

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра акушерства и гинекологии № 2

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ

по производственной (клинической) практике
для ординаторов 1-го года обучения
по специальности 31.08.01 «Акушерство и гинекология»

1. Амниотомия.
2. Ведение беременных в I триместре при физиологической беременности.
3. Ведение беременных в II триместре при физиологической беременности.
4. Ведение беременных в III триместре при физиологической беременности.
5. Ведение родов при крупном плоде.
6. Ведение физиологических родов.
7. Вентрофиксация.
8. Взятие мазков на онкоцитологию
9. Выработать план ведения больной с tuboовариальным образованием во время беременности.
10. Выявление факторов риска развития беременности, проведение профилактики осложнений.
11. Диагностическая ценность УЗИ в I триместре беременности.
12. Диагностическая ценность УЗИ в II триместре беременности.
13. Диагностическая ценность УЗИ в III триместре беременности.
14. Зашивание разрывов влагалища.
15. Зашивание разрывов промежности 1 степени.
16. Зашивание разрывов промежности 2 степени
17. Зашивание разрывов промежности 3 степени.
18. Интерпретация данных ректоскопии
19. Кардиотокография. Подготовка заключения по результатам кардиотокографии.
20. Комментировать КТГ при острой гипоксии плода
21. Комментировать КТГ при хронической гипоксии плода
22. Контрольное ручное обследование стенок послеродовой матки.
23. Лапаротомия по Пффанненштилю
24. Леваторопластика
25. Манчестерская операция.
26. Надвлагалищная ампутация матки без придатков.
27. Надвлагалищная ампутация матки с маточными трубами без яичников.
28. Надвлагалищная ампутация матки с придатками.
29. Неотложная помощь при тяжелых формах гестоза.
30. Нижнесрединная лапаротомия
31. Определение степени зрелости плаценты и ее сопоставление с гестационным сроком.
32. Определение функционального состояния плода: оценка дыхательных движений, оценка двигательной активности, оценка тонуса

33. Определить необходимость применения специфических методов исследования при воспалительных заболеваниях органов малого таза.
34. Определить показания к госпитализации беременной с ранним токсикозом.
35. Оценить анамнез и особенности течения беременности.
36. Оценить тяжесть состояния больной.
37. Оценить УЗ-данные плацентометрии.
38. Оценка степени тяжести гестоза, эффективности проведения терапии, состояния плода и фетоплацентарной системы, показания к досрочному родоразрешению, методы родоразрешения.
39. План ведения беременной при бронхиальной астме
40. План ведения беременной с гиперфункцией щитовидной железы.
41. План ведения беременной с гипотиреозом.
42. План ведения беременной с гломерулонефритом при сохранной функции почек.
43. План ведения беременной с заболеваниями ЖКТ.
44. План ведения беременной с заболеваниями надпочечников.
45. План ведения беременной с заболеваниями печени.
46. План ведения беременной с сахарным диабетом.
47. План ведения беременной с хроническими воспалительными процессами мочевыводящих путей.
48. Планирование контрацепции после внематочной беременности.
49. Планирование контрацепции после острых воспалительных процессов внутренних половых органов.
50. Планирование контрацепции при миоме матки.
51. Подготовка заключения по результатам доплерографии.
52. Проведение гистероскопии.
53. Проведение диатермокоагуляции шейки матки.
54. Проведение кольпоцитологического исследования
55. Проведение конизации шейки матки.
56. Проведение криодеструкции шейки матки.
57. Проведение лазерной коагуляции шейки матки
58. Проведение медикаментозной профилактики акушерских кровотечений при патологически протекающей беременности в родах
59. Проведение ножевой биопсии шейки матки.
60. Проведение расширенной кольпоскопии
61. Проведение стерилизации на трубах
62. Проведение тестов функциональной диагностики и умение их оценивать
63. Произведите раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и стенок полости матки
64. Произведите удаление полипа слизистой цервикального канала.
65. Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и стенок матки.
66. Разработка дифференциального плана ведения родильниц после осложненных и оперативных родов. Выбор соответствующих методов лечения и обследований.
67. Резекция яичника.
68. Ручное отделение плаценты и выделение последа.
69. Составить план ведения беременности пациентки с артериальной гипертензией.
70. Составить план ведения беременности у пациентки, группы риска развития гестоза
71. Способы остановки кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде.
72. Срединная кольпорафия.
73. Тактика врача акушер-гинеколога при отслойке плаценты при низкой плацентации в родах.
74. Тубэктомия.

