритмічне з частотою 140 поштовхів за 1 хв, вислуховується зліва, нижче пупка.

Піхвове обстеження: Зовнішні статеві органи розвинені правильно. Піхва жінки, що не народжувала. Шийка матки згладжена, розкриття маткового вічка на 6 см. Плідний міхур цілий, під час перейм напружений.

Передлежить голівка, рухома над входом у малий таз. Екзостозів у малому тазі немає.

Через 2 години з'явилися скарги на головний біль. АТ підвищилося до 150/90 мм. рт. ст. на обох руках.

АТ знизився, стан покращився, пологова діяльність продовжується.. Через 2 години відійшли навколоплідні води.

Лабораторно: Аналіз крові клін. - НЬ – 100 г/л, ер. - $3,18 \times 10^i$ /л, L -- $6,2 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 20 мм/год. Аналіз сечі клін. кількість 100 мл, колір світло-жовтий, пит. вага - 1012, L - 1-3 в полі зору. Аналіз виділень на флору: U - 1-2 в полі зору; C- 4-6 в полі зору; V – 6-8 в полі зору паличк. флора.

Відповідь:

1. Скарги на переймоподібні болі в живот та головний біль
2. -АТ підвищилося до 150/90 мм. рт. ст. на обох руках,
-Перейми ч\з 3 хв, по 30-40сек, середньої сили, безболісні. Положення плода поздовжнє, передлежить голівка (рухома над входом у малий таз), серцебиття плода ясне, ритмічне з частотою 140 поштовхів за 1 хв, вислуховується зліва, нижче пупка.
-Піхвове обстеження: Зовнішні статеві органи розвинені правильно. Піхва жінки, що не народжувала. Шийка матки згладжена, розкриття маткового вічка на 6 см. Плідний міхур цілий, під час перейм напружений. Передлежить голівка, рухома над входом у малий таз. Екзостозів у малому тазі немає.
3. Аналіз крові клін. Анемія вагітних легкого ступеня.
Аналіз сечі клін. - без особливостей.
Аналіз виділень на мікрофлору - без особливостей
4. Вагітність I, 39 тижнів, пологи I, поздовжнє, головне, перший період. Хронічна гіпертензія. Анемія легкого ст.
- 5.Пологи продовжувати вести через природні статеві шляхи, проводити лікування гіпертензії. 6.Гіпертонічна хвороба до вагітності.
- 7.Стіл № 10, режим ліжковий.
8. Но-шпа 2% -4 мл в\в, дибазол 1%-3мл в\в, бензогексоній 1%-3мл в\в крапельно, повільно.

Завдання № 20

Вагітна 24 років поступила в пологовий будинок за 2 тижні до очікуваного терміну пологів з діагнозом: вагітність I, 38 тижнів , двійня, анемія 2 ступеня, хронічний гастрит, ст. ремісії, із скаргами на переймоподібні болі внизу живота зранку, нудоту.

З анамнезу: менструації з 14 років через 30 днів по 5-6 днів, помірні, неболючі. Заміжня з 23 років. Дана вагітність перебігала з загрозою переривання в 15-16 та 28-32 тижні вагітності та залізодефіцитною анемією. Лікувалася в стаціонарі.

Об'єктивно: загальний стан задовільний, шкіра та видимі слизові - блідо-рожеві .Пульс 76 уд. за 1 хв., АТ 120/80 мм. рс. ст. Живіт овоїдної форми, окружність 114 см. ВДМ-41 см, положення плодів поздовжнє, передлежання

першого плоду сідничне, другого- головне. Серцебиття першого плода 134 поштовхів за 1 хв. зліва нижче пупка, другого - справа вище пупка 145 уд. за 1 хв.(акушерський статус підтверджений УЗД).

Піхвове дослідження: шийка матки згладжена, маткове вічко розкрито на 4 см, на всьому протязі передлежить плодовий міхур, через який пальпуються сідниці, які притиснуті до входу в малий таз. Мис крижня не досягається, екзостозів в малому тазі нема.

Лабораторно: Аналіз крові клін. - НЬ – 89 г/л, ер. - $2,68 \times 10^i$ /л, L -- $6,2 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 20 мм/год. Аналіз сечі клін. кількість 100 мл, колір світло-жовтий, пит. вага - 1012, L - 1-3 в полі зору. Аналіз виділень на флору: U - 1-2 в полі зору; C- 4-6 в полі зору; V – 6-8 в полі зору паличк. флора.

Відповідь:

- 1.Скарги на пареймоподібні болі внизу живота зранку, нудоту.
- 2.-положення плодів поздовжнє, передлежання першого плоду сідничне, другого- головне. Серцебиття першого плода 134 поштовхів за 1 хв. зліва нижче пупка, другого - справа вище пупка 145 уд. за 1 хв
- шийка матки згладжена, маткове вічко розкрито на 4 см, на всьому протязі передлежить плодовий міхур, через який пальпуються сідниці, які притиснуті до входу в малий таз
3. Аналіз крові клін. Анемія вагітних середнього ступеня
Аналіз сечі клін. - без особливостей.
Аналіз виділень на мікрофлору - без особливостей
- 4.Вагітність I, 38 тижнів, двійня, перший період пологів, сідничне передлежання першого плоду, анемія 2 ступеня, хронічний гастрит, ст. ремісії. Пологи необхідно закінчить шляхом кесарського розтину.
- 6.Анемія 2 ст. викликана хронічним гастритом, та посиленням розходом заліза під час вагітності двійнею.
7. Стіл №0, режим ліжковий.
8. Вагітну має оглянути лікар-анестезіолог, жінка підлягає переводу в пераційний блок.

Завдання №21

Хвора 42 років поступила в гінекологічне відділення зі скаргою на рясні менструації протягом 2 років.

З анамнезу: В дитинстві хворіла на дитячі інфекції, відмічає ювенільні маткові кровотечі. Дорослою – ГРВІ, герпетичні висипання, страждає на хронічний калькульозний холецистит протягом 3 років. Менструації з 12 років, протягом 3-4 днів, через 28 днів. Статеве життя з 19 років. Пологи I та 6 абортів. Вагітності запобігала перерваним статевим актом, а також користувалась “неплідними” днями менструального циклу. Останні 4 роки вагітності не було. З приводу рясних менструацій 2 рази зверталась до дільничного гінеколога. Отримувала симптоматичну гемостатичну терапію. На обліку в жіночій консультації не стоїть.

Об'єктивний статус: Загальний стан відносно задовільний. Шкіра бліда. АТ 115\70 і 120\80 мм рт.ст. Ps – 85 за 1 хв. Набряків немає. З боку внутрішніх

органів: при пальпації живота виявлена помірна болючість в проекції жовчного міхура. Іншої патології не виявлено.

Піхвове дослідження: Зовнішні статеві органи сформовані правильно. В дзеркалах: шийка матки вкрита не зміненим епітелієм. Шийка матки деформована старими рубцями. Бімануально: тіло матки збільшене до 8-9 тиж. вагітності, щільне з окремими субсерозними вузликами, рухома. Додатки матки не пальпуються.

Лабораторні методи дослідження:

Загальний аналіз крові: Нв – 92 г/л, ер. – $2,8 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $8,7 \times 10^9/л$, ШОЕ – 18 мм/год.

Загальний аналіз сечі: сеча світло-солом'яного кольору, пит. вага – 1018, білка немає, епітелій плоский 2-3 у полі зору, лейкоц. – 1-3 у полі зору.

Мазок на мікрофлору з уретри, цервікального каналу, піхви: лейкоцити 3-5 у полі зору, епітелій – окремі клітини у полі зору, гонококи і трихомонади не виявлені.

УЗ-обстеження: В матці інтрамурально розташовані вузли розміром 2x3 та 3x4 см. 2 субсерозних вузли розміром 1,5x2 см. Яєчники розміром: лівий - 3,2x3,5x2,9 см, правий – 3,6x3,8x3,2 см з явищами дрібнокістозної дегенерації. Серединне М-ехо 21 мм на 24 день циклу. В зіскрібку - залозиста гіперплазія ендометрію.

Відповіді:

1. Основні симптоми захворювання, які мали місце у нашої пацієнтки - менструальні кровотечі.

2. Анемія I ступеня (Нв – 105 г/л).

Клінічний аналіз сечі – без патології.

Аналіз виділень на мікрофлору – у нормі.

УЗД: наявність фіброміома матки середніх розмірів,

При гістологічному дослідженні: залозиста гіперплазія матки.

3. Попередній діагноз захворювання: “Фіброміома матки. Маткові кровотечі під час менструації. Вторинна анемія. Калькульозний холецистит з рідкими загостреннями.

4. В план дообстеження включено вишкрібання порожнини з подальшим гістологічним дослідженням.

5. Вишкрібання порожнини матки. Препарати: Оксіпрогестерон капронат 1 мл 12,5 % на 14, 17, 21 день менструального циклу; Нарколут 5-10 мг з 14 по 25 день циклу (до 6 місяців); внутрішньоматкова ситема “Мірена” (на 5-7 років); Депо-провера на 14 і 21 день циклу (200-400 мг в/м, до 6 місяців).

6. Режим – амбулаторний; стіл № 5 під час загострення калькульозного холециститу. В інший час (при ремісії холециститу) стіл № 15.

7. На диспансерному обліку стоятиме до настання менопаузи. В процесі диспансерного обстеження цієї групи хворих використовують УЗ-діагностику. За показаннями повторне вишкрібання порожнини матки з подальшим гістологічними дослідженням зіскрібка. Гістологічне дослідження аспірату порожнини матки – щорічно.

Завдання №22

Хвора 38 років скаржиться на переймоподібні болі в низу живота на протязі 10 днів. Болі супроводжуються помірними кров'янистими виділеннями з піхви

З анамнезу: В дитинстві у віці 5 років апендектомія. Захворюваннями в дитинстві і дорослою не хворіла. Менструації з 13 років, протягом 4-5 днів, через 30 днів встановилися з самого початку без особливостей. Статеве життя з 21 року, заміжня. Пологів – 3, дітей живих – 3, абортів - 2. Вісім років з метою контрацепції використовувала внутрішньоматкові контрацептиви (ВМС). Відмічає, що при використанні ВМС менструації, особливо перші 4-6 місяців були більш рясними. В дільничного лікаря акушер-гінеколога спостерігалась регулярно. На обліку в жіночій консультації не стоїть.

Об'єктивний статус: Загальний стан відносно задовільний. Шкіра і слизові оболонки бліднуваті. АТ 120\80 мм рт.ст. Рс – 78 за 1 хв. Набряків немає. З боку внутрішніх органів: при пальпації живота, вислуховуванні органів грудної клітинки патології не виявлено.

Піхвове дослідження: Зовнішні статеві органи сформовані правильно. В дзеркалах у піхві кров'янисті виділення і вузол тугоеластичної консистенції, який не з'єднаний зі стінками піхви. Шийка матки досягається за вузлом і пропускає 1 палець. Огляду шийки матки в дзеркалах перешкоджає вузол, який знаходиться у піхві. Матка збільшена до 6-7 тиж. вагітності. Додатки матки не пальпуються.

Лабораторні методи дослідження:

Загальний аналіз крові: Нь – 98 г/л, ер. – $3,1 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $9,2 \times 10^9/л$, ШОЕ – 15 мм/год.

Загальний аналіз сечі: сеча світло-солом'яного кольору, пит. вага – 1020, білка немає, лейкоц. – 1-3 у полі зору.

Мазок на мікрофлору з уретри: лейкоцити 10-12 у полі зору. В піхві лейкоцити на $\frac{1}{2}$ поля зору, ер. – $\frac{1}{4}$ поля зору, епітелій – окремі клітини у полі зору, гонококи і трихомонади не виявлені.

УЗ-обстеження: Матка дещо збільшена, порожнина матки розширена виповнена аморфним субстратом. Яєчники розміром: 2,9x2,6x1,9 см з явищами дрібнокістозної дегенерації. Серединне М-ехо не візуалізується.

Відповіді:

1. Основні симптоми захворювання, які мали місце у нашої пацієнтки це переймоподібні болі в низу живота і кров'янисті виділення з піхви.
2. Результат піхвового дослідження, УЗ обстеження. аналізів сечі, крові свідчать про фіброматозний вузол матки на ніжці, що народжується. Анемія.
3. Попередній діагноз захворювання: “Фіброматозний вузол матки, що народжується. Вторинна анемія.”
4. В плані дообстеження - гістологічне дослідження вузла, який видалено та зіскрібка порожнини матки.
5. Видалення фібромазного вузла піхвовим шляхом та лікувально-діагностичне вишкрібання порожнини матки.

6. Режим – стаціонарний (2-3 доби). Стіл № 15.
7. На диспансерному обліку стоятиме на протязі року. УЗ-срінінг. Проводити бімануальне обстеження по показанням після УЗ обстеження. Обстеження аспірату з порожнини матки.

Завдання №23

Хвора 53 років (9 років менопаузи) поступила в гінекологічне відділення зі скаргами на кров'янисті виділення з піхви на протязі місяця. Відомо також, що вона отримує ЗГТ (замісна гормонотерапія) в зв'язку з тяжким перебігом клімактеричного періоду.

З анамнезу: В дитинстві хворіла на дитячі інфекції, ГРВІ, часто ангіни. Менструації з 12 років, з самого початку без особливостей. Статеве життя з 20 років. Пологів – 2, абортів - 4. Будь які контрацептиви не використовувала. Після 40 років контрацептиви не використовувала і не вагітніла. З 43 років знаходилася на “Д” обліку в зв'язку з фіброміомою матки. Клінічний перебіг фіброміоми малосимптомний, розміри матки до 10 тиж. вагітності.

Менопауза з 49 років. В 52 роки знята з “Д” обліку так, як матка зменшилася до 5 тиж. вагітності. 4 роки страждає на тяжкі клімактеричні розлади (емоційно-психічна форма, а також періодична лихоманка). Отримує ЗГТ і тому періодично спостерігається гінекологом. При останньому огляді 1 місяць тому виявлено, що матка збільшена до 9 тиж. вагітності. Розміри матки підтверджені при УЗ дослідженні. Розпочались мажучі кров'янисті виділення з матки потягом місяця.

Об'єктивний статус: Загальний стан відносно задовільний. Шкіра і слизові оболонки бліднуваті. АТ 160\80 мм рт.ст. Рс – 85 за 1 хв. Набряків немає. З боку внутрішніх органів: при пальпації живота патології не виявлено. В легенях везикулярне дихання. Сог- тони приглушені, акцент II тону, на аорті.

Піхвове дослідження: Зовнішні статеві органи сформовані правильно. Піхва жінки, що народжувала без ознак атрофії. Шийка матки довжиною 2 см, циліндричної форми. Матка збільшена до 9 тиж. вагітності. З цервікального каналу мажучі кров'янисті виділення. Додатки матки не пальпуються.

Лабораторні методи дослідження:

Загальний аналіз крові: Нв – 108 г/л, ер. – $3,2 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $7,5 \times 10^9/л$, ШОЕ – 12 мм/год.

Загальний аналіз сечі: сеча світло-солом'яного кольору, пит. вага – 1020, білка, цукру немає, лейкоц. – 2-3 у полі зору.

Мазок на мікрофлору з уретри, цервікального каналу, піхви: лейкоцити 3-5 у полі зору. Епітелій піхви – клітини проміжного епітелію, гонококи і трихомонади не виявлені.

УЗ-обстеження: Матка дифузно збільшена до 9 тиж. вагітності. Яєчники атрофічні розміром: 1,2x1,4x0,9 см і. Фолікули не візуалізується. Серединне М-ехо 8-9 мм.

В крові натще – цукор 8,5 ммоль/л.

Відповіді:

1. Основні симптоми захворювання: дратівливість, припливи, маткова кровотеча після 9 років менопаузи, ріст фіброміоми матки в менопаузі на фоні ЗГТ .
2. Результат піхвового дослідження, УЗ обстеження. аналізів сечі, крові свідчать про збільшення фіброміоми матки на фоні прийому ЗГТ, а також залозиста гіперплазія ендометрію. При обстеження також виявлено цукровий діабет II тип, що потребує корекції дієтою та можливо цукрознижуючими засобами.
3. Попередній діагноз захворювання: Клімактеричний синдром (КС). Фіброміома матки. Збільшення матки в менопаузі і кровотеча на фоні ЗГТ. Гіпертонічна хвороба II ст. Ожиріння I ступеню. Діабет II типу.
4. В плані дообстеження - фракційне вишкрібання порожнини матки з наступним гістологічним дослідженням зіскрібка. Консультація ендокринолога терапевта.
5. Принцип лікування – відміна ЗГТ. Якщо стан пацієнтки буде тяжким, внаслідок клімактеричного синдрому, видалити матку з додатками і продовжити ЗГТ.
6. Режим – стаціонарний. Дієта з виключенням рафінованих сахарів, обмеження загального калоражу.
7. Тактика диспансерного нагляду:
 - а) в разі вирішення питання про радикальне оперативне лікування фіброміоми матки (екстирпація матки з додатками), при відсутності злоякісних змін, “Д” спостереження на протязі року.
 - б) якщо питання вирішиться про відміну ЗГТ спостереження триває до зменшення матки до початкових розмірів. УЗ дослідження (серединне М-ехо <5 мм. Доброякісний аспірат з порожнини матки.

Завдання № 24

Хвора 47 років поступила в гінекологічне відділення зі скаргами на рясні менструації на протязі 2 років. Отримувала симптоматичну терапію, вишкрібання порожнини матки не було. Остання менструація закінчилася 10 днів тому.

З анамнезу: В дитинстві хворіла на дитячі інфекції, ГРВІ, ангіни. Менструації з 13 років по 5-6 днів через 32 дні. Статеве життя з 22 років. Пологів – 2, абортів - 3. Після 40 років вагітності не було. Від вагітності не запобігалася.

Об’єктивний статус: Загальний стан відносно задовільний. Шкіра і слизові оболонки бліді. З боку внутрішніх органів: при пальпації живота патології не виявлено.

Піхвове дослідження: Зовнішні статеві органи сформовані правильно. Епітелій піхви і шийки матки без пошкоджень. Шийка матки довжиною 5 см, збільшена в діаметрі. Матка при біманульному дослідженні збільшена до 14-15 тиж. вагітності, тугоеластичної консистенції, рухлива. Додатки матки не пальпуються.

Лабораторні методи дослідження:

Загальний аналіз крові: Нв – 82 г/л, ер. – $2,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $6,4 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 12 мм/год.

Загальний аналіз сечі: сеча світло-солом’яного кольору, пит. вага – 1020, білка, цукру немає, лейкоц. – 2-3 у полі зору.

Мазок на мікрофлору з уретри, цервікального каналу, піхви: гонококи і трихомонади не виявлені.

УЗ-обстеження: Матка збільшена до 14-15 тиж. вагітності.. Яєчники розміром: правий - 4,2x3,8x3,5 см з ознаками дрібнокістозної дегенерації. Лівий - 4,2x3,8x3,5 см. Фолікули не візуалізується. Серединне М-ехо 9 мм.

В крові натще – цукор 4,6 ммоль/л.

Відповіді:

1. Основні симптоми захворювання: менорагія, загальна слабкість, анемія..
2. Результат піхвового дослідження, УЗ обстеження. аналізів сечі, крові свідчать про анемію, великих розмірів матку, збільшені зі змінами яєчники, гіпертрофія шийки матки.
3. Попередній діагноз захворювання: Симптомна фіброміома матки великих розмірів, гіпертрофія шийки матки. Вторинна анемія.
4. В плані дообстеження - фракційне вишкрібання порожнини матки з наступним гістологічним дослідженням зіскрібка.
5. Лікування оперативне в об'ємі екстирпації матки з додатками. В післяопераційному періоді проводити знеболюючу, антибактеріальну , трансфузійну терапію та профілактику тромбоемболічних ускладнень.
6. Режим під час оперативного лікування та в післяопераційний період стаціонарний. Дієта загальний стіл.
7. Після радикального оперативного лікування на “Д” спостереженні на протязі року.

Завдання № 25

Хвора 48 років відзначає, що у неї періодично місячні бувають рясні, після затримки на 2-3 тижні на протязі останніх 2 років.

З анамнезу: В дитинстві хворіла на дитячі інфекції, ГРВІ, ангіну, герпетичні висипання. Хронічних соматичних захворювань не відзначає. Менструації з 13 років, установились відразу через 28 днів. Ювенільними кровотечами не страждала. Пологів – 2, аборт медичний - 1. Від вагітності використовувала ВМС. З приводу місячних зверталась до дільничного гінеколога. Отримувала симптоматичну, гемостатичну терапію. На “Д” обліку в жіночій консультації не стоїть.

