

**II ВНУТРИВУЗОВСКАЯ  
ОЛИМПИАДА ПО  
АКУШЕРСТВУ И  
ГИНЕКОЛОГИИ**

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**



**Беременная В., 32 лет. Беременность третья.  
Последняя менструация – с 5.04.2016г. по 8.04.2016г.  
По данным УЗИ от 24.05.2016г. Беременность 7  
недель. Наследственность не отягощена.  
Менархе в 13 лет, цикл регулярный, по 4 дня через  
28 дней.**

**I Беременность (2006г.) – мед.аборт на малом сроке, по  
желанию.**

**II Беременность (2009г.) – экстренное родоразрешение  
операцией кесарево сечение по поводу ПИВ. Выпадение  
петель пуповины.**

**III Беременность (2016г.) – настоящая.**

**Женскую консультацию посещала нерегулярно из-за отдалённого проживания.**

**29.11.2016г.** Доставлена в родильное отделение на носилках с жалобами на постоянные боли в животе и темные кровянистые выделения.

**Anamnesis morbi:** В течение последних двух недель отмечала отеки на голенях и брюшной стенке, временами головную боль. К врачу не обращалась. Сегодня ночью внезапно появились боли в животе справа, которые нарастали, что и побудило вызвать скорую медицинскую помощь.

**Объективное исследование:** При поступлении: состояние тяжёлое, кожные покровы бледные. Отёки на стопах и голених, брюшной стенке.

Пульс 105 ударов в минуту, ритмичный. АД 160/90 мм рт.ст., 160/100 мм рт.ст.

Сердечные тоны ясные, ритмичные, 105 ударов в минуту.

В легких при аускультации дыхание везикулярное. Хрипов нет.

Печень из-под реберной дуги не пальпируется. Перкуторно печень не увеличена.

Мочеиспускание безболезненное, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

**Акушерский статус:** Живот увеличен за счёт беременной матки. Матка напряжена, болезненная, особенно справа. Родовой деятельности нет. Положение плода продольное. Предлежит головка, над входом в малый таз. Сердцебиение плода глухое, аритмичное, 160 ударов в минуту.

**О.З.** Шейка матки выстлана эпителием. Выделения тёмно-кровянистые в умеренном количестве.

**Р.V.** Влагалище нерожавшей. Шейка матки отклонена кзади от проводной оси, сохранена. Наружный зев закрыт. Через своды пальпируется предлежащая часть – головка над I тазовой плоскостью. Мыс не достижим. Таз ёмкий.

- 1. Сформулируйте клинический диагноз.**
- 2. Проведите дифференциальный диагноз (не менее 3 патологических состояний).**
- 3. Составьте алгоритм неотложной терапии этого (этих) синдрома(ов).**
- 4. Тактика при сложившейся ситуации.**
- 5. Возможные осложнения для пациентки и перинатальный прогноз для плода**
- 6. Составьте план дальнейшей терапии и реабилитации.**