Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. СеченоваМинистерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

Институт клинической медицины им. НВ. Склифосовского
Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии

Методические материалы по дисциплине:
Акушерство и гинекология (акушерство)

основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа специалитета

КОД 31.05.01

Тестовые задания для прохождения промежуточной аттестации

1. Взаимоотношение отдельных частей плода – это:

А. Положение;

В. Позиция;

С. Вид;

Д. Членорасположение;

Е. Вставление.

2. Отношение спинки плода к передней или задней стенке матки:

А. Членорасположение;

В. Вид;

С. Предлежание;

Д. Позиция;

Е. Вставление.

3. Отношение оси плода к оси матки:

А. Членорасположение;

В. Положение;

С. Позиция;

Д. Вид;

Е. Предлежание.

4. Отношение спинки и головки плода к боковым стенкам матки:

А. Вид;

В. Вставление;

С. Членорасположение;

Д. Предлежание;

Е. Позиция.

5. Отношение наиболее низко расположенной крупной части плода ко входу в малый таз:

А. Членорасположение;

В. Положение;

С. Вид;

Д. Предлежание;

Е. Позиция.

6. Расположение сагиттального шва относительно симфиза и мыса во входе в малый таз:

А. Членорасположение

В. Предлежание

С. Вставление

Д. Положение

Е. Позиция

7. С помощью первого приема пальпации плода в матке определяют:

А. Предлежание плода;

В. Положение, позицию плода;

С. Отношение предлежащей части плода ко входу в малый таз;

Д. Уровень стояния дна матки;

Е. Отношение предлежащей части плода к плоскостям малого таза.

8. С помощью второго приема пальпации плода в матке определяют:

А. Предлежащую часть;

В. Отношение предлежащей части ко входу в малый таз;

С. Массу плода;

Д. Отношение предлежащей части к плоскостям малого таза;

Е. Положение, позицию.

9. С помощью третьего приема пальпации плода в матке определяют:

А. Массу плода;

В. Положение, позицию плода;

С. Предлежащую часть и ее подвижность над входом в малый таз;

Д. Высоту стояния дна матки и часть плода, располагающуюся в дне матки;

Е. Отношение сегментов предлежащей части к плоскости входа в малый таз.

10. С помощью четвертого приема пальпации плода в матке определяют:

А. Отношение сегментов предлежащей части к плоскости входа в малый таз;

В. Предлежащую часть плода и ее подвижность над входом в малый таз;

С. Массу плода;

Д. Положение, позицию плода;

Е. Уровень стояния дна матки.

11. Расстояние между мысом и нижним краем лобкового симфиза:

А. 11 см;

В. 13,5 см;

С. 20–21 см;

Д. 12,5–13 см;

Е. 25–26 см.

12. Прямой размер плоскости широкой части полости малого таза:

А. 11 см;

В. 12 см;

С. 13 см;

Д. 12,5 см;

Е. 10,5 см.

13. Расстояние между передне–верхними остями подвздошных костей:

А. 24–25 см;

В. 27–32 см;

С. 30–32 см;

Д. 25–26 см;

Е. 23–24 см.

14. Расстояние между гребнями подвздошных костей:

А. 11 см;

В. 20–21 см;

С. 25–26 см;

Д. 30–32 см;

Е. 28–29 см.

15. Прямой размер плоскости узкой части полости малого таза:

А. 11 см;

В. 12 см;

С. 12,5 см;

Д. 13 см;

Е. 10,5 см.

16. Расстояние между верхним краем лобкового симфиза и надкрестцовой ямкой:

А. 11 см;

В. 13,5 см;

С. 20–21 см;

Д. 30–32 см;

Е. 25–26 см.

17. Правый косой размер плоскости входа в малый таз:

А. 11 см;

B. 12 см;

C. 13 см;

Д. 11,5 см;

E. 10,5 см.

18. Поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза:

A. 11 см;

B. 12 см;

C. 13 см;

Д. 12,5 см;

E. 10,5 см.

19. Диагональная конъюгата:

A. 20–21 см;

B. 13,5 см;

C. 11 см;

Д. 9,5 см;

E. 12,5–13 см.

20. Какой из размеров таза равен 20–21 см:

A. Истинная конъюгата;

B. Диагональная конъюгата;

C. Наружная конъюгата;

Д. Боковая конъюгата;

E. Косая конъюгата.

21. Левый косой размер плоскости входа в малый таз:

A. 11 см;

B. 12 см;

C. 13 см;

Д. 11,5 см;

Е. 10,5 см.

22. Истинная конъюгата:

А. 9,5 см;

В. 10,5 см;

С. 11 см;

Д. 12 см;

Е. 13 см.

23. Укажите нормальные размеры большого таза:

А. 22–25–29–18–9 см;

В. 25–28–31–20–11 см;

С. 27–27–32–18–9 см;

Д. 23–25–28–17–8 см;

Е. 25–25–28–20–11 см.

24. Расстояние между большими вертелами бедренных костей:

А. 31–32 см;

В. 28–29 см;

С. 20–21 см;

Д. 23–25 см;

Е. 26–27 см.

25. Прямой размер плоскости выхода малого таза:

А. 11 см;

В. 9,5–11,5 см;

С. 12 см;

Д. 12,5 см;

Е. 10,5 см.

26. Поперечный размер плоскости широкой части полости малого таза:

А. 11 см;

В. 12 см;

С. 13 см;

Д. 12,5 см;

Е. 10,5 см.

27. Поперечный размер плоскости выхода малого таза:

А. 11 см;

В. 11,5 см;

С. 12 см;

Д. 12,5 см;

Е. 10,5 см.

28. Правый косой размер плоскости входа малого таза – это расстояние между:

А. Верхним краем лобкового симфиза и мысом;

В. Левым крестцово–подвздошным сочленением и правым лобковым бугорком;

С. Наиболее отдаленными точками безымянных линий;

Д. Правым крестцово–подвздошным сочленением и левым лобковым бугорком;

Е. Дном вертлужных впадин.

29. Предлежит головка плода, спинка обращена кзади – это:

А. Головное предлежание, передний вид;

В. Первая позиция, задний вид;

С. Головное предлежание, задний вид;

Д. Головное предлежание, 1–я позиция, задний вид;

E. Головное предлежание, 2–я позиция.

30. Затылочное предлежание, первая позиция, передний вид:

A. Сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева;

B. Сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа;

C. Сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди;

Д. Сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок кзади;

E. Сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кзади.

31. Затылочное предлежание, задний вид:

A. Сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева;

B. Сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа;

C. Сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди;

Д. Сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кзади;

E. Сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кзади.

32. Затылочное предлежание, 1–я позиция:

A. Сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева;

B. Сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа;

C. Сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди;

Д. Сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кзади;

E. Сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кзади.

33. Затылочное предлежание, 2–я позиция:

A. Сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева;

B. Сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа;

C. Сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди;

Д. Сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кзади;

E. Сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кпереди.

34. Затылочное предлежание, 1–я позиция, задний вид:

A. Сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади;

B. Сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок слева кзади;

C. Сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди;

Д. Сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок справа кпереди;

E. Сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кпереди, малый родничок слева.

35. Затылочное предлежание, 2–я позиция, передний вид:

A. Сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади;

B. Сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок слева кзади;

C. Сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди;

Д. Сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок справа кпереди;

E. Сагиттальный шов в поперечном размере.

36. Затылочное предлежание, 2–я позиция, задний вид:

A. **Сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади**;

B. Сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок слева кзади;

C. Сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди;

Д. Сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок справа кпереди;

Е. Сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа.

37. Сагиттальный шов в прямом размере, спинка плода обращена кпереди:

А. Первая позиция, передний вид;

В. **Головное предлежание, передний вид;**

С. Вторая позиция, передний вид;

Д. Головное предлежание, задний вид;

Е. Вторая позиция, задний вид.

38. Сагиттальный шов в поперечном размере входа, отклонен кпереди, спинка плода обращена влево:

А. Первая позиция, передний вид;

В. **Первая позиция, задний асинклитизм;**

С. Вторая позиция, задний вид;

Д. Вторая позиция, передний асинклитизм;

Е. Головное предлежание, 2–я позиция.

39. Сагиттальный шов в прямом размере, спинка плода обращена кзади:

А. Первая позиция, передний вид;

В. Головное предлежание, передний вид;

С. Вторая позиция, задний вид;

Д. **Головное предлежание, задний вид;**

Е. Головное предлежание, 1–я позиция.

40. Предлежат ягодицы плода, спинка обращена кпереди – это:

А. Первая позиция, передний вид;

В. **Тазовое предлежание, передний вид;**

С. Первая позиция, задний вид;

Д. Тазовое предлежание, 1–я позиция;

Е. Тазовое предлежание, 2–я позиция.

41. Предлежат ягодицы, спинка плода обращена вправо – это:

А. **Тазовое предлежание, 2–я позиция;**

В. Тазовое предлежание, 1–я позиция, передний вид;

С. Тазовое предлежание, 1–я позиция, задний вид;

Д. Тазовое предлежание, 2–я позиция, передний вид;

Е. Тазовое предлежание, 2–я позиция, задний вид.

42. Предлежат ягодицы, спинка плода обращена влево – это:

А. Первая позиция, задний вид;

В. **Тазовое предлежание, 1–я позиция;**

С. Тазовое предлежание, передний вид;

Д. Первая позиция, передний вид;

Е. Тазовое предлежание, задний вид.

43. Тазовое предлежание, 1–я позиция, передний вид:

А. Межвертельная линия в поперечном размере, крестец кпереди;

В. **Межвертельная линия в левом косом размере, крестец слева кпереди;**

С. Межвертельная линия в правом косом размере, крестец справа кзади;

Д. Межвертельная линия в правом косом размере, крестец справа кпереди;

Е. Межвертельная линия в левом косом размере, крестец слева кзади.

44. Тазовое предлежание, 1–я позиция, задний вид:

А. Межвертельная линия в поперечном размере, крестец справа;

В. **Межвертельная линия в правом косом размере, крестец слева кзади;**

С. Межвертельная линия в левом косом размере, крестец слева кзади;

Д. Межвертельная линия в правом косом размере, крестец слева кпереди;

Е. Межвертельная линия в левом косом размере, крестец слева кпереди.

45. Прямой размер головки плода:

А. 9,5 см;

В. 10,5 см;

С. 11 см;

Д. **12 см;**

Е. 13,5 см.

46. Большой косой размер головки плода:

А. 9,5 см;

В. 10,5 см;

С. 11 см;

Д. 12 см;

Е. **13,5 см.**

47. Бипариетальный размер головки плода:

А. **9,5 см;**

В. 10,5 см;

С. 11 см;

Д. 12 см;

Е. 13,5 см.

48. Поперечный размер плечиков плода:

А. 8,5 см;

В. **9,5 см;**

С. 10,5 см;

Д. 11 см;

Е. 12 см.

49. Малый косой размер головки плода:

А. 9,5 см;

В. 10,5 см;

С. 11 см;

Д. 12 см;

Е. **13,5 см**.

50. Средний косой размер головки плода:

А. 9,5 см;

В. **10,5 см;**

С. 11 см;

Д. 12 см;

Е. 13,5 см.

51. К предположительным (сомнительным) признакам беременности относятся:

А. Изменение аппетита;

В. Тошнота по утрам;

С. Пигментация кожи лица;

Д. Изменение обоняния;

Е. **Все перечисленное выше.**

52. К вероятным признакам беременности малого срока относится все перечисленное ниже, кроме:

А. Отсутствие менструаций у здоровой молодой женщины;

В. Изменение формы, величины и консистенции матки;

С. Повышенный уровень хорионического гонадотропина в моче;

Д**. Увеличение молочных желез и выделение молозива;**

Е. Шевеление плода.

53. Достоверным признаком беременности является:

А. Увеличение матки;

В. Прекращение менструаций;

C. Увеличение живота у женщины репродуктивного возраста;

Д. **Пальпация плода в матке;**

Е. Цианоз влагалищной части шейки матки.

54. С какого отдела матки в норме начинается сокращение миометрия в родах:

А. **Правого трубного угла;**

В. Левого трубного угла;

С. Тела матки;

Д. Нижнего сегмента;

Е. Все отделы сокращаются одновременно.

55. Назовите признаки начала первого периода родов:

А. Излитие околоплодных вод;

В. Наличие “зрелой” шейки матки;

С. **Появление регулярных схваток;**

Д. Вставление головки во вход в малый таз;

Е. Все перечисленное выше.

56. Средняя продолжительность первого периода родов у первородящих составляет:

А. 3–5 ч;

В. 6–9 ч;

С. **10–14 ч;**

Д. 15–18 ч;

Е. 19–24 ч.

57. Средняя продолжительность первого периода родов у повторнородящих составляет:

А. 3–4 ч;

B. 5–7 ч;

C. **8–12 ч;**

Д. 13–18 ч;

E. 19–24 ч.

58. Средняя продолжительность второго периода родов у первородящих:

A. 0,5 ч;

B. 0,5–1 ч;

C. **1,5–2 ч;**

Д. 2–3 ч;

E. более 3 ч.

59. Критерием окончания первого периода родов является:

A. Опускание предлежащей части плода в полость малого таза;

B**. Полное раскрытие маточного зева;**

C. Начало потуг;

E. Излитие околоплодных вод;

E. Врезывание и прорезывание предлежащей части плода.

60. Начало первого периода родов характеризуется:

A. Излитием околоплодных вод;

B. **Установлением регулярной родовой деятельности;**

C. Отхождением слизистой пробки;

E. Появлением первых схваток;

E. Сглаживанием шейки матки.

61. Главным критерием для оценки эффективности родовой деятельности в первом периоде родов является:

A. Интенсивность схваток;

B. Продолжительность схваток;

C. **Динамика раскрытия шейки матки;**

Д. Своевременное излитие околоплодных вод;

Е. Нарастание силы, частоты и продолжительности схваток на протяжении родов.

62. Как часто необходимо выслушивать сердцебиение плода во втором периоде:

А. С интервалом 5 минут;

В. С интервалом 10 минут;

С. **После каждой потуги;**

Д. С интервалом 30 мин;

Е. Только вначале второго периода.

63. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар производится:

А. **На 1–й минуте жизни;**

В. На 3–й минуте жизни;

С. **На 5–й минуте жизни;**

Д. На 7–й минуте жизни;

Е. Через 2 часа после родов.

64. Второй период родов это:

А. Период от начала потуг до рождения плода;

В. **Период от полного открытия маточного зева до рождения плода;**

С. Период от полного открытия маточного зева до прорезывания головки плода;

Д. Период от полного открытия маточного зева до появления признаков отделения плаценты;

Е. Период от начала потуг до рождения последа.

65.Средняя продолжительность второго периода родов у повторнородящих:

А. 0,5 ч;

В. **0,5–1 ч;**

С. 1–1,5 ч;

Д. 1,5–2 ч;

Е. 2–3 ч.

66. Назовите признаки начала второго периода родов:

А. Появление потуг;

В. Излитие околоплодных вод;

С. **Полное открытие маточного зева;**

Д. Врезывание головки плода;

Е. Все перечисленное выше.

67. Влагалищное исследование в родах производят с целью:

А. Определения целости плодного пузыря;

В. Определения степени раскрытия шейки матки;

С. Определения особенностей вставления головки плода;

Д. Оценки размеров и состояния костного таза;

Е. **Всего перечисленного выше.**

68. При ведении родов не следует допускать удлинения безводного промежутка более:

А. 6 ч;

В. 8 ч;

С. 12 ч;

Д. 16 ч;

Е. 20 ч.

69. Влагалищное исследование в родах производят во всех перечисленных ниже случаях, кроме:

A. Поступления роженицы в стационар;

B. При излитии околоплодных вод;

C. **Через каждые 3 ч;**

Д. Перед выполнением влагалищной родоразрешающей операции;

E. При появлении кровянистых выделений из половых путей;

F. При острой гипоксии плода.

70. Для обезболивания родов используют:

A. Наркотические анальгетики;

B. Ненаркотические анальгетики;

C. Перидуральную анестезию;

Д. Все перечисленные выше методы;

E. Ни один из перечисленных выше методов.

71. На каком этапе родов наиболее целесообразно обезболивание с помощью наркотических анальгетиков:

A. В латентную фазу;

B. В активную фазу;

C. В фазу замедления;

Д. С появлением первых схваток;

E. С начала потужной деятельности.

72. Показанием к проведению влагалищного исследования являются все перечисленные ниже клинические ситуации, кроме:

A. Излития околоплодных вод;

B. Появления кровянистых выделений из половых путей;

C. Изменения сердцебиения плода;

Д. **Хронической фетоплацентарной недостаточности;**

E. Выпадения петель пуповины.

73. Для обезболивания в первом периоде родов применяются все перечисленные препараты, кроме:

А. Ингаляционных анестетиков;

В. Наркотических;

С. **Утеротонических;**

Д. Анальгетиков;

Е. Спазмолитиков.

74. Показанием для назначения обезболивающих препаратов в первом периоде родов является:

А. Раскрытие шейки матки до 4 см;

В. Слабость родовой деятельности;

С. Дискоординация родовой деятельности;

Д. Отсутствие плодного пузыря;

Е. **Ничего из перечисленного выше.**

75. Излитие околоплодных вод при раскрытии маточного зева 2–3 см считается:

А. Преждевременным;

В. Своевременным;

С. Запоздалым;

Д. Ранним.

76. Первый момент механизма родов при переднем виде затылочного предлежания:

А. Сгибание головки;

В. Разгибание головки;

С. Опускание головки;

Д. **Максимальное сгибание головки;**

Е. Внутренний поворот головки.

77. Второй момент механизма родов при переднем виде затылочного предлежания:

А. Сгибание головки;

В. Опускание головки в полость малого таза с образованием физиологического асинклитизма;

С. Разгибание головки;

Д. Внутренний поворот головки затылком кпереди;

Е. Внутренний поворот головки затылком кзади.

78. В каком размере устанавливается на тазовом дне сагиттальный шов после завершения внутреннего поворота головки:

А. Правом косом;

В. Поперечном;

С. Прямом;

Д. Прямом или поперечном;

Е. Левом косом.

79. В каком размере вступает головка плода во вход в малый таз при переднем виде затылочного предлежания:

А. Прямом;

В. Правом косом;

С. Поперечном;

Д. Поперечном, слегка косом;

Е. Левом косом.

80. Каким размером прорезывается головка плода при заднем виде затылочного предлежания:

А. Прямым;

В. Малым косым;

С. **Средним косым;**

Д. Большим косым;

Е. Вертикальным.

81. В каком размере располагается сагиттальный шов в узкой части полости малого таза при переднем виде затылочного предлежания:

А. Прямом размере;

В. Правом косом;

С. Левом косом;

Д**. Косом, близко к прямому;**

Е. Поперечном.

82. Точкой вращения головки плода при заднем виде затылочного предлежания является:

А. Затылочный бугор;

В. Граница волосистой части лба и подзатылочная ямка;

С. Подзатылочная ямка;

Д. Затылочный бугор и переносье;

Е. Граница волосистой части лба.

83. В какой части полости малого таза головка заканчивает внутренний поворот:

А. Широкой;

В. Узкой;

С. **На тазовом дне;**

Д. В полости таза;

Е. При переходе из широкой части полости малого таза в узкую.

84. В каком размере располагается сагиттальный шов при опускании головки в широкую часть полости малого таза при нормальном

биомеханизме родов:

А. Правом косом;

В. Прямом;

С. **Поперечном, слегка косом;**

Д. Левом косом;

Е. Все перечисленное выше верно.

85. Проводной точкой при переднеголовном предлежании является:

А. Лоб;

В. Переносье;

С. Нос;

Д. **Большой родничок;**

Е. Затылок.

86. Проводной точкой при переднем виде затылочного предлежания является:

А. Большой родничок;

В. **Малый родничок;**

С. Условно большой родничок;

Д. Середина расстояния между большим и малым родничками;

Е. Затылок.

87. Какое движение совершает головка плода при рождении в переднеголовном предлежании:

А. Врезывание;

В. Сгибание;

С. **Дополнительное сгибание, разгибание;**

Д. Разгибание;

Е. Прорезывание.

88. Каким размером прорезывается головка при переднем виде затылочного предлежания:

А. Вертикальным;

В. Средним косым;

С. **Малым косым;**

Д. Бипариетальным;

Е. Прямым.

101. Какое движение совершает головка плода при прорезывании в заднем виде затылочного предлежания:

А. Сгибание;

В. Разгибание;

С. Внутренний поворот;

Д. **Сгибание, разгибание;**

Е. Опускание.

102. Каким размером вступает головка плода во вход в малый таз при лицевом предлежании:

А. Малым косым;

В. Средним косым;

С. Большим косым;

Д**. Вертикальным;**

Е. Прямым.

103. В каком размере плоскости выхода малого таза прорезывается плечевой пояс плода:

А**. Прямом;**

В. Правом косом;

С. Поперечном;

Д. Прямом и поперечном;

Е. Левом косом.

104. В каком размере устанавливается на тазовом дне сагиттальный шов при переднем виде затылочного предлежания:

А**. В прямом, затылком кпереди;**

В. Поперечном;

С. В правом косом;

Д. В прямом, затылком кзади;

Е. В левом косом.

105. Какие опознавательные точки таза не пальпируются при расположении головки плода в узкой части полости малого таза:

А**. Нижняя треть лобкового симфиза;**

В. Нижняя треть крестца;

С. Седалищные бугры;

Д. Копчик;

Е. Нижний край лобкового симфиза.

106. Разрыв промежности II степени может привести к нарушению:

А**. Смыкания половой щели;**

В. Мочеиспускания;

С. Дефекации;

Д. Все перечисленное выше верно.

107. С целью родовозбуждения наиболее целесообразно применение:

А. Окситоцина;

В. **Простагландина E_2;**

С. Простагландина $F_{2\alpha}$;

Д. Эстрогенов;

Е. Метилэргометрина.

108. Во втором периоде родов необходимо следить за:

А. Гемодинамическими показателями роженицы;

В. Сердцебиением плода;

С. Интенсивностью схваток и потуг;

Д. Признаками отделения последа;

Е Продвижением предлежащей части.

109. Показаниями к рассечению промежности в родах является все, кроме:

А. Угрозы разрыва промежности;

В. Преждевременных роды;

С. Влагалищных родоразрешающих операций;

Д. Запоздалого излития околоплодных вод;

Е. Высокой ригидной промежности;

F. Острая гипоксия плода.

ТЕМА 2: УЗКИЙ ТАЗ

110. Степень сужения таза определяется по:

А. *Distancia spinarum*;

В. **Истинной конъюгате;**

С. Индексу Соловьева;

Д. Горизонтальной диагонали ромба Михаэлиса;

Е. Величине лонного угла.

111. Таз считается анатомически узким при размере истинной конъюгаты:

А. 14 см;

В. 13 см;

С. 11 см;

Д. **9 см;**

Е**. 8 см.**

112. Анатомически узким называется таз, у которого:

А. Все размеры уменьшены на 0,5 см;

В. Все размеры уменьшены на 3–4 см;

С. Хотя бы один размер уменьшен на 0,5–1 см;

Д. **Хотя бы один размер уменьшен на 1,5–2 см;**

Е. Хотя бы один размер уменьшен на 2–4 см.

113. Истинную конъюгату можно определить по всем указанным ниже размерам, кроме:

А. Наружной конъюгаты;

В. **Индекса Соловьева;**

С. Диагональной конъюгаты;

Д. Длинника ромба Михаэлиса;

Е. Размера Франка.

114. Укажите размеры истинной конъюгаты при II степени сужения таза:

А. 6,5 см и меньше;

В. 7,5–6,6 см;

С. 10–9,1 см;

Д**. 9,0–7,6 см;**

Е. 10–11 см.

115. При следующих размерах 23–26–28–18 см таз следует отнести к:

А. Плоскорахитическому;

В. Простому плоскому;

С. Поперечносуженному;

Д. Косому;

Е. **Общеравномерносуженному.**

116. При следующих размерах 27–28–30–18 см таз следует отнести к:

А. Плоскорахитическому;

В. **Простому плоскому;**

С. Поперечносуженному;

Д. Косому;

Е. Общеравномерносуженному.

117. Для общеравномерносуженного таза характерно:

А. Правильная форма;

В. Тонкие кости;

С. Равномерное уменьшение всех размеров;

Д. Острый подлобковый угол;

Е. **Все перечисленное выше.**

118. Какой форме сужения таза соответствуют его размеры 27–27–30–18 см:

А. Простому плоскому;

В. Кососмещенному;

С. **Плоскорахитическому;**

Д. Общеравномерносуженному;

Е. Общесуженному плоскому.

119. Какой форме сужения таза соответствуют его размеры 25–28–31–18 см:

А**. Простому плоскому;**

В. Плоскорахитическому;

С. Общеравномерносуженному;

Д. Общесуженному плоскому;

Е. Ни одному из перечисленных выше.