Об'єктивний статус: Загальний стан відносно задовільний. Шкіра і слизові оболонки бліді. АТ 130\80, 130\90 мм рт.ст. З боку внутрішніх органів: при пальпації живота патології не виявлено.

Піхвове дослідження: Зовнішні статеві органи сформовані правильно. Епітелій піхви і шийки матки без пошкоджень. В дзеркалах: піхва і шийка матки вкрита незміненим епітелієм. При бімануальному дослідженні: шийка матки циліндричної форми, тугоеластичної консистенції. Матка дещо збільшена, рухлива. Зліва від матки пальпується збільшений додаток розміром 5x6 см, еластичної консистенції, еластичний, безболісний.

Лабораторні методи дослідження:

Загальний аналіз крові: НЬ – 90 г/л, ер. – $3,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $8,2 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 12 мм/год.

Загальний аналіз сечі: без патологічних змін.

Мазок на мікрофлору з уретри, цервікального каналу, піхви: лейкоцити 3-5 в полі зору, гонококи і трихомонади не виявлені.

В мазках на цитологію з шийки матки, цервікального каналу: атипів клітини не виявлені.

В мазках на гормональне дзеркало: 90% епітеліальних клітин піхви з пікнотичним ядром.

УЗ-обстеження: Матка дещо збільшена. Серединне М-ехо 22 мм. зліва від матки в лівому яєчнику – фолікулярна кіста.

Гістероскопія: виявлено залозистий поліп.

Відповіді:

1. Основні симптоми захворювання: менорагія, загальна слабкість, анемія..
2. Результати піхвового дослідження, аналізів сечі в нормі. Аналіз крові свідчить про анемію. УЗ дослідження: матка дещо збільшена, М-ехо 22 мм, в лівому яєчнику фолікулярна кіста. Мазок на гормональне дзеркало: 90% епітеліальних клітин з пікнотичними ядрами.
3. Попередній діагноз захворювання: ДМК (по типу геморагічної метрорпатії по Шредеру). Вторинна анемія.
4. В плані дообстеження – в умовах стаціонару лікувально-діагностичне вишкрібання порожнини матки з наступним гістологічним дослідженням зіскрібка.
5. Лікування амбулаторне. Використати внутрішньоматкову систему “Мірена”. За відсутністю системи “Мірена” під час менструальної кровотечі використати нестероїдні, протизопальні препарати (ібубруфен, мезаменова кислота). Можна використати трансамінову кислоту 1 т х 4 рази на добу з 1 по 4 день. Цій групі лікування ефективно прогестогенами (рекомендується 15 мг нортестостерона з 5 по 26 день менструального циклу). Антианемічна терапія препаратами заліза.
6. Режим після вишкрібання порожнини матки амбулаторний. Стіл № 15, дієта збагачена залізом та білком.
7. “Д” спостереження у жіночій консультації (1 раз на рік з цитологічним аспірату із матки на атипів клітини, УЗ обстеження). На “Д” нагляді до настання менопаузи.

Завдання №26

Дівчинка 14 років поступила у гінекологічне відділення зі скаргами на слабкість, відсутність апетиту, підвищену втомлюваність. Останні місячні розпочались 2 тиж. тому і продовжуються по теперішній час. Менархе – 6 місяців.

З анамнезу: Хворіла на вітряну віспу, часто на ГРВІ, ангіну. Хронічних соматичних захворювань не відмічає. З приводу кровотечі до лікаря звернулася вперше.

Об'єктивний статус: Загальний стан незадовільний. Шкіра і слизові оболонки бліді. АТ 90\60 мм рт. ст. на обох руках. З боку внутрішніх органів: при пальпації живота патології не виявлено.

Ректальне і ректоабдомінальне обстеження: матка в антефлексію, рухома, відношення шийки матки до тіла 1 : 2,5. Додатки не пальпуються.

Лабораторні методи дослідження:

Загальний аналіз крові: Нв – 85 г/л, ер. – $2,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $6,6 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 28 мм/год.

Загальний аналіз сечі: пит. вага – 1017, білка немає, лейкоц. – 1-2 у полі зору.

Мазок на мікрофлору з уретри і піхви (взятий з природного отвору в гімені): лейкоцити 5-10 в полі зору, епітелій і поодинокі клітини в полі зору гонококи і трихомонади не виявлені.

УЗ-обстеження: Матка звичайного розміру. Відмічаються яєчники розміром: правий - 2,6x2,3x1,9 см з ознаками дрібнокістозної дегенерації. Лівий - 2,7x2,4x2,0 см. В корковому шарі – атретичні фолікули.

При дообстеженні: базальна температура монофазна, каріопікнотичний індекс при взятті мазків на гормональне дзеркало 4%-55% перед кровотечею.

Відповіді:

1. У дівчинки обтяжений інфекційний анамнез. Основні скарги: маткова кровотеча, слабкість, відсутність апетиту.
2. Анемія III ст (Нв 85 г/л). Клінічний аналіз сечі без патології. Аналіз виділень на мікрофлору у нормі. Уз дослідження – в корковому шарі мілкокістозна дегенерація (атрофія фолікулів).
3. Основний діагноз захворювання: Ювенільна маткова кровотеча. Вторинна анемія.
4. В плані дообстеження – група крові, резус-фактор, RW, коагулограма, час згортання, продовження кровотечі. Біохімічний аналіз крові (загальний білок, білірубін, АЛГ, АСТ, сечовина, креатинін), цукор крові.
5. Лікування стаціонарне. Лікування анемії (препарати заліза: сорбіфер 1 т. х 2 рази, тардіферон (80 мг заліза) по 1 т. х 2 р. на день 2-3 міс., потім по 1 т. х на день 3 міс.). Полівітаміни: прегнакомплекс по 1 т. х на день, прегнавіт по 1 т. х на день. Вітаміни гр. В, аскорбінова кислота, рутин, фолієва кислота, утеротонічні засоби, кальцію глюконат або хлорид – 10 мл 10% розчину в/в. До ліквідації гіповалемії – інфузійно-трансфузійну терапію (переливання препаратів крові, декстронів, кристалоїдів). Консервативний гемостаз. Естроген-гестагенними препаратами (оральними контрацептивами). Естронген-гестагенні препарати з вмістом 50 мкг естродіолу призначають по 4-5 т. х на добу до припинення кровотечі (вона припиняється до кінця першої доби). Потім дози зменшують по 1 т. х на добу, доводячі до 1 т., після чого продовжують лікування протягом 16-18 днів (загальна тривалість естроген-гестагенних препаратів становить 21 день).
Можна призначити іншу схему. Мікрофолін (етінілестрадіол) по 0,05 мг в середньому 4-5 разів на день до припинення кровотечі. Надалі дозу

зменшують, доводячи до 0,05 мг на добу протягом 8-10 днів. Після цього зразу призначають норколут по 5 мг протягом 10 днів.

6. Режим стаціонарний. Стіл № 15, дієта збагачена залізом та білком: 120-150 гр м'яса; 150-200 гр риби; овочі, фрукти, молоко, кефір до 1 л.
7. Профілактика рецидивів ДМК за наявності гіперпластичних процесів в ендометрії – норколут 5 мг з 16-го по 25 день менструального циклу. Велике значення для профілактики мають оздоровчі заходи: санація вогнища інфекції, заняття фізичною культурою, вітамінотерапія. Прогноз є сприятливим за умови адекватного лікування.

Завдання № 27

Жінка 44 років відзначає, що у неї на протязі останніх років місячні, після затримки на 2-3 тижні бувають дуже рясні.

З анамнезу: В дитинстві хворіла на дитячі інфекції, ГРВІ, ангіну. Хронічних соматичних захворювань не відзначає. Менструації з 12 років, установились відразу по 5 днів через 30 днів. Пологів – 3, абортів не було. Від вагітності використовувала ВМС. З приводу цих кровотеч дільничний лікар призначав гемостатичну терапію, тономоторні засоби, препарати заліза. На “Д” обліку в жіночій консультації не стоїть. Робота пацієнтки пов'язана з постійними стресами.

Об'єктивний статус: Загальний стан задовільний. Шкіра і слизові оболонки бліднуваті. АТ 120\80, 120\80 мм рт.ст. З боку внутрішніх органів: при пальпації живота патології не виявлено.

Піхвове дослідження (на 7 день затримки місячних): Зовнішні статеві органи сформовані правильно. В дзеркалах: піхва і шийка матки з цілим епітелієм. В цервікальному каналі прозорий, тягучий слиз. При бімануальному дослідженні: піхва жінки, що народжувала. Шийка матки з щілеподібним зовнішнім вічком. Матка в антефлексію, звичайних розмірів, рухлива, безболісна. При пальпації додатки матки не визначаються, проекція їх безболісна.

Лабораторні методи дослідження:

Загальний аналіз крові: Нв – 110 г/л, ер. – $3,8 \times 10^{12}/л$, лейк. – $7,6 \times 10^9/л$, ШОЕ – 14 мм/год.

Загальний аналіз сечі: без патологічних змін.

Мазок на мікрофлору з уретри, цервікального каналу, піхви: лейкоцити 3-5 в полі зору, гонококи і трихомонади не виявлені.

В мазках на атипові клітини – нормальний епітелій.

Слиз з цервікального каналу – симптом папороті (+++).

В мазках на гормональне дзеркало (після затримки місячних): каріопікноз - 100%.

УЗ-обстеження: Матка звичайних розмірів. В яєчнику з права фолікул розміром 26 мм. Яєчник розміром - 3,2x2,6x2,1 см. В лівому яєчнику - 3,4x2,6x2,3 см окремі фолікули різного діаметру.

Виконано лікувально-діагностичне вишкрібання матки. В зіскрібку виявлено аденоматозну гіперплазію ендометрія.

Відповіді:

1. Основні симптоми захворювання: рясні менструації після затримки на 2-4 тижні. У пацієнтки постійні стресові ситуації на роботі.
2. Результати аналізів крові та сечі в нормі. Мазок на мікрофлору з вагітні, уретри, цервікального каналу: лейкоцити 3-5 в полі зору, гонококи і трихомонади не виявлені. Симптом зіниці – позитивний, після 7 днів затримки місячних. Симптом папороті (+++), що свідчить про абсолютну гіперестрогенію. Підтвердження абсолютної гіперестрогенії є каріопікноз, який складає 100%. Дані УЗД дослідження свідчать про гіперпластичні зміни в ендометрії. М-ехо 22 мм. В правому яєчнику фолікул 26 мм, що свідчить про його персистенцію, а функціональні тести свідчать про абсолютну гіперестрогенію.
3. Попередній діагноз: ДМК в репродуктивному віці. Діагноз кінцевий підтверджений гістологічним дослідженням ендометрію.
4. В зскрібку з порожнини матки виявлено аденоматозну гіперплазію ендометрію.
5. Тактика лікування аденоматозної гіперплазії ендометрію, терапія хворих з аденоматозними змінами ендометрію, як правило проводиться гормональними засобами в неперервному режимі на протязі 6 місяців. Використовують препарати з вираженою антигонадотропною дією (доназол, гестріон) – 6 місяців. Для оцінки ефективності гормонотерапії через 3 місяці від початку лікування виконують ехографію, цитологію аспірату. Після закінчення лікування через 6 місяців – контрольне діагностичне вишкрібання ендометрію і гістологічне дослідження.
6. Режим амбулаторний. Стіл № 15.
7. Своєчасне “Д” спостереження, адекватне лікування аденоматозної гіперплазії ендометрію з попередженням розвитку раку ендометрію.

Завдання № 28

У жінки 24 років менструації не регулярні, по декілька разів на рік по 10-12 днів. Від вагітності не запобігалася і не вагітніла.

З анамнезу: В дитинстві хворіла на дитячі інфекції. Місячні були регулярними. Статеве життя з 22 років. Вагітностей і пологів не було. З приводу непліддя, ожиріння і гірсутного синдрому зверталася до дільничного гінеколога. Біла направлена в гінекологічний стаціонар. З приводу цього захворювання на “Д” спостереженні не стоїть.

Об’єктивний статус: Загальний стан задовільний. Шкіра блідо-рожевого кольору. АТ 130\80, 130\90 мм рт.ст. Ожиріння II ст. Помірно виражений гірсутний синдром.

Піхвове дослідження: Зовнішні статеві органи сформовані правильно. Оволосіння по чоловічому типу. В дзеркалах: піхва і шийка матки з цілим епітелієм. Виділення в піхві сірувато-білого кольору, збільшені в об’ємі. Матка дещо зменшена в об’ємі, рухлива, при пальпації болісна. Додатки дещо збільшені.

Лабораторні методи дослідження:

Загальний аналіз крові: Нв – 118 г/л, ер. – $3,8 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $6,7 \times 10^9/л$, ШОЕ – 12 мм/год.

Загальний аналіз сечі: сеча світло-солом'яного кольору, пит. вага – 1017, білка немає, лейкоцити – 2-3 у полі зору.

Мазок на мікрофлору з уретри, цервікального каналу, піхви: гонококи і трихомонади не виявлені.

В мазках на гормональне дзеркало: цитоліз.

УЗ-обстеження: Матка дещо зменшена у розмірах Яєчники з ущільненою зовнішньою оболонкою. В кутікальному шарі фолікули на різних стадіях розвитку, зрілих фолікулів не виявлено. При МСГ - труби прохідні. Спермограма нормальна.

Відповіді:

1. Основні симптоми захворювання: рідкі менструації, які бувають подовженими до 10-12 днів. Хвору турбує ожиріння, неплідність..
2. Результати аналізів крові та сечі в нормі. Спермограма у чоловіка нормальна. Базальна температура нормальна. Маткові труби по МСГ прохідні.
3. Попередній діагноз: ДМК. Первинна неплідність, зумовлена порушенням менструального циклу. СКЯ.
4. В плані дообстеження: вишкрібання порожнини матки з подальшим гістологічним обстеженням.
5. Тактика лікування. Показана стимуляція овуляції хломідією на 5,7,9,11,12 день менструального циклу в дозі 50 мг (100 мг) 3-4 менструальних цикли. У разі неефективності стимуляції на 13-14 день циклу використати ХГ (профазі). Стимуляцію проводити під контролем базальної температури, УЗ дослідження. Перед стимуляцією показане лікування ожиріння. Як що вагітність не настає, показане оперативне лікування – операція декортикації яєчників, або кліноподібної резекції яєчників. Вагітність настає у 60-70%. Якщо констатується СКЯ після 40-45 років показана стимуляція овуляції з метою запобігання монофазних циклів, запобігання гіперпластичних процесів в ендометрії, як передумови раку тіла матки.
6. Режим амбулаторний. Дієта повинна сприяти нормалізації маси тіла.
7. На “Д” обліку стояти до настання стійкої менопаузи (клімакса).

Задача №29

Вагітна 17 років поступила в ОПБ по направленню жіночої консультації 15 вересня. Скарг немає.

З анамнезу: росла і розвивалася відповідно віку. З перенесених захворювань відзначає дитячі інфекції, простудні захворювання. Менструації з 14 років, по 3 дні, через 30 днів, виділення помірні. П/м з 13-16 / V. Теперішня вагітність I.

У ЖК спостерігалася регулярно з ранніх термінів. У терміні 5-6 тижнів вагітність ускладнилася блювотою легкого ступеня. Лікування раннього гестоза проводилося амбулаторно, ефект позитивний.

Status praesens: загальний стан задовільний, шкірні покриви і видимі слизуваті оболонки фізіологічного кольору, помірно вологі. Рс-80 уд', АТ 120/80 – 115/75 мм рт.ст. З боку внутрішніх органів патологічних змін не виявлено. Набряків немає. Середнє збільшення у вазі за тиждень протягом останнього місяця 480-520 гр. Проба Мак-Клюра-Олдрича 25'. Розміри таза: 24-26-28-19 см. Живіт збільшений в обсязі за рахунок вагітної матки. Матка в нормальному тонусі, ОЖ –

89 см, ВСДМ – 35 см. У дна матки пальпується тазовий кінець плода, у нижньому сегменті матки – округла, щільна, з чіткими контурами – голівка, рухлива над входом у малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне до 150 уд', вислуховується праворуч нижче пупка.

Піхвове дослідження: зовнішні полові органи розвинені правильно. Оволосіння за жіночим типом. Шийка матки циліндричної форми, слизова чиста, зовнішнє маткове вічко зімкнуте. Виділення з цервікального каналу слизуваті, помірні.

Per vaginum: піхва вільна для дослідження. Шийка матки сформована, довжиною 3 см, щільна, відхилена дозад від провідної вісі малого таза, зовнішнє вічко цервікального каналу закрите. Через склепіння піхви визначається щільна, округла, з чіткими контурами частина плода, рухлива над входом у малий таз. Мис не досягається.

Лабораторні методи обстеження: загальний аналіз крові – ер $3,5 \times 10^{12}/л$; Нв 135 г/л; Нт 42%; ЦПК-0,9; тр $190 \times 10^9/л$; ШОЕ-40 мм/год.

Аналіз сечі клин.: жовта, прозора, пит. вага 1010, реакція кисла, L 1-2 у полі зору; епітелій плоский 1-2 у полі зору.

Проба по Зимницкому: добовий діурез 800 мл, денний 300 мл, нічний 500,0; питома вага 1010-1015.

Відповіді:

1. Вагітна поступила в стаціонар у терміні 35 тижнів вагітності, без скарг. При зборі анамнестичних даних привертають увагу наступні симптоми - патологічне збільшення у вазі 480-520 гр. у тиждень (у нормі до 350 гр. у тиждень), також позитивна проба Мак-Клюра Олдрича-25 хв, що вказує на наявність схованих набряків, гіпостенурія-(N 1025-1020).

2. Клин. аналіз крові в межах норми, у сечі –гіпостенурія.

3. Діагноз основний: I вагітність 35 тиж. Положення плода поздовжнє, II позиція, передній вид, головне передлежання.

Ускладнення Прееклампсія легкого ступеня.

Супутній: юна первородяща ОРСТ I ст.

4. План дообстеження вагітної :RW, група крові Rh фактор, клінічний аналіз крові розгорнутий, кров на цукор, коагулограма, біохімічний аналіз крові, аналіз сечі на цукор, клінічний аналіз сечі в динаміці, аналіз сечі по Нечипоренко, мазок з піхви на мікрофлору, УЗД плода с доплерометрією маткових і пупкових артерій, КТГ плода, консультація терапевта, контроль АТ і ваги в динаміці.

5. Лікування проводити в умовах відділення патології вагітності.

контроль АТ, призначити інфузію сірчанокислої магнезії 25% в/в крапельно, з наступним переходом на в/м введення, актовегін в/м, полівітаміни, нирковий збір, спазмолітики в/м (баралгін, но-шпа, папаверину гідрохлорид).

У терміні родів з початком регулярної родової діяльності пологи вести консервативно, через природні родові шляхи, з функціональною оцінкою таза. Проводити в родах профілактику внутрішньоутробної гіпоксії плода, кровотечі в родах і ранньому післяпологовому періодах, під суворим контролем АТ. Пологи вести разом з анестезіологом, неонатологом. У випадку відхилення від

нормального перебігу пологів, план введення переглянути убік оперативного родорозрішення.

6. Режим напівпостільний, стіл № 15. Один раз у тиждень проводити розвантажувальні дні (сирні, овочеві, фруктові). Контроль ваги щодня.

7. Після пологів рекомендоване диспансерне спостереження у нефролога, уролога, терапевта протягом року. Підготовка до майбутньої вагітності через 2-3 роки.

Задача № 30

Вагітна 30 років, надійшла в пологовий будинок 04.06.05 р. за направленням ЖК.

Скарги на набряки гомілок протягом останнього тижня.

З анамнезу. Росла і розвивалася відповідно до віку. З перенесених захворювань: двостороння пневмонія. Протягом останніх 4-х років страждає на нейроциркуляторну дистонію по гіпертонічному типу. Менструації з 14 років по 4 дні, через 30 днів, виділення помірні. Останні місячні 20-24 жовтня. Вагітність II, пологи – II. I вагітність 3 роки тому закінчилася терміновими родами дитиною чоловічої статі, вагою 3500,0 м, ріст 50 см. Перша вагітність і пологи протікали на тлі артеріальної гіпертензії. АТ 145/90 мм рт.ст., з II половини вагітності постійно спостерігалися набряки гомілок.

З приводу теперішньої вагітності в ЖК спостерігається з 7 тижнів, регулярно.

