ВОПРОСЫ ПО АКУШЕРСТВУ

1. Диспансеризация беременных. Программа наблюдения беременных в женской консультации.
2. Методы обследования в акушерстве. Наружное акушерское исследование (общий осмотр, приемы Леопольда-Левицкого, тазоизмерение, аускультация сердцебиения плода).
3. Диагностика ранних и поздних сроков беременности. Плод как объект родов: положение, предлежание, позиция, вид позиции плода. Определение срока беременности и родов.
4. Основные факторы риска материнской смертности и перинатальных потерь. Профилактика.
5. Норма беременности. Изменения, происходящие в половых органах и молочных железах.
6. Норма беременности. Изменения сердечно-сосудистой системы, волемические и гемодинамические.
7. Норма беременности. Изменения, происходящие в ЦНС, печени, мочевыделительной системе.
8. Ранний послеродовой период. Течение. Ведение. Профилактика кровотечения.
9. Причины наступления родов. Родовая доминанта. Периоды родов. Продолжительность родов у перво- и повторнородящих женщин. Партограмма.
10. Роды. Первый период родов. Фазы раскрытия шейки матки. Ведение первого периода родов. Партограмма. Обезболивание.
11. Роды. Второй период родов. Клиника. Диагностика. Ведение.
12. Роды. Течение и ведение третьего периода родов. Признаки отделения плаценты. Оценка состояния последа при рождении. Осложнения в третьем периоде родов. Профилактика осложнений.
13. Поздний послеродовой период. Критерии выписки из родильного дома. Изменения в организме после родов. Принципы грудного вскармливания.
14. Биомеханизм родов в переднем виде затылочного предлежания.
15. Физиологическое течение позднего послеродового периода. Критерии выписки из акушерского стационара. Контрацепция.
16. Преждевременные роды. Особенности течения и ведения. Профилактика. Характеристика недоношенного новорожденного.
17. Переношенная беременность. Диагностика. Осложнения. Акушерская тактика. Характеристика переношенного новорожденного.
18. Многоплодие. Диагностика. Особенности течения и ведения беременности и родов. Специфические осложнения многоплодной беременности.
19. Иммунологическая несовместимость крови матери и плода. Современные принципы ведения беременных. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного. Методы диагностики и принципы оказания помощи. Современные технологии лечения гемолитической болезни плода.
20. Нарушения сократительной деятельности матки в родах. Слабость родовой деятельности (первичная и вторичная). Этиология. Клиника. Диагностика. Тактитка.
21. Нарушения сократительной деятельности матки в родах. Дискоординация родовой деятельности. Этиология. Клиника. Диагностика. Тактика.
22. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Факторы риска. Патогенез. Клиника. Диагностика. Тактика.
23. Предлежание плаценты. Классификация. Этиология. Осложнения беременности и родов. Тактика. Особенности оперативного родоразрешения.
24. Кровотечения в последовом периоде. Этиология. Клиника. Принципы оказания помощи.
25. Кровотечения в раннем послеродовом периоде. Этиология. Клиника. Алгоритм оказания медицинской помощи.
26. Родовый травматизм матери. Классификация. Причины. Осложнения и последствия разрывов промежности.
27. Родовый травматизм матери. Разрыв матки. Этиология. Клиника угрожающего, начавшегося и свершившегося разрыва матки. Тактика.
28. Преэклампсия. Классификация. Факторы риска. Диагностика. Тактика.
29. Тазовое предлежание. Классификация. Диагностика. Принципы ведения родов. Показания к оперативному родоразрешению.
30. Кесарево сечение в современном акушерстве. Классификация. Показания. Условия. Ведение послеоперационного периода.
31. Кесарево сечение в современном акушерстве. Осложнения: интраоперационные, ближайшие, отдаленные. Профилактика гнойно-септических осложнений.
32. Ранний гестоз (рвота беременных). Клиника. Диагностика. Лечение.
33. Преэклампсия. Этиология. Патогенез. Диагностика. Тактика.
34. Преэклампсия. Классификация. Принципы терапии преэклампсии. Тактика.
35. Эклампсия. Клиника (фазы). Осложнения. Принципы оказания экстренной помощи. Интенсивная терапия. Тактика.
36. Плацентарная недостаточность. Определение. Факторы риска. Классификация. Диагностика.
37. Хроническая плацентарная недостаточность. Задержка роста плода(формы и степени). Диагностика. Тактика. Профилактика.
38. Острая гипоксия плода. Причины. Клиника. Диагностика. Тактика.
39. Депрессия новорожденного (постнатальная гипоксия). Причины. Клиника. Диагностика. Реанимационная помощь в родовом зале.
40. Внутриутробная инфекция плода. Пути инфицирования. TORCH-комплекс. Перинатальное значение. Тактика.
41. Перинатально-значимые инфекции. Пути инфицирования. Особенности течения беременности, выбора тактики родоразрешения.
42. Узкий таз в современном акушерстве. Классификация. Характеристика форм и степени сужения. Осложнения беременности и родов.
43. Клинически узкий таз. Определение. Причины. Диагностика. Осложнения. Акушерская тактика. Профилактика.
44. Узкий таз в современном акушерстве. Классификация по форме и степени сужения. Особенности течения беременности и родов.
45. Послеродовые гнойно-септические заболевания матери. Причины. Послеродовый эндометрит. Клиника. Диагностика. Принципы терапии.
46. Узкий таз в современном акушерстве. Характеристика плоских тазов. Особенности биомеханизма родов.
47. Узкий таз в современном акушерстве. Клинически узкий таз. Клиника. Диагностика. Профилактика.
48. Узкий таз в современном акушерстве. Диагностика. Современные методы выявления различных форм. Степени сужения.
49. Послеродовые гнойно-септические заболевания матери. Причины. Перитонит после кесарева сечения. Клиника. Диагностика. Тактика.
50. Внутриутробная инфекция плода. Пути инфицирования. TORCH-комплекс. Перинатальное значение. Тактика.