120. Особенности механизма родов при простом плоском тазе:

А. Разгибание головки плода во входе в малый таз;

В. Вставление сагиттального шва в поперечном размере входа в малый таз;

С. Асинклитическое вставление головки плода;

Д. Низкое поперечное стояние саггитального шва;

Е. **Все перечисленное выше верно.**

121. Каким размером вступает головка плода во вход в малый таз при простом плоском тазе:

А. Малым косым;

В. Средним косым;

С. Большим косым;

Д. **Прямым;**

Е. Вертикальным.

122. Какое движение совершает головка во входе в малый таз при простом плоском тазе:

А. **Разгибание;**

В. Сгибание;

С. Опускание;

Д. Максимальное разгибание;

Е. Максимальное сгибание.

123. Проводная точка на головке плода при плоскорахитическом тазе:

А. Малый родничок;

В. **Большой родничок;**

С. Условно большой родничок;

Д. Переносье;

Е. Лоб.

124. Какой симптом является ведущим в диагностике клинически узкого таза:

А. **Отсутствие поступательного движения головки плода во втором периоде родов при наличии хорошей родовой деятельности;**

В. Признак Вастена “вровень”;

С. Задержка мочеиспускания;

Д. Отек шейки матки и наружных половых органов;

Е. Отклонения от нормального механизма родов.

125. Какие особенности головки плода способствуют возникновению клинически узкого таза:

А. Большие ее размеры;

В. Неблагоприятные вставления;

С. Плотные кости черепа;

Д. Узкие швы и роднички.

126. Простой плоский таз характеризуется:

А. Уплощением и деформацией крестца;

В. Сужением только прямого размера входа в таз;

С**. Нормальной формой крестца;**

Д**. Сужением всех прямых размеров**;

Е. Сужением поперечного размера входа в малый таз.

127. В прогнозе родов при анатомически узком тазе имеет значение:

А. Предполагаемые размеры плода;

В. Степень сужения таза;

С. Родовая деятельность;

Д. Конфигурация головки;

Е. Биомеханизм родов;

F**. Все перечисленное выше.**

ТЕМА 3: РАННИЕ ТОКСИКОЗЫ

128. К рвоте беременных относят все перечисленное выше, кроме:

A. Однократной утренней рвоты;

B. Рвоты, повторяющейся до 3–4 раз в день;

C. Многократной рвоты, сопровождающейся функциональными изменениями в организме;

Д. Многократной рвоты, сопровождающейся дистрофическими изменениями в органах;

E. Многократной рвоты, не связанной с приемом пищи.

129. Для какой степени тяжести рвоты беременных характерно отсутствие ацетона в моче:

A. **Легкой;**

B. Средней;

C. Тяжелой;

Д. Появление ацетона в моче не характерно для рвоты беременных;

E. Наличие ацетона в моче не зависит от степени тяжести токсикоза.

130. О тяжести токсикоза первой половины беременности свидетельствуют все перечисленные ниже симптомы, кроме:

A. Уменьшения массы тела;

B. Наличия ацетона в моче;

C. Гипотонии;

Д. **Боли в эпигастрии;**

E. Субфебрильной температуры.

131. В состав инфузионной терапии, применяемой для лечения умеренной

рвоты беременных, входят:

A. **Растворы, содержащие электролиты и микроэлементы;**

B. Белковые препараты;

C. **Растворы, улучшающие микроциркуляцию;**

Д. **Дезинтоксикационные препараты;**

E. Все перечисленные выше инфузионные среды.

132. Укажите показания к прерыванию беременности при раннем токсикозе:

A**. Нарушение функций ЦНС (бред, эйфория, заторможенность);**

B. Нарастание степени тяжести на фоне интенсивной терапии;

C. Выраженное нарушение функций почек;

Д. Потеря массы тела до 5–7 кг;

E. Все перечисленное выше.

133. Редкими формами ранних токсикозов являются:

A**. Тетания;**

B. Дерматоз;

C. Бронхиальная астма;

Д. Птиализм;

E. Острая желтая дистрофия печени;

F. Все перечисленное выше.

134. Критериями эффективности терапии раннего токсикоза являются:

A. **Прекращение рвоты;**

B. Нормализация лабораторных показателей;

C. Прибавка массы тела;

Д. Восстановление аппетита.

135. Назовите препараты, используемые для комплексного лечения раннего токсикоза:

А. Блокаторы дофаминовых рецепторов;

В. М–холинолитики;

С. Препараты, нормализующие обменные процессы;

Д. Антигистаминные препараты;

Е. Бета–адреномиметики.

136. Использование инфузионной терапии целесообразно при:

А. **Умеренной рвоте;**

В. Птиализме;

С. Чрезмерной рвоте;

Д. Легкой рвоте.

137. Дифференциальная диагностика рвоты беременных проводится с:

А. Заболеваниями желудочно–кишечного тракта;

В. Пищевой токсико–инфекцией;

С. Заболеваниями желчевыводящих путей и панкреатитом;

Д. Гепатитами;

Е. Аппендицитом;

F**. Все вышеперечисленное.**

138. Задачи инфузионной терапии при раннем токсикозе заключаются в коррекции:

А. **Гипохлоремии;**

В. Гиповолемии;

С. Ацидоза;

Д. Гипогликемии.

139. Для чрезмерной рвоты беременных характерно:

А. **Рвота до 20 раз в сутки;**

В. Прогрессирующая потеря массы тела;

C. Выраженные симптомы интоксикации.

140. Для легкой рвоты характерно:

A. **Потеря массы тела до 5% от исходной;**

B. Обильное слюнотечение;

C. **Рвота до 3–5 раз в сутки;**

Д. Резко положительная реакция мочи на ацетон;

E**. Слабость.**

141. Препаратами для лечения приступов рвоты беременных являются:

A. **Блокаторы дофаминовых рецепторов;**

B. Антиоксиданты;

C. **Прямые антагонисты дофамина;**

Д. Препараты, нормализующие метаболизм;

E. Антигистаминные препараты;

F. Витамины.

142. Инфузионная терапия при раннем токсикозе используется с целью:

A. **Коррекции гипохлоремии;**

B. Дезинтоксикации;

C. Регидратации;

Д. Парентерального питания.

143. Лечение беременных с ранним токсикозом в стационаре показано при:

A. **Умеренной рвоте;**

B. Легкой рвоте;

C. **Чрезмерной рвоте;**

Д. Однократной утренней рвоте;

E. Беременная должна быть госпитализирована в любом случае.

144. Для рвоты средней степени тяжести характерно:

А**. Потеря массы тела до 5-10% от исходной;**

В**. Рвота до 10 раз в сутки;**

С. Резко положительная реакция на ацетон;

Д. **Субфебрильная температура тела;**

Е. Все перечисленное выше.

ТЕМА 4: ПРЕЭКЛАМПСИЯ

145. Преэклампсия -:

А.Возникает в I половине беременности;

В. Возникает в II половине беременности ;

С. наличие артериальной гипертензии;

Д. наличие протеинурии:

Е. **Все перечисленное выше.**

146. Основу патогенеза преэклампсии составляет:

А. Генерализованный спазм сосудов;

В. Нарушение микроциркуляции и относительная гиповолемия;

С. Нарушение водно–электролитного обмена;

Д. Нарушение маточно–плацентарного кровотока;

Е. Хронический ДВС–синдром;

F**. Все перечисленное выше.**

147. К ранним признакам преэклампсии относят:

А. Патологическое и неравномерное увеличение массы тела во второй половине беременности;

В. Асимметрия артериального давления;

С. Никтурия;

Д. Тромбоцитопения;

Е. В**се перечисленное выше.**

148. К группе высокого риска развития преэклампсии относятся все факторы, кроме:

А**. Возраста от 18 до 30 лет;**

В. Экстрагенитальной патологии;

С. Многоплодия;

Д. Наличия гестоза в анамнезе;

Е. Наследственности, отягощенной гипертензивным синдромом.

149. Профилактику преэклампсии осуществляют с помощью:

А. Лекарственных растений (фитосборы);

В. Дезагрегантов;

С. Мембраностабилизаторов;

Д. Антиоксидантов;

Е. **Всех перечисленных выше средств.**

150. Родоразрешение через естественные родовые пути допустимо при:

А. Нефропатии легкой и средней степени тяжести;

В. Водянке беременных;

С. Преэклампсии в случае наличия условий для немедленного извлечения плода;

Д**. Все перечисленное выше;**

Е. Все ответы неверны.

151. Вопрос об акушерской тактике при преэклампсии тяжелой степени решают:

А. **В течение нескольких часов;**

В. В течение 1 суток;

С. В течение 3 суток;

Д. В течение 7 суток;

Е. Все ответы неверны.

152. Оценка эффективности терапии преэклампсии средней степени тяжести проводится:

А. В течение 7 дней;

В. **В течение 2-3 дней**;

С. В течение 14-20 дней;

Д. В течение месяца;

Е. Все перечисленное выше.

153. Инфузионно–трансфузионная терапия при преэклампсии применяется с целью:

А. Ликвидации гиповолемии;

В. Увеличения гематокрита;

С. Нормализации микроциркуляторных нарушений;

Д. Борьбы с анемией;

Е. **Верно А и С.**

154. Магнезиальная терапия при преэклампсии проводится под контролем:

А. Артериального давления;

В. Частоты дыхания;

С. Почасового диуреза;

Д. **Все перечисленное выше.**

155. Припадок эклампсии может развиться:

А. Во время беременности;

В. Во время родов;

С. В раннем послеродовом периоде;

Д. В позднем послеродовом периоде;

Е. **В любом из перечисленных выше периодов.**

156. Преэклампсию от тяжелой формы нефропатии отличает:

А**. Наличие общемозговой симптоматики;**

В. Нарастание отеков;

С. Прогрессирующее повышение АД;

Д. Прогрессирующая протеинурия на фоне проведения интенсивной терапии гестоза;

Е. Олигурия.

157. Укажите признаки, характерные для преэклампсии на фоне хронической артериальной гипертензии:

А. Раннее начало;

В. Длительное тяжелое течение;

С. Возникновение на фоне экстрагенитальной патологии;

Д. Отсутствие достаточного эффекта от проводимой терапии;

Е. Все перечисленное выше.

158. Основными принципами терапии тяжелой преэклампсии являются все, кроме:

А. Создание лечебно–охранительного режима;

В. Восстановление функции жизненно важных органов;

С. Быстро и бережное родоразрешение;

Д. Ранняя амниотомия;

Е. Кровопускание.

159. В случае развития эклампсии с целью экстренного родоразрешения при наличии условий используют все перечисленные ниже методы, кроме:

А. Акушерских щипцов;

В. Вакуум–экстракции;

С. Кесарева сечения;

Д. Экстракции плода за тазовый конец;

Е. Плодоразрушающих операций.

160. В комплексной инфузионной терапии преэклампсии используют все перечисленные ниже препараты, кроме:

А. Средне– и низкомолекулярных декстранов;

В. Препаратов, улучшающих микроциркуляцию и реологические свойства крови;

С. Антикоагулянтов прямого действия;

Д. Спазмолитиков;

Е. Токолитиков.

161. Отсутствие эффекта от проводимой терапии преэклампсии проявляется:

А. Снижением диуреза;

В. Стойкой артериальной гипертензией;

С. Прогрессирующей протеинурией;

Д. Нарушениями центральной и мозговой материнской гемодинамики;

Е. Все перечисленное выше.

162. В современных условиях терапия преэклампсии включает все принципы Строганова, кроме:

А. Создания лечебно–охранительного режима;

В. Восстановления жизненных функций организма;

С. Быстрого и бережного родоразрешения;

Д. **Кровопускания.**

163. Тяжелыми осложнениями преэклампсии являются:

A. Преждевременная отслойка плаценты;

B. Отслойка сетчатки;

C. Антенатальная гибель плода;

Д. Мозговая кома;

E. Кровоизлияния в головной мозг;

F. Почечная недостаточность;

G**. Все перечисленное выше.**

ТЕМА 5: ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

164. Факторы, способствующие развитию анемии во время беременности:

A. Профессиональные вредности;

B. Интервал между родами менее 3 лет;

C. Гиперполименорея;

Д. Многоплодие;

E. **Все перечисленное выше.**

165. Во время беременности железо, поступающее с пищей:

A. Потребляется плодом;

B. Используется при формировании плаценты;

C. Откладывается в мышце матки;

Д. Используется для выработки дополнительного гемоглобина;

E. Все перечисленное выше.

166. Достоверный диагноз железодефицитной анемии во время беременности устанавливают на основании:

A. Жалоб беременной;

B. Результатов лабораторных исследований;

C. Появления сердечно–сосудистых нарушений;

Д. Наличия трофических нарушений;

E. Нарушения внутриутробного роста плода.

167. Железодефицитная анемия во время беременности связана с:

A. Увеличением потребности организма в железе;

B. Недостатком витаминов и железа в продуктах питания;

C. Небольшими интервалами между родами;

Д. Хроническими заболеваниями желудочно–кишечного тракта;

E. Все перечисленное выше.

168. Железодефицитная анемия у беременных приводит к следующим осложнениям:

A. Невынашивание;

B. Гестоз;

C. Слабость родовой деятельности;

Д. Хроническая гипоксия плода;

E. Гипогалактия;

F. Все перечисленное выше.

169. Назовите частые осложнения беременности при сахарном диабете:

A. Многоводие;

B. Гестоз;

C. Досрочное прерывание беременности;

Д. Пороки развития плода;

E. Крупные размеры плода.

170. Способ родоразрешения при миопии зависит от следующих перечисленных ниже факторов:

A. Состояния глазного дна;

B. Степени близорукости;

С. Доброкачественного или злокачественного течения близорукости;

Д. Динамики изменения зрения в процессе наблюдения за беременной;

Е. **Все вышеперечисленное.**

171. Для оценки состояния почек у беременных используют все, кроме:

А. Общий анализ мочи;

В. Анализ мочи по Нечипоренко;

С. **Рентгенологическое исследование мочевыводящих путей;**

Д. Посев мочи;

Е. Проба Реберга.

172. Для постановки диагноза пиелонефрита у беременных проводятся все исследования, кроме:

А. Общий анализ мочи, крови;

В. Анализ мочи по Нечипоренко;

С. Посев мочи на определение вида возбудителя и его чувствительности к антибиотику;

Д. Ангиография;

Е. УЗИ почек и мочевыводящих путей.

173. Функциональное состояние почек при хроническом пиелонефрите определяется по результатам:

А. Пробы Зимницкого;

В. Количества мочевины в крови;

С. Количества креатинина в крови;

Д**. Все перечисленное выше;**

Е. Ничего из перечисленного выше.

174. Угрозу прерывания беременности следует дифференцировать от:

А. Мочекаменной болезни;

B. Пиелонефрита;

C. Аппендицита;

Д. Панкреатита;

E. Холецистита;

F. **Все перечисленное выше.**

175. К снижению содержания железа в организме беременных приводят:

A. Ранний токсикоз;

B. Угроза невынашивания;

C. **Частые беременности и роды;**

Д. **Многоплодная беременность;**

Е.ПЭ.

176. В группу риска развития гестационного сахарного диабета можно отнести всех перечисленных ниже пациенток, кроме:

A. Беременных с глюкозурией;

B. Имеющих в анамнезе роды крупным плодом;

C. **Беременных с гестозом;**

Д. Женщин с избыточной массой тела;

E. Пациенток, родители или близкие родственники которых больны сахарным диабетом.

177. Показанием к кесареву сечению при сахарном диабете является:

A. Гигантский плод или тазовое предлежание;

B. Лабильный диабет со склонностью к кетоацидозу;

C. Прогрессирующая гипоксия плода;

Д. Тяжелый гестоз;

E. **Все перечисленное выше.**

178. Основным условием вынашивания беременности при сахарном диабете является:

A. **Полная компенсация сахарного диабета до и во время беременности;**

B. Соблюдение диеты, способствующей нормализации углеводного обмена;

C. Тщательный контроль за состоянием плода;

Д. Контроль за содержанием сахара в крови;

E. Все перечисленное выше верно.

179. Акушерская тактика при осложненном аппендиците при доношенной беременности предусматривает:

A. Кесарево сечение;

B. Кесарево сечение с последующей надвлагалищной ампутацией матки;

C. Кесарево сечение с последующей экстирпацией матки без придатков;

Д. Кесарево сечение с последующей экстирпацией матки с маточными трубами;

E. **Консервативное ведение родов.**

180. Лечение гипертонической болезни у беременных проводят с использованием:

A. Антагонистов кальция;

B. Спазмолитиков;

C. Бета–адреноблокаторов;

Д. Ганглиоблокаторов;

E. Диуретиков;

F. Все перечисленное выше.

181. Затруднение венозного оттока из нижних конечностей у беременных обусловлено:

A. Сдавлением маткой подвздошных сосудов;

B. Увеличением оттока крови из половых органов;

C. Снижением тонуса венозной стенки;

Д. Повышением внутрибрюшного давления;

Е**. Все перечисленное выше.**

182. Показанием к операции кесарева сечения в плановом порядке являются следующие состояния:

A. Комбинированная недостаточность аортального и митрального клапанов;

B. Бактериальный эндокардит;

C. Многоклапанные протезы сердца;

Д. Врожденные пороки «синего типа»;

E. Коарктация аорты;

F. **Все перечисленное выше.**

183. Родоразрешение у беременных с прогрессирующей миопией высокой степени должно быть проведено:

A. Через естественные родовые пути с рассечением промежности;

B. Через естественные родовые пути с ведением II периода родов в положении на боку;

C. Через естественные родовые пути с наложением полостных акушерских щипцов;

Д. **Путем операции кесарева сечения;**

E. Все перечисленное выше.

184. Для диабетической фетопатии характерно:

A. Макросомия;

B. Увеличение частоты пороков развития;

C. Функциональная незрелость органов и систем;

Д. Отклонение нормального течения периода новорожденности;

Е**. Все перечисленное выше.**

185. Оптимальным методом диагностики атипичных и малосимптомных форм острого аппендицита в первой половине беременности является:

А. Лабораторное обследование (клинический и биохимический анализ крови);

В. Пальпация живота;

С. УЗ–исследование;

Д. Лапароскопия;

Е. Диагностическая лапаротомия.

186. Тест на толерантность к глюкозе необходимо проводить беременным, у которых:

А. Оба родителя больны сахарным диабетом;

В. Рождение детей с пороками развития;

С. Рождение одного ребенка с массой более 4500г;

Д. Повторное рождение детей более 4000г;

Е. Выявлены признаки хронической гипоксии плода.

187. Для выявления латентного дефицита железа необходимо определять:

А. Уровень ферритина в сыворотке крови;

В. Насыщение трансферрина;

С. Сывороточное железо;

Д. Гематокрит;

Е. Средний объем эритроцитов.

ТЕМА 6: ИНФЕКЦИИ ПЛОДА

188. Вирусы, оказывающие тератогенное воздействие при инфицировании в ранние сроки беременности:

А. **Вирус краснухи;**

В. Цитомегаловирус;

C. Вирус простого герпеса;

Д. Вирус гепатита А;

Е. Все перечисленное выше.

189. К эхографическим маркерам внутриутробного инфицирования относят:

А. Увеличение толщины плаценты;

В. Наличие гиперэхогенной взвеси в околоплодных водах;

С. Наличие гиперэхогенных включений в плаценте;

Д. Кальцинаты паренхиматозных органов плода;

Е. Маловодие;

F. **Все перечисленное выше.**

190. Укажите клинические проявления внутриутробной Коксаки–вирусной инфекции при инфицировании в I триместре беременности:

A. Пороки развития желудочно–кишечного тракта;

B. Пороки развития мочеполового тракта;

C. Пороки развития ЦНС;

Д. Дефекты роста зубов;

Е. Все перечисленное выше.

191. Укажите возможные пути антенатального инфицирования плода:

А. Трансплацентарный;

В. Восходящий;

С. Трансдецидуальный (трансмуральный);

Д. Нисходящий;

Е. Гематогенный;

F. Все перечисленное выше.

192. Клинические проявления внутриутробной инфекции зависят от:

А. Срока беременности, при котором произошло инфицирование;

B. Вирулентности возбудителей;

C. Пути инфицирования;

Д. Вида возбудителя;

E. Уровня иммунологической реактивности организма;

F. Всех перечисленных выше факторов.

193. К классическим проявлением цитомегаловирусной болезни новорожденных относятся:

A. Гепатоспленомегалия;

B. Тромбоцитопения;

C. Пневмония;

Д. Внутриутробная задержка роста;

E. **Все перечисленное выше.**

194. Тератогенное действие при инфицировании в ранние сроки беременности оказывают:

A. Вирус краснухи;

B. Цитомегаловирус;

C. Вирус простого герпеса II типа;

Д. Вирус ветряной оспы и опоясывающего лишая;

E. **Все перечисленное выше.**

195. К прямым методам диагностики внутриутробной инфекции относятся все перечисленные ниже, кроме:

A. Исследования аспирата хориона;

B. Исследования околоплодных вод;

C. Исследования крови плода;

Д. Исследования аспирата из глотки в момент рождения ребенка;

E. Идентификация возбудителя в отделяемом из шейки матки и влагалища беременной.

196. При искусственном аборте с целью обезболивания применяют чаще всего:

А. Ингаляционные анестетики;

В. **Внутривенное введение анестетика;**

С. Спинномозговая анестезия;

Д. Эндотрахеальный наркоз;

Е. Все перечисленное выше.

197. При какой форме ДВС–синдрома показана гепаринотерапия?

А. Легкой;

В. Локальной;

С. Обратимой;

Д. **Хронической;**

Е. Компенсированной.

198. Фетоплацентарной системой синтезируются следующие гормоны:

А. Хорионический гонадотропин;

В. Эстриол;

С. Плацентарный лактоген;

Д. Прогестерон;

Е. Все перечисленные выше.

199. При каком сроке беременности регистрируется максимальная концентрация хорионического гонадотропина в крови:

А. 5–6 неделя;

В. 8–10 неделя;

С. 14–16 неделя;

Д. 35–37 неделя;

Е. Концентрация хорионического гонадотропина постоянна на протяжении

всей беременности.

200. Задачами первого скринингового ультразвукового исследования являются:

А. Уточнение срока беременности;

В. Выявление многоплодной беременности;

С. Определение грубых пороков развития плода;

Д. Определение локализации хориона;

Е. Все перечисленное выше.

201. Основной целью проведения антенатальной кардиотокографии является:

А. Диагностика нарушений сердечного ритма плода;

В. Выявление и определение степени тяжести гипоксии плода по характеру и частоте сердечных сокращений;

С. Определение сократительной активности миометрия;

Д. Оценка биофизического профиля плода;

Е. Определение пороков развития сердца плода.

202. Укажите основные параметры, оцениваемые при анализе кардиотокограмм:

А. Базальный ритм частоты сердечных сокращений;

В. Вариабельность базального ритма;

С. Наличие и частота акцелераций;

Д. Наличие и характер децелераций;

Е. Все перечисленное выше.

203. При оценке КТГ плода имеют значение следующие данные:

А. Базальная частота сердечных сокращений;

В. Наличие и частота акцелераций;

C. Наличие децелераций;

Д. Амплитуда мгновенных осцилляций;

Е. Все перечисленное выше.

204. Для проведения каких исследований производят амниоцентез:

А. Биохимического;

В. Гормонального;

С. Цитологического;

Д. Генетического;

Е. Все перечисленное выше верно.

205. Осложнениями амниоцентеза может быть все перечисленное ниже, кроме:

А. Преждевременных родов;

В. Ранения сосудов плода и пуповины;

С. Хориоамнионита;

Д. **Формирования врожденных пороков развития плода;**

Е. Преждевременного излития околоплодных вод.

206. Кордоцентез – это:

А. Взятие пробы крови из маточных артерий беременной;

В. **Взятие пробы крови из вены пуповины плода;**

С. Получение околоплодных вод трансвагинальным доступом;

Д. Получение аспирата ворсин хориона;

Е. Ничего из перечисленного выше.

207. Курение при беременности является:

А. **Фактором риска развития хронической внутриутробной гипоксии плода;**

В. Фактором риска рождения ребенка с пониженной массой тела;

C. Фактором риска развития врожденных пороков у плода;

Д. Фактором риска развития внутриутробного инфицирования;

Е. По критериям ВОЗ не является фактором риска развития перинатальной патологии.

208. Классическими проявлениями фетального алкогольного синдрома являются:

А. Синдром задержки роста плода;

В. Врожденные пороки развития желудочно–кишечного тракта;

С. Задержка умственного и психомоторного развития;

Д. Гемолитическая болезнь плода;

Е. Макросомия.

209. Назовите виды возможного повреждающего действия лекарственных веществ на развитие плода:

А. Гонадопатии;

В. Бластопатии;

С. Фетопатии;

Д. Эмбриопатии;

Е. Все перечисленное выше.

210. Во второй половине беременности можно применять все перечисленные ниже антибактериальные препараты, кроме:

А. Эритромицина;

В. Левомицетина;

С. Фурагина;

Д. Оксациллина;

Е. Цефазолина.