75. Удаление полипа слизистой цервикального канала.
76. Удаление тубовариального образования.
77. Ушивание разрывов шейки матки I степени.
78. Ушивание разрывов шейки матки II степени.
79. Ушивание разрывов шейки матки III степени.
80. Экстирпация матки без придатков.
81. Экстирпация матки с маточными трубами без яичников.
82. Экстирпация матки с придатками.
83. Эпизиотомия.
84. Этапы техники кесарева сечения.
85. Эхографическая диагностика в I триместре беременности (маркеры хромосомной патологии).

ЗАДАЧИ К ЗАЧЕТУ

по производственной (клинической) практике
для ординаторов 1-го года обучения
по специальности 31.08.01 «Акушерство и гинекология»

Задача

В женскую консультацию обратилась повторнобеременная при сроке беременности 25 — 26 недель с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, появившиеся утром после сна. В анамнезе одни роды и два медицинских аборта. При наружном осмотре установлено, что размеры матки соответствуют сроку беременности, матка не возбудима при пальпации. Плод в тазовомпредлежании, сердцебиение плода ясное, ритмичное. Кровянистые выделения из половых путей скудные.

Диагноз?

Тактика врача женской консультации?

Задача

У роженицы (масса тела — 65 кг), через 1 час после кесарева сечения в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (кровопотеря составила 1200мл), появились обильные кровяные выделения из родовых путей в количестве 300мл. Вытекающая кровь образует рыхлые, легко разрушающиеся сгустки. Состояние пациентки тяжелое, АД — 80/55 мм рт. ст. (рабочее АД — 110/70 мм рт. ст.), пульс — 125 уд в мин., кожные покровы бледные. Матка с трудом пальпируется через переднюю брюшную стенку, дряблая, не реагирует на массаж и внутривенное введение утеротоников.

Диагноз. План ведения.

Задача

После рождения последа из родовых путей появились обильные кровяные выделения в объеме 500 мл и кровотечение продолжается. При ручном обследовании матки остатков частей последа или разрыва матки не выявлено. При осмотре мягких тканей родовых путей с помощью акушерских зеркал разрывов не обнаружено. Матка дряблая, плохо сокращается. Общая кровопотеря достигла 1200 мл (кровь со сгустками).

Диагноз. План ведения.

Задача

В женскую консультацию обратилась беременная, 24г., срок беременности 9-10 нед. с жалобами на боли в эпигастральной области, через 2-3ч боли усилились и переместились в правую подвздошную область, повышение температуры, тошноту.

1. Диагноз?
2. Ваша тактика?
3. Дифференциальная диагностика

Задача

Беременная со сроком гестации 16-17 нед была доставлена в стационар с клиникой острого живота. Данная беременность 1-я, до срока 16 недель протекала гладко. Прооперирована по поводу флегмонозного аппендицита.

1. Тактика ведения в послеоперационном периоде?
2. Дифференциальная диагностика о. аппендицита с перекрутом ножки опухоли яичника
3. В течение какого времени допустимо наблюдение больной с подозрением на о. аппендицит?

Задача

В хирургический стационар поступила беременная по направлению из ЖК, срок беременности 16-17 нед. Жалобы на боли по всему животу, которые в течении последнего часа перешли в поясничную область, повышение температуры до 38,0, тошноту, двукратный полужидкий кашицеобразный стул со слизью. На момент осмотра при пальпации определяется болезненность в области правого бокового канала, «+» симптом Образцова.

1. Какую патологию можно заподозрить?
2. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза?
3. Тактика ведения?
4. Диф. диагностика с пиелонефритом
5. Что значит признак «токсических ножниц»?