I половина вагітності протікала без ускладнень. З 30 тижнів середнє збільшення ваги 500 м у тиждень, з'явилися набряки гомілок. Загальний стан задовільний. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки бліді, помірно-вологі. Рс 80 уд. за хв., АТ 140/90-150/90 мм рт.ст. З боку внутрішніх органів патології не виявлено. Набряки гомілок, передньої черевної стінки. Розміри таза: 27-30-32-21 см. Живіт збільшений вагітною маткою. Матка в тонусі. ВСДМ на середині між пупком і мечеподібним відростком. ОЖ – 85 див; ВСДМ – 30 див. Передлежить – головний кінець, рухливий над входом у малий таз. Серцебиття ясне, ритмічне до 136 уд. за хв, праворуч нижче пупка.

Піхвове дослідження: зовнішні полові органи розвинені правильно, оволосіння за жіночим типом. Шийка матки довжиною до 3 см, зовнішнє вічко закрито. Виділення слизові.

Лабораторні методи обстеження. Загальний аналіз сечі: колір - жовтий пит. вага 1010, реакція кисла, білок 0,033 г/л, лейкоцити 1-2 у полі зору, епітелій перехідний-0-1 у полі зору, плоский –2-4 у полі зору.

Загальний аналіз крові: ер $4,0 \times 10^{12}/л$; Нв 130 г/л; Нт 42 %; ЦПК – 0,8; тр $190 \times 10^9/л$; L $6 \times 10^9/л$; ШОЕ – 25 мм/год.

Додаткові методи обстеження. Токограма: базальний тонус матки 10 мм рт.ст., родової діяльності немає.

Відповіді:

1. Вагітна надійшла зі скаргами на набряклість гомілок протягом останнього тижня. Протягом останніх 4 років страждає на нейродискуляторну дистонію по гіпертонічному типі. Попередня вагітність також протікала на тлі підвищених

цифр АТ. З 30 тижнів відзначається патологічне збільшення у вазі (500гр за тиждень). АТ 140/90-150/90 мм рт.ст

2. Клінічний аналіз крові - у межах норми.

Клінічний аналіз сечі –білок у сечі 0,033г/л.

3. Діагноз основний: II Вагітність 32 тижня. Положення плоду поздовжнє, II позиція, передній вид, головне передлежання.

Ускладнення: Поєднана прееклампсія легкого ступеня тяжкості на тлі НЦД по гіпертонічному типу.

4.План дообстеження вагітної :RW, група крові Rh фактор, клінічний аналіз крові розгорнутий, кров на цукор, коагулограма, біохімічний аналіз крові, аналіз сечі на цукор, клінічний аналіз сечі в динаміці, аналіз сечі по Нечипоренко, аналіз сечі по Зимницькому, мазок з піхви на мікрофлору, УЗД плода с доплерометрією маткових і пупкових артерій, контроль АТ і ваги в динаміці, консультації фахівців: терапевта, уролога, нефролога. Провести біофізичний профіль плода.

5.Лікування проводити в умовах відділення патології вагітності.

під контролем АТ, призначити інфузію сірчаноокислої магnezії 25% в/в крапельно, з наступним переходом на в/м введення, актовегін в/м, полівітаміни, нирковий збір, спазмолітики в/м (баралгін, но-шпа, папаверину гідрохлорид).

У терміні пологів, з початком регулярної родової діяльності пологи вести консервативно, через природні родові шляхи, з функціональною оцінкою таза. Проводити в родах профілактику внутрішньоутробної гіпоксії плоду, кровотечі в родах і ранньому післяпологовому періодах, під суворим контролем АТ. Пологи вести разом з анестезіологом, неонатологом. У випадку відхилення від нормального перебігу пологів, план ведення переглянути убік оперативного родорозрішення.

6. Режим напівліжковий, стіл № 15. Один раз у тиждень проводити розвантажувальні дні (сирні, овочеві, фруктові). Контроль ваги щодня.

7. Після пологів рекомендоване диспансерне спостереження у нефролога, уролога, терапевта протягом року. Підготовка до майбутньої вагітності через 2-3 роки.

Задача № 31

Вагітна 25 років, 1 березня в екстреному порядку доставлена бригадою швидкої допомоги в пологовий будинок.

Скарги: на сильні головні болі, миготіння «мушок» перед очима, біль в епігастральній області.

З анамнезу: дитячі інфекції, ГРВІ. Менструація з 13 років, по 5 днів, через 26 днів, виділення помірні. Остання менструація 6-11.06.05 р. Теперішня вагітність I. У ЖК спостерігається з 14 тижнів, нерегулярно. Протягом останнього місяця середнє збільшення у вазі за тиждень 750,0 гр. Два тижні назад з'явилися набряки гомілок, протеїнурія 0,033-0,09 г/л, від госпіталізації відмовлялася.

Status praesens: загальний стан важкий. Шкірні покриви і слизові бліді, помірно вологі. Т – 37,0 С, Ps – 85 у хв. АТ 180/100 – 190/110 мм рт.ст. Набряки генералізовані.

Розміри таза: 26-29-31-20 см. Живіт збільшений вагітною маткою. Матка в нормальному тонусі. ВСДМ 40 см, ОЖ – 98 см. Серцебиття плода приглушене, ритмічне до 135 уд. за хв., вислуховується нижче пупка ліворуч.

Зовнішні полові органи розвинені правильно. Оволосіння за жіночим типом. Шийка матки циліндричної форми, укорочена до 2 см, м'яка, незначно відхилена дозад від провідної вісі малого таза. Передлежить голівка, рухлива над входом у малий таз. Мис не досяжний.

Лабораторні і додаткові методи обстеження: Клінічний аналіз сечі: сеча темно-жовта, мутна, пит. вага 1010, реакція кисла, білок 1,0 г/л, цукор – 0; L 1-2 у полі зору; епітелій плоский 2-3 у полі зору. Очне дно: ангіопатія І Б ст.

УЗД. Плацента товщиною 35 мм, однорідна розташована по задній стінці, ІІІ ст. зрілості. Легені плоду ІІ ст. зрілості. ПВП – 3200,0 ± 200,0.

Відповіді:

1. Вагітна доставлена бригадою швидкої медичної допомоги у важкому стані зі скаргами на сильний головний біль, мерехтіння “мушок перед очима”, генералізовані набряки протягом останніх 14 днів. Раніше від госпіталізації відмовлялася, у жіночій консультації спостерігалася не регулярно. Визначається патологічне збільшення у вазі (750 гр за тиждень). АТ 180/100 – 190/110 мм рт.ст.

2. Клінічний аналіз сечі (cito) сеча темно-жовта, мутна, пит. вага 1010, реакція кисла, білок 1,0 г/л, L 1-2 у полі зору; епітелій плоский і перехідний 2-3 у полі зору.

3. Діагноз основний: І Вагітність 38 тижнів. Положення плоду поздовжнє, ІІ позиція, передній вид, головне передлежання.

Ускладнення: Преєклампсія важкого ступеня. Хронічна внутрішньоутробна гіпоксія плоду легкого ступеня.

4. План дообстеження вагітної: RW, група крові Rh фактор, клінічний аналіз крові розгорнутий, кров на цукор, коагулограма, біохімічний аналіз крові, аналіз сечі на цукор, клінічний аналіз сечі в динаміці, аналіз сечі по Нечипоренко, аналіз сечі по Зимницькому, мазок з піхви на мікрофлору, УЗД плода с доплерометрією маткових і пупкових артерій, контроль АТ - 4 рази в день, консультації фахівців: терапевта, уролога, нефролога, окуліста. Провести біофізичний профіль плоду.

5. Тактика лікування. Показано негайну госпіталізацію у відділення реанімації і інтенсивної терапії.

а) Лікувально-охоронний режим. Нейролептанальгезія (фентаніл, дроперідол, промедол)

б) Керована гіперволемічна гемодилуція гіперонкотичними розчинами з одночасною керованою гіпотонією. Реополіглюкін, рефортан, стабізол, плазма, глюкоза 40%. Обсяг інфузійної терапії 800-1200 мл. Контроль пульсу, АТ, ЦВД, погодинного діурезу. Швидкості інфузії, швидкості зниження АТ.

в) спазмолітичні засоби: еуфіллін, но-шпа, папаверин.

г) антиагреганти: курантил, трентал.

д) антиоксиданти і мембранопротектори: вітаміни А,Е,С,Р.

е) лікування гіпоксії плоду, метаболічна терапія

ж) ендоцервікальне введення препидил гелю, для підготовки шийки матки до родів.

з) оксигенотерапія. Гіпербарична оксигенація.

6. Режим суворо постільний, обмежити різні слухові і звукові подразники.

7. Після родорозршення рекомендоване диспансерне спостереження в нефролога, уролога, терапевта, окуліста протягом року. Підготовка до майбутньої вагітності через 2-3 роки.

Задача № 32

Машиною швидкої допомоги 10 листопада доставлена в перинатальний центр породілля Д., 25 років, у зв'язку з родовою діяльністю, що почалася.

Скарги на переймоподібний біль внизу живота, рясні, слизуваті виділення зі статевих шляхів.

З анамнезу: Остання менструація 18-22 березня. Вагітність третя, бажана, у жіночій консультації спостерігається регулярно. Вагітність ускладнилася анемією легкого ступеня, одержує сорбіфер по 1 табл. у день, ефект від лікування позитивний.

Перша і друга вагітності закінчилися медичними абортами, післяабортний період ускладнився метроендометритом. Одержувала стаціонарне лікування протягом 2-х тижнів.

Status praesens: Стан задовільний. Температура тіла 36,8 С. Рс – 92 уд. за хв., АТ 110/70 мм рт.ст. на обох руках. Набряків немає.

Status obstetricus: ОЖ – 80 см, ВДМ – 30 см. Розміри таза: 26-28-30-20 см. Пальпаторно: перейми регулярні, інтенсивні, по 30 сек., через 5-6 хв. Передлежача частина щільна, округлої форми, притиснута до входу в малий таз. Спинка напружена вліво. Серцебиття плоду ясне, ритмічне, 138 уд. за хв.

Піхвове дослідження: зовнішні статеві органи сформовані правильно. Оволосіння за жіночим типом.

Per vaginam шийка матки ціанотична, м'яка, укорочена до 1 см, по провідній вісі таза, відкриття 4 см, зовнішнє вічко відкрите, пролабірує плодовий міхур, підтікають світлі навколоплідні води.

Передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз. Кістки черепа м'які, шви і джерельця виражені. Стріловидний шов у правому косому розмірі, мале джерельце ліворуч попереду. Мис не досяжний, екзостозів у малому тазі немає.

Лабораторні методи дослідження:

Клінічний аналіз крові: Нв – 102 г/л; ер. – $2,3 \times 10^{12}/л$; лейкоц. – $9,7 \times 10^9/л$; ШОЕ – 30 мм/годину.

Клінічний аналіз сечі: сеча світла, пит. вага – 1018, реакція кисла, білка – 0, епітелій плоский – 1-2 у полі зору, перех. 0-1 у полі зору, слиз – небагато.

Мазок на мікрофлору: L- 5-10 у полі зору; епітелій – одиничн. у полі зору; паличкова флора; гонококи, трихомонади – не виявлені.

Передбачувана вага плоду по Вольському: $80 \times 30 = 2400$ гр.

Додаткові методи обстеження: Кардіотокограма – оцінка по Фішеру 6 балів; токограма – базальний тонус 10 мм рт.ст., перейми силою 30 мм рт.ст., по 60 сек., через 60 сек., за 10 сек. – 4 перейми.

Відповіді:

1. Жінка надійшла в I періоді з активною родовою діяльністю. У вагітної ОАА (2 медичних аборти в анамнезі, один із яких ускладнився метроендометритом). Плодовий міхур відсутній. Підтікають світлі навколоплідні води.
2. Клінічний аналіз крові - анемія I ст. (Hb-102 г/л). Клінічний аналіз сечі, мазок з піхви на мікрофлору – без патології.
3. Діагноз основний: Вагітність III, 34-35 тижнів. Положення плода поздовжнє, I позиція, передній вид, головне передлежання. Раннє вилиття навколоплідних вод.

Ускладнення: Гіпоксія плода легкого ступеня.

Супутній: Анемія I ступеня, ОАА.

4. Група крові; резус-фактор; RW; коагулограма; ПТІ; тривалість, згортання кровотечі; біохімічний аналіз крові (загальний білок, білірубін, АСТ, АЛТ, сечовина, креатинін), цукор у крові, цукор у сечі.
5. З огляду на термін вагітності, дані піхвового дослідження, пологи вести через природні родові шляхи, як передчасні.

У родах можливі наступні ускладнення:

- несвоєчасне вилиття навколоплідних вод;
- гіпоксія плода;
- аномалії родової діяльності;
- кровотеча в III і ранньому післяпологовому періодах;

Лікування: препарати поліпшуючі матково-плацентарний кровообіг (дипіридамола, еуфіліна, актовегін, сигетин, антигіпоксанти пірацетам) у I періоді пологів

- кардіомоніторне спостереження для своєчасної діагностики гіпоксії плода і аномалії родової діяльності;
 - в II періоді пудендальна анестезія, епізіотомія і перинеотомія не проводяться;
 - пологи вести разом з неонатологом, анестезіологом;
 - дитину прийняти в теплі пелюшки;
 - бути готовим до реанімації немовляти;
 - III період пологів вести з голкою у вені, профілактично ввести утеротоніки, з метою профілактики кровотечі в перші хвилини після народження дитини (10 ОД окситоцину)
6. Режим – стаціонарний, активний. Дієта багата залізом і білком (сир, кефір, яйця, риба, телятина).
 7. Необхідно обстежувати жінку і чоловіка на TORCH-інфекцію, ІФА і ПЦР у сироватці крові, слиз цервікального каналу.
Контрацепція гормональними або бар'єрними методами протягом обстеження і лікування виявлених інфекцій.
Підготовка до майбутньої вагітності через 2-3 роки.

Задача № 33

Вагітна Р., 25 років, надійшла в пологовий будинок 5 травня по направленню жіночої консультації. Скарги на тягнучий біль внизу живота і попереку.

З анамнезу. Менструації з 16 років, установилися через два роки, по 3-5 днів, через 25-28 днів, скудні, безболісні. Остання менструація з 4 по 8 листопада. У жіночій консультації спостерігається регулярно з 6-тижневого терміну. Вагітність ускладнилася загрозою викидня у 8-9 тижнів, одержувала лікування: дюфастон, спазмолітики, вітаміни, ефект від лікування позитивний.

При УЗД матки виявлена істміко-цервікальна недостатність (внутрішній зів розширений до 1 см). У терміні вагітності 16 тижнів у відділенні патології вагітності перинатального центру накладений кісетний шов лавсаном на шийку матки по Макдональду.

У 22 тижні обстежена на TORCH ВПГ (вірус простого герпеса), ЦМВ (цитомегаловірус), токсоплазмоз, хламідіоз. Виявлено титр антитіл класу Ig на ВПГ 1:800, на ЦМВ 1:800, на хламідіоз Ig 1:400, токсоплазмоз негативний.

Вагітність – друга, перша вагітність закінчилася внутрішньоутробною загибеллю плода в 9 тижнів, проведене abrasio cavi uteri. При обстеженні гормонального статусу поза вагітністю виявлене зниження рівня естрадіолу, прогестерону, підвищення теостерону і дегідроепіандростерону. Консультована ендокринологом, діагностовано адреногенітальний синдром, пубертатна форма.

Status praesens. Стан задовільний, знижене харчування, астеничної статури. Ріст 172 см, вага 65 кг. Шкірні покриви фізіологічного кольору, виражений гірсутизм. Молочні залози гіпопластичні. Ps 76 за хв, АТ 110\70 і 110\70 мм рт.ст.

Status obstetricus. ОЖ 84 см. ВДМ 25 см. Розміри таза: 26-28-30-20 см. Матка при пальпації в підвищеному тонусі. Передлежача частина плода щільна, округлої форми. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 140 уд\хв.

Піхвове дослідження. При огляді: зовнішні статеві органи сформовані неправильно, виявлена гіпоплазія великих полових губ, підвищене овоłosіння на внутрішній поверхні стегон, по середній лінії від лона до пупка (оволосіння по чоловічому типу).

Піхвове дослідження: піхва вузька, довга. Шийка матки чиста, конічної форми, зів округлий. Виділення слизуваті, помірні.

Per vaginam: шийка матки сформована, довжиною 3 см, щільна, відхилена дозад. Мис не досяжний. Зовнішній зів закритий, виділень немає.

Лабораторні методи дослідження:

Клінічний аналіз крові: Нв – 94 г/л; ер. – $2,3 \times 10^{12}/л$; лейкоц. – $9,7 \times 10^9/л$; ШОЕ – 30 мм/годину.

Клінічний аналіз сечі: сеча світла, пит. вага – 1018, реакція кисла, білка – 0, епітелій плоский – 1-2 у полі зору, перех. 0-1 у полі зору, слиз – небагато.

Мазок на мікрофлору: L- 12-15 у полі зору; епітелій – одиничн. у полі зору; паличкова флора; гонококи, трихомонади – не виявлені.

Відповіді:

1. Скарги на тягнучий біль, внизу живота і у поперековій області (характерні для загрози переривання вагітності). У вагітної ОАА (істміко-цервікальна

недостатність, з накладенням швів). Материнсько-плодове інфікування (виявлено вірус простого герпеса, СМ, хламідіоз). Попередня вагітність закінчилася замерлою вагітністю. Зниження гормонального рівня в жінки, діагностовано адреногенітальний синдром (про що свідчить оволошіння за чоловічим типом), гіпоплазія великих полових губ.

2. Клінічний аналіз сечі – N.

Клінічний аналіз крові – анемія I ст.

Мазок з піхви на мікрофлору – N.

RW № 11 отр.А В/IVІ Rh (+) тип крові.

3. Діагноз основний: Вагітність II, 26 тижнів. ОАГА. Положення плода поздовжнє, I позиція, передній вид головне передлежання.

Ускладнення: Загроза переривання вагітності.

Супутній: Адреногенітальний синдром. Істміко-цервікальна недостатність (шов на шийці матки по Макдональду). Материнсько-плодове інфікування (ВПГ, СМ, хламідіоз). Анемія I ст.

4. Коагулограма; біохімічний аналіз крові; ВІЛ; гормональний профіль (естріол, плацентарний лактоген, прогестерон, тестостерон, 17-КС у сечі. УЗД плода, доплерометрія маткових і пуповинних артерій. КТГ у динаміці.

5. План лікування:

режим – ліжковий, з піднятим тазовим кінцем, зберігаюча терапія. MgSO₄ 25% в\в на фізіологічному розчині; папаверину гідрохлорид 2% - 2,0 в\м; свічі вібуркол – у пряму кишку; дюфастон по 10 мг (1 т.) 2 рази на день; табл, енгістол по 1 табл. 3 рази на день, виферон-2 (500000 МЕ / по 1 свічі ректально 2 рази на день, полівітаміни по 1 т. 1 раз на день; електросон № 10.

Тардіферон по 1табл. 2 рази на день.

У терміну 37-38 тижнів – зняти шви з шийки матки.

Пологи вести через природні родові шляхи.

6. Режим – ліжковий, стіл № 15. Дієта багата на білки.

7. Причиною загрози викидня в даному випадку є: АГС – адреногенітальний синдром, ЩН, МПІ. При АГС – рівень прогестерона знижується, концентрація ЛГ підвищена, ФСГ – знижений. У 1\3 хворих при даній патології діагностується гіперпролактинемія. Необхідно знати, що причиною невнесення є в основному стерті некласичні форми гіперадрогенії, що виявляються часто лише при навантаженнях (пробах) або при вагітності. Вагітна повинна спостерігатися разом з ендокринологом.

Задача № 34

У пологовий будинок 22 липня доставлена з жіночої консультації машиною швидкої допомоги вагітна 35 років, у зв'язку з вилиттям навколоплідних вод.

Скарги на підтікання навколоплідних вод протягом години, посилення ворущінь плода протягом 2-3 днів.

З анамнезу: менструації з 16 років, нерегулярні, скудні, болючі. Остання менструація 25-29 вересня минулого року. Статеве життя з 24 років. Шлюб перший. Чоловік здоровий. Запобігала вагітності ритм-методом. Вагітність перша,

бажана. У жіночій консультації наблюдалася з 6 тижнів, регулярно. Виконано УЗД: вагітність 6 тижнів. С/б(+).

Перша половина ускладнилася раннім гестозом, одержувала стаціонарне лікування, ефект від лікування позитивний. Перше ворухіння відчула 14 лютого. З 16 тижнів хронічна первинна компенсована плацентарна недостатність, одержувала стаціонарне лікування, ефект позитивний..

Status praesens. Стан задовільний, шкіра і слизові оболонки чисті, рожеві. Температура тіла 36,8С. Ps – 92 уд. за хв., АТ 110\70 мм рт.ст. на обох руках. Набряків немає. З боку внутрішніх органів патології не виявлено.