211. Алкогольный синдром плода включает в себя все перечисленное ниже,

кроме:

А. Дефектов развития центральной нервной системы;

В. Внутриутробной задержки роста плода;

С. Тенденции к формированию крупного плода;

Д. Дисморфоза лицевого черепа;

Е. Множественных аномалий развития плода (сердца, почек, конечностей и т.д.).

212. Диагностика маточной беременности при трансвагинальном сканировании возможна с:

А. 3–й недели;

В. 4–й недели;

С. 5–й недели;

Д. 6–й недели;

Е. 7–й недели.

213. К методам диагностики врожденных аномалий развития плода относят все перечисленные ниже, кроме:

А. Кордоцентеза;

В. Биопсии хориона и кожи плода;

С. Определения эстриола в сыворотке крови и моче беременной;

Д. Ультразвукового сканирования;

Е. Амниоцентеза.

214. Наиболее опасной инфекцией для плода в I триместре является:

А. Грипп;

В. Цитомегаловирусная инфекция;

С. Краснуха;

Д. Генитальный герпес.

Е. Уреаплазмоз

215. В диагностике хромосомных аномалий наиболее информативны:

А. Ультразвуковое исследование;

В. Скрининг на альфа–фетопротеин и бета–ХГЧ;

С. Амниоцентез и кариотипирование;

Д. Кардиотокография;

Е. Допплерометрия.

ТЕМА 7: ФЕТОПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

216. Основной причиной острой плацентарной недостаточности является:

А. Угрожающие преждевременные роды;

В. Профессиональные вредности;

С. Генитальный инфантилизм;

Д. Отслойка плаценты;

Е. Все перечисленное выше верно.

217. К факторам риска формирования хронической плацентарной недостаточности относят:

А. Юный возраст беременной (15–17 лет);

В. Курение и алкоголизм матери;

С. Хронические специфические и неспецифические инфекции;

Д. Привычное невынашивание беременности;

Е. Все перечисленные выше факторы.

218. К развитию хронической фетоплацентарной недостаточности приводят:

А. Гестоз;

В. Заболевания сердечно–сосудистой системы у беременной;

С. Заболевания почек у беременной;

Д. Перенашивание беременности;

Е. Все перечисленное выше.

219. С целью диагностики внутриутробной задержки роста плода, определения ее формы и степени тяжести используют следующие фетометрические параметры:

А. Бипариетальный размер головки плода;

В. Длина бедра плода;

С. Диаметр (окружность) живота;

Д. Отношение длины бедра к окружности живота плода;

Е. Все перечисленные выше

220. К изменениям, характеризующим нарушения центральной гемодинамики при прогрессировании плацентарной недостаточности, следует отнести:

А. Дилатацию полостей сердца плода;

В. Снижение скорости кровотока через все клапаны сердца;

С. Феномен защиты головного мозга;

Д. Появление функциональной недостаточности правого предсердно–желудочкового (трехстворчатого) клапана;

Е. Все перечисленное выше.

221. Для терапии плацентарной недостаточности применяют:

А. Сосудорасширяющие и спазмолитические препараты;

В. Средства, влияющие на реокоагуляционные свойства крови;

С. Инфузионную терапию плазмозаменителями;

Д. Токолитические препараты;

Е. Все перечисленное выше.

222. К нарушению плацентарного кровотока могут привести:

А. Недостаточная инвазия трофобласта в децидуальную оболочку и

нарушение формирования спиральных артерий;

B. Уменьшение притока крови в межворсинчатое пространство;

C. Затруднение венозного оттока при длительных сокращениях матки;

Д. Изменения реологических и коагуляционных свойств крови матери;

E. Все перечисленное выше.

223. Система обследования женщин с плацентарной недостаточностью предполагает:

A. Проведение ультразвуковой фетометрии, плацентографии, определение количества околоплодных вод;

B. Допплерометрическую оценку кровотока в сосудах системы мать–плацента–плод;

C. Проведение кардиотокографии;

Д. Применение клинических методов;

E. Все перечисленное выше.

224. Акушерская тактика при декомпенсированной плацентарной недостаточности:

A. Амбулаторное назначение трентала, актовегина;

B. Повторное ультразвуковое и кардиотокографическое обследование через 10–14 дней;

C. Повторное ультразвуковое и кардиотокографическое обследование через 5–7 дней;

Д. Внутривенное введение раствора глюкозы и кокарбоксилазы;

E. Срочное родоразрешение путем операции кесарево сечение.

225. В какие сроки беременности следует проводить профилактику ФПН у беременных группы высокого риска:

A. 8–12 недель;

B. 16–19 недель;

C. 24–28 недель;

Д. 29–32 недель;

Е. 33–36 недель.

226. В какие сроки беременности следует проводить допплерометрическую оценку параметров кровотока в системе мать–плацента–плод с целью определения высокого риска развития ФПН:

А. 8–12 недель;

В. 12–14 недель;

С. 16–18 недель;

Д. 19–23 недель;

Е. 24–28 недель.

227. К проявлениям хронической плацентарной недостаточности относятся все, кроме:

А. Хроническая гипоксия плода;

В. Многоводие;

С. Внутриутробная задержка роста плода;

Д. Маловодие;

Е. Преждевременное созревание плаценты.

228. Основными клиническими проявлениями хронической плацентарной недостаточности являются:

А. Внутриутробная задержка роста плода;

В. Хроническая гипоксия плода;

С. Сочетание СЗРП и хронической гипоксии плода;

Д. Острая гипоксия плода;

Е. Все перечисленное выше.

ТЕМА 8: ПЕРЕНАШЕВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

229. Своевременные роды – это:

А. **Роды при сроке беременности от 38 до 42 недель с рождением доношенного зрелого новорожденного;**

В. Роды при сроке беременности 35–37 недель;

С. **Роды при сроке беременности 38–40 недель с рождением доношенного зрелого новорожденного;**

Д. Роды при сроке более 40 недель беременности с рождением ребенка с признаками перезрелости.

230. Переношенная беременность – это:

А. Беременность, продолжающаяся более 40 недель;

В. Беременность, продолжающаяся более 41 неделю;

С. **Беременность, заканчивающаяся рождением ребенка с признаками перезрелости (синдромом Беллентайна – Рунге);**

Д. Беременность, заканчивающаяся рождением доношенного новорожденного;

Е. Беременность, продолжающаяся боле 42 недель.

231. Пролонгированная беременность – это:

А. Беременность, продолжающаяся более 38–40 недель;

В. Беременность, продолжающаяся более 41 неделю;

С. Беременность, заканчивающаяся рождением ребенка с синдромом Беллентайна – Рунге;

Д**. Беременность, продолжающаяся более 40 недель и заканчивающаяся рождением доношенного новорожденного;**

Е. Беременность, продолжающаяся более 42 недель.

232. Признаки перезрелости новорожденного (синдром Беллентайна – Рунге) включают все, кроме:

A. Сниженный тургор кожи;

B. Сухость и мацерация кожных покровов;

C. **Рудиментарный зуб;**

Д. Плотные кости черепа;

Е. Узкие швы и роднички.

233. Для переношенного плода характерны все перечисленные ниже симптомы, кроме:

A. Отсутствия сыровидной смазки;

B. Плотных костей черепа;

C. Обильного лануго;

Д. «Банных» стоп и ладоней;

Е. Узких швов и родничков.

234. Во втором периоде запоздалых родов возможны все перечисленные ниже осложнения, кроме:

A. Вторичной слабости родовой деятельности;

B. Клинически узкого таза;

C. Острой гипоксии плода;

Д. Травмы мягких тканей родовых путей;

Е. Раннего излития околоплодных вод.

235. При переношенной беременности в родах необходимо:

A. Проводить кардиомониторный контроль за состоянием плода;

B. Проводить функциональную оценку таза;

C. Проводить профилактику кровотечения;

Д. Оценивать динамику родовой деятельности;

Е. Проводить повторную родостимуляцию окситоцином при слабости родовой деятельности.

236. При переношенной беременности операцию кесарево сечение следует производить:

А. **При отсутствии биологической готовности беременной к р**одам и наличии признаков гипоксии плода при КТГ;

В. При удовлетворительном состоянии плода и хорошей биологической готовности беременной к родам;

С. При нормальном количестве околоплодных вод и неизмененном плодовом кровотоке;

Д. **При хорошей биологической готовности к родам, крупном плоде и признаках централизации плодового кровотока.**

237. Признаки переношенности у новорожденного объединены в синдром:

А. Синдром Ротора;

В. Триаду Цангемейстера;

С. Синдром Мендельсона;

Д**. Синдром Беллентайна–Рунге.**

238. Патогенетические механизмы страдания плода при перенашивании беременности включают все, кроме:

А. Снижение поступления кислорода и питательных веществ через плаценту;

В. Гипоксия зрелого головного мозга плода;

С. Включение механизма централизации кровообращения плода;

Д**. Разрушение эритроцитов плода антителами матери при нарушении барьерной функции плаценты;**

Е. Спазм ренальных сосудов и снижение продукции мочи.

239. К фактором риска переношенной беременности следует относить:

А. Первые предстоящие роды у беременной старше 30 лет;

В. Указание на запоздалые роды в анамнезе;

C. Наличие ИППП и хронических воспалительных заболеваний органов малого таза;

Д. Выявление III степени зрелости плаценты при УЗ–исследовании;

Е**. Все перечисленное выше.**

240. Дифференциальная диагностика пролонгированной и переношенной беременности включает все, кроме:

А. **Определение массы плода;**

В. Амниоскопию;

С. Оценку количества околоплодных вод;

Д. Выявление централизации кровообращения при допплерометрическом исследовании плодового кровотока;

Е. Выявление признаков гипоксии плода при КТГ–исследовании.

241. Тактика врача в случае появления децелераций по данным антенатальной кардиотокограммы при сроке беременности 41 неделя и наличии “незрелой“ шейки матки:

А. Амниотомия и ведение родов под кардиомониторным контролем;

В. Лечение гипоксии плода внутривенным введением курантила с последующим динамическим кардиотокографическим контролем;

С. **Родоразрешение путем кесарева сечения;**

Д. Любое из перечисленных выше действий;

Е. Ничего из перечисленного выше.

242. Действия врача при нарастании тяжести хронической гипоксии плода в первом периоде запоздалых родов:

А. Продолжение ведения родов под кардиомониторным наблюдением за состоянием плода;

В. Лечение гипоксии плода, продолжение консервативного ведения родов;

С. Наложение акушерских щипцов;

Д. **Кесарево сечение в экстренном порядке;**

Е. Стимуляция родовой деятельности окситоцином.

243. Для подготовки шейки матки к родам следует использовать

А. Простагландины E_2;

В. Простагландины $F_{2\alpha}$;

С. ГВГК–фон;

Д. Токолитики;

Е. Окситоцин.

244. Возможными перинатальными осложнениями при переношенной беременности являются:

А. Гипоксически–ишемическое поражение ЦНС;

В. Аспирация светлых околоплодных вод;

С. Аспирация мекониальных околоплодных вод;

Д. Интранатальная гибель плода;

Е. Все вышеперечисленное.

245. Показаниями к экстренной операции кесарево сечение при переношенной беременности является:

А. Признаки тяжелой гипоксии плода при КТГ–исследовании;

В. Централизация кровообращения с нарушением венозного кровотока плода;

С. Начальные признаки централизации плодового кровотока с нормальными показателями КТГ;

Д. Прогрессирование хронической внутриутробной гипоксии плода;

Е. Неготовность родовых путей к родам при сроке беременности 41 неделя и отсутствием признаков внутриутробной гипоксии плода.

246. Неблагоприятные перинатальные исходы при переношенной

беременности:

А. Антенатальная гибель плода;

В. Аспирация мекониальных вод;

С. Гипоксически–ишемическое поражение ЦНС;

Д. Интранатальная гибель плода;

Е. Асфиксия тяжелой степени.

247. Возможные осложнения I периода родов при переношенной беременности:

А. Слабость родовой деятельности;

В. Дискоординация родовой деятельности;

С. Прогрессирование хронической внутриутробной гипоксии плода;

Д. Аспирация околоплодными водами;

Е. Все перечисленное выше.

248. Для оценки готовности шейки матки к родам используются следующие признаки:

А. **Длина шейки матки, консистенция, проходимость цервикального канала, расположение шейки в малом тазу;**

В. Форма наружного зева, симптом «зрачка», отношение шейки матки к проводной оси таза;

С. Форма наружного зева, наличие схваток–предвестников;

Д. Проходимость цервикального канала, состояние внутреннего зева, наличие слизистой пробки;

Е. Расположение шейки матки в малом тазу, проходимость цервикального канала, дородовое излитие вод.

249. Для подготовки шейки матки к родам используют методы:

А. Создают глюкозо–витамино–гормонально–кальциевый фон;

В. Вводят окситоцин;

С. **Используют простагландиновые гели;**

Д. Производят амниотомию;

Е. Используют однократный токолиз.

250. Слабость родовой деятельности приводит к следующим осложнениям, кроме:

А. Гипоксии плода;

В. Нарушения отделения плаценты;

С. Кровотечения в раннем послеродовом периоде;

Д. **Преждевременной отслойке плаценты;**

Е. Послеродовые гнойно–септические осложнения.

251. При выраженной вторичной слабости родовой деятельности роды могут закончиться:

А. Операцией кесарева сечения;

В. Операцией наложения акушерских щипцов;

С. Вакуум–экстракцией плода;

Д Экстракцией плода за тазовый конец;

Е. Все перечисленное выше.

ТЕМА 9: ТАЗОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ

252. Третий момент механизма родов при тазовом предлежании:

А. Опускание ягодиц;

В. Сжатие ягодиц;

С. **Внутренний поворот ягодиц;**

Д. Врезывание тазового конца;

Е. Прорезывание ягодиц.

253. Четвертый момент механизма родов при тазовом предлежании:

A. Внутренний поворот ягодиц спинкой кпереди;

B. Опускание ягодиц на тазовое дно;

C. **Врезывание и прорезывание ягодиц;**

Д. Опускание ягодиц в полость малого таза;

Е. Внутренний поворот ягодиц спинкой кзади.

254. Где находится плечевой пояс плода при нахождении ягодиц на тазовом дне:

A. Над входом в малый таз;

B. Во входе в малый таз;

C. В широкой части полости малого таза;

Д. В узкой части полости малого таза;

Е. В плоскости выхода малого таза.

255. Осложнениями во втором периоде родов при тазовом предлежании плода являются:

A. Вторичная слабость родовой деятельности;

B. Острая гипоксия плода;

C. Разгибание головки плода;

Д. Запрокидывание ручек плода;

Е. Образование заднего вида;

F. Все перечисленное выше.

256. Для профилактики осложнений родов в тазовом предлежании во II периоде родов предусмотрено все, кроме:

A. Рассечения промежности;

B. Введения спазмолитиков;

C. Производства операции экстракции плода за тазовый конец;

Д. Внутривенного капельного введения окситоцина;

Е. Оказания пособия по Цовьянову.

257. При чистоягодичном предлежании плода во время прорезывания ягодиц:

А. Оказывают классическое ручное пособие;

В. Оказывают ручное пособие по Н.А. Цовьянову;

С. Используют метод ведения родов по Н.А. Цовьянову;

Д. Производят экстракцию плода за тазовый конец.

258. Показанием к кесареву сечению при тазовом предлежании является все перечисленные ниже клинические ситуации, кроме:

А. Возраста первородящей более 30 лет;

В. Анатомически узкого таза;

С. Смешанного ягодичного предлежания;

Д. **Пороков развития плода;**

Е. Ножного предлежания;

F. Мужской пол плода.

259. К тазовым предлежаниям относят:

А. Чистоягодичное предлежание;

В. Смешанное ягодичное предлежание;

С. Полное ножное предлежание;

Д. Неполное ножное предлежание;

Е. Все перечисленное выше.

260. Показаниями к операции экстракции плода за тазовый конец являются все, кроме:

А. Острая гипоксия плода;

В. Тяжелое состояние роженицы, требующее экстренного родоразрешения;

С. Операция классического акушерского поворота;

Д. **Угрожающий разрыв матки.**

261. Осложнения при тазовом предлежании во втором периоде родов:

A. Запрокидывание ручек;

B. Образование заднего вида;

C. Разгибание головки;

Д. Травмы промежности;

E. Выпадение петель пуповины;

F. Все перечисленное выше.

ТЕМА 10: РОДОРАЗРЕШАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ

262. Выходными щипцами называются такие щипцы, которые накладывают на головку плода, находящуюся:

A. В плоскости входа в малый таз;

B. В узкой части малого таза;

C. В широкой части малого таза;

Д. На тазовом дне.

263. Полостными щипцами называются такие щипцы, которые накладывают на головку плода, находящуюся:

A. Во входе в малый таз;

B. В узкой части малого таза;

C. На тазовом дне;

Д. В широкой части малого таза.

264. Наложение акушерских щипцов противопоказано при:

A. Мертвом плоде;

B. Анатомически и клинически узком тазе;

C. Неполном раскрытии маточного зева;

Д. Угрожающем разрыве матки;

Е. Во всех перечисленных выше клинических ситуациях.

265. Тактика врача после выполнения классического акушерского поворота плода на ножку:

А. Ведут роды по методу Н.А. Цовьянова;

В. Выполняют кесарево сечение;

С. Производят плодоразрушающую операцию;

Д. Выполняют экстракцию плода за тазовый конец;

Е. Оказывают пособие по Н.А. Цовьянову.

266. Показаниями к операции наложения акушерских щипцов при соответствующих условиях являются:

А. Острая гипоксия плода;

В. Хроническая гипоксия плода;

С. Нефропатия тяжелой степени;

Д. Упорная вторичная слабость родовой деятельности;

Е. Сокращение второго периода родов при тяжелой соматической патологии.

267. Необходимые условия для операции наложения акушерских щипцов:

А. Отсутствие плодного пузыря;

В. Полное открытие маточного зева;

С. Нахождение головки в полости таза или на тазовом дне;

Д. Соответствие размеров головки плода и таза женщины;

Е. Живой плод;

F. Все вышеперечисленные.

268. Методы обезболивания, применяемые при выполнении операции наложения акушерских щипцов:

А. Перидуральная анестезия;

В. Внутривенный наркоз;

C. Эндотрахеальный наркоз;

Д. Пудендальная анестезия;

Е. Без обезболивания.

269. При нахождении головки плода в узкой части малого таза тракции осуществляются:

А. На носки сидящего врача;

В. На колени сидящего врача;

С. На лицо акушера;

Д. На себя.

270. При выслушивании сердцебиения плода в родах ЧСС плода 90 ударов в минуту и не восстанавливается после потуги. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка плода в узкой части малого таза. Что необходимо предпринять в данной ситуации?

А. Выполнить операцию кесарева сечения в экстренном порядке;

В. Наложение акушерских щипцов;

С. Продолжить консервативное ведение родов;

Д. Выполнить плодоразрушающую операцию.

271. Показаниями к операции экстракции плода за тазовый конец при соответствующих условиях являются:

А. Нефропатия тяжелой степени;

В. Острая гипоксия плода;

С. Кровотечение;

Д. Миопия высокой степени;

Е. Сахарный диабет матери.

272. Условиями для операции экстракции плода за тазовый конец являются:

A. Открытие маточного зева 7–8 см;

B. Отсутствие плодного пузыря;

C. Крупные размеры плода;

Д. Нормальные размеры таза;

E. Опорожненный мочевой пузырь;

F. Полное открытие маточного зева;

G. Целый плодный пузырь.

273. Возможные осложнения со стороны матери при выполнении операции наложения акушерских щипов:

A. Глубокие боковые разрывы стенок влагалища;

B. Разрывы промежности;

C. Кровоизлияния в мозг;

Д. Разрыв лонного сочленения.

274. Возможные осложнения со стороны плода при выполнении операции наложения акушерских щипцов:

A. Повреждение костей черепа;

B. Парез лицевого нерва;

C. Разрыв мозжечкового намета;

Д. Перелом плечевой кости;

E. Кровоизлияние в мозг.

275. Перед операцией наложения акушерских щипцов необходимо выполнить следующее:

A. Влагалищное исследование;

B. УЗИ плода;

C. Эпизиотомию;

Д. Обезболивание;

E. Допплерографическое исследование маточного кровотока;

F. Катетеризацию мочевого пузыря.

276. Возможные повреждения у матери и плода при выполнении операции экстракции плода за тазовый конец:

A. Разрывы шейки матки;

B. Перелом бедренной кости;

C. Кровоизлияние в мозг плода;

Д. Перелом костей верхней конечности;

E. Разрывы лонного сочленения;

F. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

277. Операция наложения акушерских щипцов противопоказана в следующих ситуациях:

A. Мертвый плод;

B. Угроза разрыва матки;

C. Гидроцефалия плода;

Д. Анатомически узкий таз;

E. Острая гипоксия плода.

278. Показаниями к операции наложения акушерских щипцов при соответствующих условиях являются:

A. Хроническая гипоксия плода;

B. Сидром задержки роста плода III степени;

C**. Острая гипоксия плода;**

Д. Интранатальная гибель плода;

E. Все вышеперечисленное.

279. Положение стреловидного шва и головки плода при операции наложения полостных акушерских щипцов:

A. Стреловидный шов в прямом размере;

B. Стреловидный шов в косом размере;

C. Стреловидный шов в поперечном размере;

Д. Головка плода в узкой части полости малого таза;

Е. Головка плода на тазовом дне.

280. При угрожающем разрыве матки противопоказаны все операции, кроме:

A. Наложения акушерских щипцов;

B. Краниотомии;

C. Кесарева сечения;

Д. Классического акушерского поворота;

Е. Экстракции плода за тазовый конец.

ТЕМА 11: КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

281. Какая методика кесарева сечения является наиболее распространенной:

A. Влагалищное кесарево сечение;

B. Экстраперитонеальное кесарево сечение;

C. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте;

Д. Корпоральное кесарево сечение.

282. При лапаротомии по Пфанненштилю разрез кожи производят:

A. Прямолинейно на 2,5 см ниже передневерхних остей подвздошных **костей;**

B. Дугообразно по линии надлобковой кожной складки;

C. Продольно по средней линии живота;

Д. На уровне передневерхних подвздошных остей.

283. При лапаротомии по Джоэл–Кохену разрез кожи производят:

A. Продольно по средней линии живота;

B. В правой подвздошной области;

C. Прямолинейно на 2,5 см ниже передневерхних остей подвздошных костей;

Д. Дугообразно по линии надлобковой кожной складки;

Е. Все перечисленное выше неверно.

284. Перед плановой операцией кесарева сечения производят:

А. Клинический анализ крови и мочи;

В. Биохимическое исследование крови, системы гемостаза;

С. ЭКГ, консультация терапевта;

Д. Обследование на RW, ВИЧ, определение группы крови, резус–фактора;

Е. Все перечисленное выше.

285. Средний объем кровопотери во время операции кесарево сечения:

А. 200–300 мл;

В. 300–400 мл;

С. 800–1000 мл;

Д. 600–700 мл;

Е. 1100–1500 мл.

286. Активное ведение родильниц после операции кесарево сечения является профилактикой:

А. Тромбоэмболии;

В. Пневмонии;

С. Нарушений мочеиспускания;

Д. Пареза кишечника;

Е. Субинволюции матки;

F. **Все перечисленное верно.**

287. После операции кесарево сечения проводят:

A. Обезболивающую терапию;

B. Инфузионно–трансфузионную терапию;

C. Утеротоническую терапию;

Д. Стимуляцию деятельности кишечника;

E. Все перечисленное выше.

288. Швы на передней брюшной стенке после операции кесарево сечения снимают на:

A. 2–4 сутки;

B. 3–5 сутки;

C. 6–8 сутки;

Д. 8–10 сутки;

E. 10–12 сутки.

289. Антибиотикопрофилактика при операции кесарева сечения проводится при:

A. Наличии очагов хронической инфекции;

B. Беременности, осложненной гестозом, анемией;

C. III,IV степени чистоты влагалища;

Д. Длительном безводном промежутке (свыше 6 часов);

E. Все перечисленное выше.

290. Наиболее грозным осложнением у женщин с рубцом на матке является:

A. ФПН;

B. Угроза прерывания беременности;

C. Разрыв матки;

Д. Дородовое излитие околоплодных вод;

E. Анемия.

291. Синдром Мендельсона это:

A. Синдром аорто–кавальной компрессии;

B. Эмболия околоплодными водами;

C. Гипотония матки;

Д. Аспирационный синдром;

E. Все перечисленное верно.

292. Операция кесарева сечения может быть выполнена:

A. Под спинномозговой анестезией;

B. Под комбинированным эндотрахеальным наркозом;

C. В условиях эпидуральной анестезии;

Д. Под местной инфильтрационной анестезией;

E. Любое из перечисленных выше анестезиологических пособий.

293. К преимуществам кесарева сечения в нижнем маточном сегменте матки следует отнести:

A. Соответствие направления разреза на матке направлению основных волокон миометрия;

B. Разрез в «малососудистой» зоне;

C. Малая кровопотеря;

Д. Ничего из перечисленного выше;

E. Все перечисленное выше.

294. Течение беременности при наличии рубца на матке может осложняться:

A. Угрозой прерывания беременности;

B. Фетоплацентарной недостаточностью;

C. Аномалиями прикрепления плаценты;

Д. Угрожающим разрывом матки;

E. Все перечисленное выше верно.

295. Осложнениями, приводящими к смерти родильниц, перенесших

кесарево сечение, являются:

A. Кровотечения;

B. Перитонит;

C. Эмболия околоплодными водами;

Д. Тромбоэмболия;

Е. Все перечисленное выше.