Задача

В родильный дом бригадой скорой помощи доставлена беременная с жалобами на интенсивные боли в по всему животу, повышение температуры до 38*С. Срок беременности 38-39 нед. Родовой деятельности нет. На учете в ЖК с 8 нед, беременность протекала хорошо, соматическую и гинекологическую патологию отрицает. После осмотра, обследования диагностирован острый аппендицит, осложненный перитонитом. Тактика ведения?

Задача

Беременная со сроком гестации 35 недель беременности доставлена машиной «Скорой помощи» в приемное отделение с жалобами на боли в животе и кровяные выделения из половых путей. При пальпации матка в тонусе, болезненная при пальпации в левых отделах. Положение плода продольное, предлежание головное, сердцебиение 100 уд в мин, аритмичное. При УЗ исследовании – плацента расположена по передней и левой боковой стенке матки, 35 мм толщиной, 3 ст. зрелости, нижний край более, чем на 6 см. от

внутреннего зева шейки матки. Между плацентой и стенкой матки визуализируется образование 5х2х4 см с жидкостным и неоднородным по эхо-структуре содержимым. Диагноз. План ведения.

Задача

В родильный дом поступила беременная с жалобами на боли в поясничной области при движениях правой ноги, нарушение мочеиспускания, повышение температуры. Срок беременности 12-13 нед.

1. С какими заболеваниями следует провести диф. диагностику?
2. Тактика ведения?
3. В течение какого времени допустимо наблюдение?
4. Препараты для предупреждения прерывания беременности?

Задача

У беременной со сроком гестации 37 недель при УЗ исследовании выявлен узел миомы матки (10х9см), расположенный ниже предлежащей головки плода и препятствующий рождению плода. Пациентка настроена в будущем на повторные роды.

Диагноз. План родоразрешения. Мероприятия для снижения последствий возможной кровопотери при родоразрешении.

Задача

Роженица Л. 26 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью. Беременность – первая, доношенная. Положение плода продольное, предлежание головное. Предполагаемая масса плода 4100 - 4200 грамм. Первый период родов протекал без особенностей. Через 10 часов после начала регулярной родовой деятельности диагностировано полное раскрытие шейки матки. Начались потуги через 2 – 3 минуты по 40 -45 секунд, достаточной силы. Головка плода врезывается. Промежность – высокая. После очередной потуги появились цианоз, а затем блеск кожи промежности.

Диагноз и план ведения.

Задача

Повторнобеременная 28 лет направлена в отделение патологии беременных с диагнозом: беременность 34-35 недель. Резус-сенсibilизация (титр резус-антител 1:64). В анамнезе две беременности которые закончились прерыванием в сроке 10-11 нед. без осложнений, по желанию пациентки. Профилактика резус-сенсibilизации не проводилась. При поступлении на ультразвуковом исследовании имеются признаки гемолитической болезни плода (утолщение плаценты, многоводие, увеличение размеров печени, наличие свободной жидкости в брюшной полости у плода). Пациентка жалуется на ухудшении шевеления плода в последние два дня.

Тактика ведения беременности и родов?

Задача

Больная 33 лет предъявляет жалобы на схваткообразные боли в левой подвздошной области, головокружение, задержку менструации на 2 недели. Вчера внезапно появились острые боли внизу живота, сопровождающиеся кратковременной потерей сознания. При осмотре найдено: кожные покровы бледные, пульс 120 уд/мин., АД 80/50 мм.рт. ст., живот

болезненный в нижних отделах, отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При гинекологическом исследовании матку и придатки четко определить невозможно из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки, задний свод сглажен, выделения кровяные, скудные, темного цвета.

Диагноз?

Тактика?

Задача

Женщина 29 лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи в связи с жалобами на схваткообразные боли в животе, головокружение, слабость. АД 100/60 мм.рт. ст., пульс 108 уд/мин., ритмичный. Последняя менструация 1,5 месяца назад, температура тела 37,2 °С. Гинекологом при осмотре заподозрена внематочная беременность.

Какие методы исследования можно использовать для подтверждения диагноза?