Status obstetricus. ОЖ 112 см, ВСДМ 38 см. Розміри таза: 25-27-30-20 см. Матка при пальпації м'яка. Довжина плода в матці при вимірі тазомером 30 см. передлежить голівка над входом у малий таз. Спинка направлена вправо. Серцебиття плода праворуч нижче пупка приглушене. Ритмічне, 125 уд/хв.

Піхвове дослідження: При огляді великі статеві губи гіпопластичні. Оволосіння на лобку виражене скудно. Піхва вузька, вільна для дослідження. Шийка матки, чиста, конічної форми, зів округлий. Підтікають мутні зелені, густі навколоплідні води в невеликій кількості. У водах пушкове волосся, сироподібна змазка.

Per vaginam: шийка матки зкорочена до 2 см, м'якувата. Відхилена дозад, зовнішній зів пропускає кінчик пальця. Через склепіння визначається щільна передлежача частина - голівка. Мис не досяжний. Екзостозів у малому тазі немає.

Додаткові методи обстеження, лабораторні методи дослідження:

Клінічний аналіз крові: Нв – 100 г/л; ер. – $2,0 \times 10^{12}/л$; лейкоц. – $9,7 \times 10^9/л$; ШОЕ – 40 мм/годину.

Клінічний аналіз сечі: сеча світла, пит. вага – 1018, реакція кисла, білка – 0, епітелій плоский – 1-2 у полі зору, перех. 0-1 у полі зору, слиз – небагато.

Мазок на мікрофлору: L- 20-30 у полі зору; епітелій – одиничн. у полі зору; змішана флора; гонококи, трихомонади – не виявлені.

КТГ: оцінка по Фішеру 4-5 балів.

УЗД плода: маса плода 4100 ± 200 гр. Плацента по задній стінці, кістозно змінена і III ступені зрілості.

Доплерометрія: матковий кровоплин знижений. Пуповинний кровоплин критично знижений.

Відповіді:

1. Скарги на підтікання навколоплідних вод протягом години, у терміні вагітності 42 тижнів гестації. Вагітність протікала складно: ранній токсикоз, первинна хронічна ФПН, двічі знаходилася на стаціонарному лікуванні.

2. Клінічний аналіз сечі – N.

Клінічний аналіз крові – анемія I ст.

Мазок з піхви на мікрофлору – кольпіт.

RW № 98 нег. АП Rh (+) тип крові.

3. Діагноз основний: Вагітність I, 42 тижня. Положення плода поздовжнє, II позиція, передній вид головне передлежання.

Ускладнення: хронічна фетоплацентарна недостатність, первинна, субкомпенсована. Внутрішньоутробна гіпоксія плода середнього ступеня ваги. Передчасне вилиття навколоплідних вод. Великий плід.

Супутній: Вікова пешородяча. Інфантилізм.

4. Коагулограма; біохімічний аналіз крові; ВІЛ; клінічний аналіз крові розгорнутий.

Кардіомоніторне спостереження за плодом.

5. План лікування:

З огляду на термін вагітності 42 тижня, зміна навколоплідних вод, ознаки старіння плаценти, страждання великого плоду - гіпоксія середнього ступеня важкості, відсутність готовності організму до родів, вирішено родорозрішити шляхом операції кесарева розтину по сумі відносних показань.

6. Режим – постільний, у післяопераційному періоді в 1 добу. З 2 доби режим активний. Стіл 0, з поступовим розширеним меню.

7. Причиною перенесення в даному випадку, вірогідно є інфантилізм, що проявився пізнім початком менструації (16 років), їх болючим і скудним характером, гіпоплазією великих полових губ і скудним оволошінням на лобку.

Задача № 35

Вагітна Ч., 28 років, доставлена машиною швидкої допомоги у відділення патології вагітності в терміні вагітності 28 тижнів.

Скарги на болі в поперековій області праворуч, слабкість.

З анамнезу. Вагітність друга. Перша закінчилася мимовільним викиднем в терміні 16 тижнів, 2 роки тому. З приводу теперішньої вагітності спостерігається в жіночій консультації з 7-8 тижнів, регулярно. Вагітність ускладнилася: у 9-10 тижнів раннім гестозом – блювотою легкого ступеня. Лікувалася амбулаторно, ефект позитивний; у 23-24 тижні загроза передчасних пологів. Від стаціонарного лікування відмовилася. Спадковість і алергологічний анамнез не обтяжені. Відзначає часті простудні захворювання, хронічний пієлонефрит.

Status praesens. Загальний стан середнього ступеня важкості. Шкірні покриви і видимі слизові блідо-рожеві. Температура тіла 38,0С. Набряки гомілок. У легенях подих везикулярний, хрипів немає. Тони серця ясні, ритмічні. АТ 130\80 і 120\80 мм рт.ст. Пульс – 104 уд. за хв. Симптом «поколючування» позитивний праворуч. Сечовипускання прискорене. Стул регулярний.

Status obstetricus. Розміри таза: 26-28-30-20 см. ОЖ - 86 см. ВДМ – 26 см. Матка в підвищеному тонусі. Положення плода поздовжнє. Передлежить голівка, рухлива над входом у малий таз. Спинка попереду і праворуч. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 142 уд\хв.

Лабораторні дані: загальний аналіз крові: ер. $3,0 \times 10^{12}/л$, Нь 90г/л, ЦПК 0,9, Нт35%, лейкоцити $11 \times 10^9/л$, клінічний аналіз сечі: пит. вага 1015, L до 30 у полі зору, клітин епітелію багато, ер. 3-4 у полі зору, білок 0,033г/л проба по Нечипоренко L 1500, ер. 2000, біохімічне дослідження крові: АСТ 0,65, АЛТ 0,45, білірубін 16,6 мкмоль/л, сечовина 7,7 ммоль/л, залишковий азот 23,5 ммоль/л, креатинін 80 мкмоль/л, загальний білок 60г/л. Коагулограма 100%.

Піхове дослідження. При огляді: зовнішні статеві органи сформовані

правильно. Шийка матки циліндричної форми, чиста, зовнішній зів щілеподібний, виділення молочні, помірні.

Per vaginam: шийка матки довжиною до 3 см, щільна, трохи відхилена дозад від провідної осі таза. Зовнішній зів пропускає кінчик пальця. Через склепіння пальпується голівка плоду. Мис не досяжний. Екзастозів у малому тазі немає.

Відповіді:

1. Скарги на болі в поперековій області, слабкість. Прискорене сечовипускання. Дана вагітна відноситься до групи ризику по невиношуванню. Загостренню пієлонефриту у вагітних сприяє фізіологічна імунодепресія, а також порушення уродинаміки верхніх сечовивідних шляхів.

2. Клінічний аналіз сечі – піурія

Клінічний аналіз крові – анемія I ст

Біохімічне дослідження крові гіпопротеїнемія, азотемія - свідчать на користь гестозу.

3. Діагноз основний: Вагітність II, 28 тижнів. Положення плода поздовжнє, II позиція, передній вид головне передлежання.

Ускладнення: Поєднана преєклампсія на тлі загострення хронічного пієлонефриту.

Супутній: ОАА

4 ВІЛ; RW, крові Rh фактор, клінічний аналіз крові розгорнутий, аналіз сечі по Зимницькому, бакпосів сечі, УЗД нирок і плода.

Кардіомоніторне спостереження за плодом.

5. План лікування:

Рослинні сечогінні і уросептики, нирковий чай, листя і ягоди брусниці, хвощ польовий, клюквенний морс, канефрон- по 50 крапель 3 рази на день.

Антибіотики і сульфаніламіді протипоказані при вагітності в 1 триместрі. В 2 триместрі можна застосовувати нітроксолін або 5-нок по 0,1 г 4 рази на день, сульфаніламіді фурагін по 0,1 г 4 рази на день.

Десенсибілізуюча терапія: димедрол, супрастин.

Інфузійна і дезінтоксикаційна терапія: реополіглюкін, альбумін.

6. Режим постільний або напівпостільний, частіше в положенні на боці протилежному хворій нирці. Позиційний дренаж: колінно-ліктьове положення по 30-40 хв 3-4 рази на день. Дієта: обмеження солоного, копченого.

7. Спостереження разом з урологом.

Задача № 36

Вагітна Г., 30 років, 5 травня звернулася на черговий прийом до лікаря жіночої консультації.

Скарги на нудоту, блювоту, слинотечу.

З анамнезу. Росла і розвивалася відповідно віку. У дитинстві хворіла на кір. Протягом останніх 4 років страждає хронічним опісторхозним холецистохолангітом.

Менструації з 14 років, по 4 дні, через 30 днів, безболісні, помірні. Остання менструація 6-10 березня. Полове життя в шлюбі три місяці. Дійсна вагітність

перша, бажана. На обліку по вагітності знаходиться з 6 тижнів. З цього терміну вагітності з'явилася нудота, блювота, слинотеча зранку, натще.

Протягом трьох днів блювота участилася до 8-10 разів на добу, з'явилася слабкість, запаморочення, відсутність апетиту, поганий сон, знизилася працездатність. За два тижні вага зменшилася на 4 кг. Відзначає схильність до запорів.

Status praesens. Загальний стан середнього ступеня важкості. Рясна слинотеча. Шкіра і видимі слизові оболонки бліді, сухі, шкіра навколо рота мацерована, із тріщинами. Шкіра білої лінії живота, соски, навколососкові кружки пігментовані. Температура тіла 37,2С. Рс – 98 за хв. АТ 100/60 – 110/60 мм рт.ст. Поверхнева і глибока пальпація живота безболісна. З боку внутрішніх органів патологічних змін не виявлено. Розміри таза: 27-29-31-20 см.

Піхвове дослідження. При огляді: зовнішні полові органи сформовані правильно. Оволосіння за жіночим типом. Шийка матки конічної форми. Слизова оболонка піхви і шийки матки чиста, ціанотична. Зовнішній маткове вічко закрите. Виділення з цервікального каналу слизові, помірні.

Per vaginam: вхід у піхву вузький. Шийка матки сформована, довжиною 3 см, щільна, відхилена дозад від провідної осі малого таза. Матка округла, збільшена до розмірів гусячого яйця, м'якуватої консистенції, при пальпації становиться щільнішою і скорочується, різко відхилена допереду, як би складена вдвічі; в області лівого кута матки випинання (асиметрія); підвищена рухливість шийки матки; перешийок матки дуже розм'якшений, пальці внутрішньої і зовнішньої руки з'єднуються в області перешийка. Придатки не збільшені, безболісні. Склепіння піхви вільні. Мис не досягається.

Лабораторні методи дослідження. Загальний аналіз крові: Эр. $6 \times 10^{12}/л$; Нв 150 г/л; Нт 48%; Тц $350 \times 10^9/л$; СОЭ 20 мм/год.

Загальний аналіз сечі: сеча темна, пит. вага 1030, білок 0,1 г/л, гіалінові циліндри 2-3 у полі зору, епітелій плоский 2-3 у полі зору, лейкоцити одиничні у полі зору, ацетон ++++. Добовий діурез 480 мл. Кількість блювотних мас за добу 2 л.

Біохімічні дослідження крові: загальний білок 70 г/л, альбуміни 30 г/л, глобуліни 40 г/л, загальний білірубін 24 мкмоль/л, прямий білірубін 24 мкмоль/л, непрямого білірубіна немає, залишковий азот 34 ммоль/л, АСТ 32 ОД/л, АЛТ 28 ОД/л, тимолова проба 6 ОД, сулемова проба 2,4 мл, сечовина 10ммоль/л, креатинин 120 мкмоль/л, хлориди сироватки 80 ммоль/л.

Коагулограма: АВР 40 сек., ПТІ 110%, фібриноген 3,2 г/л, етаноловий тест негативний.

УЗД: матка збільшена до 8 тижнів терміну вагітності. Тонус матки підвищений по передній стінці. Плодове яйце діаметром 20 мм.

Відповіді:

1. Вагітна пред'являє наступні скарги: зміна апетиту, зміна нюхових відчуттів, поганий сон. Діагноз блювоти вагітних і слинотечі підтверджує клінічні симптоми: нудота, блювота зранку, слинотеча. Схильність до запорів, відсутність рідкого стулу, відсутність патології з боку внутрішніх органів при об'єктивному

обстеженні виключають зв'язок вищевказаних симптомів з гострими захворюваннями шлунково-кишкового тракту.

2. Клінічний аналіз крові, коагулограма, біохімічний аналіз крові в межах норми. Клінічний аналіз сечі – виявлений ацетон. УЗД – загроза переривання вагітності.

3. Діагноз основної: вагітність 7-8 тижнів.

Ускладнення: ранній токсикоз - блювота вагітних важкого ступеню. Птіалізм. Загрозливий викидень.

Супутній: Хронічний опісторхозний холецисто-холангіт, у стадії ремісії.

4. RW, група крові, Rh фактор, мазок з піхви на мікрофлору, бак. посів сечі, аналіз сечі на цукор, аналіз крові на цукор.

5. Госпіталізація в окрему палату. Психотерапія. Гіпноз. Електросон. Медикаментозна терапія - парентеральне введення препаратів і внутрішньовенних краплинних вливань.

Седативні і антигістамінні препарати: дімедрол, піпольфен, седуксен, дроперідол.

Імуномодуюча терапія: спленін.

Придушення слинотечі: атропіну сульфат

Інфузійна терапія (обсяг інфузії до 3 літрів) реополіглюкін, фізіологічний розчин, альбумін, стабізол, плазма.

Вітамінотерапія: вітаміни групи В,

Протиблювотні препарати: церукал.

Оксигенотерапія, гіпербарична оксигенація

Полоскання порожнини рота настоєм шавлії. Змазування шкіри навколо рота вазеліном.

6. Забезпечення лікувально - охоронного режиму. Госпіталізація в окрему палату. Не слід поміщати в одну палату 2 вагітних із блювотою. Фізичний, психічний спокій. Психотерапія. Гіпноз.

Дієтотерапія, режим харчування. Рекомендується частий прийом їжі до 6-8 разів у день невеликими порціями, у холодному або злегка підігрітому виді. Їжа повинна бути апетитна, смачна, вітамінізована, збалансована по змісту білків, жирів, вуглеводів.

7. Режим праці і відпочинку. Уникати перевтоми, емоційного перевантаження, прогулянки на свіжому повітрі. Профілактика загострень хронічних екстрагенітальних захворювань. Фітотерапія (валеріана, пустирник, шипшина, березові бруньки). Полівітаміни.

II частина: під час другої частини у кожного студента бригада екзаменаторів оцінює рівень володіння уміннями та практичними навичками згідно “Переліку...”, зокрема:

1. Акушерська пропедевтика (розміри кісткового тазу, строк вагітності, декретна відпустка, термін пологів, передбачувана маса плода, вимірювання розмірів матки, прийоми Леопольда, піхвове дослідження під час пологів та ін.).
1. Яка передбачувана маса плода (за формулою Якубової), якщо висота дна матки 36 см, обсяг живота 100 см?
Відповідь: $3400,0 \text{ г} = \frac{(\text{ВДМ} + \text{ОЖ}}{4} \cdot 100)$
2. Порахуйте передбачувану масу плода за формулою Скульського, якщо висота дна матки 40 см, обсяг живота 98 см.
Відповідь: 3920,0 г (ВДМ x ОЖ).
3. На скільки кілограмів за вагітність збільшується вага жінки в нормі.
Відповідь: 10-12 кг.
4. Якщо у вагітної перший день останньої менструації 7 березня, коли вона має народити?
Відповідь: 14 грудня. (дата першого дня останньої менструації + 7 днів – 3 місяці).
5. Першовагітна відчула перші порухи плода 20 січня. Порахуйте дату пологів.
Відповідь: першовагітна жінка відчуває порухи плода з 20 тижнів вагітності.
 $20 \text{ січня} + 20 \text{ тижнів} = 9 \text{ червня}$
6. Перша явка вагітної у жіночу консультацію 25 лютого при терміні вагітності 6 тижнів. Підрахуйте дату пологів.
Відповідь: 21 жовтня (25 лютого + 34 тижні).
7. При бімануальному дослідженні лікар акушер-гінеколог встановив, що матка у жінки збільшена до розмірів голівки новонародженого. Якому терміну вагітності відповідає?
Відповідь: 12 тижням.
8. При якому терміні вагітності дно матки знаходиться на рівні верхнього краю симфіза?
Відповідь: 12 тижнів.
9. Дно матки визначається на рівні пупка. Який термін вагітності?
Відповідь: 24 тижня.
10. В пологах при вагінальному дослідженні виявлено, що передлежить голівка плода, сагітальний шов у правому косому розмірі входу до малого тазу, велике джерельце біля лона зліва, мале – справа від крижової западини. Визначте позицію і вид позиції плода.
Відповідь: I позиція, задній вид потиличного передлежання.
11. У жінки регулярні перейми, при вагінальному дослідженні: шийка матки сглажена, відкриття маткового зівва 6 см, відійшли навколоплідні води. В якому періоді пологів знаходиться жінка?
Відповідь: у першому. Раннє відходження навколоплідних вод.

12. При вагінальному дослідженні виявлено, що передлежить голівка плода, сагітальний шов у лівому косому розмірі входу до малого таза, мале джерельце справа біля лона. Яким розміром голівки народиться дитина?
Відповідь: малим косим розміром, 9,5 см.
13. Дитина народилась у лицевому передлежанні. Яким розміром прорізувалась її голівка?
Відповідь: вертикальним, 9,5 см.
14. При вагінальному дослідженні визначено, що голівка плода займає 2/3 крижової западини, половину внутрішньої поверхні лона. В якій частині порожнини малого таза знаходиться голівка плода?
Відповідь: вузькій частині малого таза.
15. При вагінальному дослідженні повторновагітної жінки, яка поступила з регулярними переймами, встановлено, що шийка матки скорочена до 0,5 см, цервікальний канал пропускає 1 поперечний палець (2 см). Яка фаза розкриття шийки матки?
Відповідь: латентна фаза розкриття шийки матки.
16. Яку форму та ступінь звуження має кістковий таз, розміри якого дорівнюють 25,5-27,0-30,2-20,5 см.
Відповідь: нормальний жіночий таз.
17. Яку форму та ступінь звуження має кістковий таз, розміри якого дорівнюють: 23-24-29-19 см.
Відповідь: загальнорівномірнозвужений таз I ступеня.
18. Яку форму та ступінь звуження має кістковий таз, розміри якого дорівнюють: 25-27-29-17 см.
Відповідь: простий плоский таз II ступеня.
19. Як встановити чому буде дорівнювати акушерська кон'югата (*conjugata vera*), якщо кістковий таз має такі розміри: 23-25-27-17 см, *conjugata diagonalis* дорівнює 12 см.
Відповідь: $17 - 9 = 8$ см
 $12 - 3 = 9$ см
20. Чому буде дорівнювати *conjugata vera*, якщо індекс Соловйова = 15 см, *s. externa* = 20 см?
Відповідь: 11 см.
21. Роділля з активною пологовою діяльністю поступила в пологовий будинок. Розміри таза: 23-26-29-18 см. Індекс Соловйова – 15 см. Діагональна кон'югата – 12 см. Визначіть форму і ступінь звуження.
Відповідь: загальнорівномірнозвужений таз I ступеня.
22. При зовнішньому акушерському обстеженні встановлено, що у лівій боковій стороні матки пальпується округла щільна частина плода, у правій – об'ємна без чітких контурів, над входом в малий таз передлежача частина відсутня. Серцебиття плоду прослуховується краще на рівні пупка. Яке положення та позиція плоду?
Відповідь: поперечне положення, I позиція.
23. У роділлі при внутрішньому акушерському дослідженні: шийка матки згладжена, розкриття маткового зіву повне, плідний міхур відсутній,

передлежить голівка плода, мале тім'ячко зліва ближче до лона, стрілоподібний шов у правому косому розмірі площини входу в малий таз. Яка позиція і вид позиції плоду?

Відповідь: I позиція, передній вид.

24. У роділлі при піхвовому дослідженні, розкриття шийки матки повне, плідний міхур відсутній. Передлежача голівка плода цілком виповнює крижову западину. Сідничні ості не визначаються. Де знаходиться голівка плода?

Відповідь: В площині виходу малого таза.

25. При піхвовому дослідженні у роділлі зліва пальпується передній кут великого тім'ячка, справа – надбрівні дуги і корінь носа. Лобовий шов у поперечному розмірі входу в малий таз. Яке передлежання плоду?

Відповідь: Лобове.

26. Перша вагітність. Остання менструація 29 травня, перше ворухіння плода 20 жовтня. Визначити передбачувану дату пологів.

Відповідь: 5 березня.