296**. К абсолютным показаниям к операции кесарева сечение относятся:**

A. Предлежание плаценты;

B. Тяжелые формы гестоза, эклампсия;

C. Сужение таза III, IV степени;

Д. Неправильные положения плода;

Е. Все перечисленное выше.

297. Течение беременности при наличии рубца на матке может осложняться:

A. Угрозой прерывания беременности;

B. Фетоплацентарной недостаточностью;

C. Аномалиями прикрепления плаценты;

Д. Угрожающим разрывом матки;

Е. Все перечисленное выше верно.

298. Условиями для выполнения плановой операции кесарева сечения являются:

A. Живой жизнеспособный плод;

B. Отсутствие острого инфекционного процесса;

C. Наличие оснащенной операционной и квалифицированного хирурга;

Д. Согласие женщины на операцию (при отсутствии жизненных показаний);

Е. Все перечисленное выше.

299. Плановое родоразрешение путем операции кесарево сечения производится при сроке беременности:

A. 35–36 недель;

B. 36–37 недель;

C. 37–38 недель;

Д. 38–40 недель.

300**. Противопоказанием к операции кесарево сечения при отсутствии жизненных показаний к ее выполнению со стороны матери являются:**

A. Воспалительные заболевания любой локализации;

B. Внутриутробная гибель плода;

C. Выявленные пороки развития плода, несовместимые с жизнью;

Д. Все перечисленное выше;

E. Ничего из перечисленного выше.

301. При возникновении пареза кишечника после операции кесарева сечения производят:

A. Инфузионно–трансфузионную терапию;

B. Введение 3% раствора хлористого калия;

C. Гипертоническую клизму;

Д. Вакуум–аспирацию содержимого полости матки;

E. Медикаментозную стимуляцию кишечника.

302. Факторами риска несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения являются:

A. Выполнение кесарева сечения при преждевременных родах;

B. Осложненное течение послеоперационного периода;

C. Корпоральное кесарево сечение;

Д. Интервал между операциями кесарева сечения менее 2 лет;

E. Все перечисленное выше.

1) Вопрос…….

A. Ответ 1

B. Ответ 2 +

C. Ответ 3

D. Ответ 4

Вопросы для прохождения промежуточной аттестации

Вопросы для промежуточной аттестации

Вопрос 1

Беременность и пиелонефрит: диагностика, течение заболевания и беременности, осложнения, принципы терапии.

Ответ:

Пиелонефрит – инфекционно-воспалительное заболевания почек, в большей степени затрагивающее мозговой слой почки – чашечно-лоханочную систему. Беременность является фактором риска для обострения хронического пиелонефрита или для возникновения гестационного пиелонефрита (чаще всего во втором триместре). Причинами этого являются:

- рост матки и сдавление мочеточников, что приводит к нарушению пассажа мочи и «застаиванию» мочи в чашечно-лоханочной системе с последующим ее расширением;
- снижение иммунитета, вследствие чего избыточно размножается условно-патогенная микрофлора;
- снижение перистальтики мочеточников по причине повышения во время беременности концентрации гормонов прогестагенов, которые синтезируются

в плаценте и способствуют пролонгированию беременности (кроме того, они также вызывают венозное полнокровие, а правый мочеточник проходит в едином фасциальном влагалище с правой яичниковой веной, что также способствует его компрессии).

Диагностика пиелонефрита проводится на основании клинической картины (боли в поясничной области, повышение температуры тела, озноб, дизурические явления), лабораторных данных (лейкоцитурия, бактериурия, цилиндрурия в общем анализе мочи и анализе мочи по Нечипоренко, рост патогенной микрофлоры в микробиологическом анализе мочи – посеве, лейкоцитоз и палочко-ядерный сдвиг в клиническом анализе крови), результатов инструментальных методов исследования (на УЗИ почек – расширение чашечно-лоханочной системы).
Пиелонефрит, являясь инфекционно-воспалительным заболеванием, может осложниться прерыванием беременности, внутриутробным инфицированием плода, развитием септического шока у пациентки.
Принципы лечения направлены на восстановление пассажа мочи (позиционная терапия, трансуретеральное / транскутанное стентирование чашечно-лоханочной системы – мочеточниковый катетер-стент или нефростома), также проводится антибактериальная терапия (антибиотиками полусинтетических пенициллинов или цефалоспоринов – смена препарата, при его неэффективности, производится на основании результатов чувствительности микроорганизмов к антибиотикам (посев мочи)), инфузионная, спазмолитическая, уросептическая (канефрон) терапия, подкисленное питье.

Вопрос 2

Беременность и гипертоническая болезнь: диагностика, течение, осложнения во время беременности и в родах, принципы родоразрешения.

Ответ:

Гипертоническая болезнь (ГБ) или хроническая артериальная гипертензия (ХАГ) – это стойкое повышение цифр АД, возникшее до беременности (или впервые выявленное в первой половине беременности).

Различают 3 степени тяжести ГБ в зависимости от цифр АД:

- I – 140-159/90-99 мм рт. ст.,
- II – 160-179/100-109 мм рт. ст.,
- III – 180/110 мм рт. ст. и выше + поражение органов-мишеней (перенесенные в анамнезе инфаркты миокарда, инсульты, ОНМК, хроническая почечная недостаточность, поражение органов зрения и т.д.).

В зависимости от степени тяжести ГБ сформированы **группы риска** среди беременных:

- низкий риск – беременные с ГБ I степени,
- умеренный риск – беременные с ГБ II степени,
- высокий риск – беременные с ГБ III степени + ГБ (при любых цифрах АД), резистентная к проводимому лечению, а также злокачественная ГБ.

Диагностика ГБ или ХАГ производится на основании измерения цифр АД трижды с интервалом 10 минут, а также по результатам СМАД.

ГБ или ХАГ осложняет течение беременности развитием угрозы прерывания, плацентарной недостаточности, задержки роста плода, хронической гипоксии плода (вплоть до его антенатальной гибели), а также возникновением преэклампсии и ее осложнений (в т.ч. преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, ОНМК, инсульта) у беременной пациентки.

Все беременные с ГБ (ХАГ) с самого начала беременности должны находиться на антигипертензивной терапии под контролем цифр АД: препараты первой линии – метилдопа (допегит), препараты второй линии – блокаторы медленных кальциевых каналов (нифедипин), препараты третьей линии – селективный B_1-адреноблокаторы (метопролол, бисопролол, соталол, лабеталол). Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) и блокаторы ангиотензиновых

(АТ) рецепторов противопоказаны во время беременности! Диуретики у беременных также не применяются. Пациенток, входящих в группу низкого и умеренного риска, можно родоразрешать через естественные родовые пути с адекватным обезболиванием, ранней амниотомией, динамическим КТГ-контролем и контролем цифр АД. Пациенткам, входящим в группу высокого риска, беременность противопоказана, так как она опасна для жизни. Родоразрешать их нужно на любом сроке при декомпенсации состояния матери и/или плода или в сроках, близких к доношенной беременности, посредством кесарева сечения.

Вопрос 3

Анемия беременных: патогенез, диагностика, осложнения, лечение, профилактика.

Ответ:

Анемия – снижение цифр гемоглобина:

- ≥ 90 г/л – легкой степени,
- 70-89 г/л – умеренной (средней) степени,
- < 70 г/л – тяжелой степени.

Анемию не следует путать с гидремией беременных (разжижением крови), которая формируется, начиная со второго триместра, вследствие увеличения объема плазмы и ОЦК, в целом. В этой связи нормы гемоглобина у беременных составляют:

- в I триместре – 120-140 г/л,
- во II триместре – 110-120 г/л,
- в III триместре – 105-115 г/л.

Во время беременности чаще всего развивается железодефицитная анемия, поскольку увеличиваются нормы потребления железа (до 7 г в сутки), которое

идет на построение эритроцитов плода. При развитии железодефицитной анемии, помимо снижения концентрации гемоглобина, наблюдается микроцитоз и гипохромия эритроцитов, снижение ферритина и повышение ОЖСС.

Анемия способствует развитию угрозы самопроизвольного выкидыша и преждевременных родов, плацентарной недостаточности и задержки роста плода, гнойно-септических осложнений во время беременности и в послеродовом периоде, слабости родовой деятельности, нарушению отделения плаценты от стенки матки и рождения последа, развитию гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде, а также вызывает гипо- и агалактию.

Для лечения анемии используются препараты железа (2-х и 3-х-валентного), которые необходимо принимать длительно – не менее 1-1,5 месяцев. К профилактическим мероприятиям относится сбалансированное питание с употреблением красного мяса и печени.

Вопрос 4

Беременность и аппендицит: диагностика, вопросы дифференциального диагноза, врачебная тактика.

Ответ:

Аппендицит – острое воспаление червеобразного отростка (катаральный, флегмонозный, гангренозный; осложненный, неосложненный), являющееся ургентным заболеванием и требующее безотлагательного хирургического вмешательства – аппендэктомии.

Диагноз острого аппендицита устанавливается на основании жалоб (на боли в животе, тошноту, рвоту, жидкий стул), общего состояния пациентки (повышение температуры тела, озноб), данных пальпации (болезненность в проекции расположения червеобразного отростка, симптомы раздражения брюшины), результатов клинического анализа крови (лейкоцитоз, палочко-

ядерный сдвиг), а также данных УЗИ и МРТ органов брюшной полости (во время беременности данное исследование допустимо в III триместре). Учитывая тот факт, что с течением беременности слепая кишка с червеобразным отростком поднимается растущей маткой кверху и смещается кзади, дифференциальный диагноз в I триместре проводится с кровоизлиянием в желтое тело беременности, нарушенной трубной беременностью, угрожающим самопроизвольным выкидышем, нарушением питания узла миомы или разрывом кисты яичника (при наличии); во II триместре – с гестационным пиелонефритом, мочекаменной болезнью, непроходимостью кишечника, преждевременной отслойкой плаценты, а в III триместре – с желчекаменной болезнью, острым холециститом, гастритом, панкреатитом, язвенной болезнью желудка или 12-перстной кишки, гематомой печени, HELLP-синдромом, нижнедолевой пневмонией, инфарктом миокарда. Врачебная тактика при остром аппендиците предполагает выполнение аппендэктомии. В I триместре в качестве доступов используются лапаротомия по Волковичу-Дьяконову, нижнесрединная лапаротомия, а также лапароскопический доступ; во II триместре – лапаротомия по Ленандеру (правосторонний параректальный разрез – вдоль латерального края правой прямой мышцы живота), нижнесрединная лапаротомия, лапаротомия по Винкельману, а в III триместре – срединная лапаротомия, лапаротомия по Федорову (параллельно правой реберной дуге), лапаротомия по Ленандеру. Лапароскопический доступ не рекомендуется использовать в сроке беременности более 20 недель. Также не рекомендуется выполнять одновременно (симультанно) апендэктомию и кесарево сечение вследствие высокого риска инфицирования матки с последующим развитием эндометрита и перитонита.

Вопрос 5

Многоводие: причины, диагностика, течение беременности и родов, осложнения.

Ответ:

Многоводие – увеличение индекса амниотической жидкости более 180-200 мм (или 18-20 см) или максимального вертикального кармана более 8 см.

Причинами многоводия являются, как правило, гестационный сахарный диабет, резус-конфликт (гемолитическая болезнь плода) и внутриутробное инфицирование.

Диагноз устанавливается по результата УЗИ, измерения окружности живота и высоты стояния дна матки.

Многоводие способствует перерастяжению стенок матки, что может привести к развитию плацентарной недостаточности, угрозе преждевременных родов, хронической гипоксии плода, преждевременной отслойке плаценты, неустойчивого и неправильного (не продольного) положения плода, преждевременного излития околоплодных вод, выпадения петель пуповины, слабости родовой деятельности, нарушению отделения плаценты и выделения последа в третьем периоде родов, гипотоническому послеродовому кровотечению.

Вопрос 6

Многоплодная беременность: диагностика, осложнения во время беременности и в родах, современные подходы к родоразрешению.

Ответ:

Многоплодная беременность подразумевает одновременное развитие в матке двух и более плодов.

Диагноз устанавливается на основании УЗИ и более высокого уровня В-ХГЧ (в первой половине беременности), измерения окружности живота и высоты стояния дна матки, наличия двух (или более) точек наилучшего выслушивания сердечной деятельности плода при аускультации и КТГ-мониторировании.

Многоплодная беременность сопряжена с перерастяжением стенок матки, что

может привести к угрозе преждевременных родов, преждевременной отслойке плаценты, слабости родовой деятельности, нарушению отделения плаценты и выделения последа в третьем периоде родов, гипотоническому послеродовому кровотечению.

Характерными для монохориальной двойни осложнениями являются фето-фетальный трансфузионный синдром, синдром обратной артериальной перфузии. К осложнению моноамниотической двойни можно отнести развитие коллизии головок плодов в родах.

Роды через естественные родовые пути ведутся при дихориальной диамниотической двойне при головном предлежании обоих плодов. Наличие монохориальной (особенно моноамниотической) двойни, неголовное предлежание первого плода или неправильное положение одного из плодов, а также развитие фето-фетального трансфузионного синдрома являются показанием к родоразрешению посредством операции кесарева сечения. Также условным показанием к операции кесарева сечения является суммарная масса плодов, превышающая 6000 г.

Вопрос 7

Невынашивание беременности: классификация, причины, патогенез. Вопросы терапии и реабилитации.

Ответ:

Невынашивание беременности – самопроизвольное прерывание беременности в сроках от зачатия до 37 недель, начиная с первого дня последней менструации. Различают самопроизвольный выкидыш – прерывание беременности в сроках от зачатия до 22 недель (ранний – до 12 и поздний – после 12 недель), а также преждевременные роды – прерывание беременности в сроках от 22 до 37 недель (экстремально ранние преждевременные – 22-28, ранние преждевременные – 28-32, преждевременные – 32-34 и поздние преждевременные – 34-37 недель).

Срок беременности 22 недели (или масса плода 500 г) – критерий жизнеспособности плода!

К причинам невынашивания в I триместре относят хромосомные аномалии, эндокринные (прежде всего – дефицит прогестерона), аутоиммунные нарушения, ИППП и пороки развития внутренних половых органов; во II триместре – истмико-цервикальную недостаточность (ИЦН) и перенесенные инфекционно-воспалительные заболевания во время беременности, а в III триместре – осложнения беременности.

При угрожающем и начавшемся самопроизвольном выкидыше проводят терапию, направленную на пролонгирование беременности (препараты прогестерона – дидрогестерон, микронизированный прогестерон), при выкидыше (аборте) в ходу и неполном состоявшемся выкидыше – инструментальное удаление плодного яйца и его остатков с последующим назначением утеротонической и антибактериальной терапии. При полном состоявшемся выкидыше – достаточно УЗИ органов малого таза и наблюдение в динамике.

При угрожающих и начавшихся преждевременных родах на сроках беременности 24-34 недели в течение 48 часов проводят токолиз (блокаторы медленных кальциевых каналов (нифедипин) – при информированном согласии, блокаторы окситоциновых рецепторов (атосибан), В2-адреномиметики (гексопреналин – гинипрал), а также НПВС (индометацин) – не позднее 32 недель беременности), профилактику РДС плода препаратами кортикостероидов (дексаметазон, бетаметазон) в суммарной дозе 24 мг, а также в течение 24 часов – магнезиальную терапию (для повышения устойчивости головного мозга плода к гипоксии и профилактики внутрижелудочковых кровоизлияний). Задачей токолиза является проведение профилактики РДС плода и транспортировка беременной в стационар 3 группы. При активных преждевременных родах токолиз не проводится, но начинаются мероприятия по профилактике РДС плода.

Вопрос 8

Истмико-цервикальная недостаточность: причины, диагностика, хирургическая коррекция во время беременности.

Ответ:

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) – это недостаточность циркулярных мышечных волокон перешейка и шейки матки, вследствие чего происходит бессимптомное укорочение и размягчение шейки матки с раскрытием цервикального канала, что способствует преждевременному прерыванию беременности.

В зависимости от причин развития ИЦН выделяют две ее формы: органическую – следствие рубцовых изменений (разрывов шейки матки в предыдущих родах, перенесенных операций на шейке матки) и функциональную – следствие недостаточности прогестерона, избытка андрогенов, простагландинов.

Золотым стандартом диагностики ИЦН является УЗ-цервикометрия, при которой длина сомкнутой части шейки матки составляет ≤ 25 мм, а диаметр цервикального канала > 10 мм.

Хирургическая коррекция ИЦН проводится в сроках беременности ≤ 26 недель посредством наложения швов на шейку матки (серкляж) по методике Макдоналда (циркулярный шов) или Любимовой-Мамедалиевой (двойной П-образный шов), а также ≤ 30 недель посредством установки акушерского пессария – жесткого (разгружающего) Юнона или мягкого Арабин. Перед проведением хирургической коррекции ИЦН необходимо взять мазок на флору из влагалища, а также посев из цервикального канала для микробиологического исследования.

Вопрос 9

Особенности течения и ведения беременности и родов при тазовом предлежании плода, показания к кесареву сечению.

Ответ:

При тазовом предлежании плода III триместр беременности осложняется угрозой преждевременных родов, развитием плацентарной недостаточности и хронической гипоксии плода, недостаточным созреванием сурфактанта и рефлексов к доношенному сроку беременности (поскольку у плода лучше кровоснабжается то, что расположено ниже), преждевременным излитием околоплодных вод и выпадением петель пуповины.

При тазовом предлежании и отсутствии противопоказаний (рубец на матке, преэклампсия, предлежание плаценты) рекомендовано выполнение корригирующей гимнастики (по Диканю). В настоящее время также разрешен наружный профилактический поворот плода на головку по Архангельскому.

При тазовом предлежании роды через естественные родовые пути ведутся в основном при чистоягодичном предлежании с использованием пособия по Цовьянову.

Показаниями к кесареву сечению при тазовом предлежании являются разгибательные положения головки плода (при смешанном ягодичном и ножном предлежании), крупные размеры плода (≥ 3600 г), недоношенная беременность (масса плода < 2500 г), анатомически узкий таз, рубец на матке, отягощеный акушерско-гинекологический анамнез, осложненное течение беременности и родов (в т.ч. развитие аномалий родовой деятельности).

Вопрос 10

Тазовое предлежание плода: классификация, диагностика, ведение беременности, осложнения в родах, профилактика.

Ответ:

Тазовое предлежание – расположение над плоскостью входа в малый таз тазового конца плода. Различают: чистоягодичное (наиболее благоприятное, при котором наблюдается сгибательный тип членорасположения плода),

смешанное ягодичное и ножное (полное, неполное, коленное) предлежание. Диагноз устанавливается на основании 1 и 3 приемов пальпации по Леопольду-Левицкому, наилучшей точке выслушивания сердечной деятельности плода (выше пупка), по данным УЗИ и влагалищного исследования (через своды влагалища или цервикальный канал пальпируется мягкая небаллотирующая часть плода).

При тазовом предлежании и отсутствии противопоказаний (рубец на матке, преэклампсия, предлежание плаценты) рекомендовано выполнение корригирующей гимнастики (по Диканю). В настоящее время также разрешен наружный профилактический поворот плода на головку по Архангельскому. Среди осложнений тазового предлежания в родах наблюдаются следующие: в I периоде родов – преждевременное излитие околоплодных вод, выпадение петель пуповины, развитие слабости родовой деятельности, хронической гипоксии плода (первый период родов рекомендуется вести в положении пациентки лежа на боку, соответствующем позиции плода), во II периоде родов – острая гипоксия плода (при рождении плода до нижнего угла передней лопатки), запрокидывание ручек, разгибание головки (профилактикой которых является оказание ручного пособия), а также осложнения, связанные с оказанием ручного пособия (акушерский паралич, вывих плечевых суставов, перелом шейных позвонков, костей свода и основания черепа, отрыв намета мозжечка, внутричерепные кровоизлияния).

Вопрос 11

Кесарево сечение в современном акушерстве: показания, особенности течения и ведения послеродового периода.

Ответ:

Ке́сарево сече́ние (лат. caesarea «королевский» и sectio «разрез») – операция, при которой новорожденный и послед извлекается через разрез на матке. Показания к операции кесарева сечения бывают абсолютные и относительные,

материнские и плодовые:

- предлежание плаценты;
- преждевременная отслойка плаценты;
- предыдущие операции на матке;
- поперечное и косое положение плода;
- тазовое предлежание плода с массой ≥ 3600 г, < 2500 г, а также разгибательными положениями головки;
- многоплодная беременность при неправильном положении одного из плодов или тазовом предлежании первого плода, при наличии фето-фетального синдрома;
- беременность сроком 41 неделя и более при отсутствии эффекта от подготовки к родам;
- анатомически узкий таз (2-4 степени сужения), клинически узкий таз;
- анатомические препятствия родам (опухоли шейки, низко расположенные миоматозные узлы, рубцовая деформация шейки матки и влагалища, разрывы промежности iii-iv степени в анамнезе);
- угрожающий или начавшийся разрыв матки;
- преэклампсия тяжелой степени, эклампсия, hellp-синдром (при отсутствии условий для родоразрешения pvn);
- соматические заболевания, требующие исключения потуг (декомпенсированные пороки сердца, осложненная миопия, трансплантированная почка и т.д.);
- острая гипоксия плода, нарастание хронической гипоксии при незрелой шейке матки, декомпенсированная плацентарная недостаточность;
- выпадение петель пуповины;
- некоторые формы материнской инфекции (вич-инфекция при отсутствии терапии во время беременности или при вирусной нагрузке более 1000 копий в мл, первичный генитальный герпес в iii триместре);

- некоторые аномалии развития плода (гастрошизис, омфалоцеле, крестцово-копчиковая тератома больших размеров и т.д.), нарушение коагуляции у плода.

Ведение пациенток после операции кесарева сечения:

- ранний перевод из послеоперационной палаты в послеродовое отделение:
- удаление мочевого катетера через 4-6 ч после последнего введения анестетика в эпидуральное пространство;
- ранняя активизация – через 4-6 ч после окончания операции (профилактика тромбоэмболических осложнений, а также застойных явлений в легких);
- инфузионная терапия (периоперационный объем инфузии составляет 1200-1500 мл);
- стимуляция кишечника (прозерин 1,0 п/к + очистительная клизма через 30 мин) – через 24 ч после операции в условиях общей анестезии;
- утеротоническая терапия – окситоцин 5 ЕД на 400-500 мл физ. р-ра;
- послеоперационное обезболивание (НПВС, опиоиды, продолжение эпидуральной анальгезии);
- прием жидкости – сразу после операции (через 2 ч – после общей анестезии);
- прием пищи (общий стол кроме хлеба, овощей и фруктов) – через 4-6 ч (через 24 ч – после общей анестезии);
- профилактика ВТЭО – назначение НМГ (фраксипарин, клексан, фрагмин) через 6-12 ч после операции на 10 дней – 6 недель (в зависимости от степени риска ВТЭО) – кроме пациенток с высоким риском кровотечений;
- клинико-лабораторные исследования на 3 сутки (клинический анализ крови, гемостазиограмма (при среднем и высоком риске ВТЭО, УЗИ органов малого таза);

- поддержка грудного вскармливания – профилактика субинволюции матки, развития послеродовых гнойно-септических осложнений, психо-эмоциональный контакт между мамой и малышом;
- ранняя выписка (4-5 сутки) – при отсутствии противопоказаний (гипертермия, лейкоцитоз, субинволюция матки, трещины сосков, воспаление послеоперационного шва);
- снятие швов (при наличии съемных швов) или скобок с передней брюшной стенки – на 6 сутки при наличии поперечного разреза, на 7 сутки после нижнесрединной лапаротомии.

Вопрос 12

Осложнения во время операции кесарева сечения и в послеоперационном периоде и их профилактика.

Ответ:

Интраоперационные осложнения во время операции кесарева сечения:

- кровотечение,
- ранение смежных органов (мочевой пузырь, кишечник),
- продление разреза на матке – повреждение сосудистого пучка,
- ранение плода,
- сложности при извлечении плода,
- синдром аорто-кавальной компрессии,
- синдром Мендельсона (аспирация рвотных масс с развитием аспирационной пневмонии),
- эмболический осложнения (тромбоэмболия, эмболия амниотической жидкостью).