ВОПРОСЫ ПО ГИНЕКОЛОГИИ

1. Аномальные маточные кровотечения. Классификация по возрасту в МКБ 10. Функциональные маточные кровотечения в ювенильном возрасте. Этиология. Клиника. Диагностика. Оказание помощи (гемостаз). Лечение – противорецидивная терапия.
2. Аномальные маточные кровотечения в различные возрастные периоды. Причины функциональной природы: ановуляция по типу атрезии или персистенции фолликула. Клиника. Диагностика. Оказание помощи. Противорецидивная терапия.
3. Аномальные маточные кровотечения органической природы в ювенильном возрасте. Аденомиоз. Клиника. Диагностика. Методы оказания помощи (гемостаз). Лечение основной патологии.
4. Аномальные маточные кровотечения в климактерическом периоде. Кровотечения функциональной и органической природы. Диагностика. Оказание помощи (гемостаз). Лечебные подходы.
5. Аномальные маточные кровотечения органической природы: гиперплазия эндометрия, полип эндометрия, неполный аборт. Клиника. Диагностика. Критерий выбора метода для оказания помощи - УЗИ. Гемостаз.
6. Аномальные маточные кровотечения органической природы: аденомиоз, острый эндометрит, миома матки с увеличением полости матки. Клиника. Диагностика. Принципы оказания медицинской помощи.
7. Острый живот в гинекологии. Определение. Некроз миоматозного узла. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Оказание помощи.
8. Острый живот в гинекологии. Перекрут ножки опухоли яичника. «Ножки» опухоли: анатомическая, хирургическая. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Оказание помощи.
9. Острый живот в гинекологии. Внематочная беременность, прервавшаяся по типу трубного аборта. Этиология. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Оказание помощи.
10. Острый живот в гинекологии. Внематочная беременность, прервавшаяся по типу разрыва трубы. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы оказания медицинской помощи.
11. Заболевания шейки матки. Фоновые процессы. Определение. Эктопия. Кондилема. Эндометриоз. Клиника. Диагностика. Тактика. Принципиальное отличие от предрака.
12. Заболевания шейки матки. Анатомо-гистологические особенности шейки. Классификация заболеваний. Современные методы диагностики и лечения заболеваний. Принципы профилактики рака шейки матки.
13. Заболевания шейки матки. Фоновые процессы. Определение. Эктопия. Полип. Цервицит. Кондилома (папиллома). Эндометриоз. Клинические проявления. Методы диагностики и лечения. Принципиальное отличие от предрака.
14. Заболевания шейки матки. Предраковые процессы. Определение. Факторы риска. Дисплазия – цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN), стадии. Принципиальное отличие от доброкачественных процессов. Клиника. Диагностические и лечебные подходы.
15. Опухоли яичника. Определение. Классификация клиническая, гистологическая. Клинические проявления опухолей яичника. Перекрут ножки опухоли. Причины. Клиника. Диагностика. Оказание помощи.
16. Истинные опухоли яичника – кистомы. Понятие. Классификация гистологическая, примеры: серозные кистомы, муцинозные кистомы, тератома. Клиника кистомы. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Формулировка диагноза и подготовка к операции
17. Опухоли яичника. Клинические разновидности опухолей. Опухолевидные образования – кисты. Морфологические варианты: фолликулярная киста, киста желтого тела, эндометриома. Диагностика. Лечение. Формулировка диагноза и подготовка к операции.
18. Невынашивание беременности. Определение. Виды невынашивания. Самопроизвольный выкидыш. Определение. Этиология. Стадии самопроизвольного аборта. Диагностика. Оказание помощи.
19. Невынашивание беременности. Самопроизвольный выкидыш. Стадии. Клиника. Оказание помощи.
20. Невынашивание беременности. Самопроизвольный выкидыш. Клиника начавшегося аборта, аборта в ходу, неполного аборта. Диагностика. Оказание помощи на этапах прерывания беременности. Дифференциальная диагностика. Осложнения выкидыша.
21. Воспалительные заболевания женских половых органов. Нозологические формы нижних и верхних отделов половой сферы. Вульвит. Бартолинит. Вагинит. Цервицит. Роль инфекций, передающихся половым путем. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
22. Воспалительные заболевания женских половых органов. Диагностические критерии ВОЗ (минимальные, дополнительные, доказательные). Гнойные осложненные формы - пельвиоперитонит. Этиология и условия развития. Клиника. Диагностика. Роль и ценность лапароскопии. Лечение. Профилактика. Роль инфекций, передающихся половым путем.
23. Воспалительные заболевания женских половых органов. Барьерные механизмы защиты. Острый эндометрит, сальпингит. Клиника. Диагностика. Лечение. Роль инфекций, передающихся половым путем.
24. Воспалительные заболевания женских половых органов. Методы диагностики воспалительных заболеваний. Гнойно-септические заболевания – перитонит. Причины. Клиника. Диагностика. Лечебная тактика.
25. Воспалительные заболевания женских половых органов. Ближайшие и отдаленные осложнения. Вирусные поражения половых органов: вирус простого герпеса (ВПГ), вирус папилломы человека (ВПЧ). Нозологические формы. Клиника. Диагностика. Лечение.
26. Воспалительные заболевания женских половых органов. Барьерные механизмы защиты. Осложненные гнойно-септические формы – тубоовариальный абсцесс. Причины и условия формирования. Клиника. Диагностика. Роль УЗИ и лучевых методов. Осложнения. Лечебная тактика.
27. Гиперплазия эндометрия в ювенильном возрасте. Причины. Клиника. Диагностика. Оказание помощи при кровотечении. Противорецидивная терапия.
28. Гиперплазия эндометрия. Определение. Причины развития. Современная классификация. Простая гиперплазия без атипии. Этиология. Клиника. Диагностика. Оказание экстренной помощи при кровотечении. Лечение гиперплазии. Профилактика рецидивов.
29. Гиперплазия эндометрия. Атипическая гиперплазия. Этиология. Клиника. Диагностика. Оказание помощи при кровотечении. Стратегия при предраке эндометрия. Профилактика рака при атипической гиперплазии.
30. Миома матки. Классификация миомы по локализации узлов. Гормонозависимость. Миома субмукозная (подслизистая). Клиника. Диагностика. Осложнения. Методы оказания помощи.
31. Миома матки. Осложнения субмукозной, субсерозной, межмышечной локализации. Оказание помощи. Лечение. Некроз миоматозного узла. Причины. Клиника. Диагностика. Лечение.
32. Миома матки. Определение. Гормонозависимость. Факторы риска. Современные подходы – органосберегающие технологии: методы регрессии узла медикаментозной терапией (аналоги гонадолиберина, антипрогестины). Профилактика миомы. Роль комбинированных оральных контрацептивов.
33. Миома матки. Факторы риска. Гормонозависимость. Основные клинические симптомы. Миома межмышечная (интерстициальная). Клиника. Диагностика. Методы лечения.
34. Миома матки. Методы диагностики и дифференциальной диагностики. Лечебная тактика. Современные подходы – органосберегающие технологии. Хирургические методы: консервативно-пластическая миомэктомия. Доступы. Парахирургические методы - эмболизация маточных артерий (ЭМА), высокочастотный фокусированный ультразвук (ФУЗ). Понятие. Показания. Противопоказания.
35. Миома матки. Классификация по размерам узлов. Диагностика миомы. Дифференциальная диагностика. Клиника. Диагностика. Осложнения. Лечебная тактика.
36. Миома матки. Определение. Морфология узла. Гормонозависимость, факторы риска развития миомы. Миома субсерозная (подбрюшинная). Клиника. Диагностика. Осложнения. Методы лечения.
37. Эндометриоидная болезнь. Понятие. Морфологические черты эндометриоза. Гормонозависимость. Аденомиоз. Клиника. Диагностика. Методы лечения.
38. Воспалительные заболевания женских половых органов. Особенности поведения микроорганизмов: ассоциации, микст-инфекция, L-формы. Роль инфекций, передающихся половым путем. Гонорея. Хламидийная инфекция. Трихомониаз. Нозологические формы заболеваний, вызванных инфекциями. Клиника. Диагностика. Лечение.
39. Эндометриоидная болезнь. Понятие. Морфологические черты эндометриоза. Гормонозависимость. Аденомиоз. Клиника. Диагностика. Методы лечения.
40. Эндометриоидная болезнь. Основные клинические симптомы болезни. Макроскопическая характеристика очагов эндометриоза. Эндометриоз брюшины малого таза. Клиника. Диагностика. Лечение.
41. Эндометриоидная болезнь. Гормонозависимость. Нозологические формы наружного генитального эндометриоза. Эндометриоз яичников. Клиника. Диагностика. Лечение.
42. Эндометриоидная болезнь. Основные клинические симптомы и черты эндометриоза. Привязанность к менструации. Эндометриоз и неотложные состояния: острый живот при перфорации эндометриомы. Клиника. Диагностика. Оказание помощи и лечение.
43. Эндометриоидная болезнь. Классификация генитального эндометриоза. Гормонозависимость. Факторы риска. Эндометриоз шейки матки. Клиника. Диагностика. Лечение.
44. Эндометриоидная болезнь. Гормонозависимость. Методы диагностики при наружном и внутреннем эндометриозе (аденомиозе). Эндометриоз и неотложные состояния: аномальное маточное кровотечение (аденомиоз у взрослых и детей). Клиника, диагностика. Оказание помощи. Патогенетическая терапия.
45. Климактерий. Определение. Этиология (роль дефицита эстрогенов). Патогенез (механизмы перестройки). Этапы развития климактерия от 45 до 65 лет. Классификация климактерических расстройств (ранние, средневременные, поздние).
46. Климактерий. «Климактерический синдром» (ранние климактерические расстройства). Клинические симптомы. Негормональные и гормональные методы лечения климактерических расстройств.
47. Климактерий. Средневременные и поздние климактерические нарушения. Клиника. Негормональные и гормональные методы лечения.
48. Контрацепция. Гормональные методы. Классификация. Формы (таблетки, инъекции, влагалищные кольца). Комбинированные оральные контрацептивы (КОК): механизм действия. Показания. Противопоказания. Преимущества и недостатки. Дополнительные терапевтические воздействия.
49. Контрацепция. Барьерные (презерватив), химические (спермициды), ВМС без гормонального компонента, биологические. Механизм действия. Преимущества и недостатки. Роль в профилактике инфекций, передающихся половым путем.
50. Контрацепция. Определение. Классификация современных методов. Хирургические методы – мужская и женская стерилизация. Условия (показания, противопоказания). Механизм действия. Положительные и отрицательные стороны.

ЗАДАЧИ

1

11 сентября в родильный дом доставлена беременная женщина 36 лет с жалобами на кровянистые выделения из половых путей.

Беременность третья. Первые две беременности закончились искусственными абортами по желанию женщины. Последняя менструация 3-6 января. 11 сентября внезапно началось кровотечение алой кровью из половых путей. Машиной скорой помощи беременная доставлена в родильный дом.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. АД=120/80 мм рт.ст., пульс 80 в минуту. Родовой деятельности нет. Окружность живота 90 см, высота стояния дна матки 30 см. Матка легко возбудима, положение плода продольное, головка высоко над входом в малый таз. Из половых путей умеренные кровянистые выделения. При ультразвуковом сканировании обнаружено, что плацента расположена в нижнем сегменте матки, полностью перекрывая область внутреннего зева.

Выделения кровянистые, продолжаются. Кровопотеря составила 250 мл.

 *Диагноз. Тактика.*

*2*

Роженица 36 лет поступила в родильный дом на первые роды с начавшейся 4 часа назад родовой деятельностью при сроке беременности 38 недель.

 Состояние удовлетворительное. Размеры таза нормальные. Схватки через 3-4 минуты по 20-25 секунд. Над входом в малый таз определяется тазовый конец плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 166 ударов в минуту. Воды не изливались.

При влагалищном исследовании обнаружено раскрытие маточного зева 3 см, края шейки матки плотные. Плодный пузырь цел. Над входом в малый таз определяются ножки плода.

Данные ультразвукового исследования: плод в тазовом предлежании, предполагаемая масса 2400 г. По данным фетометрии плод соответствует 35 неделям беременности. Плацента на передней стенке, толщиной 20 мм с множеством кальцинатов. При ультразвуковой допплерометрии обнаружено снижение диастолического кровотока в артерии пуповины. На кардиотокограмме – признаки хронической гипоксии плода.