27. У жінки 10 липня 2005 року позитивний тест на вагітність. Остання менструація була з 1 по 4 травня 2005 року. У неї регулярний 28-денний менструальний цикл. Коли їй очікувати пологи?

Відповідь: 8 лютого 2006 року.

28. При огляді новонародженої дитини виявлено, що голівка має доліхоцефалічну форму, на потиличній ділянці між великим і малим тім'ячком визначається незначна пологова пухлина. При якому виді передлежання відбулися пологи?

Відповідь: при задньому виді потиличного передлежання.

29. При піхвовому дослідженні роділлі виявлено: шийка матки сглажена, відкриття маткового зіву до 7 см, плодового міхура немає, у піхві визначаються обидві ніжки плода, сідниці не досягаються. Яке передлежання плода?

Відповідь: Повне ножне.

30. У роділлі при піхвовому дослідженні після вилиття навколоплідних вод виявлено, що передлежить голівка плода, знаходиться у порожнині малого таза, на ній пальпується ніс, рот, підборіддя, звернене до лона. В якому виді передлежання народжується дитина?

Відповідь: передньому виді (по підборіддю) лицевого передлежання.

31. Жінка поступила в потужному періоді пологів, її вага 72 кг. Розрахуйте допустиму фізіологічну крововтрату.

Відповідь: 0,5% від ваги вагітної жінки, 360 мл.

32. У жінки затримка менструації 10 днів, матка при огляді не збільшена. Який метод діагностики вагітності найбільш інформативний у даному випадку?

Відповідь: Визначення рівня хоріонічного гонадотропіну в сироватці крові або тест на вагітність.

33. У вагітної розміри таза: 26-26-30-17 см. Яка форма таза у жінки?

Відповідь: плоскоракітична.

34. У породіллі великим плодом перінеотомія ускладнилась розривом II ступеня. Що при цьому залишилось неушкодженим?

Відповідь: сфінктер прямої кишки, пряма кишка.

35. Якщо у вагітної A(II) Rh-негативний тип крові, який показник треба контролювати протягом всієї вагітності?
Відповідь: антитіла до Rh-фактору і їх титр.
36. У якій площині таза знаходиться голівка плода, якщо вона виповнює задню поверхню лонного зчленування і крижову западину, пальпації доступний лише нижній край симфіза, ості сідничних кісток, крижово-куприкове зчленування?
Відповідь: У площині вузької частини порожнини малого таза.
37. Передлежить голівка плода малим сегментом у вході в малий таз. Стрілоподібний шов у лівому косому розмірі, мале тім'ячко справа ближче до лона. Вкажіть позицію та її вид?
Відповідь: II позиція передній вид.
38. Машиною швидкої допомоги доставлена роділля в I періоді пологів, новколоплідні води не відходили. Температура тіла – 38,7°C. В яке відділення госпіталізувати роділлю?
Відповідь: в обсерваційне відділення.
39. Лікар жіночої консультації, обстежуючи жінку, яка звернулась з приводу затримки менструації, виявив, що матка збільшена до 5-6 тижнів вагітності, асиметрична, в лівому куті матки пальпується випинання. Під час пальпації матка ущільнилася, але потім знову стала м'якою. Назвіть виявлені ознаки вагітності.
Відповідь: Піскачека і Снегірьова.
40. Жінка взята на диспансерний облік по вагітності. В які терміни їй треба проходити УЗ-скринінг?
Відповідь: 9-11 тижнів, 16-21 тижнів, 32-36 тижнів.
41. Під час вагінального дослідження вагітної визначається: малий таз вільний, пальпуються термінальні лінії, мис та лонне з'єднання. Стріловидний шов знаходиться в поперечному розмірі, велике та мале джерельце на одному рівні. Визначте розташування голівки?
Відповідь: голівка над входом до малого тазу.
42. При обстеженні жінки виявлено, що голівка нерухома, найбільший сегмент розташований вище площини входу до малого тазу. При вагінальному дослідженні до мису можна дістатись лише зігнутих пальцем. Внутрішня поверхня симфізу і крижові впадини вільні. Стріловидний шов – злегка в косому розмірі. Де по відношенню до площини тазу знаходиться голівка?
Відповідь: голівка малим сегментом у вході до малого тазу.
43. При вагінальному обстеженні визначено: голівка прикриває верхню третину лонного з'єднання і крижі, мис не досягається. Малі джерельце нижче великого, стріловидний шов - в косому розмірі. Де знаходиться голівка плода?
Відповідь: голівка великим сегментом на вході в малий таз.
44. Під час вагінального дослідження роділлі визначено, що дві третини внутрішньої поверхні лонного з'єднання і верхня половина крижової западини зайняті голівкою. Пальпуються сідничні ості. Стріловидний шов розміщений в

косому розмірі. Визначте розташування голівки?

Відповідь: голівка в широкій частині порожнини малого тазу.

45. При вагінальному обстеженні визначено: вся внутрішня поверхня лонного з'єднання і дві третини крижової впадини зайняті голівкою. Сідничні ості досягаються важко. Стріловидний шов у косому розмірі, проте ближче до прямого. Визначте розташування голівки?

Відповідь: голівка у вузькій частині порожнини малого тазу.

46. При вагінальному обстеженні роділлі визначено: крижова впадина повністю заповнена голівкою, ості не досягаються. Стріловидний шов знаходиться в прямому розмірі виходу із малого тазу. Де знаходиться голівка плода?

Відповідь: голівка у виході із малого тазу.

47. При вагінальному обстеженні визначено, що стріловидний шов на голівці плода знаходиться в правому косому розмірі, мале джерельце – під лоном. Визначити вид та позицію плода.

Відповідь: передній вид, перша позиція.

48. При вагінальному обстеженні визначено, що стріловидний шов на голівці плода знаходиться в правому косому розмірі, велике джерельце – під лоном. Визначити вид та позицію плода.

Відповідь: задній вид, друга позиція.

49. При вагінальному обстеженні визначено, що стріловидний шов на голівці плода знаходиться в лівому косому розмірі, мале джерельце – під лоном. Визначити вид та позицію плода.

Відповідь: передній вид, друга позиція.

50. При вагінальному обстеженні визначено, що стріловидний шов на голівці плода знаходиться в лівому косому розмірі, велике джерельце – під лоном. Визначити вид та позицію плода.

Відповідь: задній вид, перша позиція.

51. При вагінальному дослідженні у роділлі визначено, що шийка матки розкрита менше, ніж на 3 см. Визначте період та фазу пологів.

Відповідь: перший період пологів, латентна фаза.

52. При вагінальному дослідженні у роділлі визначено, що шийка матки розкрита на 5 см. Визначте період та фазу пологів.

Відповідь: перший період пологів, активна фаза.

53. При вагінальному дослідженні у роділлі визначено, що шийка матки розкрита

на 10 см. Голівка плода в порожнині тазу. Позиві до потуг немає. Визначте період та фазу пологів.

Відповідь: другий період пологів, рання фаза.

54. При вагінальному дослідженні у роділлі визначено, що шийка матки розкрита на 10 см. Голівка плода досягла дна тазу. Роділля почала тужитися. Визначте період та фазу пологів.

Відповідь: другий період пологів, пізня фаза.

55. При огляді новонародженої дитини визначено серцебиття 80 ударів за хвилину, дихання аритмічне, з брадикардией, крик слабкий, акроціаноз, кінцівки злегка зігнуті, гримаса. Проведіть оцінку новонародженого за шкалою Апгар.

Відповідь: 5 балів за шкалою Апгар.

56. При пельвіометрії у вагітної визначені наступні розміри тазу:

dist. spinarum – 26 см

dist. cristarum – 28 см

dist. trochanterica – 30 см

conjugata externa – 17 см

conjugata diagonalis – 10 см

conjugata vera – 8 см.

57. Визначити форму таза?

Відповідь: 1 бал за шкалою Апгар.

58. При огляді новонародженої дитини визначено серцебиття 110 ударів за хвилину, дихання нормальне, крик гучний, шкіра рожева, м'язовий тонус задовільний, рефлексивні рефлекси визначаються. Проведіть оцінку новонародженого за шкалою Апгар. Відповідь: 9 балів за шкалою Апгар.

59. При пельвіометрії у вагітної визначені наступні розміри тазу:

dist. spinarum – 24 см

dist. cristarum – 26 см

dist. trochanterica – 29 см

conjugata externa – 18 см

conjugata diagonalis – 11 см

conjugata vera – 9 см.

Визначити форму таза?

Відповідь: загальнонорівномірнопозвужений таз 1 ступеню.

60. При пельвіометрії у вагітної визначені наступні розміри тазу:

dist. spinarum – 28 см

dist. cristarum – 28 см

dist. trochanterica – 30 см

conjugata externa – 17 см

conjugata diagonalis – 10см

conjugata vera – 8см.

Визначити форму таза?

Відповідь: плоскоракітичний таз.

61. При пельвіометрії у вагітної визначені наступні розміри тазу:

dist. spinarum – 26 см

dist. cristarum – 28 см

dist. trochanterica – 30 см

conjugata externa – 17 см

conjugata diagonalis – 10 см

conjugata vera – 8 см.

Визначити форму таза?

Відповідь: простий плоский таз.

2. Оцінка результатів додаткових методів дослідження (двох аналізів із лабораторних досліджень: аналізи крові, сечі, біохімічного аналізу крові, коагулограми, даних бактеріологічного та бактеріоскопічного досліджень, кольпоцитологія, а також розшифровка однієї КТГ, даних УЗД або інтерпретація метросальпінгограми).
3. Надання невідкладної допомоги та проведення інтенсивної терапії (ДВС-синдром, акушерські та гінекологічні кровотечі, апоплексія яєчника, позаматкова вагітність та ін.).

6. У породіллі 3 період пологів. Ознак відділення плаценти немає. Крововтрата більше 250 мл і продовжує наростати. Ваша тактика

Відповідь: провести ручне відокремлення плаценти та виділення посліду.

7. Ваши дії при обсязі крововтрати 150-200 мл і кровотечі, що триває в III періоді пологів? В анамнезі: анемія, пізній гестоз, екстрагенітальна патологія.

Відповідь: провести ручне відокремлення плаценти та виділення посліду.

8. Ваши дії в III періоді пологів, якщо протягом 30-40 хвилин відсутні ознаки відокремлення плаценти, ручне відокремлення та виділення посліду не ефективне?

Відповідь: екстирпація матки без придатків.

9. У жінки після ургентного кесаревого розтину ЧСС=85/хв. АТ=90/60 мм.рт.ст. Визначити шоківий індекс Альговера?

Відповідь: шоківий індекс=ЧСС/АТ сист.=1,0

10. Який об'єм крововтрати у жінки з гіпотонічною матковою кровотечею, шоківий індекс Альговера 0,7?

Відповідь: 10% від ОЦК

11. Який об'єм крововтрати у жінки з гіпотонічною матковою кровотечею, шоківий індекс Альговера 0,9-1,2?

Відповідь: 20% від ОЦК

12. Який об'єм крововтрати у жінки з гіпотонічною матковою кровотечею, шоківий індекс Альговера 1,3-1,4?

Відповідь: 30% від ОЦК

13. Який об'єм крововтрати у жінки з гіпотонічною матковою кровотечею, шоківий індекс Альговера 1,7?

Відповідь: 40% від ОЦК

14. Під час кесаревого розтину встановлено діагноз матка Кювелера. Тактика лікаря?

Відповідь: екстирпація матки без придатків.

15. Визначити ступінь шоку у породіллі з атонічною кровотечею при дефіциті ОЦК 10-20%, Ps=90-100 / хв, АТ >100 мм.рт.ст., діурез – норма, ЦВТ=80-100 мм.в.ст., крововтрата=500-1000 мл.?

Відповідь: I ступінь шоку

16. Визначити ступінь шоку у породіллі з атонічною кровотечею при дефіциті ОЦК 20-30%, Ps=до 120 / хв, АТ <100 мм.рт.ст., діурез – олігурія, ЦВТ<60 мм.в.ст., крововтрата=1000-1500 мл.?

Відповідь: II ступінь шоку

17. Визначити ступінь шоку у породіллі з атонічною кровотечею при дефіциті ОЦК 30-40%, Ps=до 140 / хв, АТ <70 мм.рт.ст., діурез – анурія, ЦВТ<40 мм.в.ст., крововтрата=1500-2000 мл.?

Відповідь: III ступінь шоку

18. Визначити ступінь шоку у породіллі з атонічною кровотечею при дефіциті ОЦК 40% та >, Ps>140 / хв, АТ <50 мм.рт.ст., діурез – анурія, ЦВТ=0 мм.в.ст., крововтрата=2000 мл. та >?

Відповідь: IV ступінь шоку

19. При вагінальному обстеженні роділлі (39 тиж) в першому періоді пологів: відкриття маткового зіву 3 см, через матковий зів виділяється яскраво червона кров. Яка тактика ведення пологів?

Відповідь: кесарів розтин.

20. При введенні пеніциліну породіллі з ОАА з'явилися скарги на відчуття жару, почервоніння, свербіж шкіри, затруднення дихання. Ваш діагноз?

Відповідь: анафілактичний шок.

21. При введенні пеніциліну породіллі з ОАА з'явилися скарги на відчуття жару, почервоніння, свербіж шкіри, затруднення дихання. Який захід є першочерговим?

Відповідь: зупинити введення препарату.

22. Вагіна 38 тиж, об'єктивно: жовтяниця, крововиливи в місцях ін'єкцій, судоми. В аналізі крові тромбоцитопенія, анемія. Тактика ведення пологів?

Відповідь: кесарів розтин.

23. При вагінальному обстеженні роділлі (39 тиж) в першому періоді пологів: відкриття маткового зіву 3 см, через матковий зів палькується губчата тканина. Ваш діагноз.

Відповідь: центральне передлежання плаценти.

24. При вагінальному обстеженні роділлі (39 тиж) в першому періоді пологів: відкриття маткового зіву 3 см, через матковий зів пальпується губчаста тканина. Ваша тактика.

Відповідь: кесарів розтин.

25. Вагітна 38 тиж, об'єктивно: жовтяниця, крововиливи в місцях ін'єкцій, судоми. В аналізі крові тромбоцитопенія, анемія. Ваш діагноз?

Відповідь: HELLP-синдром.

26. У породіллі в післяпологовому періоді діагностований розрив піосальпінксу з наступним розвитком перитоніту. Який об'єм оперативного втручання необхідний?

Відповідь: лапоротомія, екстирпація матки з матковими трубами.

27. У жінки 33 років діагностований розрив піосальпінксу з наступним розвитком перитоніту. Який об'єм оперативного втручання необхідний?

Відповідь: лапоротомія, видалення піосальпінксу.

28. У клініку поступила дівчинка, у якої діагностований розрив промежини 1 ступеня. Який об'єм оперативного втручання необхідний?

Відповідь: ушивання розриву під місцевою анестезією

29. У дівчини 23 років у гінекологічному відділенні діагностували апоплексію яєчника, болочу форму. Ваша тактика?

Відповідь: спостереження, призначення аналгетиків, седативних засобів

30. У дівчини 27 років у гінекологічному відділенні діагностували апоплексію яєчника, анемічну форму. Ваша тактика?

Відповідь: негайна лапоротомія. Резекція яєчника.

31. У пацієнтки 54 років у гінекологічному відділенні діагностували перекут кісти правого яєчника. Ваша тактика?

Відповідь лапоротомія, надпихвова ампутація матки з придатками.

32. У пацієнтки 24 років у гінекологічному відділенні діагностували перекут кісти правого яєчника. Ваша тактика?

Відповідь: лапоротомія, правобічна оваріоектомія.

33. Під час медичного аборту діагностована перфорація матки. Ваша тактика?

Відповідь: нижньосерединна лапоротомія, ревізія черевної порожнини, ушивання перфораційного отвору,

34. Під час діагностичного вишкрібання діагностована перфорація матки. Ваша тактика?

Відповідь: нижньосерединна лапоротомія, ревізія черевної порожнини, ушивання перфораційного отвору.

35. У жінки репродуктивного віку протягом 2 тижнів спостерігаються рясні кров'яністі виділення. Ваша тактика?

Відповідь: необхідно виконати хірургічний гемостаз шляхом діагностичного вишкрібання порожнини матки

36. У жінки 48 років протягом 2 тижнів спостерігаються рясні кров'яністі виділення. Ваша тактика?

Відповідь: необхідно виконати хірургічний гемостаз шляхом діагностичного вишкрібання порожнини матки.

37. У дівчини 15 років протягом 2 тижнів спостерігаються рясні кров'яністі виділення. Лабораторно виявлена 2 ступінь анемії. Ваша тактика?

Відповідь: необхідно виконати гемостаз шляхом введення окситоцину, амінокапронової кислоти, антианемічної терапії.

38. У дівчини 15 років протягом 2 тижнів спостерігаються рясні кров'яністі виділення. Лабораторно виявлена 1 ступінь анемії. Ваша тактика?

Відповідь: консервативна тактика, що включає в себе призначення гемостатичних та скорочувальних засобів.

39. У дівчини 18 років діагностований пельвіоперитоніт гонорейної етіології. Ваша тактика?

Відповідь: консервативна тактика, що у себе включає антибактеріальну терапію гонореї.

40. У хворої 44 років з лейомиомою матки виявлені ознаки порушення харчування субсерозного вузла. Ваша тактика.

Відповідь: лапоротомія, надпихова ампутація матки.

41. У породіллі в післяпологовому періоді крововтрата склала 800 мл. Визначити об'єм інфузійно-трансфузійної терапії?

Відповідь: кристалоїди (Р-н Рингера, 0,9% NaCl) 10-15 мл/кг, синтетичні колоїди (рефортан, гелофузин) 10 мл/кг, загальний об'єм інфузії до 1,5 л.

42. У породіллі в післяпологовому періоді крововтрата склала 1200 мл. Визначити об'єм інфузійно-трансфузійної терапії?

Відповідь: кристалоїди (Р-н Рингера, 0,9% NaCl) 10 мл/кг, синтетичні колоїди (рефортан, гелофузин) 10 мл/кг, натуральні колоїди – 5-10 мл/кг, еритроцитарна маса- 5 мл/кг, загальний об'єм інфузії до 3 л.

43. У породіллі в післяпологовому періоді крововтрата склала 1800 мл. Визначити об'єм інфузійно-трансфузійної терапії?

Відповідь: кристалоїди (Р-н Рингера, 0,9% NaCl) 7 мл/кг, синтетичні колоїди (рефортан, гелофузин) - 7 мл/кг, свіжозаморожена плазма – 10-15 мл/кг, альбуміни 10-20% - 200мл, ер. маса – 10-20 мл/кг, загальний об'єм інфузії до 4 л.

44. У породіллі в післяпологовому періоді крововтрата склала 2700 мл. Визначити об'єм інфузійно-трансфузійної терапії?

Відповідь: кристалоїди (Р-н Рингера, 0,9% NaCl) 7 мл/кг, синтетичні колоїди (рефортан, гелофузин) - 10-15 мл/кг, свіжозаморожена плазма – 15-20 мл/кг, альбуміни 10-20% - 200мл, ер. маса – 30 мл/кг, загальний об'єм інфузії до 5 л.

45. У породіллі в післяпологовому періоді крововтрата склала 3200 мл. Визначити об'єм інфузійно-трансфузійної терапії?

Відповідь: кристалоїди (Р-н Рингера, 0,9% NaCl) до 10 мл/кг, синтетичні колоїди (рефортан, гелофузин) до 20 мл/кг, свіжозаморожена плазма – понад 20 мл/кг, альбуміни 10-20% понад 200мл, ер. маса – понад 30 мл/кг, тромбоконтрат – 4-10 од., загальний об'єм інфузії понад 6 л.

У породіллі розвинувся ДВЗ-синдром. При лабораторному дослідженні: час згортання крові за Лі-Уайтом-5 хв., спонтанний лізис згустку-немає, АЧТЧ-28 сек., тромбоцити- $210 \cdot 10^9$ /л, протромбіновий час-8сек, тромбіновий час-22 сек, фібриноген-4,5 г/л. Визначити стадію ДВЗ-синдрому, призначити лікування.
Відповідь: перша стадія ДВЗ-синдрому. Свіжозаморожена плазма до 1л.

У породіллі розвинувся ДВЗ-синдром. При лабораторному дослідженні: час згортання крові за Лі-Уайтом-7хв., спонтанний лізис згустку-немає, АЧТЧ-27сек., тромбоцити- $150 \cdot 10^9$ протромбіновий час-12 сек., тромбіновий-65 сек, фібриноген-3 г/л.

Відповідь: друга стадія ДВЗ-синдрому. Свіжозаморожена плазма до 1 л, інгібітори протеолізу (контрикал 20000-60000 ОД), кріопреципітат 200 ОД.