Ранние послеоперационные осложнения:

- гипотоническое кровотечение (профилактика – инфузия окситоцина),

- парез кишечника (профилактика – инфузионная терапия, питьевой режим, ранняя активизация, стимуляция кишечника),
- гнойно-септические осложнения – эндометрит, перитонит (профилактика – однократное введение разовой дозы антибиотика широко спектра действия за 30-60 минут до кожного разреза),
- тромбоэмболические осложнения (профилактика – ранняя активизация пациентки, введение НМГ пациенткам группы умеренного и высокого риска ВТЭО).

Поздние послеоперационные осложнения:

- спаечный процесс в брюшной полости и малом тазу – бесплодие, диспареуния (профилактика – ранняя активизация пациентки, а также, в том числе, минимизация количества шовного материала – модификация кесарева сечения по Штарку, когда не ушиваются висцеральная и париетальная брюшина, прямы мышцы живота, подкожная жировая клетчатка),
- несостоятельность рубца на матке – угроза разрыва матки во время очередной беременности и родов (профилактика – предохранение от беременности в ближайшие 2 года после операции кесарева сечения),
- грыжи передней брюшной стенки (профилактика – адекватное ушивание апоневроза).

Вопрос 13

Профилактика послеродовых септических заболеваний после операции кесарева сечения и осложненных родов.

Ответ:

Показаниями для проведения антибиотикопрофилактики являются:

- Оперативные вмешательства (плановое и экстренное кесарево сечение – введение разовой дозы первого поколения пенициллинов или цефалоспоринов за 30-60 минут до кожного разреза;

- Ручное отделение плаценты и выделение последа, а также ручное обследование стенок полости матки (введение одной дозы пенициллинов или цефалоспоринов 1-го поколения);
- Преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ) при недоношенной беременности (эритромицин или ампициллин следует начинать сразу после постановки диагноза ПИОВ и продолжать до рождения ребенка (или курсом 7-10 дней);

NB! Не использовать клавулановую кислоту из-за повышения риска развития некротизирующего энтероколита у плода!

- Безводный промежуток более 18 часов (при доношенной беременности);
- Носительство стрептококка группы В для предупреждения ранней неонатальной инфекции;
- Разрывы промежности 3-й и 4-й степени (продолжительность введения антибиотиков – 5 дней).

Вопрос 14

Послеродовый эндометрит: причины, клиника, диагностика. Особенности течения заболевания в современных условиях, принципы терапии. Основные формы.

Ответ:

Характеристика течения гнойно-септических послеродовых заболеваний в современных условиях:

- протекают на фоне физиологической иммуносупрессии,
- провоцируются размножением представителей условно-патогенной микрофлоры,
- отличаются резистентностью к большинству антимикробных препаратов,
- в большинстве наблюдений характеризуются стертым течением,
- имеют склонность к быстрой генерализации,
- в посевах определяются микробные ассоциации.

Послеродовый эндометрит – воспаление слизистой оболочки матки (эндометрия) с возможным вовлечением миометрия, возникшее после родов или кесарева сечения:

- является наиболее распространённой формой послеродовой инфекции – наблюдается после родов в 1-3%, после кесарева сечения в 5-20%;
- развивается на 3-4 сутки послеродового периода.

Основные возбудители послеродового эндометрита – ассоциации факультативных аэробных и облигатных неклостридиальных анаэробных микроорганизмов (Escherichia coli, различные штаммы Enterobacter spp., Enterococcus spp., Proteus spp., Klebsiella spp., Bacteroides spp., Peptostreptococcus spp., Streptococcus agalactiae, Staphylococcus spp.).
Пути распространения инфекции при развитии эндометрита:

- восходящий – инфицирование условно-патогенными микроорганизмами, обитающими во влагалище (длительный безводный промежуток, ручное отделение плаценты и выделение последа, контрольное ручное обследование стенок полости матки);
- интраамниальный – реализуется вследствие проведения инвазивных методов исследования (амниоскопия, амниоцентез, кордоцентез, редукция эмбрионов при многоплодной беременности и др.);
- гематогенный и лимфогенный (при наличии очагов хронической инфекции).

По этиологическому признаку различают две основные формы эндометрита:

- эндометрит на фоне остатков плацентарной ткани, плодных оболочек, сгустков крови в матке (полость расширена на УЗИ, имеются гиперэхогенные включения)
- чистый (базальный) эндометрит (причины – длительный безводный промежуток (> 18 часов) с развитием хориоамнионита, внутриматочные вмешательства в III периоде родов и раннем послеродовом периоде).

Клиника эндометрита (классическая форма):

- температура тела ≥ 38°С;
- озноб, недомогание, слабость, головная боль,
- сухость кожных покровов и слизистых (языка);
- тахикардия ≥ 100 уд/мин;
- субинволюция матки (задержка темпов уменьшения размеров матки);
- возможно появление более ярких кровяных выделений из половых путей (за счёт нарушения сократительной активности матки);
- появление мутных/гнойных выделений из влагалища (цервикального канала) с неприятным запахом;
- болезненность внизу живота (в том числе, при пальпации).

Диагностика:

- УЗИ (или МРТ) органов малого таза;
- гистероскопия – достоверность свыше 90%;
- микробиологическое исследование (посев) отделяемого из полости матки с определением чувствительности к антибиотикам.

Терапия эндометрита:

- местное лечение (вакуум-аспирация содержимого полости матки);
- антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия после взятия отделяемого из полости матки для бактериологического исследования;
- дезинтоксикационная (инфузионная) терапия ≥ 1250 мл/сут;
- утеротоническая терапия (окситоцин);
- противовоспалительная терапия (НПВС);
- десенсибилизирующая терапия (антигистаминные препараты).

Вопрос 15

Послеродовый эндометрит: методы диагностики различных форм эндометритов, тактика ведения, принципы терапии.

Ответ:

Послеродовый эндометрит – воспаление слизистой оболочки матки (эндометрия) с возможным вовлечением миометрия, возникшее после родов или кесарева сечения:

- является наиболее распространённой формой послеродовой инфекции – наблюдается после родов в 1-3%, после кесарева сечения в 5-20%;
- развивается на 3-4 сутки послеродового периода.

По этиологическому признаку различают две основные формы эндометрита:

- эндометрит на фоне остатков плацентарной ткани, плодных оболочек, сгустков крови в матке – на УЗИ полость расширена, имеются гиперэхогенные включения,
- чистый (базальный) эндометрит (причины – длительный безводный промежуток (> 18 часов) с развитием хориоамнионита, внутриматочные вмешательства в III периоде родов и раннем послеродовом периоде) – на УЗИ полость матки расширены, однако гиперэхогенные включения отсутствуют.

Диагностика:

- УЗИ (или МРТ) органов малого таза;
- гистероскопия – достоверность свыше 90%;
- микробиологическое исследование (посев) отделяемого из полости матки с определением чувствительности к антибиотикам.

Терапия эндометрита:

- местное лечение (вакуум-аспирация содержимого полости матки);

- антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия после взятия отделяемого из полости матки для бактериологического исследования;
- дезинтоксикационная (инфузионная) терапия ≥ 1250 мл/сут;
- утеротоническая терапия (окситоцин);
- противовоспалительная терапия (НПВС);
- десенсибилизирующая терапия (антигистаминные препараты).

Вопрос 16

Аномалии родовой деятельности: причины, классификация. Понятие о родоактивации и родостимуляции.

Ответ:

Аномалии родовой деятельности:

- гипотоническая дисфункция матки (слабость родовой деятельности) – первичная, вторичная (в том числе, слабость потуг),
- гипертоническая дисфункция матки – дискоординация родовой деятельности, тетанус матки, чрезмерно бурная родовая деятельность.

Причины:

- отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (воспалительные заболевания, выскабливания, аборты, миома матки, рубец на матке) – нарушение рецепторного аппарата клеток матки;
- осложненное течение настоящей беременности (преэклампсия, анемия беременных, гестационный сахарный диабет и т.д.);
- отягощенный соматический анамнез (нейро-эндокринные заболевания) – нарушение синтеза гормонов;
- возрастной аспект (юные и возрастные беременные);
- неблагоприятные социально-бытовые условия, профессиональные вредности, вредные привычки, стрессовые факторы.

Родоактивация (или индукция родов, родовозбуждение) – это инициация сократительной активности матки при ее отсутствии и наличии таких показаний, как тенденция к перенашиванию беременности, патологический прелиминарный период, преждевременное излитие околоплодных вод, ситуации, требующие досрочного родоразрешения (соматические заболевания матери, осложнения беременности). Методами родоактивации (индукции родов) являются амниотомия, а также инфузия раствора окситоцина.
Родостимуляция – лечение слабости родовой деятельности (также проводится посредством амниотомии – при целом плодном пузыре или инфузии раствора окситоцина – при отсутствии плодного пузыря).
Инфузия раствора окситоцина осуществляется по следующим правилам: раствор (окситоцин – 5 МЕ (1 мл) + NaCl 0,9% – 19,0 мл) вводится с начальной скоростью 0,7 мл/час с последующим увеличением скорости на 0,7 мл/час каждые 20-30 мин до достижения индивидуальной эффективной скорости (при которой схватки становятся с частотой не менее 2 за 10 минут времени в латентную фазу и не менее 3 за 10 минут времени в активную фазу).
Максимально допустимая скорость инфузии – не более 4,9 мл/час!
Через 2 часа после достижения индивидуальной эффективной скорости (или примерно через 4 часа от момента начала инфузии) производится бимануальное (влагалищное) исследование, при котором:

- эффект считается достигнутым, если открытие маточного зева увеличивается минимум на 2см у первородящих и на 3-4 см у повторнородящих – следует продолжить ведение родов через естественные родовые пути;
- эффект считается НЕ достигнутым, если величина открытия маточного зева не меняется на фоне инфузии раствора окситоцина – следует произвести конверсию плана ведения родов на оперативный (кесарево сечение).

Вопрос 17

Первичная и вторичная слабость родовой деятельности: причины, методы коррекции, способы родоразрешения.

Ответ:

Слабость родовой деятельности – гипотоническая дисфункция матки – при которой схватки становятся слабыми, редкими, короткими, и отсутствует динамика раскрытия маточного зева (или продвижения плода по родовому каналу):

- первичная слабость родовой деятельности развивается в латентной фазе I периода родов (до 4-5 см открытия маточного зева) и является следствием недостаточной выработки окситоцина либо недостатка окситоциновых рецепторов либо нечувствительности окситоциновых рецепторов к эндогенному окситоцину;
- вторичная слабость родовой деятельности развивается, начиная с активной фазы I периода родов (после 4-5 см открытия маточного зева), а также во II периоде родов (слабость потуг) и является следствием утомления роженицы либо клинического несоответствия размеров головки плода и таза матери.

Причины:

- отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (воспалительные заболевания, выскабливания, аборты, миома матки, рубец на матке) – нарушение рецепторного аппарата клеток матки;
- осложненное течение настоящей беременности (преэклампсия, анемия беременных, гестационный сахарный диабет и т.д.);
- отягощенный соматический анамнез (нейро-эндокринные заболевания) – нарушение синтеза гормонов;
- возрастной аспект (юные и возрастные беременные);
- неблагоприятные социально-бытовые условия, профессиональные вредности, вредные привычки, стрессовые факторы.

Коррекция слабости родовой деятельности – родостимуляция – проводится посредством амниотомии (при целом плодном пузыре) или инфузии раствора окситоцина (при отсутствии плодного пузыря).

Инфузия раствора окситоцина осуществляется по следующим правилам: раствор (окситоцин – 5 МЕ (1 мл) + NaCl 0,9% – 19,0 мл) вводится с начальной скоростью 0,7 мл/час с последующим увеличением скорости на 0,7 мл/час каждые 20-30 мин до достижения индивидуальной эффективной скорости (при которой схватки становятся с частотой не менее 2 за 10 минут времени в латентную фазу и не менее 3 за 10 минут времени в активную фазу).

Максимально допустимая скорость инфузии – не более 4,9 мл/час!

Через 2 часа после достижения индивидуальной эффективной скорости (или примерно через 4 часа от момента начала инфузии) производится бимануальное (влагалищное) исследование, при котором:

- эффект считается достигнутым, если открытие маточного зева увеличивается минимум на 2см у первородящих и на 3-4 см у повторнородящих – следует продолжить ведение родов через естественные родовые пути;
- эффект считается НЕ достигнутым, если величина открытия маточного зева не меняется на фоне инфузии раствора окситоцина – следует произвести конверсию плана ведения родов на оперативный (кесарево сечение).

Вопрос 18

Инфекционно-токсический (септический) шок в акушерстве: патогенез, клиника, принципы терапии.

Ответ:

Инфекционно-токсический (септический) шок – тяжёлый сепсис, сопровождающийся стойкой гипотензией и перфузионными нарушениями.

Сепсис – патологическое состояние, обусловленное непрерывным или периодическим поступлением в кровь микроорганизмов из очага гнойного воспаления (чаще всего в крови обнаруживают Staphylococcus spp., Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae), характеризующееся частым образованием новых гнойных очагов в различных органах и тканях – ВЕДУЩАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ ОТ ИНФЕКЦИИ.

Бактериемия – возможное, но не обязательное проявление сепсиса.

Критерии септического шока:

- персистирующая артериальная гипотензия, требующая применения вазопрессоров;
- уровнь лактата > 2 ммоль/л, несмотря на адекватную инфузионную терапию.

В основу сепсиса и септического шока положено сочетание инфекционного очага и признаков полиорганной недостаточности (органной дисфункции) вне зависимости от наличия или отсутствия синдрома системного воспалительного ответа (ССВО).

Наличие полиорганной недостаточности (органной дисфункции) в акушерстве диагностируется на основании шкалы qSOFA (quick Sequential Organ Failure Assessment), где 2 и более баллов требует перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии:

Показатель	**qSOFA, баллы**
снижение сист. АД ≤ 100 мм рт. ст.	1
увеличение ЧДД ≥ 22 в мин	1
нарушение сознания (по шкале Глазго < 15)	1

Подтверждением ССВО (в настоящее время не является критерием сепсиса и септического шока) является наличие 2 или более симптомов:

- температура тела > 38°С или < 36°С,

- тахикардия > 90 ударов в минуту,
- тахипноэ > 20 дыхательных движений в минуту или снижение парциального давления CO_2 менее 32 мм рт. ст.

Терапия сепсиса и септического шока:

- санация очага инфекции (санационная релапаротомия) – должна быть проведена в первые 6-12 ч после диагностики сепсиса и септического шока;
- применение антибактериальных препаратов широкого спектра действия;
- инфузия кристаллоидов (при неэффективности подключение вазопрессоров и инотропных препаратов);
- адъювантная терапия (ИВЛ, трансфузионная терапия, почечная заместительная терапия, нутритивная поддержка и т.д.).

Антибактериальная терапия при септической шоке:

- монотерапия – цефалоспорины III поколения (цефоперазон + сульбактам); карбапенемы;
- комбинированная терапия – цефалоспорины III поколения совместно с аминогликозидами и метронидазолом (или линкозамидами), фторхинолоны совместно с метронидазолом, карбапенемы совместно с метронидазолом (или линкозамидами).

Вопрос 19

Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах: причины, врачебная тактика.

Ответ:

Причины кровотечения в III периоде родов (последовом):

- нарушение отделения плаценты от стенки матки – частичное / полное плотное прикрепление или врастание плаценты (ручное отделение плаценты и выделение последа);

- травмы мягких тканей родового канала – разрывы / рассечения промежности (осмотр мягких тканей родового канала в раннем послеродовом периоде – ушивание разрывов, перинео-, эпизеоррафия).

Причины кровотечения в раннем послеродовом периоде (правило 4Т):
- Т – tissue (остатки в матке плацентарной ткани, оболочек, сгустков крови),
- Т – tonus (нарушение сокращения матки – гипотония или атония матки),
- Т – trauma (кровотечения вследствие разрывов матки, шейки матки, верхней трети влагалища),
- Т – thrombin (нарушение формирования сгустков в сосудах плацентарной площадки – нарушение свертывания крови – коагулопатическое кровотечение).

Алгоритм мероприятий по остановке кровотечения

I ЭТАП:

- установка венозного катетера, мочевого катетера,
- ручное обследование стенок полости матки (удаление остатков последа и сгустков крови, определение целостности стенок матки – при разрыве матки – лапаротомия, ушивание разрыва матки),
- ушивание разрывов мягких тканей родового канала,
- наружно-внутренняя компрессия матки – одна рука в области дна матки на передней брюшной стенке, другая – свернута в кулак, в переднем своде влагалища,
- введение утеротоников (окситоцин, метилэргометрин).

II ЭТАП:

- продолжение введения утеротоников,
- управляемая баллонная тампонада матки (или наложение на шейку матки клемм по методике Бакшеева или наложение швов на нисходящие ветви маточных артерий) / эмболизация маточных артерий.

III ЭТАП:

- нижнесрединная лапаротомия, перевязка маточных сосудов (восходящих ветвей маточных артерий, трубных ветвей яичниковых артерий и внутренних подвздошных артерий),
- наложение компрессионных швов на матку (по методике B. Lynch или др.).

IV ЭТАП:
при неэффективности всех предыдущих этапов и продолжающемся кровотечении – экстирпация матки без придатков.

Вопрос 20

Разрыв матки: классификация, клиника, тактика врача.

Ответ:

Разрыв матки (ruptura uteri) – нарушение целостности стенки матки во время беременности и родов.

Классификация разрыва матки

По времени возникновения:

- во время беременности,
- в родах.

По локализации:

- разрыв в области тела,
- разрыв в области дна,
- разрыв в области нижнего сегмента,
- разрыв матки по ребру,
- отрыв матки от сводов влагалища.

По глубине проникновения:

- надрыв,
- неполный разрыв,

- полный разрыв (проникающий, непроникающий).

По механизму:

- самопроизвольный (механический, гистиопатический),
- насильственный.

Клиника разрыва матки:

- угрожающий – бурная родовая деятельность, резко болезненные схватки, нахождение контракционного кольца на уровне пупка и косое его расположение, болезненность при пальпации нижнего сегмента матки и круглых связок, отсутствие нормализации тонуса матки между схватками, признаки гипоксии плода;
- начавшийся – клиника угрожающего разрыва матки, а также появление кровянистых выделений из половых путей, нарастание тяжести гипоксии плода, появление страха смерти;
- состоявшийся – прекращение родовой деятельности, отсутствие сердцебиения плода, приступ кинжальных болей, а затем потеря сознания, клиника геморрагического и болевого шока, при полном проникающем разрыве матки части плода пальпируются передней брюшной стенкой.

Тактика врача – экстренное чревосечение (нижнесрединная лапаротомия):

- при угрожающем и начавшемся разрыве – кесарево сечение,
- при состоявшемся разрыве – извлечение плода и последа, иссечение краев разрыва, проведение метропластики (при невозможности сохранить матку – экстирпация матки без придатков – гистерэктомия).

Вопрос 21

Геморрагический шок в акушерстве: тактика и принципы терапии при акушерских кровотечениях.

Ответ:

Геморрагический шок развивается вследствие уменьшения объема циркулирующей крови (ОЦК) при кровотечении, что приводит к критическому снижению тканевого кровотока и развитию гипоксии тканей. Причины геморрагического шока в акушерстве - массивные кровотечения во второй половине беременности, во время и после родов (потеря более 1500 мл крови, то есть 25-30% ОЦК).

Угрожающими жизни кровотечениями считают следующие состояния:

- потеря 100% ОЦК в течение 24 ч или 50% ОЦК за 3 ч;
- кровопотеря со скоростью 150 мл/мин или 1,5 мл/(кг/мин) в течение 20 мин и дольше;
- одномоментная кровопотеря 1500-2000 мл (25-35% ОЦК).

Акушерские кровотечения подразделяют на четыре класса в зависимости от величины кровопотери.

Причины кровотечений во время беременности и родах:

- в I триместре: внематочная беременность, самопроизвольный выкидыш, трофобластическая болезнь, патологии шейки матки, влагалища, матки.
- во II и III триместре: самопроизвольный выкидыш, преждевременная отслойка нормально или низко расположенной плаценты, предлежание плаценты, разрыв матки.
- в родах: преждевременная отслойка нормально или низко расположенной плаценты, предлежание плаценты, разрыв матки.
- в раннем послеродовом периоде причины делятся на 4 группы: тонус (гипотония и атония матки), травма (травма родовых путей, выворот матки, разрыв матки), ткань (дефекты плаценты, плотное прикрепление и приращение плаценты), тромбин (нарушение свертываемости крови)

Физиологическая кровопотеря – до 500 мл во время родов и до 1000 мл во время КС (т.е. до 10% ОЦК). Патологическая кровопотеря – более 500 мл во время родов и более 1000 мл во время КС (т.е. от 10 до 30% ОЦК)

Тактика при акушерском кровотечении в I триместре беременности:
1. При внематочной беременности: лапароскопия с тубэктомией (справа или слева, в зависимости в какой трубе была трубная беременность)
2. При самопроизвольном выкидыше: вакуум-аспирация содержимого полости матки
3. Пузырный занос: вакуум-аспирация содержимого полости матки

Тактика при акушерском кровотечении в II и III триместре беременности, в родах:
1. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (II, III триместр беременности и I период родов): кесарево сечение. При ПОНРП во II периоде родов – влагалищные родоразрешающие операции (акушерские щипцы/вакуум-экстракция – при головном предлежании, извлечение плода за тазовый конец – при тазовом предлежании)
2. Предлежание плаценты – кесарево сечение. Врастание плаценты – донное кесарево сечение с иссечением маточной грыжи и последующей метропластикой, при продолжающем кровотечении – экстирпация матки.
3. Разрыв матки – лапаротомия, ушивание разрыва матки.
Тактика при гипотоническом послеродовом кровотечении:
1. Вызвать вторую акушерку, второго врача акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога, трансфузиолога, лаборанта, дежурную медсестру для доставки анализов и компонентов крови. Назначить одного члена дежурной бригады для записи событий, инфузионной терапии, лекарственных препаратов и показателей жизненно важных функций. При массивном кровотечении проинформировать дежурного администратора, консультанта-гематолога, вызвать хирурга, развернуть операционную
2. Катетеризация 2 периферических вен, катетеризация мочевого пузыря, кислородная маска, мониторирование жизненно важных функций (АД, пульс, дыхание, сатурации кислорода, диурез), внутривенное введение

кристаллоидных растворов.
3. Клинический анализ крови (уровень гемоглобина, гематокрита, эритроциты, тромбоциты), прикроватный тест, гемостазиограмма (концентрация фибриногена, ПТИ, АЧТВ, ПДФ/Ф, ТЭГ в дневное время), фибриноген, ТЭГ в ночное время, определение группы крови, резус фактора.
4. На первом этапе остановки послеродового кровотечения необходимо провести: ручное исследование послеродовой матки, удаление остатков плацентарной ткани и сгустков (однократно) и определение наличия/отсутствия разрывов матки (при наличии разрыва матки показано проведение лапаротомии и ушивание разрыва матки), бимануальная компрессия матки, ушивание разрывов мягких родовых путей, инфузионная и утеротоническая терапия (окситоцин), коррекция нарушений параметров гемостаза.
5. Второй этап (при продолжающемся кровотечении): управляемая баллонная тампонада матки или наложение на шейку матки клемм по методике Бакшеева или эмболизация маточных артерий.
6. Третий этап (при неэффективности мероприятий второго этапа остановки раннего послеродового кровотечения): лапаротомия, перевязка восходящих ветвей маточных артерий, трубных ветвей яичниковых артерий и внутренних подвздошных артерий (при необходимости дополнительно наложить компрессионные швы на матку).
7. Четвертый этап (при неэффективности мероприятий третьего этапа остановки раннего послеродового кровотечения): гистерэктомия.

Тактика при послеродовом кровотечении, вызванном остатком ткани плаценты/плодных оболочек: осмотр целостности последа и всех оболочек. При нарушении целостности последа – ручное обследование стенок полости матки, удаление остатков тканей последа и оболочек.

Тактика при послеродовом кровотечении вследствие травмы родовых путей:

осмотр родовых путей в зеркалах, ушивание разрывов мягких родовых путей.

Тактика при коагулопатическом кровотечении: хирургический гемостаз + свежезамороженная плазма, тромбоциты, криопреципитат (VII фактор свертывания), протромплекс (препарат плазменных факторов II,VII,IX,X свертывания), антифибринолитики (транексам).