Задача

Больная, 26 лет, доставлена в стационар машиной «скорой помощи» с диагнозом: Острый живот. Жалобы на резкие боли в нижних отделах живота, общую слабость, головокружение. Из анамнеза: 6 месяцев назад диагностирована киста левого яичника. В течение 2-х месяцев принимала оральные контрацептивы. Последняя менструация была 2 недели назад. Кожные покровы и слизистые бледные, температура 37,0°С, АД 70/40 мм.рт. ст. Нв 78 г/л, L 11х 109 /л, пульс 130 уд/мин., ритмичный, слабого наполнения. Язык суховат. Живот напряжен, резко болезненный при пальпации в нижних отделах. Там же положительные симптомы раздражения брюшины. Выделений из половых путей нет. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании: матка не увеличена, плотная, болезненная при пальпации, легко смещаемая. Состояние придатков с обеих сторон определить не представляется возможным ввиду резкой болезненности при исследовании. Своды влагалища нависают, пальпация их резко болезненная.

Диагноз?

Дифференциальный диагноз?

Тактика ведения?

Задача

Пациентка М. 25 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью. Данная беременность – первая, доношенная. Роды протекали без осложнений. Родился живой доношенный мальчик в заднем виде переднеголового предлежания. Масса ребенка 4000 грамм. Самостоятельно отделился и выделился послед, осмотрен – цел. Матка сократилась, плотная. При осмотре мягких тканей родовых путей в зеркалах обнаружено: в области правой боковой стенки влагалища имеется выпухание в просвет влагалища, слизистая над ним сине-багрового цвета; при пальпации определяется флюктуация, напряжение и болезненность тканей.

Диагноз и план ведения.

Задача

Беременная М. 34 лет поступила в отделение патологии беременных в плановом порядке с доношенной беременностью. Данная беременность – вторая. Первая беременность 3 года назад закончилась своевременными оперативными родами. Кесарево сечение было

произведено в экстренном порядке в связи с клинически узким тазом. Масса ребенка при рождении была 4300 грамм. Послеоперационный период протекал без осложнений. Ребенок – здоров. Состояние при поступлении удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Матка в нормотонусе, безболезненна при пальпации во всех отделах. Рубец на матке не определяется, область его безболезненна. Окружность живота 94 см, высота стояния дна матки 37 см. Положение плода продольное, предлежание головное. По данным ультразвукового исследования толщина нижнего маточного сегмента 3 мм, визуализируются единичные соединительнотканые включения. Диагноз и метод родоразрешения.

Задача

Повторнобеременная 27 лет находится в отделении патологии беременных с диагнозом: беременность 38-39 недель. Резус-сенсibilизация (титр резус-антител 1:8). Из анамнеза: первые роды два года назад. Новорожденный 3400 гр., 50см., O(I) Rh(полож). Профилактика резус-сенсibilизации не проводилась. При данной беременности в сроке 35-36 нед. был проведен диагностический амниоцентез (ОПБ – 0,021, что соответствует Зона I по шкале Лилли). При ультразвуковом исследовании данных за ГБП нет. Предполагаемая масса плода 3100 гр. Тактика ведения беременности и родов?

Задача

Больная 28 лет, госпитализирована в отделение онкогинекологии с диагнозом: рак яичников. Асцит. Половая жизнь в браке 5 лет. На протяжении 4 лет лечилась по поводу бесплодия. Больна 3 месяца, когда появились тупые боли в низу живота, чувство распирания. Менструации в течение последнего года обильные, продолжительные. В последние 10 дней состояние прогрессивно ухудшилось. При пункции брюшной полости эвакуировано 5 л асцитической жидкости. Рентгенологически в правой плевральной полости обнаружена жидкость до IV ребра. При гинекологическом исследовании выявлено образование правого яичника, плотной консистенции.

Диагноз?

Предположительно какая опухоль и какого гистологического варианта была у данной пациентки?

С чего необходимо было начать лечение?