47. У породіллі розвинувся ДВЗ-синдром. При лабораторному дослідженні: час згортання крові за Лі-Уайтом-15 хв, спонтанний лізис згустку-швидкий, АЧТЧ-70 сек, тромбоцити- $65 \cdot 10^9$ /л, протромбінів час-16 сек, тромбіновий час-120 сек, фібриноген-1,2г/л. Визначити стадію ДВЗ-синдрому, призначити лікування.

Відповідь: третя стадія ДВЗ-синдрому. Свіжозаморожена плазма-1 л, інгібітори протеолізу (контрикал-60000-100000 ОД), кріопреципітат-400 ОД.

48. У породіллі розвинувся ДВЗ-синдром. При лабораторному дослідженні: час згортання крові за Лі-Уайтом-65 хв, згусток не утворюється, АЧТЧ-85 сек, тромбоцити- $40 \cdot 10^9$ /л, протромбіновий час-22 сек, тромбіновий час-200 сек, фібриноген не визначається. Визначити стадію ДВЗ-синдрому, призначити лікування.

Відповідь:четверта стадія ДВЗ-синдрому.Свіжозаморожена плазма до 2 л,інгібітори протеолізу(контрикал 100000-300000 ОД),кріопреципітат-600 ОД,тромбоконтрат.

49.У породіллі на 3-ю добу розвинулись наступні загрозові симптоми:підвищення температури тіла до 39,5°C,ЧСС-100 уд/хв.,ЧД-25/хв.Лабораторно:тромбоцити-80*10⁹/л,підвищення рівня С-реактивного протеїну,рівень прокальцитоніну-8 нг/мл;у посіві крові-виявлено циркулюючі мікроорганізми,тест на ендотоксин-позитивний.Визначити ступінь важкості сепсису.

Відповідь:тяжкий сепсис.

50.У роділлі під час пологів розвинувся екламптичний статус.Принципи невідкладної допомоги.

Відповідь:невідкладне розродження(кесарів розтин),седативна терапія,протисудомна терапія,вирішення питання про доцільність проведення ШВЛ.

51.У породіллі в післяпологовому періоді розвинувся напад еклампсії.Принципи невідкладної допомоги.

Відповідь:госпіталізація в палату інтенсивної терапії,седативна терапія,протисудомна терапія,катетеризація сечового міхура.

52. При вагінальному обстеженні роділлі (39 тиж) в першому періоді пологів: відкриття макового зіву 5 см, навколоплідний міхур цілий,через маковий зів палькується губчаста тканина.Виділення слизові,серцебиття плода-140 уд/хв,ясне,рипмічне.Діагноз і тактика ведення пологів.

53. При вагінальному обстеженні роділлі (39 тиж) в першому періоді пологів: відкриття макового зіву 5 см, навколоплідний міхур цілий,через маковий зів палькується губчаста тканина.Виділення яскраво-червоного кольору,серцебиття плода-100 уд/хв,глухе. Діагноз і невідкладна допомога.

55.

В клініку упила жінка,у якої діагностовано клініка апоплексії яєчника геморагічна форма.Який об'єм оперативного втручання необхідний в кожному випадку?Інфузійно-трансфузійна терапія

56.

У дівчини 27 років у гінекологічному відділенні діагностували позамакову вагітність по типу розриву макової труби. Який об'єм оперативного втручання необхідний?Інфузійно-трансфузійна терапія хворій.

57.

У жінки 37 років протягом 2 тижнів спостерігаються рясні кров'яністі виділення.2 місяці тому проведено діагностичне вишкрібання порожнини матки.Ваша тактика при наданні невідкладної допомоги

58. У дівчини 15 років протягом 2 тижнів спостерігаються рясні кров'яністі виділення.Неоднократно була госпіталізована в гінекологічний стаціонар з приводу порушення менструального циклу.При лабораторному дослідженні -2 ступінь анемії.Яка невідкладна допомога потрібна в даному випадку.

59. У жінки 38 років скарпи на переймоподібний біль внизу живота, кров'янисті виділення із статевих шляхів. При огляді в дзеркалах в зовнішньому вічку візуалізується вузол 2-3 см в діаметрі, який народжується. Яка невідкладна допомога потрібна в даному випадку?

Розділ IV. Акушерський фантом (акушерські щипці, біомеханізми пологів при різних видах передлежання плода та анатомічно вузькому тазі, прийоми Леопольда та ін.).

1. Провести зовнішнє акушерське обстеження (прийоми Леопольда).
2. Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання плода.
3. Виконати захист промежини в другому періоді пологів.
4. Біомеханізм пологів при задньому виді потиличного передлежання і вставлення голівки плода.
5. Біомеханізм пологів при передньоголовному передлежанні й вставленні голівки плода.
6. Біомеханізм пологів при лобному передлежанні й вставленні голівки плода.
7. Біомеханізм пологів при лицевому передлежанні і вставленні голівки плода.
8. Біомеханізм пологів при поперечно-звуженому тазі.
9. Біомеханізм пологів при простому плоскому тазі.
10. Біомеханізм пологів при загальнорівномірнорозвуженому тазі.
11. Біомеханізм пологів при плоско рахітичному тазі.
12. Техніка накладання вихідних акушерських щипців при передньому виді потиличного вставлення голівки плоду.
13. Техніка накладання вихідних акушерських щипців при задньому виді потиличного вставлення голівки плоду.
14. Техніка накладання порожнинних акушерських щипців при передньому виді потиличного вставлення голівки плоду, I позиції.
15. Техніка накладання порожнинних акушерських щипців при передньому виді потиличного вставлення голівки плоду, II позиції.
16. Біомеханізм пологів при чисто сідничному вставленні плоду
17. Ручна допомога за методом Н.А. Цов'янова при чисто сідничному вставленні плоду.
18. Ведення пологів при ножних передлежаннях за методом Цов'янова.
19. Ручна допомога за класичним способом при тазових вставленнях плода.
20. Витягання плоду за паховий згин (за допомогою пальця).
21. Виконати зовнішній профілактичний поворот при поперечному положенні плода.
22. Виконати зовнішній профілактичний поворот при тазовому предлежанні плода
23. Акушерський поворот при поперечному положенні плода (1 позиція передній вид).
24. Акушерський поворот при поперечному положенні плода (2 позиція передній вид).

25. Акушерський поворот при поперечному положенні плода (1 позиція задній вид)
26. Акушерський поворот при поперечному положенні плода (2 позиція задній вид).
27. Зібрати набір інструментів для штучного аборту.
28. Зібрати набір інструментів для огляду пологових шляхів і продемонструвати його.
29. Зібрати набір інструментів для вишкрібання післяпологової матки, продемонструвати його.
30. Провести ручне обстеження післяпологової матки.
31. Зібрати набір інструментарію при виявленні розривів шийки матки.
32. Зібрати набір інструментарію при виявленні розривів піхви 3 ступеню.
33. Зібрати набір інструментів і продемонструвати пункцію черевної порожнини через заднє склепіння піхви.
34. Провести пельвіометрію.
35. Зібрати набір інструментів для краніотомії.
36. Провести обмірювання обводу живота і висоти дна матки вагітної жінки.
37. Зібрати інструмент для огляду шийки матки і взяття мазків на гормональну кольпоцитологію та продемонструвати.
38. Зібрати інструмент для огляду шийки матки і взяття мазків на мікрофлору та продемонструвати.
39. Зібрати інструмент для огляду шийки матки і взяття мазків на атипів клітини та продемонструвати.
40. Зібрати набір інструментів для декапітації.

4. Вибір об'єму оперативного втручання при гінекологічних захворюваннях.

Завдання № 1

Жінка, 47 років, звернулася в жіночу консультацію зі скаргами на значне збільшення тривалості менструацій.

Гінекологічний анамнез: 6 років тому, на профілактичному огляді, виявлена лейоміома матки розміром 6 тижнів вагітності. Менструації з 13 років по 3-4 дні через 21-22 дні, помірні, безболісні. Вагінальне обстеження: піхва жінки, яка народжувала, слизова оболонка рожева. Шийка матки циліндричної форми, зовнішній зів щілиноподібний. З цервікального каналу виділення слизові. Тіло матки збільшене до 11 тижнів вагітності, щільна, рухома, неболюча. Придатки з обох сторін не пальпуються

Запитання. Обрати об'єм оперативного втручання.

Відповідь: Фракційне діагностичне вишкрібання порожнини матки.

Завдання № 2

Жінка, 25 років, відвідала гінеколога з метою профогляду. Скарг немає.

Гінекологічний анамнез не обтяжений. Менструації з 14 років по 3-4 дні, через 21 день. Статеве життя з 18 років.

П-1; А-2. Соматичний анамнез не обтяжений. При обстеженні з боку внутрішніх органів патології не виявлено.

Об'єктивно: при обстеженні зовнішні геніталії розвинуті правильно. Оволосіння за жіночим типом.

Огляд в дзеркалах: піхва жінки, яка народжувала. Шийка матки циліндричної форми, деформована, на передній та задній губі наявні ділянки слизової оболонки яскраво-рожевого кольору 1x1.5 мм, що не візуалізуються при складанні губ шийки матки. Тіло матки в anteflexio, anteversio, не збільшене, неболюче при пальпації. Придатки матки з обох боків анатомічно не змінені. Склепіння піхви глибокі.

Запитання. Обрати об'єм оперативного втручання.

Відповідь: Ектропіон шийки матки. Діатермоексцизія шийки матки.

Завдання № 3

Хвора Ю. П., 51 рік, скаржиться на біль внизу живота, виділення серозно-кров'яністі з неприємним запахом, швидку втомлюваність, схуднення. Захворювання виникло без поважних причин, жінка стала помічати серозно-кров'яністі виділення з піхви, загальну втому. За

медичною допомогою не зверталася і останній раз була у лікаря-гінеколога 3 роки тому, коли ніяких гінекологічних захворювань не було виявлено. З 47 років період менопаузи. Вагітність 1, яка закінчилася терміновими пологами з розривом шийки матки I ступеня. Відхилень з боку внутрішніх органів під час первинного огляду не виявлено.

Зовнішні статеві органи розвинені правильно, оволосіння за жіночим типом. Вхід у піхву вільний. Шийка матки бочкоподібної форми, має кратероподібне заглиблення, щільність її досягає “дерев’янистої твердості”, синюшно-багряного кольору. Зів латерально зміщений. Виділення серозно-кров’яністі. Матка грушеподібної форми, рухи її обмежені. Придатки не пальпуються. У параметрії пальпуються інфільтрати.

Запитання. Обрати об’єм оперативного втручання.

Відповідь: Рак шийки матки (виразкова форма). Операція Вертгейма.

Завдання № 4

Хвора В. Т., 53 роки, скаржиться на біль унизу живота, виділення серозно-кров’яністі з неприємним запахом, які нагадують “м’ясні помий”, схуднення, слабкість. Захворювання виникло без поважних причин, жінка стала помічати серозно-кров’яністі виділення з піхви, загальну втому. За медичною допомогою не зверталася і останній раз була у лікаря-гінеколога 3 роки тому, коли ніяких гінекологічних захворювань не було виявлено. З 47 років період менопаузи. Було 2 вагітності, які закінчилися нормальними пологами. Відхилень з боку внутрішніх органів під час первинного огляду не виявлено. Зовнішні статеві органи розвинені правильно, оволосіння за жіночим типом. Вхід у піхву вільний. Піхва жінки, яка народжувала. Шийка матки циліндричної форми, зовнішнє вічко – щільної. На задній губі шийки матки утворення діаметром 1 см., яке нагадує кольорову капусту. Виділення серозно-кров’яністі, матка грушеподібної форми, рухома, безболісна. Придатки не пальпуються. Параметрій, склепіння вільні.

Запитання. Обрати об’єм оперативного втручання.

Відповідь: Рак шийки матки (екзофітна форма). Операція Вертгейма, хіміотерапія у післяопераційному періоді.

Завдання № 5

Пацієнтка С., 30 років, скаржиться на серозні виділення з піхви. Менструації з 13 років, по 4 дні через 21 день, помірні, безболісні. Було 2 вагітності: з них перша закінчилася штучним абортom на 10 тижні, без ускладнень, 2 – терміновими пологами з розривами шийки матки II ступеня. Відхилень з боку внутрішніх органів під час первинного огляду не виявлено. Зовнішні статеві органи розвинені правильно. Оволосіння за жіночим типом. Піхва жінки, що народжувала. Шийка матки циліндричної форми, зовнішнє вічко – щільної. Шийка матки деформована, з рубцями після травми. В області передньої та задньої губи шийки матки слизова оболонка червоного кольору, з набряком. Поверхня частково вкрита слизовими виділеннями. Якщо зблизити передню та задню губу шийки, зміни зникають. Цервікальні виділення серозні, помірні. Матка грушеподібної форми, anteversio-flexio, рухома, безболісна. Придатки не пальпуються. Склепіння вільні.

Запитання. Обрати об’єм оперативного втручання.

Відповідь: Ектропіон шийки матки. Діатермоконізація шийки матки .

Завдання № 6

До лікаря звернулася жінка 50 років зі скаргами на втомлюваність, слабкість, схуднення, пітливість, постійний тупий ниючий біль в низу живота, періодичні запори, метеоризм. З анамнезу захворювання: данні скарги турбують жінку вже 2 роки, протягом яких стан здоров'я поступово погіршувався. 5 років тому на УЗД у жінки було виявлено кісту лівого яєчника діаметром 5 см., яку не лікувала. Анамнез життя: жінка незаміжня, дітей немає. Менструація почалася з 13 років, закінчилася в 45 років. Об'єктивно: звертає на себе увагу різке схуднення і блідий колір шкіри, перкуторно – рідина у черевній порожнині. При гінекологічному дослідженні: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, оволосіння за жіночим типом. Піхва жінки, що ненароджувала, шийка матки конічної форми, зовнішнє вічко крапкоподібне. Бімауально: матка грушоподібної форми, безболісна, рухома, зліва від матки пальпується утворення розміром 5 см., неболюче, рухоме, тугоеластичної консистенції. У клінічному аналізі крові: Нв 70 г/л., Ер 3.0x 10 в 12 степени/л., Лей 16x10 в 9 степени/л., ШОЕ 20 мм/год.

Запитання. Обрати об'єм оперативного втручання.

Відповідь: Рак яєчника. Екстирпація матки з придатками, резекція великого сальника.

Завдання № 7

У приймальне відділення доставлена жінка, 40 років швидкою допомогою зі скаргами на інтенсивний переймоподібний біль у животі, що з часом змінився на постійний, підвищення температури тіла до 38°C, озноб. Об'єктивно: живіт болючий при пальпації, здутий, симптоми подразнення очеревини позитивні. Шкірні покрови бліді, вологі. Пульс 120 ударів за хвилину, м'який. АТ 90x60 мм.рт.ст. З анамнезу захворювання: у хворої 2 роки тому на УЗД було виявлено кісту лівого яєчника, діаметром біля 5 см., жінка з цього приводу не лікувалася. Анамнез життя без особливостей; менструальна функція порушена за типом гіперменореї протягом 5 років. Мала 2 вагітності, що закінчилися 2 пологамі. При гінекологічному дослідженні: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, оволосіння за жіночим типом. Піхва жінки, що народжувала, шийка матки циліндричної форми, зовнішнє вічко щільне. Бімауально: матка грушоподібної форми, зліва від неї визначається щільноеластичне утворення, болюче при пальпації, діаметром 6 см. Склепіння вільні.

Запитання. Обрати об'єм оперативного втручання.

Відповідь: Перекрут кісти лівого яєчника. Лівобічна оваріектомія.

Завдання № 8

Хвора В., 23 роки, доставлена машиною швидкої допомоги зі скаргами на гострий біль у животі, який ірадіює у пряму кишку, слабкість, холодний піт, нудоту. Захворювання виникло гостро у середині менструального циклу після бурного статевого акту з появою гострого болю у правій здухвинній ділянці, який невдовзі поширився на весь живіт. Менструації з 13 років по 4 дні через 21 день, помірні безболісні. Температура тіла нормальна. Свідомість збережена. Пульс – 100 уд/хв., АТ - 100/60 мм рт. ст. Живіт здутий, болючий справа, відмічається напруження передньої черевної стінки, різко виражені симптоми подразнення очеревини. Перкусією живота виявляється притуплення звуку у бокових відділах. Зовнішні статеві органи розвинуті правильно, оволосіння за жіночим типом. Піхва жінки, що не народжувала. Шийка матки конічної форми, зовнішнє вічко – точкове. Позитивний симптом Промтова. При бімануальному дослідженні матку та придатки пальпувати не вдається через різку болючість та

напруження передньої черевної стінки. Відмічається нависання і болючість вагінальних склепінь. Під пункції заднього склепіння получено 5 мл темної крові, що не згортається.

Запитання. Обрати об'єм оперативного втручання.

Відповідь: *Апоплексія яєчника. Негайна лапаротомія, об'єм оперативного втручання вирішується інтраопераційно (ушивання, резекція, оваріектомія).*

Завдання № 9

Жінка 45 років проходила обстеження в жіночій консультації. З анамнезу: менструації з 12 років, по 5 діб з інтервалом в 26 діб, помірні, регулярні. Вагітності 3, роди – 2, аборт – 1. . Об'єктивно: піхва жінки, що народжувала. Шийка матки циліндричної форми, зовнішнє вічко щільне. Матка збільшена, грушоподібна, безболісна, її розміри відповідають 14-15 тижнів вагітності. У ділянці дна виявлена група вузлів. Додатки не пальпуються.

Запитання. Обрати об'єм оперативного втручання.

Відповідь. Вузлова лейоміома матки великих розмірів. Надпівхова ампутація матки з придатками.

Завдання № 10

Жінка 45 років поступила в гінекологічне відділення зі скаргами на кров'янисті виділення протягом 10 днів. З анамнезу: менструації з 12 років, по 5 діб з інтервалом в 26 діб, помірні, регулярні. Заміжня, вагітності 3, пологи – 2, аборт – 1. Патології з боку внутрішніх органів не виявлено. Об'єктивно: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, оволошіння за жіночим типом. Піхва жінки, що народжувала, шийка матки циліндричної форми, зовнішнє вічко – щільне. При бімануальному огляді виявлено збільшена щільна матка, при пальпації безболісна. Розміри відповідають 8 тижням вагітності. У відділі дна виявлено два вузли. Додатки не пальпуються. Виділення кров'янисті, помірні.

Запитання. Обрати об'єм оперативного втручання.

Відповідь: Лейоміома матки невеликих розмірів з субсерозною локалізацією вузла. Роздільне діагностичне вишкрібання порожнини матки.

Завдання № 11

Жінка 48 років звернулася в жіночу консультацію зі скаргами на рясні геморагічні виділення із піхви, біль внизу живота, які з'явилися 15 діб тому. З анамнезу відомо, що хвора знаходиться на диспансерному обліку з приводу лейоміоми матки протягом 7 років, отримує консервативну терапію. Менструації з 12 років по 5 діб з інтервалом 26 діб, помірні, регулярні. Останні 3 роки менструації тривають 7-8 діб, рясні. Заміжня, вагітності – 2, пологи – 1. Об'єктивно: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, оволошіння за жіночим типом. Піхва жінки, що народжувала. Шийка матки циліндричної форми, зовнішнє вічко щільне. При бімануальному огляді виявлено збільшена куляста безболісна матка, розміри відповідають 13 тижням вагітності. Додатки не пальпуються. Зроблений аналіз крові клінічний: Нь – 85 г/л, ер – $2,8 \times 10^{12}$ г/л.

Запитання. Обрати об'єм оперативного втручання.

Відповідь: Лейоміома матки великих розмірів з геморагічним синдромом. Надпівхова ампутація матки з придатками.

Завдання № 12

Жінка 47 років звернулася в жіночу консультацію зі скаргами на переймоподібний біль в нижніх відділах живота, виділення із піхви геморагічного характеру. Вищеперелічені симптоми з'явилися 7 діб тому. З анамнезу відомо, що хвора знаходиться на диспансерному обліку з приводу лейоміоми матки протягом 2 років, отримує консервативну терапію. За останні 1,5 роки тривалість менструацій збільшилась до 7 діб, збільшився і об'єм крововтрати. Заміжня, вагітність – 1, пологи – 1. Об'єктивно: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, оволошіння

за жіночим типом. Піхва жінки, що народжувала. Зовнішнє вічко відкрите, з якого народжується утворення розміром 2x2 см на широкій основі. Матка збільшена, щільна, помірно болісна, розміри відповідають 8 тижням вагітності. Додатки не пальпуються.

Запитання. Обрати об'єм оперативного втручання.

Відповідь: Лейоміома матки невеликих розмірів. Фіброїд, що народжується. Видалення фіброїда. Вишкрібання порожнини матки.