 *Диагноз. План ведения родов.*

*3*

Роженица 25 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью и доношенной беременностью на вторые роды. Первые роды 4 года назад, протекали без особенностей, масса плода 3550 г. Настоящая беременность вторая, осложнений не было.

Схватки через 2,5 – 3 минуты по 30 – 35 секунд, хорошей силы. Воды не изливались. Над входом в малый таз определяются ягодицы плода, головка в дне матки. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 150 ударов в минуту, КТГ - нормограмма. Предполагаемая масса плода 3000 г. Размеры таза 25-28-31-21 см, индекс Соловьева 1,4.

При влагалищном исследовании обнаружено раскрытие маточного зева полное, ко входу в малый таз прижаты ягодицы плода. Плодный пузырь цел, вскрыт, излились светлые околоплодные воды в умеренном количестве. Мыс не достижим. Деформаций костей таза нет.

*Диагноз. План ведения родов.*

4

В родильный дом направлена беременная женщина 25 лет для родоразрешения. Беременность доношенная. Размеры таза нормальные. При наружном акушерском исследовании предлежащая часть не определяется. Головка плода справа. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 148 в минуту.

 *Диагноз. Тактика.*

5

Роженица 26 лет находится в третьем периоде родов.

Настоящая беременность третья, в анамнезе одни своевременные роды без осложнений и один искусственный аборт с повторным выскабливанием слизистой оболочки полости матки.

25 минут назад родился живой доношенный мальчик массой 3700 г, 55 см, оценка по шкале Апгар 8-8 баллов.

Признаков отделения плаценты нет. Состояние роженицы удовлетворительное, АД=120/80 мм рт.ст., пульс 82 в минуту.

*Диагноз. Тактика.*

*6*

В отделение патологии беременных госпитализирована беременная 24 лет с жалобами на повышенную двигательную активность плода, тянущие боли внизу живота и пояснице. Указанные жалобы появились 10 дней назад. Беременность первая, протекала на фоне угрозы прерывания с ранних сроков.

Дата последней менструации 10-14 июля. Дата госпитализации 24 февраля. В отделении проводилась терапия, направленная на сохранение беременности, проведена профилактика синдрома дыхательных расстройств плода кортикостероидами. Тем не менее, 3 марта началась регулярная родовая деятельность. На момент осмотра схватки через 3-4 минуты по 20-25 секунд, головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Воды не отходили. При влагалищном исследовании обнаружено открытие маточного зева 5-6 см, шейка матки сглажена. Головка плода прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере, кости черепа мягкие. Плодный пузырь цел.

*Диагноз. План ведения родов.*

*7*

В родильный дом доставлена беременная женщина с жалобами на резкую боль в животе, возникшую около часа тому назад, кровянистые выделения из половых путей. Беременность первая, доношенная. В течение трех дней беспокоила головная боль, иногда «мелькание мушек» перед глазами. Общее состояние удовлетворительное. АД=105/60 мм рт.ст., пульс 92 в минуту. Родовой деятельности нет. Тонус матки повышен. Положение плода продольное, головное предлежание, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода глухое, ритмичное, 160 ударов в минуту. Воды не отходили. Выраженные отеки голеней и передней брюшной стенки.

Ультразвуковое исследование: плацента расположена на передней стенке, ближе к дну матки. Между стенкой матки и плацентой эхонегативный участок 8 х 3 см.

*Диагноз. Тактика.*

*8*

В родильный дом доставлена беременная 29 лет. Беременность первая, срок 30-31 неделя. В течение трех недель наблюдалось повышение артериального давления, в течение двух недель – отеки голеней и передней брюшной стенки. Отмечает уменьшение количества мочи. На момент поступления АД=170/100 мм рт.ст. на обеих руках, беспокоит головная боль, дыхание через нос затруднено. Протеинурия 2 г/л. При ультразвуковом исследовании обнаружено соответствие фетометрических показателей 27-28 неделям беременности, плацента толщиной 20 мм, II стадии созревания. Данные ультразвуковой допплерометрии: увеличение резистентности кровотоку в обеих маточных артериях и «нулевые» значения диастолического кровотока в артерии пуповины. КТГ – признаки гипоксии плода.

*Диагноз. Тактика.*

9

Больная Б., 36 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные, длительные менструации.

Анамнез. Впервые миома матки была обнаружена 6 лет назад, матка была увеличена до 6 недель беременности. Больная состояла на диспансерном учете. В последний год она стала отмечать обильные менструации, жалуется на плохое самочувствие, слабость.

Объективное исследование. Состояние больной удовлетворительное. Пульс 96 уд/мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Отмечается систолический шум на верхушке сердца. Живот мягкий, безболезненный.

Гинекологическое исследование. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободно. Шейка матки чистая. Матка увеличена до 12 недель беременности, плотная, бугристая, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Выделения обильные, кровянистые.

УЗИ органов малого таза. Матка размерами до 12 недель беременности, миометрий неоднородный за счет узлов. Узлы инкапсулированы, деформируют полость матки, эндометрий – 6 мм.

Анализ крови. Гемоглобин- 80 г/л, эритроциты- 2,3×1012/л, гематокрит 0,26, лейкоциты- 6,2×109/л.

 *Диагноз предварительный. Дополнительные методы исследования. Тактика.*

10

Роженица 25 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью. Беременность первая, доношенная. Рост женщины 166 см, масса тела 70 кг

Состояние удовлетворительное. Родовая деятельность развивалась удовлетворительно, продолжительность первого периода родов 10 часов, второго – 40 минут. В переднем виде затылочного предлежания родилась живая девочка массой 3900 г, длиной 56 см. Внутривенно введен окситоцин (5 Ед). Через 10 минут самостоятельно отделился и выделился послед. Плацента цела, оболочки все. С последом выделилось около 100 мл крови. Матка хорошо сократилась. Через 15 минут при наружном массаже матки выделился кровяной сгусток объемом около 50 мл. Кровянистые выделения продолжаются. Матка мягковатой консистенции, дно ее на 3 см выше пупка. Кровопотеря составила 450 мл. АД=125/80 мм рт.ст., пульс 80 в минуту.

*Диагноз. Тактика.*

11

Роженица 34 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 2 часа назад. Беременность третья, доношенная, роды ожидаются третьи.

Состояние удовлетворительное. При раскрытии шейки матки на 7-8 см вскрыт плодный пузырь, воды светлые, через 40 минут начались потуги. Родилась живая доношенная девочка массой 3200 г, 52 см, оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Внутривенно введен раствор окситоцина 1 мл (5 Ед). Моча выведена катетером. Через 5 минут появились признаки отделения плаценты, послед выделен по способу Абуладзе. Плацента цела, оболочки все. С последом выделилось около 150 мл крови, кровотечение продолжается. Внутривенно капельно начато введение окситоцина. При кровопотере 350 мл произведено ручное обследование полости матки, удалены сгустки крови. Матка кратковременно сократилась, затем вновь расслабилась. Кровопотеря достигла 600 мл и продолжается. Катетеризирована вторая вена – вводятся кровезаменители. Произведена баллонная тампонада матки с кратковременным эффектом. Общая кровопотеря 1000-1100 мл. Женщина бледная, АД=90/60 мм рт.ст., пульс 110 в минуту.

*Диагноз. Тактика****.***

12

Больная Б., 46 лет, доставлена в экстренном порядке в дежурную гинекологию с острыми болями внизу живота, повышением температуры до 37,5 ⁰ С, сухостью во рту.

В анамнезе – месяц назад обнаружена опухоль левого яичника. Предложено оперативное лечение. Назначено обследование и подготовка к операции. Боли появились после подъема тяжести.

Объективно: язык сухой, температура 37,8 ⁰С, живот вздут, болезненный при пальпации, положителен симптом Щеткина-Блюмберга в нижних отделах живота.

Бимануальное исследование: матка небольшая, безболезненная, придатки справа без особенностей, слева пальпируется резко болезненный нижний полюс опухоли, верхний полюс пальпируется с трудом из-за напряжения мышц передней брюшной стенки (defans).

*Диагноз. Тактика.*

13

7 апреля в родильный дом поступила беременная 28 лет с жалобами на отеки ног, уменьшение количества мочи, повышение артериального давления до 150/100 мм рт.ст. на обеих руках. Указанные жалобы беспокоят в течение двух недель.

Беременность первая, дата последней менструации 22-25 июля. С 20 лет страдает гипертонической болезнью I степени. С 29 недель наблюдается повышение АД до 140/90 мм рт.ст.

Состояние удовлетворительное. При поступлении АД=140/90 мм рт.ст., пульс 88 в минуту. Окружность живота 98 см, высота стояния дна матки 30 см. Размеры таза 25-28-31-21 см=1,5. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту. Отеки голеней. При обследовании выявлена протеинурия 264 мг/л. УЗИ: размеры плода соответствуют 35 неделям беременности. УЗДГ: нарушение кровотока в обеих маточных артериях. КТГ: признаки гипоксии плода. При влагалищном исследовании обнаружена «зрелая» шейка матки.