Инфузионно-трансфузионная терапия.
Догоспитальный этап: кристаллоиды 1000г в/в струйно с мах. скоростью + транексамовая кислота 1000г в/в. В стационаре: кристаллоиды (стерофундин), желатин, гидроксилированный крахмал, транексамовая кислота). «Массивная гемотрансфузия»: эритроциты, свежезамороженная плазма, тромбоциты, криопреципитат (VII фактор свертывания), протромплекс (препарат плазменных факторов II,VII,IX,X свертывания), реинфузия аутоэритроцитов (интраоперационно с использованием аппарата Cell-saver)
При кровопотере до 30% ОЦК и остановленном кровотечении проводится возмещение кристаллоидами в трехкратном объеме по отношению к кровопотере.
Если кровотечение продолжается или кровопотеря составляет 30% ОЦК и более, требуется сочетание кристаллоидов и коллоидов. Для первоначального возмещения ОЦК при кровотечении с кровопотерей 30-40% ОЦК применяется инфузия 2л кристаллоидов и 1-2л коллоидов.

Вопрос 22

Гипотоническое кровотечение: диагностика, методы борьбы, профилактика.

Ответ:

Гипотоническое кровотечение – кровотечение (500мл и более), возникающее в раннем послеродовом периоде вследствие потери способности миометрия к контракции и ретракции после рождения плода и выделения последа.

Основные этиологические факторы гипотонического кровотечения: многоплодная беременность, многоводие, вес плода 4000,0 и более грамм, длительное применение токолитической терапии, родовозбуждение или родостимуляция окситоцином, общая анестезия, хориоамнионит, миома матки больших размеров, интенсивные тракции за пуповину, прикрепление плаценты в дне матки, выворот матки.

Способы определения кровопотери:

1. Визуальный метод (объем кровопотери = визуальная кровопотеря + 30%)
2. Гравиметрический метод (измерение мерной емкостью, взвешивание салфеток (не учитывает внутреннюю кровопотерю))
3. Шоковый индекс Альговера (ЧСС / САД)
4. Клинические проявления гиповолемии (выраженность симптомов геморрагического шока – «правило тридцати»: повышение ЧСС на 30 уд/мин, повышение ЧДД более 30 /мин, снижение САД более чем на 30 мм.рт.ст., диурез менее 30 мл/час, гематокрит ниже 30%).

Выделяют 4 степени тяжести кровопотери на основании следующих критериев: объем кровопотери (в мл), пульс (уд/мин), АД, ЧДД в мин, диурез (мл/ч), сознание.

Диагностика кровотечения:

1. Жалобы: кровянистые выделения из половых путей, боли в животе, слабость, головокружение, тошнота, рвота, жажда.
2. Физикальное обследование: кровянистые выделения из половых путей, тахикардия/нитевидный пульс/отсутствие пульса, гипотония, холодный пот, нарушение сознания (сонливость, заторможенность), одышка, поверхностное дыхание, олигурия, гипотония матки.
3. Инструментальное исследование: ЧСС, АД, ЧДД, УЗИ матки, брюшной полости.
4. Лабораторные исследования: клинический анализ крови (гемоглобин, гематокрит, эритроциты, тромбоциты), коагулограмма (фибриноген, АЧТВ, МНО, тромбоэластография), кислотно-основное состояние и газы крови

(лактат)

Тактика при гипотоническом послеродовом кровотечении:
1. Вызвать вторую акушерку, второго врача акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога, трансфузиолога, лаборанта, дежурную медсестру для доставки анализов и компонентов крови. Назначить одного члена дежурной бригады для записи событий, инфузионной терапии, лекарственных препаратов и показателей жизненно важных функций. При массивном кровотечении проинформировать дежурного администратора, консультанта-гематолога, вызвать хирурга, развернуть операционную
2. Катетеризация 2 периферических вен, катетеризация мочевого пузыря, кислородная маска, мониторирование жизненно важных функций (АД, пульс, дыхание, сатурации кислорода, диурез), внутривенное введение кристаллоидных растворов.
3. Клинический анализ крови (уровень гемоглобина, гематокрита, эритроциты, тромбоциты), прикроватный тест по Lee и White, гемостазиограмма (концентрация фибриногена, ПТИ, АЧТВ, ПДФ/Ф, ТЭГ в дневное время), фибриноген, ТЭГ в ночное время, определение группы крови, резус фактора.
4. На первом этапе остановки послеродового кровотечения необходимо провести: ручное исследование послеродовой матки, удаление остатков плацентарной ткани и сгустков (однократно) и определение наличия/отсутствия разрывов матки (при наличии разрыва матки показано проведение лапаротомии и ушивание разрыва матки), бимануальная компрессия матки, ушивание разрывов мягких родовых путей, инфузионная и утеротоническая терапия (окситоцин), коррекция нарушений параметров гемостаза.
5. Второй этап (при продолжающемся кровотечении): управляемая баллонная тампонада матки или наложение на шейку матки клемм по методике Бакшеева или эмболизация маточных артерий.
6. Третий этап (при неэффективности мероприятий второго этапа остановки

раннего послеродового кровотечения): лапаротомия, перевязка восходящих ветвей маточных артерий, трубных ветвей яичниковых артерий и внутренних подвздошных артерий (при необходимости дополнительно наложить компрессионные швы на матку).
7. Четвертый этап (при неэффективности мероприятий третьего этапа остановки раннего послеродового кровотечения): гистерэктомия.

Методы профилактики кровотечения:
- лечение анемии во время беременности
- активное ведение III периода родов (оценка кровопотери, оценка АД, пульса, ЧДД, сатурации, определение признаков отделения плаценты, немедленное выделение последа при положительных признаках отделения плаценты)
- введение утеротоников всем женщинам в III периоде родов (окситоцин 10Ед)
- введение карбетоцина у группы высокого риска
- оценка тонуса матки после родов

Вопрос 23

Преэклампсия: клиника, диагностика, тактика ведения беременности и родов.

Ответ:

Преэклампсия – мультисистемный синдром, связанный с беременностью и характеризующийся впервые возникшей артериальной гипертензией (АД>140/90 мм.рт.ст.) после 20 недель гестации, протеинурией, отёками; осложнение беременности, которое характеризуется впервые выявленной полиорганной дисфункцией (почечной, гематологической, неврологической, печёночной и/или синдромом задержки роста плода).
В развитии преэклампсии выделяют следующие механизмы: дефект глубины инвазии трофобласта, неполноценное ремоделирование спиральных артерий и ишемия плаценты, оксидативный стресс и чрезмерный провоспалительный ответ, тотальная эндотелиальная дисфункция.

Выделяют раннюю (до 34 недель гестации) и позднюю (после 34 недель гестации) преэклампсию.

Клиническая картина.
Для классической формы заболевания характерна триада симптомов (триада Цангемейстера): АГ, протеинурия и отеки, явные или скрытые.

Для тяжелой ПЭ характерно также наличие дополнительных параметров (в дополнение к гипертензии и протеинурии), свидетельствующих о присоединении полиорганной недостаточности: расстройство ЦНС (нарушение зрения, головная боль), нарушение функции почек (олигурия <500 мл/сут, повышение уровня креатинина), отек легких; внезапное возникновение отеков лица, рук, ног; отек зрительного диска; нарушение функции печени (повышение ферментов АЛТ, АСТ); боли в эпигастральной области/правом верхнем квадранте живота (перерастяжение капсулы печени вследствие нарушения кровообращения); тромбоцитопения (ниже 100х106/л); HELLP-синдром; подтверждение страдания плода (синдром ЗРП, маловодие, отрицательный нестрессовый тест).

Диагностика.
Диагностические критерии умеренной преэклампсии:
- артериальная гипертензия (≥ 140/90 мм.рт.ст., но ≤160/110 мм.рт.ст.) возникшая при сроке беременности >20 нед у женщины с нормальным АД в анамнезе
- протеинурия ≥ 0,3г/л белка в сутки или ≥ 0,3 г/л в 2-х порциях мочи, взятых с интервалом в 6 час, но <5 г/сутки или <3г/л в 2-х порциях мочи, взятых с интервалом в 6 час.

Диагностические критерии тяжелой преэклампсии:
- артериальная гипертензия (САД≥160 мм.рт.ст., ДАД ≥110 мм.рт.ст. при

двукратном измерении с интервалом в 6 часов в состоянии покоя, протеинурия ≥ 5,0 г/л белка в суточной пробе мочи или > 3г/л в двух порциях мочи с интервалом в 6 час.
или
- преэклампсия умеренная и ≥ 1 из следующих критериев (олигурия <500мл за сутки, церебральные или зрительные симптомы (головная боль, мелькание мушек и т.д.), отек легких, цианоз, боли в эпигастрии, нарушение функции печени (повышение АЛТ, АСТ), тромбоцитопения (<100х10*6/л), задержка внутриутробного роста плода).

При установленном диагнозе умеренной преэклампсии необходимы госпитализация для уточнения диагноза и тщательный мониторинг состояния беременной и плода, но при этом возможно пролонгирование беременности. Родоразрешение показано при ухудшении состояния матери и плода. Показано проведение антигипертензивной терапии, профилактики дистресс-синдрома плода (при сроке беременности <34 нед), необходимо контролировать уровень АД, диуреза, лабораторные показатели (тромбоциты, АЛТ, АСТ, уровень протеинурии), проводить оценку состояния плода (КТГ-мониторирование, УЗИ плода и УЗ-допплерографии кровотока в системе мать-плацента-плод).

При установленном диагнозе тяжелой преэклампсии необходимо решение вопроса о родоразрешении после стабилизации состояния беременной; при возможности после проведения профилактики РДС плода и перевода женщины на более высокий уровень оказания помощи при сроке беременности менее 34 нед. Показана обязательная госпитализация в ОРИТ, в стационар 3го уровня с назначением антигипертензивной, интенсивной терапии, а также проведением профилактики или лечения судорог. В течение 6 часов после установки диагноза тяжелой преэклампсии пациентка должна быть родоразрешена вне зависимости от гестационного срока.

Методы родоразрешения.

Возможность родов через естественные родовые пути должна быть рассмотрена во всех случаях ПЭ (в том числе тяжелой), при отсутствии абсолютных показаний к КС и удовлетворительном состоянии плода.

Умеренная преэклампсия.

При доношенном сроке (37 недель гестации и более) показано проведение преиндукции с последующей индукцией родов. Возможны влагалищные роды. При проведении влагалищных родов необходимо контролировать АД, продолжать магнезиальную терапию, непрерывно контролировать состояние плода, следить за динамикой родовой деятельности. Обязательно проведение эпидуральной анальгезии.

Тяжёлая преэклампсия.

При тяжёлой преэклампсии до 34 недель гестации – кесарево сечение.

Роды через естественные родовые пути возможны при: доношенном сроке беременности, стабильном уровне АД, продолжающейся магнезиальной терапии, удовлетворительном состоянии плода.

Показания к экстренному родоразрешению (минуты): кровотечение из родовых путей, отслойка плаценты, острая гипоксия плода при сроке гестации более 22 недель.

Показания к срочному родоразрешению (6 часов): постоянная головная боль и зрительные нарушения, постоянная эпигастральная боль, тошнота, рвота, прогрессирующие нарушения функции почек и печени, эклампсия, АГ, не поддающаяся медикаментозной коррекции, тромбоцитопения <100 х10*6/л и их прогрессирующее снижение), нарушение состояния плода, прогрессирующее маловодие.

Вопрос 24

Преэклампсия: клиника, лечение, принципы родоразрешения, осложнения.

Ответ:

Преэклампсия – мультисистемный синдром, связанный с беременностью и характеризующийся впервые возникшей артериальной гипертензией (АД>140/90 мм.рт.ст.) после 20 недель гестации, протеинурией, отёками; осложнение беременности, которое характеризуется впервые выявленной полиорганной дисфункцией (почечной, гематологической, неврологической, печёночной и/или синдромом задержки роста плода).

В развитии преэклампсии выделяют следующие механизмы: дефект глубины инвазии трофобласта, неполноценное ремоделирование спиральных артерий и ишемия плаценты, оксидативный стресс и чрезмерный провоспалительный ответ, тотальная эндотелиальная дисфункция.

Выделяют раннюю (до 34 недель гестации) и позднюю (после 34 недель гестации) преэклампсию.

Клиническая картина.

Для классической формы заболевания характерна триада симптомов (триада Цангемейстера): АГ, протеинурия и отеки, явные или скрытые.

Для тяжелой ПЭ характерно также наличие дополнительных параметров (в дополнение к гипертензии и протеинурии), свидетельствующих о присоединении полиорганной недостаточности: расстройство ЦНС (нарушение зрения, головная боль), нарушение функции почек (олигурия <500 мл/сут, повышение уровня креатинина), отек легких; внезапное возникновение отеков лица, рук, ног; отек зрительного диска; нарушение функции печени (повышение ферментов АЛТ, АСТ); боли в эпигастральной области/правом верхнем квадранте живота (перерастяжение капсулы печени вследствие нарушения кровообращения); тромбоцитопения (ниже 100х106/л); HELLP-синдром; подтверждение страдания плода (синдром ЗРП, маловодие,

отрицательный нестрессовый тест).

Лечение.

Базовая терапия: антигипертензивная терапия, противосудорожная терапия $MgSO_4$, своевременное родоразрешение.

Антигипертензивная терапия:

1. препараты 1-ой линии – α2-адреномиметики (метилдопа по 500мг 2-4 раза в сутки)
2. препараты 2-ой линии:

– блокаторы медленных кальциевых каналов (нифедипин 10-20мг 2р/сут; амлодипин внутрь 2,5-10мг 1-2р/сут)

– селективные β-адреноблокаторы (метопролол 25-100мг 1р/сут)

3. препараты 3-ей линии – метилдопа + препарат 2-ой линии

При проведении антигипертензивной терапии рекомендовано считать целевым (безопасным для матери и плода) уровень САД 130-150 мм.рт.ст., ДАД 80-95 мм.рт.ст.

Также при преэклампсии рекомендованы низкие дозы аспирина (75-162 мг 2 день) начиная с 12 недель до родов.

Методы родоразрешения.

При умеренной преэклампсии в доношенном сроке (37 недель гестации и более) показано проведение преиндукции с последующей индукцией родов. Возможны влагалищные роды. При проведении влагалищных родов необходимо непрерывно контролировать АД, продолжать магнезиальную терапию, контролировать состояние плода, следить за динамикой родовой деятельности. Обязательно проведение эпидуральной анальгезии.

При тяжёлой преэклампсии до 34 недель гестации – кесарево сечение. При нарастании тяжести состояния пациентки, оперативное родоразрешение возможно только после стабилизации состояния.

Роды через естественные родовые пути возможны при: доношенном сроке

беременности, стабильном уровне АД, продолжающейся магнезиальной терапии, удовлетворительном состоянии матери и плода.

Осложнения преэклампсии:
1. Фетальные осложнения: ПОНРП, антенатальная гибель плода, преждевременные роды, плацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода.
2. Материнские осложнения: ОНМК (ишемический инсульт, геморрагический инсульт), эклампсия, мозговая кома, HELLP-синдром, отслойка сетчатки, амавроз, отек легкого, острый жировой гепатоз, острая почечная недостаточность, кровоизлияния в надпочечники и другие жизненно важные органы.

Вопрос 25

Отеки беременных: лечение, ведение беременности и родов.

Ответ:

Отеки - избыточное скопление жидкости в организме вследствие усиления ее диффузии из кровеносных сосудов и задержки в тканях. Наличие отеков (за исключением сильных или быстро возникающих отеков лица или нижней части спины) не следует рассматривать как признаки патологического состояния, поскольку отеки нижних конечностей возникают у беременных в 50-80% случаев при отсутствии протеинурии, артериальной гипертензии и носят физиологический характер.

Степени тяжести отеков:
1 степень – отеки в области стоп и голеней;
2 степень – отеки нижних конечностей, нижней части живота и пояснично-

крестцовой области;
3 степень – возникновение отеков на руках, появление пастозности лица («одутловатость»);
4 степень – генерализованные отеки.

Быстро нарастающие генерализованные отеки, особенно в области поясницы, лица и рук, - неблагоприятный прогностический признак тяжести ПЭ. Наличие отеков не является диагностическим критерием ПЭ. Однако опыт показывает, что отеки лица и рук нередко предшествуют развитию ПЭ.

При диагностике скрытых отеков необходимо учитывать следующие клинические признаки:

- никтурия (превалирование диуреза в ночное время);
- снижение суточного диуреза менее 1000 мл при водной нагрузке в количестве 1500 мл;
- патологическая или неравномерная прибавка массы тела;
- положительный симптом «кольца».

Для раннего выявления скрытых отеков применяют пробу на гидрофильность тканей по Мак-Клюру-Олдричу: после внутрикожного введения 0,1-0,2 мл изотонического раствора натрия хлорида волдырь рассасывается менее чем за 35 мин. Отеки лица и рук нередко предшествуют развитию ПЭ, а генерализованные, рецидивирующие отеки нередко свидетельствуют о сочетанной ПЭ (на фоне патологии почек). ПЭ, протекающая без генерализованных отеков, более опасна для матери и плода, чем ПЭ с отеками. Массивные, быстро нарастающие отеки (особенно выше поясницы), анасарка, скопление жидкости в полостях - один из неблагоприятных прогностических критериев тяжелой ПЭ.

Лечение.

Немедикаментозное – диета с ограничением потребления соли, потребление жидкости не менее 2,0 л/сутки, коленно-локтевое положение по 5-10 минут 7-10 раз в сутки, контроль АД, наблюдение у терапевта.

Медикаментозного лечения нет, т.к. диуретики противопоказаны во время беременности.

В зависимости от причины появления симптома проводят следующие лечебные мероприятия:

1. Отеки на фоне преэклампсии (антигипертензивная терапия)
2. Отеки при почечной патологии (диета стол№7, фитопрепараты)
3. Отеки при венозной недостаточности (компрессионная терапия, назначение низкомолекулярного гепарина)
4. Отеки при пороках сердца (совместно с врачом-кардиологом)

Вопросы для прохождения промежуточной аттестации

Вопрос 26

Эклампсия: клиника, профилактика, современные принципы лечения, осложнения.

Ответ:

Эклампсия - это тяжелое состояние, характеризуется комплексом сложных симптомов, указывающих на нарушение деятельности всех важнейших систем и органов: Самым ярким симптомом эклампсии являются судороги мускулатуры тела, сопровождающиеся потерей
сознания (кома).

Эклампсия чаще возникает во время родов, реже — во время беременности. Клиническая картина характеризуется приступами судорог, которые наслаиваются на существующие симптомы преэклампсии или нефропатии. Перед началом припадков нередко наблюдаются усиление головной боли, ухудшение зрения, бессонница, беспокойство, повышение артериального

давления и белка в моче. Каждый припадок эклампсии продолжается 1 — 2мин и слагается из следующих последовательно сменяющихся периодов.

Первый период- Предсудорожный. Появляются мелкие подергивания мышц лица, веки закрываются, видны только белки глаз, углы рта опускаются. Этот период длится 20-30 с.

Второй период- тонических судорог. Происходит тетаническое сокращение мышц всего тела, туловище напрягается, дыхание прекращается, лицо синеет (тоническая судорога). Продолжительность этого периода 20—30 с. Он наиболее опасен для матери и плода.

Третий период- клонических судорог.

Возникают бурные судорожные подергивания мышц лица, туловища, конечностей, продолжающиеся 20-30 с. Судороги постепенно ослабевают, появляется хриплое дыхание, изо рта выделяется пена, окрашенная кровью вследствие прикусывания языка.

Четвертый период- разрешения припадка. После прекращения судорожного припадка

больная некоторое время находится в коматозном состоянии, сознание возвращается постепенно, о случившемся она ничего не помнит.

Эклампсия характеризуется глубоким нарушением важнейших функций организма, в том числе центральной нервной системы — резко повышается ее возбудимость. В связи с этим все раздражители (боль, шум, яркий свет и др.) могут вызвать новый припадок эклампсии.

Для эклампсии характерны нарушение мозгового кровообращения, отек мозга, кровоизлияния в мозг и его оболочки; нередки кровоизлияния в желудочки. Резко возрастают гипоксия и нарушение обмена веществ, связанное с кислородным голоданием и расстройством функций печени, нервной, эндокринной и других систем. В организме накапливаются недоокисленные продукты обмена белков и жиров, возникает ацидоз. Нарушения кровообращения

и кровоизлияния наблюдаются в ЦНС, в печени, почках, плаценте, желудочно-

кишечном тракте и других органах. Особенно часты множественные кровоизлияния в печени. При эклампсии часто возникают дистрофические изменения в печени, почках, плаценте и других органах. Кровоизлияния, тромбозы, дистрофические изменения, некрозы достигают значительной степени в печени. Значительно ухудшается функция почек, нарастает олигурия, содержание в моче белка и цилиндров повышается. В плаценте нередко возникают застойные явления, кровоизлияния, некрозы, инфаркты и другие изменения, ведущие к кислородному голоданию плода. При эклампсии нередко происходит частичная (редко полная) отслойка плаценты. При отслойке значительного участка плаценты возникает опасность для жизни матери (анемия) и плода (асфиксия).

Изменения, возникающие при эклампсии в организме беременной и в плаценте, приводят к нарушению условий развития плода. Он нередко рождается недоношенным. У детей, родившихся в срок, иногда наблюдаются признаки гипотрофии и функциональной незрелости. Во время припадков эклампсии кислородное голодание плода возрастает и он может погибнуть.

Диагностика при типично протекающей эклампсии не представляет особых затруднений. Распознаванию заболевания способствует наличие признаков предшествовавшей нефропатии или преэклампсии. Эти признаки иногда бываю: мало выражены, но при тщательном обследовании больной выявляются всегда. В некоторых случаях приходится проводить дифференциальную диагностику между эклампсией и гипертонической энцефалопатией, эпилепсией и другими заболеваниями центральной нервной системы. Коматозное состояние при эклампсии следует отличать от диабетической и уремической комы.

Профилактика: 1) строгое соблюдение правил гигиены и диетологии во время беременности; 2) систематическое и тщательное наблюдение за беременной в консультации и во время патронажных посещений; 3) особо тщательное наблюдение и правильное лечение беременных, у которых имеется риск возникновения

преэклапсии (гипертоническая болезнь, пороки сердца, гломерулонефрит, пиелонефрит,
диабет, тиреотоксикоз, заболевания гепатобилиарной системы, анемия); 4) своевременное выявление и правильное лечение: отеков беременных, нефропатии, преэклампсии.

Лечение:

1. Сенсорные и моторные центры головного мозга при преэклампсии и эклампсии находятся в состоянии резкой возбудимости, и различные раздражители (свет, шум, боль и др.) могут рефлекторно вызвать припадок судорог. На учете данной особенности основан важнейший принцип лечения — обеспечение строжайшего покоя, устранение зрительных, слуховых, тактильных и болевых ощущений. Больную помещают в специальную затемненную, хорошо проветриваемую палату, где не допускаются шум и лишние движения персонала. В/в вводят 25 % раствор сульфата магния по 1-2 г сухого вещ-ва в час. Препараты фенотиазинового ряда, особенно аминазином, который оказывает седативное противосудорожное и гипотензивное действие. Дроперидол в сочетании с диазепамом, нейролептики, транквилизаторы.

2 устранение сосудистого спазма, ведущего к артериальной гипертензии. Гипотензивный эффект достигается в процессе лечения сульфатом магния, аминазином, а также в результате применения эуфиллина, который вводят внутривенно. Назначают дибазол, папаверин.

3. Дегидратационная терапия способствует усилению диуреза, предупреждает гипертензию и отек мозга. С этой целью используют маннитол или фуросемид.

4. Для коррекции гипопротеинемии и гиповолемии назначают белковые препараты (альбу-
мин, протеин, растворы сухой плазмы).

5. В комплекс лечебных мероприятий входит оксигенотерапия, способствующая профилактике гипоксии у матери и плода, а также борьба с ацидозом (внутривенное введение 5% раствора гидрокарбоната натрия).

Вопрос 27

Неотложная помощь и принципы интенсивной терапии при тяжелой преэклампсии и эклампсии.

Ответ:

Симптомы тяжелой ПЭ:

- Головная боль, нарушение зрения, отек зрительного нерва;
- Тошнота, рвота;
- Боли в эпигастрии или в правом верхнем квадранте;
- Олигурия <500 мл/сутки (<30 мл/ч);
- Задержка роста плода;
- Антенатальная гибель плода;
- Отек легких/ цианоз;
- Генерализованные отеки (особенно внезапно появившиеся);
- Повышение АЛТ, АСТ в крови ≥40 МЕ/л;
- Тромбоцитопения <50 000/мкл;
- Гемолиз в периферической крови;
- Повышение уровня креатинина в крови ≥90 мкмоль/л

Действия

1 Постоянный контроль АД на обеих руках(САД ≥140 мм рт. ст. и/или ДАД ≥90 мм

рт. ст.-преэклампсия, Тяжелая ПЭ - САД ≥160 мм рт. ст. и/или ДАД ≥110 мм рт. ст.