Завдання № 13

До лікаря звернулась жінка 56 років зі скаргами на тягнучий біль внизу живота та, затrudнене сечовипускання. Із ап. morbі: скарги почали турбувати 5 років тому, поступово збільшилися. Із ап. vitae: менархе з 12 років через 27 діб по 5 діб, помірні, безболісні, закінчилися в 48 років. Мала 2 вагітності, одні пологи. При огляді: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, оволосіння за жіночим типом. Піхва жінки, що народжувала, передня стінка нависає. Шийка матки циліндричної форми, зовнішнє вічко щілинне, вагінальна частина шийки матки знаходиться нижче сідничних остей, проте не виходить за межі статевої щілини навіть при натужуванні.

Запитання. Обрати об'єм оперативного втручання.

Відповідь. Передня кольпорафія з зануренням цистоцеле.

Завдання № 14

До лікаря звернулась жінка 70 років зі скаргами на тягнучий біль внизу живота та у ділянці крижів, випадіння внутрішніх статевих органів навіть при найменшому фізичному навантаженні, затримку сечі. Із ап. morbі: скарги з'явилися десь 14 років тому, потім поступово стан погіршувався. При огляді: піхва жінки, що народжувала, слизова оболонка суха. Шийка матки циліндричної форми, зовнішнє вічко щілинне, має ерозію розміром 2 x 1,5 см. Вся матка і стінки піхви знаходяться за межами статевої щілини.

Запитання. Обрати об'єм оперативного втручання.

Відповідь. Трансвагінальна екстирпація матки.

Завдання № 15

Хвора М., 32 роки, поступила в гінекологічне відділення для проведення штучного аборту у терміні 7 тижнів. Під час аборту лікар помітив, що кюретка зайшла в порожнину матки до рукоятки. З допомогою зонду виявлено, що довжина порожнини матки 17 см.

Запитання. Обрати об'єм оперативного втручання.

Відповідь: Перфорація порожнини матки. Нижньосерединна лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини, ушивання перфораційного отвору.

Завдання № 16

До лікаря звернулась дівчинка 13 років із скаргами на появу періодичного болю внизу живота, нудоту, блювання. З анамнезу відомо, що ці скарги з'явилися рік тому і повторюються щомісяця. До теперішнього часу менструацій не було, до гінеколога раніше не зверталась. Зовнішні статеві органи розвинуті правильно, оволосіння за жіночим типом. Вхід до піхви закритий дівочою плівкою, яка не має отворів. Звертає на себе увагу її вибухання та просвічування через неї темної крові, а також флюктуація при пальпації. Бімануально матка грушеподібної форми, рухома не болюча. Додатки не пальпуються. Per rectum пальпується збільшена, заповнена рідиною піхва. Під час пункції гімена одержали темну тягучу масу.

Запитання. Обрати об'єм оперативного втручання.

Відповідь: Атрезія дівочої пліви. Гематокольпос. Розсічення дівочої пліви з обшиванням країв рани.

Завдання № 17

Хвора 43 років скаржиться на контактні кровомазання протягом 6 місяців. Бімануально: шийка матки збільшена в розмірах, обмежена в рухливості. У дзеркалах: шийка матки у вигляді «кольорової капусти».

Питання. Вибрати обсяг оперативного втручання.

Відповідь. Рак шийки матки (екзофітна форма) . Операція Вертгейма.

Завдання № 18

У жіночу консультацію звернулася жінка 32 років зі скаргами на рясні менструації протягом 6 місяців, та тягнучий біль внизу живота, слабкість. При гінекологічному огляді: тіло матки збільшене до 14 тижнів вагітності, рухливе, безболісне. У крові: Нв – 90 г/л.

Питання. Вибрати обсяг оперативного втручання.

Відповідь. Міома матки, постгеморагічна анемія. Надпівхова ампутація матки без придатків.

Завдання № 19

Хвора 29 років доставлена бригадою швидкої допомоги в стаціонар зі скаргами на гострий біль унизу живота, блювоту, часте сечовипускання. При огляді: живіт рівномірно здутий, симптом Щьоткіна-Блюмберга позитивний, пульс – 90 уд. на хв., температура 37,9 С. При бімануальному дослідженні: тіло матки рухливе, не збільшене, праворуч і попереду пальпується утворення 6 x 6 см тугоеластичної консистенції, різко болюче при зсуві, ліворуч придатки не визначаються, виділення слизуваті.

Питання. Вибрати обсяг оперативного втручання.

Відповідь. Перекрутий ніжки пухлини яєчника. Правобічна оварієктомія.

Завдання № 20

Хвора 57 років зі скаргами на постійний ниючий біль внизу живота госпіталізована в гінекологічне відділення для лікування з приводу підслизової міоми матки, анемія II ступеня. При піховому дослідженні: шийка матки ерозована, тіло матки збільшене до 8-9 тижнів вагітності, рухливе, неболюче, придатки з обох сторін не змінені, виділення слизово-кров'яні.

Питання. Вибрати обсяг оперативного втручання.

Відповідь. Екстирпація матки з придатками.

Завдання № 21

Хвора. 38 років. доставлена ургентно, зі скаргами на біль унизу живота ірадіюючий в пряму кишку, слабкість. Скарги з'явилися раптово, після статевого акту. Остання менструація 2 тижні тому. Шкірні покриви бліді, пульс – 102 уд. у хв., температура 36,6 С, АТ – 90\60 мм рт.ст. Живіт напружений, незначно болісний у нижніх відділах живота, симптом подразнення очеревини позитивний. При вагінальному дослідженні: матка не збільшена, додатки праворуч збільшені до 5 см в діаметрі, болючі при пальпації, заднє склепіння піхви нависає. Додатки ліворуч не змінені.

Вибрати обсяг оперативного втручання.

Відповідь. Апоплексія яєчника. Негайна лапаротомія, оварієктомія.

Завдання № 22

Хвора 57 років звернулася в жіночу консультацію зі скаргами на болі ниючого характеру внизу живота, загальну слабкість, поганий апетит, значна втрата ваги за останні 4 місяці. Знаходиться в менопаузі. При бімануальному дослідженні шийка і тіло матки без патологічних змін. З обох сторін від матки визначаються пухлиноподібні утворення, обмежені в рухливості, без чітких контурів, з горбистою поверхнею, розміром з кулак. Виділення з піхви – білі.

Питання. Вибрати обсяг оперативного втручання.

Відповідь. Рак яєчників. Екстирпація матки з придатками. Резекція великого сальника.

Завдання № 23

Хвора 23 років доставлена ургентно зі скаргами на біль внизу живота, більше праворуч, що ірадіює в пряму кишку. Перераховані вище скарги з'явилися вночі, раптово, після статевого акту. Останні місячні 2 тижні назад. Об'єктивно: шкірні покриви бліді. Пульс 99 уд. за хв., температура 36,6 С, АТ 100/60 мм рт.ст. Живіт напружений у нижніх відділах, симптоми подразнення очеревини позитивні. При вагінальному дослідженні: тіло матки не збільшене, додатки праворуч збільшені до 7 см в діаметрі, болючі. Додатки ліворуч – не змінені.

Вибрати обсяг оперативного втручання.

Відповідь. Апоплексія яєчника. Негайна лапаротомія, оваріектомія.

Завдання № 24

У гінекологічне відділення звернулася жінка зі скаргами на затримку менструації на 2 тижні, мажучі кров'янисті виділення зі статевих органів, біль унизу живота, більше ліворуч, блювоту, слабкість. В анамнезі – хронічний аднексит. При бімануальному дослідженні: матка трохи збільшена в розмірах, розм'якшена, придатки ліворуч збільшені, болісні при пальпації. Задне склепіння піхви нависає. Реакція на хоріонічний гонадотропін позитивна. При ультразвуковому дослідженні плодового яйця в матці не виявлено. Ліва маткова труба збільшена, в порожнині неоднорідний вміст. В задньому склепінні рідина.

Вибрати обсяг оперативного втручання.

Відповідь. Порушена позаматкова вагітність. Негайна лапаротомія, видалення маткової труби.

Завдання № 25

Хвора 29 років скаржиться на гострий біль внизу живота, нудоту, блювоту. Об'єктивно: АТ – 120/80 мм рт.ст., пульс – 108 уд. за хв., температура тіла 38 С. Язик густо обкладений білим нальотом, живіт рівномірно здутий, різко болючий у нижніх відділах. Симптом Щьоткіна-Боюмберга позитивний. Піхвове дослідження: тіло матки не збільшене, рухливе, безболісне. Праворуч від матки пальпується утворення розміром 7 x 7 см, тугоеластичної консистенції, різко болюче. Ліві придатки не визначаються.

Питання. Вибрати обсяг оперативного втручання.

Відповідь. Перекрут ніжки кісти правого яєчника. Негайна лапаротомія, правобічна оваріектомія.

Завдання № 26

Хвора 28 років. Надійшла зі скаргами на різкий біль унизу живота, короткочасну втрату свідомості. Остання менструація була 12 днів тому. Живіт помірно здутий, болючий при пальпації в нижніх відділах, симптоми подразнення очеревини позитивні. При вагінальному дослідженні: матка звичайної форми, неболюча, придатки ліворуч трохи збільшені, болісні при пальпації. Задне склепіння нависає, напружене, різко болісне.

Вибрати обсяг оперативного втручання.

Відповідь. Апоплексія яєчника. Негайна лапаротомія, резекція яєчника.

Завдання № 27

Хвора 24 років, скаржиться на різкий біль унизу живота, що виник раптово, після фізичного навантаження. Відзначає нудоту, блювоту, сухість у роті. В анамнезі: кіста правого яєчника. Живіт помірно здутий, болючий при пальпації в нижніх відділах, симптоми подразнення очеревини позитивні. При бімануальному дослідженні: матка щільна, безболісна, не збільшена. Ліве склепіння глибоке, придатки не визначаються, праве склепіння укорочене. Праворуч від матки визначається різко болісне утворення, округлої форми, еластичної консистенції, обмежене в рухливості 7 x 8 см. В аналізі крові лейкоцитоз зі зсувом формули вліво.

Вибрати обсяг оперативного втручання.

Відповідь. Кіста правого яєчника з перекрутом ніжки. Негайна лапаротомія, оваріектомія.

Завдання № 28

В гінекологічне відділення поступила 25 річна жінка, яка скаржиться на затримку місячних на 2 місяці та кров'яні виділення із піхви. В анамнезі 2 родів. Тест на вагітність позитивний. При гінекологічному дослідженні: шийка "бочкоподібна", матка в anteflexio, тіло матки маленьке, не болюче, при контакті з шийкою кров'янисті виділення посилюються. Додатки не пальпуються.

Запитання. Обрати об'єм оперативного втручання

Відповідь. Шийкова вагітність. Екстирпація матки без придатків.

Завдання № 29

До гінекологічного стаціонару надійшла жінка зі скаргами на різкий біль у нижніх відділах живота. Температура тіла 38 С, пульс 100 уд. на хв., АТ – 120/80 мм. рт. ст. Рік тому на профогляді діагностовано пухлину правого яєчника. Від операції відмовилась. При обстеженні: живіт помірно здутий, болючий при пальпації в нижніх відділах, симптоми подразнення очеревини позитивні. Бімануально – матка звичайних розмірів, безболісна, праворуч визначається утворення до 8 см, різко болісне, щільне, з чіткими контурами. У аналізі крові – лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво.

Обрати об'єм оперативного втручання.

Відповідь. Перекрут ніжки пухлини яєчника. Негайна лапаротомія, оваріектомія.

Завдання № 30

Хвора 29 років скаржиться на гострий біль унизу живота, блювоту. Об'єктивно: АТ – 120/80 мм рт.ст., пульс – 108/хв. Живіт помірно здутий, різко болючий в нижніх відділах. Симптом Щоткіна-Блумберга позитивний. Піхвове обстеження: тіло матки не збільшене, рухоме, безболісне. Справа від матки пальпується утворення розміром 7 x 7 см, тугоеластичної консистенції, різко болюче. Ліві придатки не визначаються.

Запитання. Обрати об'єм оперативного втручання

Відповідь. Перекрут ніжки пухлини яєчника. Негайна лапаротомія, оваріектомія.

Завдання № 31

Хвора 50 років, скаржиться на ниючий біль внизу живота, посилені болючі менструації. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, живіт м'який, не болючий, над лоном пальпується пухлиноподібний утвір. При бімануальному дослідженні виявлено: шийка матки деформована, тіло матки збільшене до 14 тижнів вагітності, з нерівною поверхнею, щільне, рухоме. Придатки не пальпуються.

Запитання. Обрати об'єм оперативного втручання.

Відповідь. Вузловата фіброміома матки. Екстирпація матки з придатками.

Завдання № 32

До лікаря звернулася дівчинка 14 років зі скаргами на біль внизу живота, відсутність менструацій, дизуричні явища. При огляді зовнішніх статевих органів визначається незаймана пліва, через яку просвічується темна кров і визначається флукуація.

Питання. Вибрати обсяг оперативного втручання.

Відповідь. Атрезія дівочої пліви. Гематокольпос. Розтин дівочої пліви з обшиванням країв рани.

Завдання № 33

Хвору 28 років протягом 3 місяців турбує ниючий біль в правій клубовій ділянці. Менструації стали більш тривалими і рясними, відмічає мажучі кров'янисті виділення до та після менструацій. Бімануальне дослідження, проведене в динаміці (до і після місячних), виявило: тіло матки не збільшене,

рухоме, безболісне, біля матки - пухлиноподібне утворення розмірами 7 x 9 см, болюче, збільшується перед менструацією та зменшується після неї.

Вибрати обсяг оперативного втручання.

Відповідь. Ендометриїдна кіста правого яєчника. Лапаротомія, оваріектомія.

Задача 34

Хвора 36 років, доставлена машиною швидкої допомоги в гінекологічне відділення. Скарги на різкий біль внизу живота, озноб, підвищення температури тіла до 38-39°C, загальну слабкість, нездужання, головний біль. Вважає себе хворою останні 6 років, з тих пір як після самовільного абортів розвилася гостре запалення придатків матки. Запалення придатків загострювалося щорічно. Об'єктивно - язик сухий, обкладений, пульс – 100 уд. на хв, АТ – 120/80 мм. т. ст., симптоми подразнення очеревини позитивні. При бімануальному дослідженні виявлено тіло матки нормальних розмірів, трохи зміщене вправо, обмежене в рухливості, відчутне при пальпації. Праві придатки не прощупуються. Ліворуч і трохи дозаду від матки пальпується утворення, обмежене в рухливості, різко болюче, щільної консистенції, з ділянками розм'якшення. Піхвові склепіння болючі.

Питання: Вибрати обсяг оперативного втручання.

Відповідь. Лівобічний піосальпінкс. Нижньосерединна лапаротомія. Правобічна тубектомія. Дренування черевної порожнини.

Задача 35

Хвора 38 років, надійшла в клініку зі скаргами на постійний біль унизу живота, що ірадує в попереку, підвищення температури до 38-39°C, неодноразово лікувалася з приводу загострення хронічного запалення придатків. При кожному рецидиві хвора лікувалася в стаціонарі. Об'єктивно – позитивні симптоми подразнення очеревини. Бімануально тіло матки чітко не контурується через різку болючість живота. Ліві придатки не пальпуються. Праворуч і дозаду від матки визначається утворення розмірами 12 x 7 см, щільне, горбисте, різко обмежене в рухливості. Зроблено пункцію заднього склепіння піхви, отримано 20 мл гною.

Питання: Вибрати обсяг оперативного втручання.

Відповідь. Правобічна тубооваріальна запальна пухлина. Пельвіоперитоніт. Нижньосерединна лапаротомія. Видалення правих придатків. Дренування черевної порожнини.

Задача 36

Хвора 31 року, надійшла в гінекологічне відділення зі скаргами на різкий біль внизу живота, нудоту, блювання, відчуття жару, озноб, слабкість. Стан при надходженні середньої ступеня важкості. Живіт помірно здутий, болючий при пальпації в нижніх відділах, гіпогастрії, симптоми подразнення очеревини позитивні. Пульс – 100 уд. на хв, АТ – 120/80, температура тіла – 38,5 С. Бімануально – тіло матки не контурується. Праворуч і ліворуч в області придатків визначаються пухлиноподібні утворення, без чіпких контурів, тугоеластичної консистенції, інтимно спаяні з маткою, нерухомі, різко болючі при пальпації.

Питання: Вибрати обсяг оперативного втручання.

Відповідь. Розрив піосальпінксів, перитоніт. Нижньосерединна лапаротомія. Двостороння сальпінгектомія, дренування черевної порожнини.

Задача 37

Хвора 36 років, звернулася до лікаря жіночої консультації зі скаргами на рясні менструації, протягом останніх 6 місяців. Уперше міома матки була виявлена 6 років тому, тіло матки було збільшено до 6 тижнів вагітності. в останні роки стала відзначати погане самопочуття, рясні менструації. В анамнезі 2 пологів, 1 медичний аборт. Останній раз у гінеколога була 7 місяців тому (величина міоми відповідала 9 тижневій вагітності). Десять днів назад почалася менструація, що продовжується дотепер. Аналіз крові клінічний: гемоглобін – 60 г/л. У дзеркалах шийка матки вкрита нормальним епітелієм Бімануально: тіло матки збільшене до 10 тиж. вагітності, щільне, рухливе, безболісне. Придатки по обидва боки не визначаються, ділянка їх

безболісна. Виділення кров'янисті, рясні.

Питання: Вибрати обсяг оперативного втручання.

Відповідь: Симптомна лейоміома матки, з геморагічним синдромом. Надпихвова ампутація матки, без придатків.

Задача 38

Хвора 40 років, надійшла в гінекологічне відділення зі скаргами на переймободібний біль внизу живота і рясні виділення з полових шляхів. Вважає себе хворою протягом 4 років, коли стала відзначати рясні менструації зі згортками крові, переймоподібний біль внизу живота. При піхвовому дослідженні з каналу шийки матки виходить вузол міоми діаметром до 3 см на тонкій ніжці. Матка має розміри трохи більше норми, щільна, безболісна. Придатки по обидва боки не визначаються, ділянка їх безболісна. Виділення кров'янисті, рясні.

Питання: Вибрати обсяг оперативного втручання.

Відповідь: народжений субмукозний вузол міоми. Видалення народженого субмукозного вузла. Вишкрібання порожнини матки.

Задача 39

Хвора 46 років, звернулася до уролога зі скаргами на часте сечовипускання. Була обстежена. Патології з боку сечовидільної системи немає. Рекомендовано консультацію гінеколога. Піхвове дослідження: піхва жінки, що родила. Шийка деформована старими розривами в родах, мається виворіт слизової цервікального каналу. Матка збільшена до 14 тижнів вагітності, з безліччю міоматозних вузлів, з передньої стінки матки виходить вузол до 8 см у діаметрі. Придатки не визначаються. Для виключення раку ендометрію хворій зроблене фракційне діагностичне вишкрібання (поліпоз ендометрію). Кольпоскопія: ектропіон слизової цервікального каналу

Питання: Вибрати обсяг оперативного втручання.

Відповідь: Екстирпація матки без придатків.

Задача 40

Хвора 37 років, звернулася до лікаря жіночої консультації, зі скаргами на біль в області післяопераційного рубця і кров'янисті виділення з нього, особливо до і після менструації. В анамнезі 3 роки тому назад перенесла апендектомію. На області післяопераційного рубця проводилося лікування, поліпшення не наставало. У товщі післяопераційного рубця прощупуються щільні, хворобливі вузлики. Рубець і шкіра над ними синюшного кольору. Живіт м'який, помірно болючий у нижніх відділах, більше праворуч. Піхвове дослідження: Піхва жінки, що родила. Тіло матки звичайних розмірів, щільне безболісне. Ліворуч придатки не визначаються. Праворуч і позаду від матки пальпується хворобливе утворення розмірами 7 x 8 x 6 см обмежене в рухливості. Склепіння піхви глибокі, виділення слизові.

Питання: Вибрати обсяг оперативного втручання

Відповідь: Ендометріюїдна кіста правого яєчника, ендометріоз післяопераційного рубця. Видалення "шоколадної кісти" правого яєчника і висічення післяопераційного рубця в межах незмінених тканин.

6. Визначення тактики ведення пологів та вибір методу розродження при різних видах акушерської патології.

1. Вагітна, 26 років, термін вагітності 38 тижнів доставлена в пологовий будинок зі скаргами на головний біль, миготіння “мушок” перед очима, біль в епігастрії. Загальмованість. АТ 190/130 мм рт.ст., білок в сечі 4,5 г/л, набряк нижніх кінцівок і живота. Який найбільш ймовірний діагноз і що робити?