*Диагноз. Тактика****.***

14

Роженица К., 23 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью при доношенной беременности. Первая беременность два года назад закончилась операцией искусственного аборта с повторным выскабливанием слизистой оболочки полости матки. Схватки начались 3 часа назад, околоплодные воды отошли по пути в родильный дом.

 При поступлении состояние удовлетворительное. Рост 164 см, масса тела 71 кг. АД=120/80, 110/80 мм рт.ст. Размеры таза 25-28-31-18,5 см. Индекс Соловьева 1,5. Окружность живота 96 см. Высота стояния дна матки 34 см. Положение плода продольное, предлежание головное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 132 удара в минуту. Схватки через 6 мин по 25 сек средней силы. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, края мягкие, раскрытие 3 см, плодный пузырь не определяется. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Расположение швов и родничков не определяется. Диагональная конъюгата 11,5 см. Подтекают светлые околоплодные воды.

 *Диагноз. Тактика.*

15

Первородящая С., 32 лет доставлена в родильный дом 20 января в 20.00 часов. Последняя менструация 13-17 апреля. Беременность протекала без осложнений. 20 января в 16.00 часов началась регулярная родовая деятельность.

При поступлении состояние удовлетворительное. Рост 154 см, масса тела 66 кг. АД=120/80 мм рт.ст. на обеих руках. Пульс 72 удара в минуту. Размеры таза 25-26-31-18 см. Индекс Соловьева 1,6. Крестцовый ромб 10×12 см. Положение плода продольное, предлежание головное. Головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 126 ударов в минуту. Окружность живота 107 см. Высота стояния дна матки 36 см.

*Влагалищное исследование:* шейка матки сглажена, края мягкие, раскрытие – 4 см, диагональная конъюгата – 10 см, подтекают светлые околоплодные воды. Головка плода над входом в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, роднички не определяются. Диагональная конъюгата 11 см.

*Диагноз. Тактика.*

16

Больная В., 34 лет поступила в клинику с жалобами на ноющую боль в левой подвздошной области, которая иррадиирует в левое бедро, учащенное, болезненное мочеиспускание.

*Анамнез.* При профилактическом осмотре 2 недели назад была обнаружена опухоль левого яичника размерами 9×8×6 см, после чего больной было предложено оперативное лечение, от которого она отказалась.

*Объективное исследование.* Язык сухой. Пульс 92 уд/мин. Живот умеренно вздут, при пальпации болезненный, больше в левой подвздошной области, где выявляется напряжение мышц передней брюшной стенки и положительный симптом Щеткина- Блюмберга. Перистальтика живая.

*Гинекологическое исследование.* Своды влагалища: справа свободен, слева определяется нижний полюс опухоли, резко болезненный при пальпации. Тело матки плотное, подвижное, безболезненное. Придатки справа не определяются. Слева и кзади от матки в области придатков пальпируется опухоль овоидной формы размерами 12×10×10 см, мягковатой консистенции, ограничено подвижная, с гладкой поверхностью, резко болезненная при пальпации. Верхний полюс новообразования четко не пальпируется из-за напряжения и болезненности передней брюшной стенки.

*Анализ крови*. Гемоглобин- 126 г/л, лейкоциты 14,7×109 /л, CОЭ 28 мм/час.

*Ультразвуковое сканирование*. Левый яичник представляет собой жидкостное двухкамерное образование 90×80×60 мм с эхонегативными включениями.

*Диагноз. Тактика.*

17

В родильный дом поступила роженица 32 лет с жалобами на схватки в течение 5 часов и отхождение околоплодных вод 3 часа назад. Беременность первая, срок 39-40 недель. На голенях отеки, АД=140/90 мм рт.ст. на обоих руках, в моче следы белка. Окружность живота 97 см, высота стояния дна матки 33 см. Положение плода продольное, предлежание головное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 138 ударов в минуту. Размеры таза 24-27-30-19 см, индекс Соловьева 1,4. Схватки через 4-5 минут по 20-25 секунд. Подтекают светлые околоплодные воды. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, края мягкие, раскрытие 7 см. Плодного пузыря нет. Головка плода прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева спереди. Диагональная конъюгата 11 см.

***Диагноз. Тактика.***

18

В родильный дом поступила роженица 26 лет с жалобами на схватки, начавшиеся 8 часов назад. Беременность первая, доношенная. Течение беременности осложнилось обострением хронического пиелонефрита в 27-28 недель.

 Схватки через 5-6 минут, по 15-20 секунд. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту. Окружность живота 99 см, высота стояния дна матки 34 см. Размеры таза нормальные. На кардиотокограмме признаков гипоксии плода не обнаружено. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, края мягкие, раскрытие маточного зева 4 см. Плодный пузырь цел. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере. Мыс не достижим, деформаций костей таза нет.

 В течение двух последующих часов родовая деятельность не прогрессировала. На КТГ: схватки монотонные, прежние по частоте, длительности и силе. При влагалищном исследовании отмечено увеличение раскрытия маточного зева на 1 см.

***Диагноз. Тактика.***

19

Больная Н., 15 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровянистые выделения из половых путей в течение 8 дней, слабость, головокружение. После двухмесячного отсутствия менструации появились умеренные кровянистые выделения из половых путей. В последующие дни интенсивность кровотечения нарастала, появились слабость, головокружение.

Менструации с 12 лет, первые 4 месяца регулярные (по 3-4 дня, цикл 28 дней), умеренные, безболезненные. Затем менструации стали длительные, нерегулярные, с задержкой на 1-2-3 месяца. Половую жизнь отрицает.

**Объективное обследование**. Общее состояние при поступлении средней степени тяжести. Пульс 90 уд./ мин. АД 95/50 мм рт.ст. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые. При осмотре наружные половые органы развиты по женскому типу.

**Ректальное исследование.** Тело матки плотное, нормальной величины, безболезненное, подвижное. Придатки с обеих сторон не определяются.

**УЗИ органов малого таза.** Матка 47**×**31**×**49 мм (нормальной величины). Толщина передней стенки 15 мм, толщина задней стенки – 15 мм, миометрий однородный. Эндометрий – 24 мм, неоднородный, полость расширена до 20 мм. Яичники не изменены.

**Анализ крови**: гемоглобин 75 г/л, эритроциты 3,7×1012 /л.

 **Диагноз. Дифференциальная диагностика. Дополнительные методы исследования. Тактика.**

20

Роженица 25 лет поступила в родильный дом со схватками при доношенной беременности на первые роды. Схватки начались 8 часов назад, воды отошли по пути в родильный дом.

Состояние удовлетворительное. АД=130/80 мм рт.ст. на обеих руках, пульс 90 в минуту. Исходное АД=120/80мм рт.ст. Рост 160 см, масса тела 78 кг. Размеры таза 25-28-31-18,5 см, индекс Соловьева 1,5. предполагаемая масса плода 3400 г. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение ясное, ритмичное, 118 ударов в минуту. Схватки через 2-2,5 минуты по 35-40 секунд, болезненные. Признак Вастена «в гору». Пальпация нижнего сегмента болезненна. Контракционное кольцо на уровне пупка, идет косо.

Влагалищное исследование: открытие шейки матки полное. Плодного пузыря нет. Головка плода малым сегментом в плоскости входа в малый таз, справа определяются глазницы и корень носа, слева достигается угол большого родничка. Подтекают воды, окрашенные меконием.

***Диагноз. Тактика.***

21

Роженица 24 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью в течение 8 часов, на момент поступления схватки через 2,5-3 минуты по 35 секунд. Беременность третья, доношенная. Предыдущие беременности закончились родами в срок без осложнений. Интергенетический интервал 3 года.

 Состояние роженицы удовлетворительное. Размеры таза нормальные. Окружность живота 97 см, высота стояния дна матки 34 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное, приглушено, 140 ударов в минуту. Воды не отходили. Влагалищное исследование: открытие шейки матки полное. Плодный пузырь цел, вскрыт, отошли светлые околоплодные воды в умеренном количестве. Головка плода большим сегментом в плоскости входа в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок не достигается.

Через 20 минут появились потуги через 2-2,5 минуты по 35-40 секунд, однако еще через 10 минут потуги ослабли, стали редкими, короткими. Сердцебиение плода ритмичное, приглушено, до 140 ударов в минуту. Наружными приемами головку плода определить не удается. При внутреннем исследовании обнаружено, что головка на тазовом дне, стреловидный шов в прямом размере. Под симфизом определяется угол большого родничка.

***Диагноз. Тактика.***

22

Роженица Ф., 30 лет, поступила в родильный дом 10 апреля с регулярной родовой деятельностью в течение 2 часов. При поступлении в приемном отделении излилось около 1,5 литра светлых околоплодных вод.

Последняя менструация 1-4 июля прошлого года. Настоящая беременность третья (первая – роды в срок, масса плода 3200 г, вторая – искусственный аборт). Окружность живота 100 см, высота дна матки 40 см, размеры таза: 25-28-31-22 см, индекс Соловьева 1,5. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 130 уд./мин. Схватки через 3 минуты по 25-30 секунд. Влагалищное исследование. Шейка матки укорочена до 1 см, раскрытие 2 см. Края мягкие, легко податливые. Головка плода прижата к входу в малый таз, стреловидный шов в левом косом размере. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет.