(NB ! манжетка не снимается),

2 Срочный вызов бригады скорой медицинской помощи телефон 112, вызвать медицинскую сестру процедурного кабинета №204 с укладкой через посредника по

средством голоса, сообщить заведующему отделением- голосом или при помощи

посредника

3 Уложить в положении на левом боку

4 Расстегнуть стесняющую одежду

5 Доступ свежего воздуха

6 Обеспечить венозный доступ катетером не менее 18G(процедурная медицинская

сестра, при ее отсутствии любой медицинский сотрудник);

7 Ввести раствор Магния сульфат – 4г в/в (16 мл 25% раствора без разведения, шприцом) в течение 10-15 минут;

8 Продолжить инфузию MgSO4 25% в/в капельно - 10 мл MgSO4 25% на 200 мл NaCl

0,9% со скоростью 80 мл/ч (30 капель/мин);

9

Повышенное АД следует снижать до уровня САД 130-140 мм рт. ст., ДАД - 80-90 мм

рт. ст. со скоростью 10-20 мм рт. ст. каждые 10-20 мин.

Ограниченное в/в введение жидкости для предупреждения отека легких

Действия

1. Постоянный контроль АД на обеих руках(САД ≥140 мм рт. ст. и/или ДАД ≥90 мм

рт. ст.-преэклампсия, Тяжелая ПЭ - САД ≥160 мм рт. ст. и/или ДАД ≥110 мм рт. ст.

(NB ! манжетка не снимается),

2. Срочный вызов бригады скорой медицинской помощи телефон 112, вызвать медицинскую сестру процедурного кабинета №204 с укладкой через посредника по

средством голоса, сообщить заведующему отделением- голосом или при помощи

посредника

3. Уложить в положении на левом боку

4. Расстегнуть стесняющую одежду

5. Доступ свежего воздуха

6. Обеспечить венозный доступ катетером не менее 18G(процедурная медицинская

сестра, при ее отсутствии любой медицинский сотрудник);

7. Ввести раствор Магния сульфат – 4г в/в (16 мл 25% раствора без разведения,

шприцом) в течение 10-15 минут;

8. Продолжить инфузию MgSO4 25% в/в капельно - 10 мл MgSO4 25% на 200 мл NaCl

0,9% со скоростью 80 мл/ч (30 капель/мин);

9. Повышенное АД следует снижать до уровня САД 130-140 мм рт. ст., ДАД - 80-90 мм

рт. ст. со скоростью 10-20 мм рт. ст. каждые 10-20 мин.

Ограниченное в/в введение жидкости для предупреждения отека легких

Информация, позволяющая заподозрить эклампсию :

• Отсутствие сознания

• Наличие судорожных припадков

Действия

1 Диагностика:

• Анамнез (со слов родственников или других сопровождающих)

• Постоянный контроль АД на обеих руках (NB ! манжетка не снимается), пульс.

Повышенное АД следует снижать до уровня САД 130-140 мм рт. ст., ДАД - 80-90 мм рт.

ст. со скоростью 10-20 мм рт. ст. каждые 10-20 мин.

Вопрос 28

Тяжелая преэклампсия и эклампсия: клиника, интенсивная терапия, показания к досрочному родоразрешению.

Ответ

Симптомы тяжелой ПЭ:

- Головная боль, нарушение зрения, отек зрительного нерва;
- Тошнота, рвота;
- Боли в эпигастрии или в правом верхнем квадранте;
- Олигурия <500 мл/сутки (<30 мл/ч);
- Задержка роста плода;
- Антенатальная гибель плода;
- Отек легких/ цианоз;
- Генерализованные отеки (особенно внезапно появившиеся);
- Повышение АЛТ, АСТ в крови ≥40 МЕ/л;
- Тромбоцитопения <50 000/мкл;
- Гемолиз в периферической крови;
- Повышение уровня креатинина в крови ≥90 мкмоль/л

Действия

1 Постоянный контроль АД на обеих руках(САД ≥140 мм рт. ст. и/или ДАД ≥90 мм
рт. ст.-преэклампсия, Тяжелая ПЭ - САД ≥160 мм рт. ст. и/или ДАД ≥110 мм рт. ст.
(NB ! манжетка не снимается),

2 Срочный вызов бригады скорой медицинской помощи телефон 112, вызвать медицинскую сестру процедурного кабинета №204 с укладкой через посредника по
средством голоса, сообщить заведующему отделением- голосом или при помощи
посредника

3 Уложить в положении на левом боку

4 Расстегнуть стесняющую одежду

5 Доступ свежего воздуха

6 Обеспечить венозный доступ катетером не менее 18G(процедурная

медицинская
сестра, при ее отсутствии любой медицинский сотрудник);
7 Ввести раствор Магния сульфат – 4г в/в (16 мл 25% раствора без разведения, шприцом) в течение 10-15 минут;
8 Продолжить инфузию MgSO4 25% в/в капельно - 10 мл MgSO4 25% на 200 мл NaCl
0,9% со скоростью 80 мл/ч (30 капель/мин);
9
Повышенное АД следует снижать до уровня САД 130-140 мм рт. ст., ДАД - 80-90 мм
рт. ст. со скоростью 10-20 мм рт. ст. каждые 10-20 мин.
Ограниченное в/в введение жидкости для предупреждения отека легких
Действия
1. Постоянный контроль АД на обеих руках(САД ≥140 мм рт. ст. и/или ДАД ≥90 мм
рт. ст.-преэклампсия, Тяжелая ПЭ - САД ≥160 мм рт. ст. и/или ДАД ≥110 мм рт. ст.
(NB ! манжетка не снимается),
2. Срочный вызов бригады скорой медицинской помощи телефон 112, вызвать медицинскую сестру процедурного кабинета №204 с укладкой через посредника по
средством голоса, сообщить заведующему отделением- голосом или при помощи
посредника
3. Уложить в положении на левом боку
4. Расстегнуть стесняющую одежду
5. Доступ свежего воздуха
6. Обеспечить венозный доступ катетером не менее 18G(процедурная медицинская
сестра, при ее отсутствии любой медицинский сотрудник);

7. Ввести раствор Магния сульфат – 4г в/в (16 мл 25% раствора без разведения,
шприцом) в течение 10-15 минут;
8. Продолжить инфузию MgSO4 25% в/в капельно - 10 мл MgSO4 25% на 200 мл NaCl
0,9% со скоростью 80 мл/ч (30 капель/мин);
9. Повышенное АД следует снижать до уровня САД 130-140 мм рт. ст., ДАД - 80-90 мм
рт. ст. со скоростью 10-20 мм рт. ст. каждые 10-20 мин.
Ограниченное в/в введение жидкости для предупреждения отека легких
Информация, позволяющая заподозрить эклампсию :
• Отсутствие сознания
• Наличие судорожных припадков
Действия
1 Диагностика:
• Анамнез (со слов родственников или других сопровождающих)
• Постоянный контроль АД на обеих руках (NB ! манжетка не снимается), пульс.
Повышенное АД следует снижать до уровня САД 130-140 мм рт. ст., ДАД - 80-90 мм рт.
ст. со скоростью 10-20 мм рт. ст. каждые 10-20 мин.

Вопрос 29

Акушерская тактика при плацентарной недостаточности (принципы терапии и способы родоразрешения).

Ответ:

Плацентарная недостаточность- синдром, обусловленный морфофункциональными изменениями в плаценте, приводящий к нарушению темпов роста плода и/или гипоксии.

Лечение направлено на улучшение кровотока в системе «мать-плацента-плод» и функционального состояния плода. Основная цель лечения заключается в безопасном максимально возможном пролонгировании беременности. В комплексную патогенетическую терапию ПН включают белковую диету, витамины, микроэлементы, низкомолекулярные гепарины. Эффективность лечения оценивают на основании динамического наблюдения за состоянием плода. Частота выполнения доплерометрических исследований- 1-2 раза в неделю, КТГ- ежедневно.

Показание к досрочному родоразрешению (метод выбора- КС)- «критическое» нарушение кровотока в артерии пуповины с централизацией кровообращения плода, нарушение кровотока в венозном протоке. При ПН с гемодинамическими нарушениями I-II степени возможно пролонгирование беременности до 37 недель, ведение родов через естественные родовые пути с интранатальным мониторингом состояния плода.

Вопрос 30

Плацентарная недостаточность: принципы, классификация, диагностика, тактика ведения беременной, принципы родоразрешения.

Ответ:

Плацентарная недостаточность- синдром, обусловленный морфофункциональными изменениями в плаценте, приводящий к нарушению темпов роста плода и/или гипоксии.

Классификация:

- Первичная ПН- возникает до 16 недель беременности в следствие нарушения процессов имплантации и плацентации
- Вторичная ПН- развивается на фоне сформировавшийся плаценты (после 16 недель) под влиянием экзогенных факторов.

По клиническому течению:

1. Острая ПН (связана с ПОНРП, ифарктами плаценты)

2. Хроническая ПН – длительно протекающая, может развиваться в различные сроки беременности.

Диагностика:

Клиническая картина: при острой ПН калиническая картина определяется ее причиной (ПОНРП, разрыв матки) и гипоксией плода. При хронической ПН проявляется ЗРП и/или хронической гипоксией плода.

При доплерометрии кровотока в системе «мать-плацента-плод» выделяют степени гемодинамических нарушений:

- I степень- нарушение маточно-плацентарного или плодово-плацентарного кровотока;
- II степень- нарушение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока;
- III степень- критическое нарушение плодово-плацентарного кровотока (нулевой или реверсный диастолический кровоток в артерии пуповины и/или аорте);

Лечение: направлено на улучшение кровотока в системе «мать-плацента-плод» и функционального состояния плода. Основная цель лечения заключается в безопасном максимально возможном пролонгировании беременности. В комплексную патогенетическую терапию ПН включают белковую диету, витамины, микроэлементы, низкомолекулярные гепарины.

Показание к досрочному родоразрешению (метод выбора- КС)- «критическое» нарушение кровотока в артерии пуповины с централизацией кровообращения плода, нарушение кровотока в венозном протоке. При ПН с гемодинамическими нарушениями I-II степени возможно пролонгирование беременности до 37 недель, ведение родов через естественные родовые пути с интранатальным мониторингом состояния плода.

Вопрос 31

Значение КТГ и допплеровского исследования для оценки состояния плода.

Понятие декомпенсированной плацентарной недостаточности.

Ответ:

КТГ представляет собой метод функциональной оценки состояния плода на основании регистрации частоты его сердцебиений и ее изменений в зависимости от сокращений матки, действия внешних раздражителей или активности самого плода. Проведение КТГ считается обоснованным с 32 недель беременности. Задача мониторного наблюдения в родах заключается в своевременном распознавании ухудшения состояния плода, что позволяет адекватно проводить его коррекцию, а при необходимости ускорить родоразрешение. При характеристике состояния плода оценивают следующие параметры КТГ: базальный ритм частоты сердечных сокращений, его вариабельность, а также характер медленных ускорений (акцелераций) и замедлений (децелераций) сердечного ритма, сопоставляя их с данными, отражающими сократительную деятельность матки или активность плода. Допплерометрическое исследование кровотока в фетоплацентарной системе - безопасный, относительно простой и одновременно высокоинформативный способ оценки ее функциональных резервов. В ранние сроки допплерометрия дает информацию не только о становлении маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения, но и выявляет гемодинамические маркеры хромосомной патологии. Доплерометрия позволяет несколько ранее, чем кардиотокография диагностировать внутриутробную гипоксию плода.

Плацентарная недостаточность (ПН) - клинический синдром, обусловленный морфофункциональными изменениями в плаценте и нарушениями компенсаторно- приспособительных механизмов, обеспечивающий нормальные рост и развитие плода, а также адаптацию организма женщины к беременности.

Декомпенсированная ПН (критическое состояние плода) включает:

- СЗРП III степени симметричной, асимметричной и смешанной формы;

- III степень нарушений гемодинамики в системе мать-плацента-плод: критическое состояние плодово-плацентарного кровообращения (от-сутствие или отрицательные значения диастолического компонента в спектре кровотока в артерии пуповины) в сочетании с двухсторонними нарушениями кровотока в маточных артериях и централизацией пло-дового кровотока (снижение СДО в средней мозговой артерии ниже 2,4, повышение СДО в аорте плода выше 8);
- нарушение кровотока в венозном протоке и нижней полой вене плода;
- тяжелая гипоксия плода по данным КТГ (ниже 5 баллов);
- маловодие;
- преждевременное созревание плаценты.

Вопрос 32

Аномалии прикрепления плаценты: клиника, диагностика, акушерская тактика.

Ответ:

Плотное прикрепление плаценты в базальном слое слизистой оболочки матки. Врастание плаценты (приращение к миометрию, прирастание к мышечной оболочки, прирастание серозного слоя и/или соседних органов) Точно определить вариант патологического прикрепления плаценты возможно при целенаправленном УЗИ, МРТ и ручном отделении плаценты. При ручном отделении плаценты и ее плотном прикреплении рукой удаляют все доли плаценты. врастание плаценты не имеет патогномоничных признаков. Врастание плаценты характеризуется невозможностью самопроизвольного ручного отделения от стенки матки. Патологическое прикрепление плаценты может быть на всем протяжении (полное) или локально в одном месте (частичное, неполное) нарушения отделения плаценты и выделения последа определяется наличием или отсутствием участков отделившейся плаценты. Если плацента не отделяется на всем протяжении (полное патологическое прикрепление. Симптомы при полном прикреплении -отсутствие признаков отделения плаценты; отсутствие кровотечения. При частичном -отсутствие

признаков отделения плаценты , кровотечение. При наружном исследовании матки признаки отделения плаценты отсутствуют. Дно матки находится на уровне пупка или выше, отклоняясь при этом вправо. Общее состояние роженицы определяется величиной кровопотери и может быстро меняться. При отсутствии своевременной помощи развивается геморрагический шок. При отсутствии признаков отделения плаценты в течение 20 мин на фоне введения сокращающих средств производится ручное отделение плаценты и выделение последа. При подозрении на врастание плаценты производят лапаротомию.

Вопрос 33

Предлежание плаценты: причины, клиника, диагностика, миграция плаценты и ее особенности, тактика ведения беременности и родов.

Ответ:

Предлежание плаценты - расположение плаценты в нижнем сегменте матки в области внутреннего зева Плацента может перекрывать внутренний зев полностью или частично.

Маточные (материнские) факторы связаны с дистрофическими изменениями слизистой оболочки матки, в результате чего нарушаются условия плацентации. Хронический эндометрит; значительное число родов и абортов в анамнезе, особенно при послеродовых или послеоперационных эндометритах; рубцы на матке после КС или миомэктомии, курение. Группу риска составляют первородящие старше 35 лет и женщины, имеющие хронические заболевания, сопровождающиеся нарушениями кровообращения. К плодовым факторам, способствующим предлежанию плаценты, относят снижение протеолитических свойств плодного яйца, когда его нидация в верхних отделах матки невозможна. Можно выделить две фазы клинической картины предлежания плаценты: немая (до появления кровотечения) и манифестная, или выраженная, фаза -кровотечение. Для немой фазы характерны: высокое

расположение предлежащей части, неустойчивое или поперечное положение плода,ТП плода, угрожающее прерывание беременности, СЗРП. В течение беременности у 1/3 женщин нет никаких значимых симптомов. Основным симптомом предлежания плаценты у 2/3 женщин бывает кровотечение из половых путей, которое появляется внезапно среди полного здоровья, чаще в конце II-III триместров или с появлением первых схваток. Основным методом диагностики как предлежания плаценты, так и варианта расположения плаценты относительно внутреннего зева, особенно в немую фазу, служит УЗИ По мере увеличения тела матки плацента может перемещаться кверху до 7-10 см. Миграция плаценты - процесс морфофункциональной трансформации, преимущественно за счет структурной перестройки слоев миометрия в III триместре беременности. Миграция при низкой плацентации чаще отмечается при локализации плаценты на передней стенке матки. Тактика ведения беременности и родов при предлежании плаценты определяется состоянием беременной и плода, сроком беременности, наличием кровянистых выделений и их интенсивностью, частотой повторения эпизодов кровотечения.

Вопрос 34

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты: причины, диагностика, акушерская тактика.

Ответ:

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) называют отслойку плацентарной ткани от стенок матки до рождения плода, то есть во время беременности, в I и во II периодах родов. Причины ПОНРП
-во время беременности - сосудистая экстрагенитальная патология (артериальная гипертензия, гломерулонефриты); эндокринопатии (сахарный диабет); аутоиммунные состояния (антифосфолипидный синдром, системная красная волчанка); аллергические реакции на лекарственные препараты, гемотрансфузию; преэклампсия, особенно на фоне хронической АГ и

заболеваний почек; плацентация в области межмышечных или подслизистых миоматозных узлов;

- во время родов - излитие околоплодных вод при многоводии; гиперстимуляция матки окситоцином; уменьшение объема матки после рождения первого плода при многоплодии; короткая пуповина; запоздалый разрыв плодного пузыря. -Возможна насильственная отслойка плаценты в результате падения и травмы, наружного акушерского поворота, после проведения инвазивных диагностических манипуляций (амниоцентез, плацентоцентез). Диагностика ПОНРП основана на клинической картине заболевания, данных УЗИ и изменениях гемостаза. При диагностике следует обращать внимание на следующие важные симптомы ПОНРП: кровянистые выделения и боли в животе; гипертонус, болезненность матки; отсутствие расслабления матки в паузах между схватками во время родов; острая гипоксия плода или его антенатальная гибель; симптомы геморрагического шока. При влагалищном исследовании во время беременности шейка матки сохранена, наружный зев закрыт. В первом периоде родов плодный пузырь при отслойке плаценты обычно напряжен, иногда появляется умеренное количество кровянистых выделений сгустками из матки. При вскрытии плодного пузыря иногда изливаются околоплодные воды с примесью крови. Тактика ведения: Во время беременности при выраженной клинической картине ПОНРП показано экстренное родоразрешение путем КС независимо от срока беременности и состояния плода. В родах при ПОНРП и выраженной клинической картине заболевания проводится КС. При прогрессировании отслойки или появлении выраженных симптомов во II периоде родов тактика определяется состоянием роженицы и плода, местом нахождения предлежащей части в малом тазу. При головке, расположенной в широкой части полости малого таза и выше, показано КС. Если предлежащая часть располагается в узкой части полости малого таза или на тазовом дне, то при головном предлежании накладывают акушерские щипцы, а при ТП производят экстракцию плода за тазовый конец.

Вопрос 35

Клинический узкий таз: причины, клинические признаки, тактика врача.

Ответ:

Клинически узкий таз - клиническая ситуация, при которой отмечается несоответствие размеров таза матери и головки плода.

Причины: -небольшая степень сужения таза или аномальные «стертые» формы костного кольца малого таза и относительно крупный (3600 г и более) плод

-крупные размеры плода (4000 г и более) при нормальных размерах таза

-асинклитические вставления (заднетеменное, высокое прямое вставление стреловидного шва), разгибательные вставления (лобное, задний вид лицевого)

- отсутствие достаточной конфигурации головки при переношенной беременности -задний вид затылочного предлежания в сочетании с крупными размерами плода и/или анатомически узким тазом

-неблагоприятные предлежания и вставления головки плода при небольших степенях сужения и нормальных размерах таза; резкие анатомические изменения таза

-редкие причины (гидроцефалия плода, объемные образования органов малого таза) Основные признаки клинически узкого таза:

-нарушение механизма родов (биомеханизм родов не соответствует форме и размерам таза);

-затрудненное самостоятельное мочеиспускание или его прекращение;

-несвоевременное излитие околоплодных вод (преждевременное или раннее);

-нарушение сократительной деятельности матки (слабость или дискоординация родовой деятельности);

-длительное стояние головки во входе в малый таз;

-нарушение процессов синхронизации раскрытия маточного зева и одновременного продвижения головки плода; происходит сначала полное

открытие маточного зева, а головка плода долго остается прижатой ко входу в малый таз; -отсутствие продвижения головки по плоскостям малого таза при полном открытии маточного зева и хорошей родовой деятельности; - положительный признак Вастена и/или Цангемейстера;
-отек и цианотичность шейки матки, стенок влагалища, наружных половых органов вследствие нарушений венозного оттока и микроциркуляции;
-симптомы угрожающего разрыва матки.
Появление симптомов клинически узкого таза - показание для Кесарева Сечения.

Вопрос 36

Современные представления о формировании функциональной системы мать-плацента-плод

Ответ:

Система «мать-плацента-плод» - единая функциональная система, возникающая сразу же после зачатия, направленная на поддержание оптимальных условий развития эмбриона и плода в организме беременной женщины и связанная с возникновением сложных и взаимообусловленных адаптационных процессов и формированием плаценты, обеспечивающей взаимосвязь организма матери и плода до момента его рождения.
Можно выделить несколько особенностей функциональной системы «мать-плацента-плод»:
-Срок существования указанной системы ограничен сроком беременности, т.е. временем развития эмбриона/плода до окончания гестационного процесса
-В процессе становления и развития функциональной системы «мать-плацента-плод» принимают участие как нормальные с точки зрения анатомии и физиологии процессы, так и патологические, но необходимые для прогрессирования гестационного процесса и развития плода (инвазивный рост

трофобласта, гестационные изменения спиральных артерий).

-В ее становлении и развитии существуют «критические периоды», определяющие либо само дальнейшее ее существование, либо значимые отклонения в нормальном развитии плода.

-Функциональная система «мать-плацента-плод» имеет своей конечной целью не только рождение живого доношенного жизнеспособного новорожденного, но и оптимальную адаптацию организма женщины к гестационному процессу (т.е. физиологическое течение беременности). Например, получение кислорода извне обеспечивается гемодинамигеской функциональной системой мать-плацента-плод, являющейся подсистемой общей функциональной системы мать-плод. Она развивается первой в самом раннем онтогенезе. В ней одновременно формируется фетоплацентарное и маточно-плацентарное кровообращение.

Вопрос 37

Переношенная беременность: методы диагностики, осложнения в родах, принципы родоразрешения

Ответ:

Переношенная беременность - это беременность, которая продолжается 42 недели и более (294 дня). Диагностика.Точность диагностики перенашивания зависит от достоверности информации о гестационном сроке. Своевременная диагностика чрезвычайно важна для определения тактики ведения родов. Срок беременности определяют по дате последнего нормального менструального цикла, оплодотворения, первого визита в женскую консультацию, ощущения первых движений плода; измерения с помощью ультразвукового исследования копчико – теменного размера эмбриона в I триместре беременности и фетометрии.

Осложнения в родах. Течение родов при перенашивании беременности характеризуется большим количеством осложнений: преждевременное и

раннее излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, клинически узкий таз, развивающийся в связи с пониженной способностью головки плода к конфигурации из-за большой плотности костей черепа, разрывы мягких тканей родовых путей. В связи с повышенной частотой осложнений родов частота оперативного родоразрешения при запоздалых родах возрастает примерно в 5-8 раз. Последовый период у рожениц с переношенной беременностью достаточно часто осложняется развитием кровотечений и нарушением процессов отделения плаценты и выделения последа. Послеродовые воспалительные осложнения у родильниц после запоздалых родов также встречаются чаще.

Ведение родов. Выбор метода родоразрешения зависит от состояния внутриутробного плода. Консервативное ведение родов возможно при удовлетворительном состоянии внутриутробного плода. Для оценки состояния плода необходимо учитывать данные допплерометрии.

- Роды при перенашивании следует вести по партограмме под постоянным мониторным контролем за сердечной деятельностью плода.
- Вопросы родостимуляции решать консилиумом.
- При неудовлетворительном состоянии внутриутробного плода, «незрелых» родовых путях предпочтительно кесарево сечение в плановом порядке.
- Экстренное кесарево сечение - при угрожающем состоянии плода, при отсутствии условий - вакуум-экстракция плода.
- Неонатолога следует заранее предупредить о предполагаемых запоздалых родах.
- В родах готовность к оказанию экстренной помощи новорожденному.

Вопрос 38

Задержка роста плода: причины, формы, диагностика, акушерская тактика.

Ответ:

Задержка роста плода (ЗРП) – термин, характеризующий патологически маленького
плода, который не достиг своего потенциала роста и имеет высокий риск перинатальных осложнений (отмечается замедление показателей прироста предполагаемой массы плода (ПМП) и/или окружности живота (ОЖ) <10-го процентиля в сочетании с патологическим кровотоком по данным УЗ-допплерографии или значения ПМП и/или ОЖ <3-го процентиля).
В зависимости от начала манифестации различают два основных фенотипа ЗРП:
ранний (при постановке диагноза до 32 нед беременности) и поздний (при постановке диагноза после 32 нед)., которые значительно различаются, в первую очередь, по прогнозу для плода. Термины «симметричная форма», «асимметричная форма» ЗРП в настоящее время не рекомендуются к использованию, так как считается, что они не предоставляют дополнительной информации относительно этиологии или прогноза состояния плода.

