

Задача №1.

Беременная 28 лет доставлена в акушерскую клинику в 4 ч.30 мин. в крайне тяжелом состоянии. Из анамнеза: первая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем в сроке 20-21 недель (5 лет назад), вторая — три года назад, криминальным абортom в сроке 16 — 18 недель. Заболела накануне, в 23 часа: появились боли в подложечной области, рвота. Вызван врач, который поставил диагноз пищевой интоксикаций и произвел промывание желудка. Состояние не улучшилось, нарастала слабость и в 3 ч. 50 мин. вызвана "скорая помощь", доставившая беременную в акушерский стационар.

При поступлении: Родовой деятельности нет. PS — 130 уд/мин, АД - 80/40 мм рт.ст. Контакту доступна ограниченно, зевота. Покровы резко бледные. Зрачки сужены, реакция на свет — вялая. Тоны сердца глухие. ЧД — 38 в мин. Живот несколько вздут. С.Щеткина — отрицательный. ВСДМ -34 см, ОЖ — 95 см. Матка плотная. Сердцебиение плода не выслушивается.

ВОПРОСЫ.

1. Диагноз.
2. Тактика врача.
3. Причины развившейся патологии.
4. Перечислите особенности инфузионно-трансфузионной терапии.
5. Вероятные осложнения для матери.

Задача №2.

Повторнородящая 37 лет. 3 часа назад излились околоплодные воды и начались схватки. В анамнезе 1 роды и кесарево сечение (масса детей 4100 и 4300 г соответственно), последующие 4 беременности закончились искусственными абортomи. Состояние средней тяжести. Жалобы на постоянные боли внизу живота. Бледная, холодный пот. Пульс — 120 уд/мин, АД 80/50 мм рт. ст. Живот резко болезненный. Матка плохо контурируется. Через переднюю брюшную стенку легко пальпируются части плода. Сердцебиение плода не выслушивается. Из влагалища кровянистые выделения.

ВОПРОСЫ.

1. Диагноз.
2. Тактика врача.

3. Причины развившейся патологии.
4. Последовательность лечебных мероприятий.

Задача №3.

Повторнородящая 32 лет. Менструации с 12 лет, установились регулярные сразу, через 30 дней, по 3-4 дня, умеренные, безболезненные. В анамнезе 2 родов без осложнений и 5 искусственных аборт, последний медицинский аборт год тому назад осложнился метроэндометритом.

По поводу настоящей беременности состояла на учете в женской консультации с 7 недель, наблюдалась регулярно, проводилась профилактика плацентарной недостаточности, анемии. Общая прибавка массы тела за 40 недель составила 10 кг. Был выявлен крупный плод, по поводу чего предлагалась плановая дородовая госпитализация, от которой беременная уклонилась, поступила в родильное отделение через 5 часов от начала родовой деятельности с ранним отхождением околоплодных вод.

Через 20 часов от начала схваток родилась доношенная девочка массой 4000г, длиной 56см. Послед выделился самостоятельно через 15мин, без видимых дефектов.

Через 10 мин матка стала дряблой, началось кровотечение, кровопотеря 600 мл. пульс 87 ударов в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст.

ВОПРОСЫ:

- Клинический диагноз?
- Причины развившейся патологии?
- Имелись ли факторы риска возникновения данного осложнения?
- Лечебная тактика?
- Объем и этапы хирургического лечения?
- Профилактика кровотечения в третьем периоде родов?
- Особенности инфузионно-трансфузионной терапии?
- Особенности ведения послеродового периода?
- Ваши рекомендации по контрацепции.

Задача №4.

Больная 36 лет, обратилась на амбулаторный прием по поводу задержки менструации на неделю.

Менструации с 13 лет, установились регулярные сразу, через 30 дней по 4-5- дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь вне брака, регулярная, от беременности предохранялась прерванным половым актом. В анамнезе 4 аборта без осложнений.