Через 7 часов. Ощущает желание тужиться. Схватки через 2-2,5 минуты по 35-40 секунд. Сердцебиение плода 162 уд./мин. На КТГ признаки гипоксии. Появился отек больших и малых половых губ. Влагалищное исследование № 2. Раскрытие шейки матки полное. Головка плода прижата к входу в малый таз. Стреловидный шов в прямом размере, малый родничок под симфизом.

***Диагноз. Тактика.***

23

На третьи сутки после родов родильница предъявляет жалобы на боли внизу живота, озноб, головную боль, повышение температуры тела до 39оС. В родах в связи с частичным плотным прикреплением плаценты было произведено ручное ее отделение и выделение последа.

В анамнезе: хронический пиелонефрит, два искусственных аборта.

При осмотре: состояние ближе к удовлетворительному. Умеренное нагрубание молочных желез. Живот мягкий. Дно матки на уровне пупка. Матка плотная, болезненная при пальпации. Лохии кровянисто-гнойные, обильные, с неприятным запахом. В анализе крови: лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы, увеличение СОЭ. В анализах мочи отклонений от нормы нет.

***Диагноз. Тактика.***

24

Больная М., 38 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на слабость, головокружение, снижение трудоспособности, незначительные кровянистые выделения из половых путей. Считает себя больной в течение последних 1,5 лет, когда появились обильные и длительные менструации. К врачу не обращалась.

**Анамнез.** Менструации с 13 лет по 3-4 дня, цикл 28-30 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 23 лет. Всего было 6 беременностей: две из них закончились срочными родами, четыре - искусственными абортами.

В течение последних 1,5 лет у больной изменился менструальный цикл. Продолжительность менструации увеличилась до 7-8 дней, в первые 5 дней - обильные. После менструации у больной появляется чувство слабости, головокружение.

**Объективное исследование**. Состояние удовлетворительное. Пульс 90 уд/мин. АД 115/75 мм рт.ст. Женщина правильного телосложения. Кожные покровы бледные. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины не определяются. Выделения из половых путей кровянистые, мажущие.

**Гинекологическое исследование**. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободно. Шейка матки чистая. Тело матки увеличено до 10-12 недель беременности за счет миоматозных узлов. Матка безболезненна. Выделения кровянистые, мажущие.

**Анализ крови**. Гемоглобин - 78 г/л; эритроциты- 3,1×1012/л; лейкоциты 7,8×109/л; СОЭ 5 мм/час.

**Диагноз. Дополнительные методы исследования. Тактика.**

25

Роженица Ф., 30 лет, поступила в родильный дом 10 апреля с регулярной родовой деятельностью в течение 2 часов. При поступлении в приемном отделении излилось около 1,5 литра светлых околоплодных вод.

Последняя менструация 1-4 июля прошлого года. Настоящая беременность третья (первая – роды в срок, масса плода 3200 г, вторая – искусственный аборт). Окружность живота 100 см, высота дна матки 40 см, размеры таза: 25-28-31-22 см, индекс Соловьева 1,5. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 130 уд./мин. Схватки через 3 минуты по 25-30 секунд. Влагалищное исследование. Шейка матки укорочена до 1 см, раскрытие 2 см. Края мягкие, легко податливые. Головка плода прижата к входу в малый таз, стреловидный шов в левом косом размере. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет.

Через 7 часов. Ощущает желание тужиться. Схватки через 2-2,5 минуты по 35-40 секунд. Сердцебиение плода 162 уд./мин. На КТГ признаки гипоксии. Появился отек больших и малых половых губ. Влагалищное исследование № 2. Раскрытие шейки матки полное. Головка плода прижата к входу в малый таз. Стреловидный шов в прямом размере, малый родничок под симфизом.

***Диагноз. Тактика.***

26

К., 27 лет, поступила в гинекологическую клинику 2 июня с жалобами на периодически повторяющиеся боли внизу живота.

Считает себя больной с 15 мая, когда после задержки менструации на 2 месяца появились приступообразные боли, а затем незначительные кровянистые выделения из половых путей, продолжающиеся до настоящего времени. 25 мая внезапно появились резкие боли слева внизу живота, сопровождающиеся тошнотой и головокружением. Эти явления скоро исчезли. 2 июня утром приступ болей повторился. Больная вызвала «скорую помощь» и была госпитализирована.

**Объективное исследование.** Общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. Пульс 80 уд./ мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 115/75 мм рт.ст. Живот мягкий, несколько болезненный при пальпации в нижних отделах.

**Гинекологическое исследование.** Влагалище нерожавшей женщины, шейка конической формы, слизистая цианотичная, положительный симптом Скробанского Бианки, из цервикального канала небольшие темно-кровянистые выделения. Матка несколько больше нормы, мягковатой консистенции, безболезненная при пальпации, слева и сзади от нее определяется образование неопределенной формы размерами примерно 40×60 мм, мягковатой консистенции, с нечеткими контурами, резко болезненное при пальпации. Правые придатки уплотнены, чувствительны.

* **Ультразвуковое исследование**: матка: несколько больше нормы, в полости плодного яйца нет, яичники - в норме
* Кровь на ХГЧ – следы (реакция положительная)

**Диагноз предварительный. Тактика.**

27

Больная Ш., 32 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на болезненные, обильные менструации и на темно-кровянистые выделения из половых путей накануне менструации.

**Объективное обследование**. Общее состояние удовлетворительное. Пульс 76 уд./мин. АД – 120/75 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Из половых путей отходят кровянистые, темные, скудные выделения.

**Бимануальное исследование.** Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище – рожавшей женщины. Шейка матки имеет цилиндрическую форму. На шейке матки видны узелковые, мелкокистозные «глазки» багрово-синего цвета. Из отдельных образований отходят темные, кровянистые, скудные выделения. Матка шаровидной формы, до 8 недель беременности, мягковата, болезненная при пальпации. Придатки не определяются.

Больной предложено обследование после менструации. На 8-й день цикла произведена метросальпингография. На снимке МСГ полость матки правильной треугольной формы «с пролябированием» дна. Имеются четко выраженные «законтурные» тени в дне и истмической части матки.

**УЗИ органов малого таза.** Матка 77×60×70 мм (соответствует 8-недельной беременности), во всех стенках множество гиперэхогенных структур (полости 3 мм в d), яичники без особенностей.

 **Диагноз. Дополнительные методы исследования. Тактика.**

28

Беременная О., 35 лет, доставлена 30 июня в 19 часов в родильный дом машиной скорой помощи с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, незначительные боли внизу живота и пояснице. Последняя менструация 27-30 сентября предыдущего года. Со слов женщины с 27 недель появились и повторялись мажущие кровянистые выделения из половых путей. 30 июня в 17 часов появились незначительные боли внизу живота и пояснице, а в 18 часов – умеренные кровянистые выделения. Положение плода продольное, предлежание головное, головка высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд./мин. Окружность живота 102 см. Высота стояния дна матки 38 см. Размеры таза: 25-28-31-21 см. На прокладке алое пятно крови.

**УЗИ:** размеры плода соответствуют доношенной беременности. Плацента на задней стенке, нижний край перекрывает внутренний зев шейки матки. На КТГ признаки гипоксии плода.

***Диагноз. Тактика.***

29

Больная 36 лет, доставлена в стационар машиной скорой помощи с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, внезапно потеряла сознание. Заболела остро. В анамнезе 4 аборта без осложнений, на момент поступления задержка менструации на 4 недели., контрацепция физиологическая (календарный метод).

Объективно: кожные покровы бледной окраски, вялая, пульс 120 ударов в минуту, АД 80/40 мм рт ст. Живот незначительно вздут, мягкий, болезнен­ный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины положительные в гипогастральной области. Притупление перкуторного звука в отлогих местах.

**Бимануальное исследование**: смещения шейки матки резко болезненное, четко пропальпировать тело матки и придатки не удается из-за напряжения мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность заднего свода, выделений из половых путей нет.

**Диагноз предварительный. Тактика.**

30

Больная 25 лет поступила в стационар в экстренном порядке с жалобами на резкие боли внизу живота. Боли иррадиируют в прямую кишку и сопровождаются тошнотой, рвотой, диареей до 2-3 раз в сутки, повышением температуры тела до 38-39°С. Больна в течение 2-х дней. Заболела на 6-й день менструального цикла после незащищённого полового контакта.

 **В анамнезе** 1 медицинский аборт, осложненный воспалением придатков матки. Отмечает частую смену половых партнеров и нерегулярное использование контрацептивных средств.

**При осмотре хирургом**: общее состояние средней степени тяжести, пульс – 112 уд./ мин., АД 110/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен, живот умеренно вздут, резко болезненный в гипогастральной области. Симптомы Пастернацкого и желчного пузыря отрицательные. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный в нижних отделах живота.

**При осмотре гинекологом**: из уретры гнойные выделения, из цервикального канала – гной, матку и придатки пропальпировать не удается из-за резкого напряжения мышц передней брюшной стенки, задний свод влагалища нависает, резко болезненный, выделения – гнойные бели.