Відповідь: Прееклампсія тяжкого ступеня. Розмістити жінку в палату інтенсивної терапії для лікування. При неефективності лікування – кесарів розтин.

2. Вагітна, 27 років. Пологи другі. Перші закінчилися народженням хлопчика вагою 3500 гр. Термін вагітності 21 тиждень. Відзначає біль внизу живота, незначні кров'яністі виділення ізпологових шляхів. Серцебиття вислуховується чітко, ритмічне 140 за 1 хв. На УЗД: відшарування плаценти 2 х 2 см. Сегментарні скорочення задньої стінки матки. Вагінальне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно. Піхва жінки, що народжувала. Шийка матки довжиною 2 см, туго-еластичної консистенції. Зовнішнє вічко закрите. Ваш діагноз і що робити?

Відповідь: Відшарування плеценти невеликих розмірів. Загроза переривання вагітності. Госпіталізувати. Назначити токолітик, гемостатичну терапію.

3. Жінка госпіталізована у зв'язку з загрозою переривання вагітності (13 – 14 тижнів). Попередні 2 вагітності закінчилися самовільними викиднями у терміні 14 – 16 тижнів. При внутрішньому акушерському дослідженні шийка матки згладжена, вкорочена до 1 см, зовнішнє вічко матки пропускає 1 палець, тонус матки не підвищений. Поставте діагноз і визначте подальшу лікарську тактику.

Відповідь: Істміко-цервікальна недостатність. Звичний викидень. Накласти циркулярний шов на шийку матки.

4. Роділля, 18 років. Знаходиться в пологах на протязі 14 годин. II період пологів. Розміри тазу номальні. Потуги малоефективні на протязі 1,5 години. Серцебиття плода глухе, аритмічне, 90 за 1 хв. При вагінальному

дослідженні: відкриття шийки матки повне, плодовий міхур відсутній. Голівка в порожнині малого таза. Яка подальша тактика?

Відповідь: Порожнинні акушерські щипці.

5. До пологового будинку доставлена роділля зі скаргами на кров'яністі виділення зі статевих шляхів, які з'явилися з початком пологової діяльності. Термін вагітності 38 тижнів. При обстеженні положення плоду поздовжнє, голівка рухлива над входом в малий таз, серцебиття плода чітке, ритмічне, 142 уд. на 1 хв. При внутрішньому акушерському дослідженні (при розгорнутій операційній): шийка матки відкрита на 5 см, за внутрішнім вічком губчаста тканина на всьому протязі. Який діагноз і Ваші дії?

Відповідь: Центральне передлежання плаценти. Негайне розродження шляхом кесарського розтину.

6. Роділля, 22 роки. Пологи перші. Пологова діяльність активна, перейми переходять в потуги. Голівка плода притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 132 уд. за 1 хв. Безводний період – 1 год. Ознака Вастена позитивна. Температура тіла – 36,8 °С, пульс – 80 за хв. При вагінальному дослідженні: повне розкриття маткового вічка, по краях визначається товста, набрякла шийка матки, на голівці – пологова пухлина, виділення з піхви – сукровичні. Яка подальша тактика?

Відповідь: Діагноз – клінічно вузький таз. Розродження шляхом кесарського розтину.

7. Відразу після народження плоду почалась помірна кровотеча, крововтрата перевищила 400 мл. Ознак відділення посліду немає. Яка тактика лікаря?

Відповідь: Ручне відділення посліду. Масаж матки на кулаці.

8. Роділля знаходиться в пологовій залі, в першому періоді пологів, поводить себе неспокійно. Перейми слідуєть одна за другою без перерви. Контракційне кільце на рівні пупка. Серцебиття плода 170 за 1 хв. Внутрішнє акушерське дослідження: відкриття шийки матки повне, сукровичні виділення з піхви. Голівка притиснута до входу в малий таз, на голівці велика родова пухлина. Який діагноз і метод розродження?

Відповідь: Клінічно вузький таз. Загроза розриву матки. Термінове розродження шляхом кесарського розтину.

9. Роділля доставлена в клініку поводить себе неспокійно. Перейми слідуєть одна за другою без перерви. Контракційне кільце на рівні пупка. Серцебиття плода не прослуховується. Внутрішнє акушерське дослідження: відкриття шийки матки повне, голівка притиснута до входу в порожнину малого таза. Ваш діагноз і що робити?

Відповідь: Клінічно вузький таз. Загроза розриву матки. Антенатальна загибель плода. Показана краніотомія.

10. Роділля, 23 років, з простим плоским тазом, звуження 1 ступеня, знаходиться в I періоді I термінових пологів. Положення плоду поперечне, голівка плоду зліва. При внутрішньому дослідженні: шийка матки згладжена, розкриття шийки матки 8 см, плодовий міхур відсутній, передлегла частина відсутня, за внутрішнім вічком вузли пуповини. Діагноз? Що робити?

Відповідь: Діагноз – перші термінові пологи. Поперечне положення плоду, випадіння петель пуповини. Показане термінове розродження шляхом кесарського розтину.

11. Вагітна, 28 років, звернулась зі скаргами на незначні кров'янисті виділення з піхви яскравого кольору (до 50 мл) при вагітності 33 тижні. Вагітна госпіталізована. Які додаткові обстеження необхідно провести в стаціонарі? Від чого будуть залежати подальші дії лікарів у відділенні патології вагітних?

Відповідь: Вагітність 33 тижні, перша. Підозра на передлежання плаценти. Провести УЗД, кардіотокографію. Токолітична терапія, в терміні 37 – 38 тижнів – повторне УЗД, визначення тактики ведення пологів. При центральному передлежання плаценти – кесарський розтин.

12. Породілля, 25 років, на 4 день після операції кесаревого розтину скаржитися на загальну слабкість, підвищення температури до 39°C, лихоманку, здуття живота, затримку газів та випорожнень, наявний симптом «падаючої краплі». Біла, пульс – 120 уд. на хв., м'який. Живіт здутий, болючий на всьому протязі, відмічається позитивний симптом Щьоткіна. Дно матки на рівні пупка, матка болюча, тістоподібної консистенції. Виділення з піхви гнійні. Ваш діагноз і що робити?

Відповідь: Діагноз – акушерський перитоніт. Релапаротомія, естирпація матки з матковими трубами. Трансназальна інтубація тонкого кишковика. Дренування черевної порожнини.

13. В пологовий будинок поступила вагітна 34 років. Вагітність 3-тя, доношена. Пологи II, другий період. Навколоплідні води відійшли через 2 години після початку пологової діяльності. При вагінальному обстеженні встановлено: положення плоду поперечне, голівка зліва, спинка спереду, у піхві визначається ручка плоду. Серцебиття плода не вислуховується. Яка подальша тактика?

Відповідь: Вагітність III. Запущене поперечне положення плоду. Показана декапітація.

14. Роділля, 24 років, пологи I своєчасні, перший період. Зріст вагітної 153 см. Розміри таза: 24-26-28-17. Маса плоду – 4000 г. Серцебиття плоду ясне, ритмічне – 145 уд. за хв. При внутрішньому дослідженні встановлено: шийка матки згладжена, відкриття шийки матки – 8 см. Яка подальша тактика ведення пологів?

Відповідь: Діагноз – пологи I. Крупний плід. Анатомічне звуження таза II ступеня. Клінічно вузький таз. Розродження шляхом кесарського розтину.

15. Вагітність 35-36 тижнів. Доставлена машиною швидкої допомоги з регулярними переймами. Положення плоду поздовжнє. Передлежить голівка притиснута до входу в малий таз. Очікувана маса плоду 3400±200 гр. Серцебиття плоду ясне, ритмічне, 140 уд. за хв. При обстеженні встановлено: цукор крові 14,5 ммоль/л. При вагінальному дослідженні: шийка матки укорочена до 1,5 см, цервікальний канал пропускає 1 п/п. Плідний міхур цілий. Яка тактика ведення?

Відповідь: Діагноз – вагітність 35-36 тижнів. Початок I-го періоду пологів. Цукровий діабет. Спостереження за роділлею згідно з наказом №624, ведення партограми, визначення глюкози крові кожних 2 години, консультація ендокринолога у пологовій залі.

16. Першородяча. Розміри таза: 25-28-31-20. Пологова діяльність активна. Відійшли прозорі навколоплідні води. Голівка притиснута до входу в малий таз. Ознака Вастена позитивна. Розкриття шийки матки повне, на голівці визначається родова пухлина, мис досягається. Маса плода 4500 г. Серцебиття плоду ясне, ритмічне, 136 уд. за хв. Діагноз? Яка тактика подальшого ведення пологів?

Відповідь: Діагноз – клінічно вузький таз. Розродження шляхом кесарського розтину.

17. Першородяча. Пологова діяльність активна. Розміри таза: 26-26-30-17 см. Очікувана маса плода 3900 г. Голівка притиснута до входу в малий таз. Розкриття шийки матки 8 см. Води відійшли світлі. Ознака Вастена позитивна. Ваш діагноз? Що робити?

Відповідь: Діагноз – анатомічно і клінічно вузький таз. Родорозршення шляхом кесарського розтину.

18. Першородяча. Розміри таза: 23-26-29-17 см. Розкриття шийки матки 7 см. Плідний міхур цілий. Голівка плоду малим сегментом у вході в малий таз. Мис досягається. Маса плода 4000 г. Діагноз? Яка тактика лікаря?

Відповідь: Активна фаза I-го періоду пологів. Очікувальна тактика, переглянути план ведення пологів після відходження навколоплідних вод і розкриття шийки матки 8 см.

19. Роділля, 23 роки. Доставлена в акушерський стаціонар зі скаргами на кров'янисті виділення зі статевих шляхів, які виникли з початком регулярної пологової діяльності. Термін вагітності 38 тижнів. Перейми регулярні по 30-35 с, через 3-4 хв. Серцебиття плоду 172 уд. за хв. Внутрішнє акушерське обстеження: шийка матки розм'якшена, згладжена, цервікальний канал відкритий на 2,5 см. Плідний міхур цілий. Передлежить край плаценти. Після амніотомії кровотеча посилилась і складає 350 мл. Яка подальша тактика лікаря?

Відповідь: Діагноз – вагітність 38 тижнів. I період пологів. Крайове передлежання плаценти. Пологи закінчити шляхом кесарського розтину.

20. Через 15 хвилин після нормальних пологів із піхви з'явилась кровотеча. Крововтрата склала 350 мл. Ознак відділення посліду не відмічається. Яка тактика лікаря?

Відповідь: Післяпологова кровотеча. Показане ручне відділення і видалення посліду. Масаж матки на кулаці.

21. Через 20 хвилин після нормальних пологів із піхви з'явилась кровотеча. Після видалення посліду засобом Креде-Лазаревича кровотеча посилилась. При огляді материнської поверхні плаценти виявлена ділянка 3,6 x 6 см без плацентарної тканини. АТ – 115/70 мм рт.ст., пульс 70 уд. за хв. Крововтрата склала 600 мл. Матка щільна, на 2 см нижче пупка. Діагноз? Яка тактика лікаря?

Відповідь: Кровотеча пов'язана з залишками плацентарної тканини в матці. Показане ручне відділення плаценти. Масаж матки на кулаці.

22. Повторні пологи у жінки 32 років. Тривалість пологів 15 годин. Серцебиття плоду ритмічне, до 100 уд. за хв. Вагінальне дослідження: відкриття шийки матки повне, голівка плоду в площині виходу із малого тазу. Сагітальний шов у прямому розмірі, мале тім'ячко біля лона. Яка подальша тактика ведення пологів?

Відповідь: Діагноз – дистрес плоду. Необхідно накласти вихідні акушерські щипці.

23. Через 10 хвилин після народження дитини самотійно відділився і виділився послід. При огляді послід і оболонка цілі. При огляді пологових шляхів пошкоджень їх не виявлено. Почалася кровотеча. Матка м'яка, погано контурується, дно її на 3 пальці вище пупка. Внутрішньовенно введено 10 ОД окситоцину, зроблено зовнішній масаж матки. Кровотеча тимчасово припинена, але через деякий час знову відновила. Загальна крововтрата склала 700 мл. Зроблено ручне обстеження порожнини матки, масаж матки на кулаці, накладено клеми на параметрії. Кровотеча продовжується. Яка подальша тактика лікаря?

Відповідь: Діагноз – післяпологова гіпотонічна кровотеча. Показано лапаротомія, використовується поетапна деваскуляризація матки по AbdRabbo з метою зупинки кровотечі.

24. Першовагітна, 38 тижнів, поступила зі скаргами на головний біль, біль в епігастральній області, сонливість, набряки на ногах. АТ 180/120-185/130. Положення плоду головне, поздовжнє. Серцебиття плода 142 уд. за хв. В сечі білок 4,8 г/л. Яка тактика лікаря?

Відповідь: Діагноз – вагітність 38 тижнів. Прееклампсія тяжкого ступеня. Показано негайне розродження шляхом кесарського розтину.

25. Повторнородяча скаржиться на різкий біль в животі, кров'яні виділення, які з'явилися під час перейм. Пульс – 105 уд. за хв. АТ – 90/60 мм рт.ст. Матка в гіпертонусі, болюча. По передній стінці матки пальпується пухлиноподібне утворення розміром 5 x 5 см., різко болюче. Серцебиття плоду 180 уд. на хв., глухе. При піхвовому дослідженні: відкриття шийки матки 5 см, плідний міхур напружений, передлежить голівка. Виділення темні, помірні. Діагноз? Яка Ваша подальша тактика?

Відповідь: Відшарування нормально розташованої плаценти. Геморрагічний шок I ст. Дистрес плоду. Показано терміново кесарський розтин.

26. Через 30 хвилин після народження плоду масою 4800 г, з'явилася кровотеча. Ознаки відділення посліду відсутні. Крововтрата досягла 500,0 мл. Яка подальша тактика лікаря?

Відповідь: Діагноз – післяпологова кровотеча. Показано ручне відділення посліду.

27. У породіллі, вагою 80 кг, другі вчасні пологи. Народився хлопчик, вагою 4500 г. Загальна крововтрата 450 мл. Який об'єм фізіологічної крововтрати для даної породілі?

Відповідь: Для даної породілі об'єм крововтрати 400 мл.

28. Поступила жінка, що народжує вперше. Зі схваткоподібними болями внизу живота. Положення плода поздовжнє, головне передлежання. Серцебиття плоду ясне, ритмічне, 140 уд в хв. При вагінальному дослідженні шийка матки згладжена, розкрита на 5-6 см. Плодовий міхур відсутній. Пальпується корінь носа та орбіти, а також передній край великого тім'ячка. Діагноз та тактика лікаря?

Відповідь: Лобне вставлення голівки. Розродження шляхом кесарського розтину.

29. Породіля, 29 років, скаржиться на виділення сечі з піхви. Підтікання сечі з сечового міхура підтверджено введенням фурациліну з синькою, яка виявлена в піхві. Загальний стан задовільний. Температура – 36,9°C, АТ – 120/80 мм рт.ст. Пульс – 80 уд. за хв. Дно матки на 3 см. нижче пупка. Яка подальша тактика ведення породілі?

Відповідь: Діагноз – міхурово-піхвова нориця. Пластична операція по закриттю нориці через 2-3 місяці після пологів.

30. Другий період своєчасних пологів двійнею. Після народження першого плоду проведено піхвове дослідження, при якому виявлено, що другий плід знаходиться в поперечному положенні. Голівка плоду розташована праворуч. Серцебиття плоду чітке, ритмічне, 145 уд. за хв. Яка тактика лікаря найбільш доцільна?

Відповідь: Діагноз – поперечне положення другого з двійні плода. Операція: класичний, комбінований зовнішньо-внутрішній поворот плода на ніжку.

31. Вагітна в терміні вагітності 33 тижні, скаржиться на кров'яністі виділення із піхви зі згустками, які з'явилися під час випорожнення. Пологової діяльності немає. Шийка матки довжиною 3 см, пропускає кінчик пальця. Кровотечі під час огляду немає. Через склепіння пальпується тістувата тканина. Яка подальша тактика лікаря?

Відповідь: Діагноз – передлежання плаценти. При відсутності кровотечі, пацієнтка знаходиться в акушерському стаціонарі. Плановий кесарський розтин в терміні пологів.

32. Вагітна в терміні 36 тижнів вагітності доставлена в положенні лежачі на спині. Вказує скарги на кволість, утруднення дихання. Під час огляду в положенні на спині через 5 хвилин відмічається задишка до 24 дихальних рухів за хвилину. Зниження АТ до 70/50 мм рт.ст. Які причини даного стану? Що робити?

Відповідь: Діагноз – синдром нижньої порожнистої вени. Необхідно покласти вагітну на лівий бік.

33. При проведенні операції кесаревого розтину в зв'язку з повним передлежанням плаценти після видалення плаценти виникла значна кровотеча з плацентарної ділянки. Відмічаються залишки плацентарної тканини, що не видаляються серветкою і кюреткою. Матка м'яка, погано скорочена. Поставлений діагноз справжнього часткового прирощення плаценти. Яка найбільш раціональна тактика зупинки кровотечі?

Відповідь: Діагноз – справжнє часткове прирощення плаценти. Післяопераційна маткова кровотеча. Необхідне видалення матки з матковими трубами.

34. У породіллі 24 років на 4 добу після пологів почалась маткова кровотеча, яка склала 400 мл. Загальний стан погіршується: температура тіла 36,7°C, пульс 98 уд. за хв., АТ – 90/60 мм рт.ст. Матка болісна на рівні пупка. При піхвовому дослідженні: шийка матки пропускає два пальці. За внутрішнім вічком м'яка тканина і згустки крові. Яка подальша тактика лікаря?
Відповідь: Діагноз – післяпологова маткова кровотеча, зумовлена залишками плаценти. Показано вишкрібання порожнини матки.
35. Повторно вагітна, 30 років, в терміні 38 тижнів. Виявлено поперечне положення плода. Сердцебиття плоду 140 уд. за хв. Перша вагітність закінчилась кесарським розтином. Яка найбільш правильна тактика лікаря?
Відповідь: Поперечне положення плода. Показано плановий кесарський розтин.
36. Вагітна 26 років поступила у клініку. При зовнішньому акушерському дослідженні виявлено 2 плода у повздовжньому положенні. Перший плід у головному передлежанні, другий - у тазовому. Оберіть тактику ведення пологів. Відповідь: кесарський розтин.
37. У пологове відділення надійшла повторно вагітна, 24 роки у терміні вагітності 12-13 тижнів. В анамнезі: 2 мимовільних аборти в 12 і 17 тижнів. При піхвовому дослідженні: шийка матки укорочена до 1,5 см, цервікальний канал пропускає 1 поперечний палець. Плодовий міхур цілий. Матка збільшена до 13 тижнів вагітності. При огляді в дзеркалах - ознаки запалення на шийці матки відсутні. Встановіть попередній діагноз. Яка подальша тактика лікаря?
Відповідь: Діагноз – ІЦН. Показано накладання циркулярного шва на шийку матки.
38. У пологове відділення доставлена вагітна 26 років із приводу вагітності 40-41 тиждень: безводний період 6 годин. Пологової діяльності немає. Температура тіла нормальна. В анамнезі безплідність протягом 3 років, проходила обстеження і лікування. При піхвовому дослідженні шийка матки вкорочена до 1,5 см, розм'якшена, розкриття маткового зіву до 2 см. Плодового міхура немає. Голівка плода високо над входом в малий таз. Серцебиття плоду 140 уд. за хв. Який метод розродження доцільно виконати?
Відповідь: Показано розродження шляхом кесарського розтину.
39. Повторно вагітна 28 років. У третьому періоді пологів з'явилася кровотеча без ознак відділення плаценти. При ручному відділенні плаценти встановлено наявність ділянки плаценти, яку неможливо відокремити від стінки матки. Яка подальша тактика лікаря?
Відповідь: Показано екстирпація матки без додатків.
40. При огляді плаценти, яка щойно народилася, встановлена наявність дефекту розміром 3 x 3 см. Кровотечі немає. Які подальші дії лікаря?
Відповідь: Показана ручна ревізія порожнини матки.
41. Роділля 25 років доставлена до пологового будинку з бурхливою пологовою діяльністю. Пологи перші. Розміри таза: 23-25-28-18 см. Ознака Генкеля-Вастена позитивна. Роділля збуджена, живіт напружений, болісний в нижніх відділах. Контракційне кільце на рівні пупка, розташоване косо. Голівка

плода притиснута до входу малого таза. Серцебиття 140 уд. за хв. Яка тактика лікаря?

Відповідь: Діагноз – клінічно вузький таз. Загроза розриву матки. Показано невідкладний кесарів розтин.