Задача

Больная 32 лет, обратилась с жалобами на тянущие боли внизу живота, больше справа. Боли беспокоят в течение 3-х месяцев. Из анамнеза: менструации с 15 лет, по 4-5 дней, болезненные. Последние 6 месяцев отмечает нерегулярные менструации. Половая жизнь с 18 лет, одни роды, 2 искусственных мед.аборта. Неоднократно лечилась стационарно по поводу воспалительного процесса придатков матки. При двуручном исследовании: тело матки и левые придатки без особенностей. В области правых придатков определяется образование округлой формы до 6 см в диаметре, малоболезненное при пальпации, подвижное. Данные УЗИ исследования: в проекции правого яичника – образование однокамерное, с тонкой капсулой, с гомогенным содержимым.

Диагноз?

План ведения?

Объем операции?

Задача

Больная, 29 лет, поступила с жалобами на повышение температуры, общую слабость, боли внизу живота. 8 дней назад произведен искусственный аборт, выписана на следующий день после аборта. При обследовании: состояние удовлетворительное, пульс 80 уд/мин., температура 38,2°C. Живот мягкий, болезненный при пальпации в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. При гинекологическом исследовании: шейка матки гиперемирована, из цервикального канала – обильные гнойные выделения. При пальпации – шейка матки обычной консистенции, наружный зев закрыт, тело матки несколько больше нормы, мягкой консистенции, болезненное при пальпации и смещении. Придатки не определяются. Своды глубокие.

Диагноз?

План ведения?

Задача

Больная, 31 года, госпитализирована в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела. Менструации с 14 лет нерегулярные, обильные, болезненные. Половая жизнь с 20 лет, без предохранения. В 14 лет перенесла плеврит. В течение 3 лет беспокоят боли внизу живота, усталость, временами субфебрильная температура. Дважды – стационарное лечение по поводу воспаления придатков матки. Влагалищное исследование: матка болезненная при тракциях, нормальных размеров, плотная. Придатки с обеих сторон утолщены, болезненны при пальпации. Параметрии уплотнены. Больной назначен курс антибактериальной терапии ампиоксом + метронидазол. В течение недели состояние больной продолжает ухудшаться, нарастают боли, температура тела не снижается, в связи с чем произведена диагностическая лапароскопия. При осмотре обнаружено: в брюшной полости 200 мл серозного выпота. Спаечный процесс. Маточные трубы укорочены и утолщены, на их поверхности – кальцинаты, по брюшине – просовидные высыпания.

Диагноз?

План ведения?

Задача

Больная 47 лет обратилась с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, продолжающиеся 20 дней и возникшие после 2-х месячной задержки менструации. Менструации с 17 лет, без особенностей. Общее состояние удовлетворительное. Экстрагенитальной патологии нет. При гинекологическом исследовании со стороны половых органов отклонений от нормы нет. Больной произведено раздельное диагностическое выскабливание слизистой цервикального канала и стенок полости матки. Гистологическое исследование: железисто-кистозная гиперплазия эндометрия.

Диагноз?

Тактика врача?

Задача

Больная 15 лет, доставлена в стационар машиной скорой помощи с диагнозом: Подострый двухсторонний сальпингоофорит. Жалобы на боли в левой подвздошной области, с иррадиацией в прямую кишку. Боли возникли резко, в левой подвздошной области, затем над лоном. Тошноты, рвоты не было. Последняя нормальная менструация - 2 недели назад. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа и слизистые нормальной окраски, АД 110/70 мм.рт. ст. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области. Перитонеальных симптомов нет. При двуручном ректо –

абдоминальном исследовании матка не увеличена, плотная, безболезненная. Придатки справа - не увеличены, безболезненные. Слева - придатки без четких контуров, область их при пальпации болезненная.

Диагноз?

Дифференциальный диагноз?

Задача

Больная 50 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровяные выделения из половых путей. Последняя нормальная менструация 2 года назад. В течение последних двух лет страдает кровотечениями после задержки менструации на 2-3 месяца. Консервативного лечения не проводилось из-за непереносимости гормональных препаратов. При гинекологическом исследовании обнаружена увеличенная до 9 недельного срока беременности, плотная, бугристая матка, придатки с обеих сторон не определяются. Из цервикального канала - умеренные кровяные выделения. Произведено раздельное диагностическое выскабливание. При гистологическом исследовании обнаружена железисто-кистозная гиперплазия эндометрия с участками атипии клеток.

Диагноз?

План ведения?