**Лабораторные исследования**:

**Общий анализ крови**: эритроциты 4,1×1012 /л, Нв – 120 г/л., лейкоциты 16×109 /л; CОЭ – 28 мм/час.

**Общий анализ мочи**: уд. вес – 1018, белок – 0, лейкоциты – 30-40 в п/зр.

**Диагноз. Дополнительные методы исследования. Тактика.**

31

В родильный дом доставлена роженица 35 лет с доношенной беременностью на вторые роды. При поступлении роженица жаловалась на сильные, очень болезненные схватки в течение шести часов. Беременность четвертая. Первая беременность закончилась срочными родами 5 лет назад, без осложнений. Последующие 2 беременности были прерваны искусственными абортами в сроке 8-9 недель.

 На момент поступления состояние удовлетворительное. Схватки через 2-3-4 минуты по 30 секунд. В перерыве между схватками беспокоят резкие боли в пояснице и внизу живота. Пальпация предлежащей части затруднена в связи с болезненностью нижнего сегмента. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 в минуту. Размеры таза нормальные. Окружность живота 90 см, высота стояния дна матки 34 см.

 Влагалищное исследование: Шейка матки центрирована по проводной оси таза, длиной 1,5 см, уплотнена в области внутреннего зева, раскрытие цервикального канала 4 см. Во время схватки шейка матки спазмируется. Плодный пузырь цел, плоский. Головка плода над входом в малый таз. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет.

***Диагноз. Тактика.***

32

Больная 19 лет, доставлена в стационар машиной скорой помощи 22 марта с жалобами на боли в правой подвздошной области с иррадиацией в прямую кишку. Боли возникли резко, утром 22 марта, после акта дефекации, в правой подвздошной области, затем над лоном Тошноты, рвоты не было. Последняя менструация с 28 февраля по 6 марта, в срок.

Беременностей не было. С целью контрацепции использует барьерные методы.

Объективно: состояние удовлетвори­тельное, кожа и слизистые нормальной окраски, АД 110/70 мм рт. ст. Живот незначительно вздут, мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области. Перитонеальных симптомов нет.

**Гинекологическое исследование**. Матка не увеличена, плотная, безболезненная. Придатки справа увеличены, без четких контуров, область их пальпации болезненная. Слева придатки не увеличены, безболезненные. Своды свободные, глубокие. Задний и правый боковой свод умеренно болезненные.

**Ультразвуковое исследование органов малого таза.**  Матка 6,2х3,8х4,9 см (нормальных размеров). Эндометрий 12 мм, секреторного типа, полость матки не деформирована. Правый яичник увеличен в размерах, содержит гипоэхогенную полость в диаметре до 16 мм., с неровными контурами, левый яичник не изменен. Имеется жидкость в позадиматочном пространстве в небольшом количестве.

**Диагноз предварительный. Тактика**

**33**

Больная Я., 20 лет, поступила в гинекологическое отделение в экстренном порядке с жалобами на резкие боли внизу живота, возникшие накануне менструации, сухость во рту.

**Анамнез.** Менструации с 13 лет по 5 дней через 28 дней – умеренные, безболезненные. С 16 лет менструации стали болезненными. Интенсивность болей нарастает во времени. Пользуется анальгетиками. В 19 лет обратилась за помощью к гинекологу. Обнаружены двухсторонние кистовидные образования в яичниках, резко болезненные при осмотре с выраженным спаечным процессом вокруг. Замужем 2 года, контрацептивами не пользуется, беременность не наступала.

**Объективное исследование.** Кожные покровы и слизистые чистые, температура тела 36,9оС, язык сухой, обложен у корня. Пульс 96 уд./мин., АД 100/70 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах, при глубокой пальпации – положительный симптом Щеткина-Блюмберга справа.

 **Гинекологическое исследование.** Наружные половые органы развиты правильно, влагалище свободно, шейка коническая, чистая, при экскурсии – болезненность, своды свободны, слегка нависают, матка нормальной величины, плотная, безболезненная, ограниченно подвижная из-за окружающих сращений. Слева в области придатков пальпируется округлое, резко болезненное образование размером 6х6 см, неподвижное; справа придатки пропальпировать не удается из-за напряжения мышц брюшного пресса.

**Лабораторные исследования.** Полный анализ мочи и крови – без особенностей.

**УЗИ органов малого таза.** Матка50**×**46**×**58мм(нормальной величины), миометрий однородный, эндометрий – 10,2 мм; левый яичник 72**×**66**×**62мм признаки однокамерного образования в капсуле, содержимое с грубодисперсной взвесью; правый яичник 70**×**69**×**61мм, в нем кистовидное инкапсулиро- ванное образование с грубодисперсной взвесью; в капсуле, имеющей двойной контур визуализируется истончение (перфорация?), в позадиматочном пространстве жидкость в умеренном количестве.

**Диагноз. Дополнительные методы исследования. Тактика.**

**34**

Н., 29 лет, доставлена в гинекологическое отделение машиной скорой помощи в спутанном сознании с жалобами на резкие боли внизу живота, боли над ключицами, головокружение, резкую слабость.

**Анамнез.** Менструальная функция не нарушена. Последняя менструация 2 месяца назад. В анамнезе 1 роды и 3 искусственных аборта. В течение трех лет лечится по поводу хронического воспаления придатков матки. Ожидаемая менструация не наступила. Больная ощущала небольшую тошноту и нагрубание молочных желез. Сегодня утром появились резкие «кинжальные» боли в животе, сопровождающиеся головокружением, кратковременным обморочным состоянием, тошнотой и рвотой. Боли иррадиировали в прямую кишку.

**Объективное исследование.** Состояние больной тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, язык влажный, чистый. Больная апатична, несколько заторможена. Пульс 112 уд./ мин., ритмичный слабого наполнения, АД 80/50 мм рт.ст. Дыхание учащенное. Температура тела 36,7° С. Живот несколько напряжен, резко болезнен при пальпации, особенно в нижних отделах, где отмечаются симптомы раздражения брюшины. При перкуссии в нижних отделах живота определяется притупление, при перемещении больной на бок граница притупления смещается в ту же сторону.

**Бимануальное исследование.** Задний свод влагалища выбухает, резко болезнен при пальпации. Матка несколько увеличена, мягковата, безболезненна. Справа в области придатков определяется образование неопределенной формы, тестоватой консистенции без четких границ, резко болезненное при исследовании. Слева придатки определить не удалось. Выделений нет.

**УЗИ**: плодного яйца в полости матки нет. За маткой определяется большое количество жидкости–кровь?

**Анализ крови(cito).**Нв–80г/л,эритроциты–2,5**×**1012/л,лейкоциты–5,8**×**109/л,Ht–0,23,тромбоц.–250**×**109 /л.

 **Укажите признаки и симптомы внутрибрюшного кровотечения. Диагноз. Тактика.**

**35**

Больная 38 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на периодически возникающие боли внизу живота, больше слева. Менструации не нарушены.

**Гинекологическое исследование.** Влагалище свободное, шейка матки чистая, наружный зев щелевидной формы, матка не увеличенная, безболезненная, справа придатки не определяются, слева пальпируется овоидной формы образование размером 10×12 см с ровной поверхностью, тугоэластической консистенции, подвижное, безболезненное, выделения слизистые.

**Диагноз. Дополнительные методы исследования. Тактика.**

**36**

Больная 19 лет, доставлена в стационар машиной скорой помощи 22 марта с жалобами на боли в правой подвздошной области с иррадиацией в прямую кишку. Боли возникли резко, утром 22 марта, после акта дефекации, в правой подвздошной области, затем над лоном Тошноты, рвоты не было. Последняя менструация с 28 февраля по 6 марта, в срок.

Беременностей не было. С целью контрацепции использует барьерные методы.

Объективно: состояние удовлетвори­тельное, кожа и слизистые нормальной окраски, АД 110/70 мм рт. ст. Живот незначительно вздут, мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области. Перитонеальных симптомов нет.

**Гинекологическое исследование**. Матка не увеличена, плотная, безболезненная. Придатки справа увеличены, без четких контуров, область их пальпации болезненная. Слева придатки не увеличены, безболезненные. Своды свободные, глубокие. Задний и правый боковой свод умеренно болезненные.

**Ультразвуковое исследование органов малого таза.**  Матка 6,2х3,8х4,9 см (нормальных размеров). Эндометрий 12 мм, секреторного типа, полость матки не деформирована. Правый яичник увеличен в размерах, содержит гипоэхогенную полость в диаметре до 16 мм., с неровными контурами, левый яичник не изменен. Имеется жидкость в позадиматочном пространстве в небольшом количестве.

**Диагноз предварительный. Тактика.**

**37**

Роженица 28 лет доставлена в родильный дом с сильными схватками при доношенной беременности. В анамнезе 1 роды и 1 искусственный аборт. Схватки начались 12 часов назад, воды отошли за 4 часа до поступления.