При осмотре при помощи зеркал: наружные половые органы развиты правильно, без воспалительных явлений, влагалище нерожавшей, слизистая верхней трети влагалища и шейки матки слегка цианотичная, шейка конической формы, наружный зев сомкнут. При влагалищном исследовании шейка матки коническая, 3 см длиной, наружный зев закрыт, матка в anteflexio-anteversio размягчена, немного больше нормы, при осмотре области правых придатков внезапно появились боли внизу живота, потеряла сознание. Пациентка бледная, вялая, пульс 120 ударов в минуту, АД 80/40 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах, выражен симптом Щеткина. Имеется притупление перкуторного звука в отлогих местах.

ВОПРОСЫ:

Предположительный диагноз?

Дифференциальная диагностика?

Тактика ведения больной на момент осмотра?

Показания к госпитализации?

План дополнительного обследования?

Оценка результатов обследования?

Формулировка клинического диагноза?

План лечения больной с учетом результатов обследования?

Особенности кровоснабжения маточной трубы?

Какой вариант операции предпочтительнее у пациентки?

Задача 5.

Повторнородящая 32 лет. Менструации с 12 лет, установились регулярные сразу, через 30 дней, по 3-4 дня, умеренные, безболезненные. В анамнезе 2 родов без осложнений и 5 искусственных абортов, последний медицинский аборт год тому назад осложнился метроэндометритом.

По поводу настоящей беременности состояла на учете в женской консультации с 7 недель, наблюдалась регулярно. Общая прибавка массы тела за 40 недель составила 10 кг. Поступила в родильное отделение через 5 часов от начала родовой деятельности с ранним излитием околоплодных вод.

Через 20 часов от начала схваток родилась доношенная девочка массой 4000г, длиной 56см. Послед выделился самостоятельно через 15мин, без видимых дефектов, кровопотеря составила 150мл.

Через 10 мин матка стала гипотоничной, из половых путей началось кровотечение, в лотке 600 мл жидкой крови со сгустками. Жалоб не предъявляет, пульс 87 ударов в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Роль факторов риска для возникновения данного осложнения?
3. Определите тактику врача акушера.
4. Каков объем физиологической кровопотери в родах?
5. Как проводится профилактика кровотечения в родах?
6. Особенности инфузионно-трансфузионной терапии?
7. Сформулируйте клинический диагноз?
8. Составьте план лечения.
9. Посоветуйте оптимальный метод контрацепции после родов.

Задача 6.

Первородящая 26 лет с 18 лет отмечает повышение цифр АД до 180/100 мм рт. ст. Срок беременности 39 недель. Наблюдалась в женской консультации нерегулярно, от предлагаемых госпитализаций отказывалась. Вызвала на дом «Скорую помощь» ввиду появления болей в животе и темно-красных выделений из влагалища.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледноватые. Периферических отеков нет. Пульс 100 ударов в минуту, ритм правильный. АД - 130/90 мм рт. ст. Тоны сердца звучные. Дыхание в лёгких везикулярное. Верхушечный толчок пальпируется в 5 м/р по левой срединно-ключичной линии, не усилен, резистентный. Левая граница относительной

сердечной тупости совпадает с верхушечным толчком, правая и верхняя границы не изменены.

Матка увеличена до 39 недель беременности, в повышенном тонусе. Левый угол матки несколько выбухает, резко болезненный. Положение плода продольное. Предлежит головка, неплотно прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 175 ударов в минуту, приглушенное, ритмичное. Воды не изливались. На пеленке до 150 мл темной крови со сгустками. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул был накануне, оформленный.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Определите тактику врача скорой помощи.
3. Определите тактику врача приёмного отделения роддома.
4. С какой патологией будете проводить дифференциальный диагноз?
5. Составьте план дополнительного обследования.
6. Сформулируйте клинический диагноз?
7. Составьте план лечения беременной.
8. Составьте план родоразрешения.
9. Укажите возможные осложнения родов для плода.