Задача

Больная 16 лет, поступила в стационар по направлению врача женской консультации с жалобами на боли в правой подвздошной области, головокружение, тошноту, однократную потерю сознания, которые появились внезапно. Последняя менструация - с задержкой на 6 дней. При осмотре: живот мягкий, болезненный в нижних отделах, больше справа. Перитонеальных симптомов нет, АД 100/70 мм.рт. ст., пульс 100 уд/мин. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании матка не увеличена, плотная, безболезненная. Справа определяется несколько увеличенный, безболезненный яичник. Слева область придатков болезненная. Своды свободные, глубокие, болезненные.

Диагноз?

Дополнительные методы исследования?

Дифференциальный диагноз?

Диагностика, тактика ведения?

Задача

Больная 26 лет. Задержка менструации на 3 недели. Без проведения дополнительных методов обследования был произведен аборт по желанию пациентки. После выскабливания кровяные выделения из половых путей продолжались. При гистологическом исследовании в соскобе обнаружена децидуальная реакция без ворсин хориона.

Предполагаемый диагноз?

План дальнейшего обследования?

Задача

Больная 36 лет. В анамнезе 4 аборта без осложнений, на момент поступления задержка менструации на 4 недели. Заболела остро: появились схваткообразные боли внизу живота, внезапно потеряла сознание. При осмотре: кожные покровы бледной окраски, вялая, пульс 120 уд/мин., АД 80/40 мм.рт. ст. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины положительные в гипогастральной области.

Притупление перкуторного звука в отлогих местах. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании смещения шейки матки резко болезненны, четко пропальпировать тело матки и придатки не удастся из-за напряжения мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность заднего свода, выделений из половых путей нет.

Диагноз?

План ведения?

Задача

Больная, 26 лет, доставлена в стационар машиной «скорой помощи» с диагнозом: Острый живот. Жалобы на резкие боли в нижних отделах живота, общую слабость, головокружение. Из анамнеза: 6 месяцев назад диагностирована киста левого яичника. В течение 2-х месяцев принимала оральные контрацептивы. Последняя менструация была 2 недели назад. Кожные покровы и слизистые бледные, температура 37,0°C, АД 70/40 мм.рт.ст. Нв 78 г/л, L 11x 10⁹/л, пульс 130 уд/мин., ритмичный, слабого наполнения. Язык суховат. Живот напряжен, резко болезненный при пальпации в нижних отделах. Там же положительные симптомы раздражения брюшины. Выделений из половых путей нет. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании: матка не увеличена, плотная, болезненная при пальпации, легко смещаемая. Состояние придатков с обеих сторон определить не представляется возможным ввиду резкой болезненности при исследовании. Своды влагалища нависают, пальпация их резко болезненная.

Диагноз?

Дифференциальный диагноз?

Тактика ведения?

Задача

Больная К., 20 лет, обратилась в женскую консультацию для постановки на учет, считает себя беременной, так как имеет место задержка менструации на 10 дней, накануне дома проводила тест на беременность - положительный. При осмотре жалобы на незначительные периодические тянущие боли внизу живота в течение 2 дней. Анамнез: месячные с 12 лет, без особенностей. Половая жизнь с 18 лет вне брака. В настоящее время замужем. Была одна беременность, закончившаяся медицинским абортom. Страдает хроническим воспалением придатков матки, лечилась в стационаре и несколько раз в женской консультации. Соматические заболевания отрицает. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы и слизистые обычной окраски. Температура 36°. Пульс 76 уд/мин., ритмичный. АД 120/80 мм рт.ст. Со стороны легких и сердца патологии не обнаружено. Язык влажный. Живот не вздут, принимает участие в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет.

Гинекологическое исследование: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: слизистая влагалища цианотична, шейка матки без видимой патологии. Выделения слизистые. Бимануальное исследование: матка нормальных размеров, размягчена, безболезненная. Правые придатки не определяются. Слева пальпируются несколько увеличенные придатки, тестоватой консистенции, незначительно болезненные. Своды глубокие, безболезненные. Параметрии свободные.

1. Предполагаемый диагноз?

2. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?

3. План обследования?