При поступлении роженица беспокойна, температура тела 37,1оС, пульс 90 в минуту, АД=130/70 мм рт.ст. Схватки через 2 минуты по 40-45 секунд, болезненные, судорожного характера, сопровождаются потугами. В паузах между схватками матка полностью не расслабляется. Размеры таза нормальные. Окружность живота 103 см, высота стояния дна матки 38 см. Положение плода продольное, предлежание головное, головка прижата ко входу в малый таз. Нижний сегмент напряжен, резко болезненный при пальпации, контракционное кольцо расположено на уровне пупка, идет косо. Сердцебиение плода глухое аритмичное, 100-110 ударов в минуту. Роженица самостоятельно мочиться не может. При влагалищном исследовании обнаружено полное открытие маточного зева, головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в прямом размере. Мыс не достижим. Воды с примесью крови и мекония.

***Диагноз. Тактика.***

**38**

Больная А., 30 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на ноющие боли внизу живота с иррадиацией в поясницу, повышение температуры тела до 37,8 о, выделения – обильные зеленого цвета, дизурию, учащение мочеиспускания. Считает себя больной в течение недели.

**Анамнез.** Менструации с 13 лет, установились сразу. Последняя менструация имела место за 2 недели до поступления в отделение. Половую жизнь ведет с 16 лет. Имеет беспорядочные половые контакты.

**Объективное исследование.** Общее состояние больной при поступлении удовлетворительное. Пульс 86 уд/мин. АД=125/80 мм рт.ст., температура тела 37,5°. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в нижних отделах. Признаков раздражения брюшины не обнаружено. При перкуссии признаков наличия жидкости в брюшной полости нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

**Гинекологическое исследование.** Пальпируются увеличенные и болезненные паховые лимфоузлы. Наружные половые органы развиты правильно. Из уретры - гноевидное отделяемое. Влагалище рожавшей женщины, шейка матки цилиндрической формы, отечная, зев щелевидной формы с гиперемией вокруг, из цервикального канала - гноевидные бели. При смещении шейки матки отмечается болезненность. Тело матки нормальной величины, мягковато, ограничено подвижное, болезненное, придатки с обеих сторон утолщены, болезненные, ограничено подвижны. Своды влагалища свободны.

**УЗИ органов малого таза.** Признаки эндометрита, трубы расширены, яичники – б/о, в малом тазу жидкости не обнаружено.

**Анализ крови**. Гемоглобин – 134 г/л, лейкоциты 12,2×109 /л, Ю-1, n-6, М-20, Л-38, Э-0, С-35.

**Диагноз. Дополнительные методы исследования. Тактика.**

**39**

На 5-е сутки после операции кесарева сечения по поводу клинически узкого таза родильница предъявляет жалобы на озноб, боли внизу живота, повышение температуры тела до 38,4оС, головную боль.

В анамнезе 1 роды и 2 искусственных аборта.

Состояние удовлетворительное. Язык суховат, у корня обложен белым налетом. АД=110/70 мм рт.ст., пульс 92 в минуту. Живот вздут, участвует в акте дыхания. Дно матки на уровне пупка. При пальпации матка мягковата, болезненна, особенно в области послеоперационного рубца. Лохии кровянистые, умеренные, с неприятным ихорозным запахом. При бимануальном исследовании: своды свободны, не нависают. Маточный зев пропускает 2 пальца. Матка мягкая, резко болезненная при пальпации, увеличена до 20 недель беременности. Выделения из матки кровянистые, умеренные. При ультразвуковом исследовании: полость матки расширена, размеры превышают соответствующие сроку послеоперационного периода, на стенках признаки фибринозного налета. Шов отечный. В брюшной полости свободной жидкости нет.

***Диагноз. Тактика.***

**40**

Больная Ж., 52 лет, доставлена машиной скорой помощи в гинекологический стационар с обильными кровянистыми выделениями из половых путей.

Миома матки была обнаружена 6 лет назад, увеличение матки соответствовало 10 неделям беременности. Больная была поставлена на диспансерный учет, не лечили. Через 2 года при очередной явке в женскую консультацию миома соответствовала 14 неделям беременности. Врач женской консультации предложил больной оперативное лечение, от которого она категорически отказалась. Последние годы стала отмечать частое мочеиспускание и запоры, ноющие боли внизу живота.

**Объективное исследование**. Общее состояние больной удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Через переднюю брюшную стенку пальпируется плотное, безболезненное бугристое образование матка со множественными миоматозными узлами. Мочеиспускание частое, без рези. Больная отмечает отсутствие стула в течение 3-4 дней.

**Гинекологическое исследование**. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище - рожавшей женщины. Шейка матки укорочена за счет шеечных и низкорасположенных узлов. Матка со множественными миоматозными узлами соответствует 20 неделям беременности, неподвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Выделения из половых путей кровянистые, обильные.

**УЗИ органов малого таза.** Матка: 25,8**×**19,6**×**24 см. Миометрий неоднороден: инкапсулированные миоматозные узлы: субсерозный, межмышечные с тенденцией к субмукозному росту. Полость матки увеличена, деформирована. Эндометрий – 5 мм, яичники не изменены.

**Диагноз. Дифференциальная диагностика. Дополнительные методы исследования. Гемостаз. Дальнейшая тактика.**

**41**

Больная 39 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на бели, незначительные кровянистые выделения из половых путей после полового контакта («контактные кровотечения»)

В анамнезе 2 родов, 2 аборта. Контрацептивными средствами (презервативы) пользуется не постоянно. Отмечает внебрачные половые связи.

При осмотре наружные половые органы развиты правильно, вульва без особенностей. При осмотре зеркалами влагалище свободно, шейка матки цилиндрической формы, вокруг наружного зева – эктопия (псевдоэрозия) размером 2х2 см, с четкими краями, легко кровоточит, на шейке матки и стенках влагалища – множественные остроконечные кондиломы, выделения гноевидные.

**Диагноз. Дополнительные методы исследования. Тактика.**

**42**

Больная М., 38 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на слабость, головокружение, тянущие боли внизу живота, снижение трудоспособности, незначительные кровянистые выделения из половых путей в течение трех недель. Считает себя больной в течение последних 1,5 лет, когда появились болезненные, обильные и длительные по времени менструации. После менструации у больной появляется чувство слабости, головокружение.

**Анамнез.** Наследственность: у мамы удалена матка. Менструации с 13 лет, установились сразу (по 3-4 дня, цикл 28-30 дней), умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 23 лет. Всего было 6 беременностей: две из них закончились срочными родами, четыре - искусственными абортами.

**Объективное исследование**. Состояние удовлетворительное. Пульс 90 уд/мин. АД 115/75 мм рт.ст. Кожные покровы бледные. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный.

**Гинекологическое исследование**. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище и шейка матки без особенностей. Матка увеличена до 9 недель беременности, при пальпации болезненная, мягковатая. Выделения темно-кровянистые, мажущие (8-й день цикла).

**УЗИ органов малого таза.** Матка 72**×**68**×**80 мм увеличена до 8 недель беременности. Толщина передней стенки – 17 мм; задней стенки – 22 мм. Миометрий неоднородный, гиперэхогенные «ячеистые» структуры d -2-3 мм, полость матки не деформирована, эндометрий 3 мм, яичники не изменены.

**Анализ крови**. Гемоглобин - 78 г/л; эритроциты- 3,1×1012/л; лейкоциты 7,8×109/л; СОЭ 5 мм/час.

**Диагноз предварительный. Дифференциальная диагностика. Дополнительные методы исследования. Тактика.**

**43**

В гинекологическое отделение поступила больная 50 лет с жалобами на маточное кровотечение в течение 4-х дней, головокружение.

**Анамнез.** Нарушение менструальной функции с маточными кровотечениями в течение 2 лет. Многочисленные выскабливания слизистой матки (гистологические исследования: железистая, железисто-кистозная гиперплазия, в 49 лет – атипическая гиперплазия). Лечение не получала.

**Объективное исследование**. Язык влажный. Пульс – 82 уд./ мин., АД 130/90 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, прослушивается систолический шум на верхушке сердца. Живот мягкий, безболезненный.

**Гинекологическое исследование.** Шейка матки чистая, матка безболезненная, нормальных размеров, придатки не пальпируются, из цервикального канала – обильные кровянистые выделения.

**Произведено:** лечебно-диагностическое выскабливание полости матки, материал «пышный» направлен на гистологическое исследование.

**Полный анализ крови**: Эр. 3,5 × 1012 /л., Нв – 95 г/л. Нt – 32%, лейкоциты 6 × 109 /л. СОЭ 6 мм/час.

**Через 7 дней** получен результат гистологического исследования: «Атипическая гиперплазия эндометрия с активной пролиферацией».

**Диагноз. Дополнительные методы исследования. Тактика**

**44**

Больная Б., 46 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные менструации.

В последний год она стала отмечать болезненные обильные менструации, жалуется на плохое самочувствие, слабость. Последний раз у гинеколога была полгода назад (величина миомы соответствовала 9-недельной беременности). Десять дней назад началась менструация, которая продолжается до настоящего времени.

**Анамнез**. Менструации с 10 лет, установились сразу (по 5 дней, цикл 21 день), умеренные, болезненные. Последний год менструации болезненные, длятся по 7-10 дней, обильные. Половую жизнь ведет с 30 лет. Было две беременности, обе закончились искусственными абортами без осложнений, ВМК – 5 лет. Более не предохранялась.

**Гинекологическое исследование.** Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище – нерожавшей женщины. Шейка матки чистая, матка увеличена до 9 недель беременности, мягковатая, подвижная, болезненная. Придатки с обеих сторон тяжисты, область их болезненна. Выделения обильные, кровянистые.

**УЗИ органов малого таза.** Матка размерами 77×58×67 мм, соответствует 9-недельной беременности, толщина передней стенки 14 мм, задней 22 мм, полость матки расширена, не деформирована, в ней гиперэхогенные структуры (сгустки). Миометрий неоднородный, «ячеистые структуры».

**Диагноз. Тактика.**

**45**

Больная О., 29 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровотечение 3-х дней из половых путей, слабость, головокружение.

Из анамнеза: 2 родов, 2 аборта; отмечает задержку менструации на 2 месяца. Внезапно появились схваткообразные боли внизу живота, затем кровотечение и отхождение из половых путей «комочка ткани». Кровотечение не прекратилось. Состояние при поступлении: тяжёлое, кожные покровы бледные, язык влажный. Больная апатична, заторможена. Пульс – 112 уд./мин., АД – 80/40 мм РТ.ст., дыхание учащенное, температура 36,0 º С. Живот мягкий , безболезненный.

**Гинекологическое исследование:** влагалище свободно, шейка матки: зев открыт, матка несколько увеличена до 7-8 недель беременности, мягкая, безболезненная, придатки без особенностей, продолжается кровотечение.

**УЗИ органов малого таза.** Матка 7,5**×**7,0**×**8,0 см (величиной до 7 недель беременности), миометрий однородный, полость матки значительно расширена, не деформирована, в области дна – гиперэхогенные участки (остатки плодного яйца).

**Диагноз. Тактика.**

**46**

В дежурное гинекологическое отделение доставлена пациентка 38 лет с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей, головокружение, слабость во время менструации.

Менструации: с 13 лет, регулярные, по 6-7 дней, через 20 дней, обильные, болезненные в первые 2 дня. Последняя менструация началась 10 дней назад.

**Объективно.** Состояние тяжелое. Заторможена, пониженного питания, кожные покровы бледные. Тоны сердца ритмичные, выслушивается систолический шум на верхушке. Пульс 100 уд. в мин. АД 80/50 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный.

**Гинекологическое исследование.** Наружные половые органы развиты правильно. Обильные кровянистые выделения из половых путей.

Матка мягковата, увеличена до 8 недель беременности, подвижная, болезненная. Придатки без особенностей.

**Анализ крови**. Эр. 2,2 × 1012 /л., Нв – 65 г/л; Нt – 25%, ЦП – 0,6, тромбоциты – 190 х 109 /ллейкоциты 6,9 × 109 /л; СОЭ 5 мм/час.

 **Проведено УЗИ исследование органов малого таза.**  Матка 7,2х6,0х7,9 см (соответствует 8-недельной беременности), миометрий неоднородный, множественные участки гиперэхогенных зон d= 2-3 мм. Толщина стенок матки асимметричная: передней – 15 мм, задней – 22мм. Эндометрий М-ЭХО-3мм, полость матки не деформирована, расширена за счет сгустков крови. Яичники без особенностей. Имеется жидкость в позадиматочном пространстве.

**Диагноз. Дифференциальная диагностика. Дополнительные методы исследования. Гемостаз. Дальнейшая тактика**

**47**

В родильный дом доставлена роженица с доношенной беременностью с бурной родовой деятельность в потужном периоде. Беременность первая. Со слов: схватки начались 2 часа назад, сразу стали очень сильными, частыми и болезненными. Околоплодные воды излились по пути в родильный дом и сразу присоединились потуги.

В переднем виде затылочного предлежания родился живой доношенный плод мужского пола массой 2600 г, длиной 50 см. Через 3 минуты отделился и выделился послед, цел. При осмотре мягких тканей родовых путей обнаружен разрыв влагалища, а также разрыв промежности, доходящий до ануса. При осмотре обнаружено нарушение целости сфинктера прямой кишки.

***Диагноз. Тактика. Особенности ведения послеродового периода.***

**48**

Больная З., 37 лет, доставлена в гинекологическое отделение с жалобами на резкие боли внизу живота, озноб, повышение температуры до 38,8оС, слабость.

**Анамнез.** Менструации с 14 лет. Половая жизнь с 24 лет в браке. Беременностей было пять: одна завершилась срочными родами, три искусственных аборта, один самопроизвольный. С целью контрацепции предложен ВМК, на фоне которого воспалительные процессы обострялись ежегодно с амбулаторным лечением. Последнее обострение 2 недели назад. В течение 5 дней – ухудшение самочувствия, в последние сутки – резкие боли со вздутием живота, озноб, повышение температуры.

**Объективное исследование.** Состояние тяжелое. Р – 100 уд./мин, АД 100/60 мм рт.ст., температура – 39,2оС. Язык сухой, обложен. Живот вздут, в акте дыхания не участвует, болезненный во всех отделах, больше в нижних, здесь же – напряжение мышц брюшного пресса, положительные симптомы раздражения брюшины, при перкуссии – притупление перкуторного звука.

**Гинекологическое исследование.** Паховые лимфоузлы увеличены. Осмотр влагалища и щейки матки с помощью гинекологического зеркала: влагалище свободно, шейка чистая, зев закрыт, из цервикального канала гноевидные выделения. Своды укорочены, инфильтрированы, Матка отдельно не пальпируется. В малом тазу с трудом пальпируется из-за напряжения мышц – плотный конгломерат, размером 20**×**20 см – болезненный, неподвижный, доходящий до стенок таза.

**УЗИ органов малого таза.** Признаки спаечного процесса, эндометрита. В полости матки – ВМК. Придатковое образование справа, без четких контуров, фиксировано за маткой. Единый конгломерат 23**×**25 см неправильной формы, различной эхогенной плотности, в нем округлое образование 10**×**12 см – инкапсулировано, капсула толщиной 1 см (10 мм), в капсуле истончения, дефекты. Отсутствие кровотока внутри образования. В позадиматочном пространстве, в брюшной полости – жидкость (гной?).

**Анализ крови.** Гемоглобин – 100 г/л, эритроциты – 3,0**×**1012 /л, лейкоциты – 25**×**109 /л, «сдвиг влево», СОЭ – 62 мм/час, СРБ – 130 мг/л.

 **МРТ / КТ.** Спаечный процесс в малом тазу. Образование размером 12**×**12 см с капсулой 10 мм, содержимое – гной (?). Признаки эндометрита. В малом тазу жидкость (гной).

**Диагноз. Дифференциальная диагностика. Дополнительные методы исследования. Тактика**

**49**

Больная И., 40 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровотечение из половых путей на фоне задержки менструации на 2 месяца.

**Анамнез.** Менструации с 14 лет, установились сразу (по 4-5 дней, цикл 28 дней), умеренные, безболезненные. Последняя менструация была 2 месяца назад. Перенесенные гинекологические заболевания отрицает. Последние 2 года менструальный цикл нарушен: интервал между менструациями составляет 2-3 месяца. За этот период дважды перенесла выскабливание полости матки по поводу кровотечения с гистологическим диагнозом «железистая гиперплазия».

**Объективное обследование.** Общее состояние удовлетворительное. Пульс 78 уд./мин. АД 110/70 мм рт. ст. Кожные покровы бледные.

**Гинекологическое исследование:** Слизистая влагалища и шейки матки чистая, из наружного зева кровянистые выделения. Тело матки не увеличено, безболезненно при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды влагалища глубокие, параметрии свободны. Выделения кровянистые, обильные.

Проведено диагностическое выскабливание слизистой оболочки полости матки. Длина матки по зонду 6 см (норма). Стенки матки гладкие, без деформации. Полученный обильный соскоб направлен на гистологическое исследование. После лечебно-диагностического выскабливания слизистой оболочки полости матки кровотечение прекратилось.

**Гистологическое исследование.** При изучении соскоба слизистой оболочки полости матки установлена железисто-кистозная гиперплазия эндометрия.

**Диагноз. Тактика.**

**50**

Е., 25 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на постоянные боли внизу живота ноющего характера, боли в пояснице, мажущие кровянистые выделения на фоне задержки менструации, последняя менструация 2 месяца назад. Считает себя беременной.

Менструации цикл с 12 лет, установились сразу по 5 дней, через 29 дней. Первая беременность закончилась срочными родами без осложнений, вторая – искусственным абортом в сроке 8-9 недель, третья и четвертая самопроизвольным выкидышем в сроке 10 недель, настоящая беременность пятая. Боли внизу живота и пояснице беспокоят в течение недели, мажущие кровянистые выделения появились накануне госпитализации в стационар.

Состояние при поступлении удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Мочеиспускание не нарушено.

**Гинекологическое исследование**: наружные половые органы развиты правильно, цианоз слизистой влагалища и шейки матки, наружный зев закрыт, из цервикального канала скудные темные кровянистые выделения. Матка увеличена до 8 недель беременности, округлой формы, мягкая, подвижная, безболезненная, придатки не определяются, своды свободны, безболезненные.

**Диагноз. Дополнительные методы исследования. Тактика**