Диагностика. Рост плода (физическое развитие плода) — это динамический процесс, выявление его нарушений требует многократного контроля за темпами прироста плода на протяжении беременности. Физические параметры (размеры) плода определяются при измерении в ходе УЗИ окружности головы (ОГ), бипариетального размера головы (БПР), ОЖ, длины бедренной кости (ДБ) и/или ПМП, вычисляемой по различным формулам.
Рекомендовано родоразрешение после 37-39 недель беременности при нормальных
показателях ЦПО у беременной с МГВ плодом
Рекомендовано родоразрешение после 37-39 недель беременности при нормальных показателях ЦПО у беременной с МГВ плодом.
Задержка развития плода может требовать различных тактик ведения

беременности и родов, в зависимости от степени её выраженности, формы и срока беременности. Цель лечения — коррекция нарушений в системе мать-плацента-плод. Повторные ультразвуковые кардиомониторные наблюдения необходимы для оценки темпов роста плода и его функционального состояния. Помимо этого, рекомендовано генетическое тестирование (НИПТ) и мониторинг через фетальный доплер. Если терапия даёт положительный результат, то беременность можно продлить. Родоразрешение проводят не ранее 37 недель беременности. Если лечение неэффективно или состояние плода ухудшается, досрочное родоразрешение необходимо, независимо от срока беременности. При декомпенсированной форме плацентарной недостаточности (ЗРП II и III степени) показано досрочное родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Вопрос 39

Ранний токсикоз: оценка степени тяжести, принципы терапии, показания к прерыванию беременности

Ответ:

Ранние токсикозы беременных встречаются у 60-50% всех беременных женщин, но требуют коррекции только у 10%.

Ранние токсикозы беременных проявляются диспептическими нарушениями в виде рвоты, слюнотечения; редковстречающиеся формы - дерматоз беременных, бронхиальная астма беременны, гепатоз беременных (вплоть до жирового гепатоза беременных).

Жалобы:

• при легкой степени - рвота до 4–5 раз в день, тошнота, апатия и снижение трудоспособности

• при средней степени – рвота до 10 раз в сутки и более, слюнотечение, значительная слабость, апатия, запор.

• при тяжелой степени - рвота до 20 раз в сутки и более, обильное слюнотечение, головные боли, головокружение, значительная слабость,

апатия, боли в правом подреберье, запор.

Цели лечения

Цели лечения – восстановление водно-солевого баланса, метаболизма, функций жизненно важных органов.

Тактика лечения

Рвота беременных легкой степени:

• контроль динамики массы тела беременной

• повторные исследования мочи на содержание ацетона при утяжелении состояния.

Рвота беременных средней тяжести: амбулаторное лечение, при ухудшении состояния стационарное. Рвота тяжелой степени: показано стационарное лечение, инфузионная терапия растворами кристаллоидов.

Показанием для прерывания беременности будут являться:

- тяжелое общее состояние
- неэффективность лечения в ближайшие 6-12 часов
- развитие острой дистрофии печени
- развитие острой почечной недостаточности

Вопрос 40

Внематочная беременность: клиника и диагностика разрыва трубы, методы оперативного лечения

Ответ:

Внематочная (эктопическая) беременность (ВБ) – беременность, при которой имплантация плодного яйца произошла вне полости матки.

Симптомы внематочной беременности: боли внизу живота и пояснице, возможно с иррадиацией в прямую кишку, преимущественно на фоне нарушений менструального цикла (задержки менструации), скудных

кровянистых выделений из половых путей. Характер болей многообразен как с позиции интенсивности, так и иррадиации. При нарушенной внематочной беременности боли могут сопровождаться головокружением, обмороками, тошнотой, рвотой, симптомами раздражения брюшины.
Диагноз внематочной беременности устанавливается на основании положительного качественного исследования мочи на хорионический гонадотропин и/или количественного исследования крови на хорионический гонадотропин, жалоб, анамнестических данных, физикального обследования, данных ультразвукового исследования органов малого таза.
Хирургическое лечение – основной метод лечения при любой форме внематочной беременности. Объем и доступ определяется в зависимости от клинической ситуации и условий выполняемой операции. Проводится хирургическое лечения как нарушенной, так и прогрессирующей трубной беременности при бета-ХГЧ более 3000- 5000 МЕ/л. Рекомендуется проведение хирургического лечения трубной беременности лапароскопическим или лапаротомным доступами для достижения излечения. Сальпингэктомия или сальпинготомия с удалением плодного яйца производится в зависимости от клинической ситуации, визуальной оценки степени разрушения трубы, состояния контрлатеральной маточной трубы и репродуктивных планов. При наличии геморрагического шока целесообразным является метод лапаротомии, как метод, способствующий более быстрой остановке кровотечения. Если пациентка гемодинамически стабильна, лапароскопический подход к хирургическому лечению нарушенной трубной беременности более предпочтителен по сравнению с методом открытого хирургического вмешательства.

Вопрос 41

Внематочная беременность: трубный аборт, клиника, диагностика, методы лечения.

Ответ:

Клиника: внезапные резкие боли в нижних отделах живота, больше на стороне поражения с иррадиацией в прямую кишку, иногда - в плечо и лопатку (френикус-симптом, обусловленный раздражением диафрагмального нерва вследствие скопления крови в брюшной полости) и симптомами геморрагического шока: холодный пот, снижение артериального давления, потеря сознания, слабый частый пульс, тошнота, редко - рвота, бледность кожных покровов.

Диагностика: при гинекологическом исследовании обнаруживают цианоз влагалища, кровяные выделения иногда отсутствуют. Введение заднего зеркала и смешения шейки матки резко болезненны, задний и боковые своды влагалища нависают, особенно резкая болезненность отмечается при пальпации заднего свода. Матку не всегда удается контурировать, обычно она несколько увеличена, размягчена и болезненна. В области придатков матки с одной стороны пальпируется тестоватость без четких контуров, иногда определяется пульсация. С диагностической целью при разрыве маточной трубы можно использовать трансвагинальное УЗИ, пункцию заднего свода влагалища (кульдоцентез) и лапароскопию.

Лечение: хирургическое. а) консервативно-пластические операции на трубах - проводятся с целью сохранения в дальнейшем репродуктивной функции и при условиях отсутствия выраженных анатомических изменений в трубе и удовлетворительном состоянии больной – в настоящее время проводятся редко ; б) удаление пораженной маточной трубы. До операции и во время операции проводится инфузионная противошоковая терапия.

Вопрос 42

Варикозная болезнь: особенности течения заболевания в период беременности, возможные осложнения, принципы терапии, особенности родоразрешения.

Ответ:

Варикозная болезнь нижних конечностей — расширение подкожных вен ног в

результате патологического изменения их стенок и клапанного аппарата, носящие стойкий и необратимый характер. Во время беременности осложнениями варикозной болезни чаще всего являются тромбофлебит поверхностных вен , тромбоз глубоких вен нижних конечностей, а также ТЭЛА. К предрасполагающим факторам развития варикозной болезни вен ног во время беременности относят: увеличение ОЦК; сдавление нижней полой вены и подвздошных вен беременной маткой; повышение венозного давления; нарушение микроциркуляции замедление кровотока в сосудах ног.
Клиническая картина: тянущие и ноющие боли в ногах; быстрая утомляемость при ходьбе; чувство тяжести в ногах; судорожные подергивания мышц ног; отёки.\
Цели лечения: остановить прогрессирование заболевания, уменьшить тяжесть клинического течения заболевания, предотвратить развитие тромбоэмболических осложнений. Госпитализация осуществляется при развитии осложнений: тромбофлебита; тромбоза глубоких вен, ТЭЛА.
Немедикаментозное лечение: лечебная физкультура, массаж, использование компрессионного трикотажа 1–2 класса компрессии (эластичные бинты, чулки или колготки) ежедневно на протяжении беременности, в родах и в послеродовом периоде.
Медикаментозное лечение может быть назначено (троксевазин, детралекс, ацетилсалициловая кислота), но не имеет должной доказательной базы.
Хирургическое лечение проводят при развитии тромбоэмболических осложнений (тромбоз глубоких вен, тромбофлебит).
Сроки и методы родоразрешения: метод родоразрешения зависит от акушерской ситуации. Предпочтительно родоразрешение через естественные родовые пути. Во время родов обязательно использование эластической компрессии (бинтование ног, чулки).

Вопрос 43

Беременность и сахарный диабет: выявления групп риска, осложнения,

противопоказания к вынашиванию беременности, особенности родоразрешения.

Ответ:

Выявление групп риска производится путем рутинного анализа крови на глюкозу натощак всем беременным при постановке на учет, далее при проведении ПГТТ.

Осложнениями гипергликемии и СД могут быть:

преэклампсия (60–70%); фетоплацентарная недостаточность (ФПН) (почти в 100%); многоводие (до 70%); преждевременные роды (25–60%); диабетическая фетопатия (44–83%); аномалии развития плода (до 9%).

Все пероральные сахароснижающие препараты в период беременности запрещены. Рекомендован подбор индивидуальной диеты в сочетании с дозированными физическими нагрузками и инсулинотерапия (если уровень гликемии натощак или после еды на фоне строгого соблюдения диеты в течение 1–2 недели хотя бы дважды превышает указанные показатели, пациентке показана инсулинотерапия).

Досрочное родоразрешение показано при:

- значимом ухудшение состояния плода;
- нарастании тяжести:

- преэклампсии;
- ретинопатии (появление множественных свежих геморрагий на глазном дне);
- нефропатии (развитии признаков почечной недостаточности).

Оптимальным сроком родоразрешения считают плановую госпитализацию в отделение патологии беременности в сроке37–38 нед., так как пролонгирование беременности до 39 недели и более повышает осложнений и оперативного родоразрешения.

Вопрос 44

ВИЧ-инфекция и беременность: осложнения беременности, пути

инфицирования плода, особенности родоразрешения.

Ответ:

Передача ВИЧ от матери ребёнку – может произойти при любом сроке беременности, во время родов и при грудном вскармливании. В основном, передача инфекции происходит в последние недели беременности и во время родов. Без профилактики частота передачи ВИЧ от матери ребенку составляет около 40%.

Во время беременности у ВИЧ-позитивной женщины возможны любые акушерские и экстрагенитальные осложнения, но их частота практически не превышает частоты таких же осложнений в целом у беременных. Значительная часть ВИЧ-инфицированных предпочитают прерывание беременности на ранних сроках. В стадии СПИДа беременность встречается редко. Наиболее частым и тяжелым осложнением гестации бывает перинатальное инфицирование плода ВИЧ, которое в отсутствие мероприятий по предотвращению передачи ВИЧ от матери к ребенку в полном объеме может достигать 30-60%; при адекватной профилактике трансмиссии вируса от матери к плоду - до 7% и ниже, в некоторых странах - до 1-2%.

Родоразрешение через естественные родовые пути может быть рекомендовано женщинам, получающим АРВТ во время беременности, если вирусная нагрузка перед родами менее 1000 коп/мл. Все акушерские манипуляции, которые могут привести к нарушению целостности кожного покрова ребенка в период родов (перинео/эпизиотомия, амниотомия, наложение акушерских щипцов, ВЭП, инвазивный мониторинг плода), должны быть строго обоснованы, не рекомендуется проведение данных процедур в рутинном порядке. Для женщин, не получавших АРВТ в период беременности, крайне нежелательна продолжительность безводного периода более 4-6 ч., так как риск инфицирования ребенка увеличивается.

Показания для планового КС: вирусная нагрузка перед родами ≥1000 копий/мл или вирусная нагрузка перед родами неизвестна. Настоятельно рекомендуется плановое КС в тех случаях, когда АРВТ не проводилась во время

беременности и/или невозможно применить АРВП в родах.
Плановое КС с целью профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку проводится по достижении 38 нед. беременности при отсутствии признаков родовой деятельности. По акушерским показаниям родоразрешение ВИЧ-инфицированной женщины путем планового или экстренного КС может проводиться на общих основаниях.

Вопрос 45

Инвазивные методы оценки состояния эмбриона/плода.

Ответ:

Существует несколько классификаций инвазивных методов исследования во время беременности:
1. по характеру доступа (трансцервикальный, трансабдоминальный);
2. по технике получения материала (путем аспирации или биопсии);
3. по характеру контроля за проведением процедуры (под ультразвуковым контролем, под контролем эндоскопических приборов);
4. по характеру получаемого материала (ворсины хориона, околоплодные воды, кровь из пуповины).

В зависимости от срока беременности проводятся следующие инвазивные вмешательства:
9-12 нед – биопсия ворсин хориона (трансцервикальная или трансабдоминальная);
13-14 недель – ранний амниоцентез, однако высок риск осложнений. Самопроизвольное прерывание беременности наблюдается от 3,8% до 5,3%, а неудачи культивирования клеток, полученных из околоплодных вод, составляют 11-12%;
15-17 недель – амниоцентез и ранний плацентоцентез;
18 недель и более – кордоцентез, амниоцентез, плацентоцентез.
Для изучения состояния околоплодных вод и плода во время беременности применяют амниоскопию - трансцервикальный осмотр нижнего полюса

плодного пузыря. Амниоскопию следует производить при хронической фетоплацентарной недостаточности, аномалиях сердечной деятельности плода, переношенной беременности.

Вопрос 46

Резус конфликт: тактика ведения беременности, показания к родоразрешению.

Ответ:

Резус конфликт - иммунологическая несовместимость по резус-фактору крови резус-отрицательной матери и резус-положительного плода, характеризующаяся сенсибилизацией материнского организма. Причиной резус-конфликта является трансплацентарное проникновение эритроцитов плода, несущих положительный резус-фактор в кровоток резус-отрицательной матери. Резус-конфликт может вызывать внутриутробную гибель плода, невынашивание беременности, мертворождение и гемолитическую болезнь новорожденного. Изоиммунизация и резус-конфликт обусловлены попаданием резус-несовместимой крови ребенка в кровоток матери и во многом зависят от исхода первой беременности у Rh (–) женщины. Резус-конфликт во время первой беременности возможен, если женщине ранее проводилось переливание крови без учета резус–совместимости. Возникновению резус-конфликта способствуют предшествующие прерывания беременности: искусственные (аборты) и самопроизвольные (выкидыши).
Проходя через плацентарный барьер, резус-АТ вступают в реакцию с антигенами эритроцитов плода (реакция «антиген-антитело»), происходит их гемолиз с образованием непрямого токсичного билирубина (желтуха). В результате гемолитической анемии стимулируется синтез эритропоэтина, возникает компенсаторное экстрамедуллярное кроветворение, очаги которого локализуются преимущественно в печени, селезенке, надпочечниках, почках

плода, плаценте и слизистой оболочке кишечника, что неизбежно приводит к нарушению их функций. Развиваются портальная гипертензия, гипопротеинемия, снижается коллоидно-осмотическое давление крови, что приводит к развитию водянки плода (асцит, генерализованные отеки). Увеличиваются сердечный выброс и минутный объем, развиваются гипертрофия миокарда и сердечная недостаточность. Тяжесть состояния плода обусловлена прогрессирующей тканевой гипоксией, ацидозом. Поскольку непрямой билирубин хорошо растворяется в липидах, он в первую очередь поражает ядра клеток головного мозга, что в периоде новорожденности способствует развитию ядерной желтухи и билирубиновой энцефалопатии

Ведение беременности у неиммунизированных женщин При условии, что отец ребенка резус-положительный, проводят следующие мероприятия:

► титр АТ необходимо определять ежемесячно до 28 нед гестации;

► с 7-8 нед беременности возможно определение резус-фактора плода по анализу свободной фетальной ДНК плода, выделяемой из крови матери с определением резус-D-гена методом ПЦР;

► при обнаружении резус-анти-D-АТ при любом сроке беременности пациентку следует вести как беременную с резус-иммунизацией;

► при отсутствии изоиммунизации беременной вводят 300 мкг иммуноглобулина человека антирезус Rh0 (D) в 28 нед беременности и в первые 72 ч после родов;

► если в 28 нед гестации не проведена профилактика иммуноглобулином человека антирезус Rh0 (D), необходимо определять АТ ежемесячно в дальнейшем и при отсутствии иммунизации решить вопрос о профилактике в послеродовом периоде;

► если в 28 нед осуществляли профилактику иммуноглобулином человека антирезус Rh0 (D), определение резус-АТ в крови беременной не имеет клинического значения и не проводится!

Ведение беременности у резус-иммунизированных (сенсибилизированных) женщин Лечение изосерологической несовместимости крови матери и плода не проводят. Признаны неэффективными методы, «снижающие степень» сенсибилизации (уровень титра АТ): неспецифическая десенсибилизирующая терапия, трансплантация кожного лоскута от мужа, плазмаферез, гемосорбция и др. Метод выбора при лечении тяжелых форм ГПБ - внутриутробное внутрисосудистое переливание отмытых лейкофильтрированных эритроцитов донора (ЭМОЛТ) плоду. Эта операция повышает уровень Ht, снижает риск развития отечной формы ГБП и позволяет пролонгировать беременность. Показанием к внутриматочному переливанию плоду ЭМОЛТ служит снижение Hb и Ht на 15% и более по отношению к норме для срока беременности. Перед трансфузией делают кордоцентез для определения уровня Ht до операции, внутривенно плоду через вену пуповины вводят мышечный нейроблокатор пипекурония бромид 0,025-0,25 мг/кг.

Метод родоразрешения беременных с резус-сенсибилизацией зависит от состояния плода, срока беременности, паритета (пер-воили повторнородящая женщина), биологической готовности родовых путей. Если клинические признаки тяжелой формы заболевания плода отсутствуют, срок беременности более 36 нед и шейка матки зрелая, роды ведут через естественные родовые пути. При тяжелой форме поражения плода предпочтительнее КС, которое позволяет избежать дополнительной травма-тизации и гипоксии больного плода во время родов. Если у беременной АВ0-сенсибилизация, показано пролонгирование беременности до доношенного срока. Следует избегать перенашивания беременности.

Вопрос 47

Гемолитическая болезнь плода и новорожденного: патогенез, диагностика,

способы терапии.

Ответ:

Гемолитическая болезнь плода

Большое значение в диагностике ГБП имеет УЗИ с фето- и плацентометрией. Для определения первых признаков ГБП УЗИ целесообразно выполнять, начиная с 18-20-й недели. Желательно проводить исследования в динамике не реже 1 раза в 2-3 нед, при тяжелых формах ГБП УЗИ выполняют каждые 1-3 дня.

К ультразвуковым признакам гемолитической болезни плода относят:

► гидроперикард (один из ранних признаков);

► асцит и гидроторакс в сочетании с многоводием - очень неблагоприятный прогностический признак ;

► кардиомегалия;

► отек кожи головы (особенно выражен) и кожи конечностей;

► плохая сократимость и утолщенные стенки желудочков сердца;

► увеличение эхогенности стенок кишечника из-за отека его стенок;

► гипертрофированная и утолщенная от отека плацента (ранний признак - увеличение толщины плаценты на 0,5-1,0 см по сравнению с нормой), структура плаценты гомогенна;

► необычная поза плода, известная как «поза Будды», при которой позвоночник и конечности плода отведены от раздутого живота;

► общая сниженная двигательная активность, что характерно для плода, страдающего тяжелой ГБП. О тяжести заболевания можно судить по следующим проявлениям ГБП, получаемым при измерении и оценке отдельных структур плода:

► увеличение диаметра вены пуповины (расширение более 10 мм), в том числе увеличение диаметра внутрипеченочного отдела пуповинной вены;

► увеличенный вертикальный размер печени (более 45 мм);

► увеличение толщины плаценты более 50 мм (60-80 мм) - поздний признак

заболевания; ► увеличение скорости кровотока в нисходящей части аорты плода (скорость изменяется обратно пропорционально уровню фетального Hb); ► выраженное многоводие

Ведущее место в диагностике анемии у плода занимает допплерометрическое исследование МССК в СМАП. Высокая МССК в СМАП объясняется увеличением сердечного выброса, обусловленного анемией и снижением вязкости крови при ГБП.

КТГ позволяет выявить характерные для гипоксии плода изменения, выраженность и тяжесть которых увеличивается по мере нарастания тяжести изосерологической несовместимости крови матери и плода. Регистрация «синусоидального типа» КТГ свидетельствует о тяжелой форме ГБП

К инвазивным методам диагностики ГБП относятся трансабдоминальный амниоцентез и кордоцентез.

Метод выбора при лечении тяжелых форм ГПБ - внутриутробное внутрисосудистое переливание отмытых лейкофильтрированных эритроцитов донора (ЭМОЛТ) плоду

В раннем неонатальном периоде выделяют три основные клинические формы ГБН:

► гемолитическая анемия без желтухи и водянки (бледность кожи, в крови снижено содержание Hb (менее 120 г/л). Желтуха отсутствует или проявляется на 2-3-и сутки, выражена незначительно и исчезает к 7-10-му дню.);

► гемолитическая анемия с желтухой;

Встречается чаще остальных форм. Для нее характерно желтушное окрашивание кожи и слизистых оболочек при рождении или сразу после родов (в отличие от физиологической желтухи). Отмечаются увеличение печени и селезенки, сниженный уровень Hb, гипербилирубинемия. Без лечения в течение 2-3 дней интенсивность желтухи нарастает, ухудшается общее состояние новорожденного, появляются симптомы билирубиновой интоксикации (вялость, снижение безусловных рефлексов, приступы апноэ).

Возможно развитие билирубиновой энцефалопатии (ядерной желтухи): беспокойство, повышение тонуса разгибательной мускулатуры, тонические судороги, симптом «заходящего солнца» (при непроизвольном вращении глаз глазные яблоки периодически смещаются вниз и несколько внутрь, при этом вверху обнажается широкая полоса склеры)

► гемолитическая анемия с желтухой и водянкой.

наиболее тяжелое проявление заболевания, нередко заканчивается внутриутробной гибелью плода или смертью новорожденного. При этой форме заболевания отмечаются выраженная анемия или тромбоцитопения, генерализованные отеки, асцит, гидроторакс, гидроперикард и геморрагический синдром. Печень и селезенка резко увеличены в размерах, уплотнены из-за очагов экстрамедуллярного кроветворения

Лечение легкой формы ГБН требует ежедневного контроля содержания Hb, Ht и билирубина. При наличии анемии выполняют переливание резус-отрицательной эритроцитарной массы. Эритроцитарную массу переливают через катетер, установленный в центральную или периферическую вену, с помощью шприцевого насоса со скоростью 3-5 мл/ч, под контролем АД, ЧСС, диуреза. Показана инфузионная терапия, направленная на детоксикацию организма новорожденного, повышение билирубинсвязывающей способности альбумина крови и коррекцию метаболических нарушений (10% раствор декстрозы, 5% раствор альбумина человека по 8-10 мл/кг, плазма крови человека по 10- 15 мл/кг). Общий объем вводимой жидкости должен составлять 100-150% физиологической потребности новорожденного. Проводят также фототерапию, направленную на разрушение в коже новорожденного непрямого билирубина до его водорастворимых продуктов. Для фототерапии используют лампы дневного или синего цвета с длиной волны 460-480 нм. Ее проводят в кювезе в непрерывном или импульсном режимею

Помимо инфузионной и фототерапии проводят лечение, направленное на

предотвращение холестаза и абсорбции билирубина, экскретируемого в кишечник. Назначают раствор магния сульфата 5-8 мл/кг, 4% раствор калия хлорида 5-8 мл/кг, 5% раствор декстрозы общим объемом до 50-100мл/сут. Основной метод лечения гипербилирубинемии новорожденного - заменное переливание крови. Различают раннее заменное переливание крови (в 1-2-е сутки жизни) и позднее (с 3-х суток жизни). Раннее заменное переливание крови необ- ходимо для выведения из кровотока новорожденного билирубина и заблокированных АТ эритроцитов, повышения концентрации Hb. Позднее переливание крови необходимо в основном для предупреждения билирубиновой интоксикации.

Вопрос 48

Осложнения преэклампсии: особенности течения, исход, профилактика, принципы терапии и родоразрешения.

Ответ:

К осложнениям преэклампсии относят:

► эклампсия;

► отек, кровоизлияния и отслойка сетчатки;

► острый жировой гепатоз;

► HELLP-синдром;

► острая почечная недостаточность;

► отек легких;

► ишемический или геморрагический инсульт;

► преждевременная отслойка плаценты;

► антенатальная гибель плода.

Все осложнения преэклампсии соповождаются тяжелым состоянием как матери, так и плода и поэтому требуют немедленного оказания медицинсколй помощи, объем которой зависит от развивщегося осложнения. Однако, любое

из перечисленных осложнений является показанием для экстренной госпитализации пациентки и родоразрешения (кесарево сечение) после стабилизации состояния пациентки: проведения гипотезивной, противосудорожной терапии, нормализации реалогических свойств крови. Роды через естесственные пути могут быть завершены только если осложнение преэклампсии возникло во втором периоде родов и условия для выполнения кесарева сечения отсутствуют. В этом случае необходимо выполнить операцию наложения акушерских щипцов. Материнские и перинатальные исходы многообразны и зависят от формы осложнения, своевременности оказания помощи и родоразрешения. Кроме того, необходимо помнить о возможности возникновения рецидива возникшего осложнения, что заставляет и в послеродовом периоде проводит мониторинг состояния родильницы как на этапе стационарного, так и амбулаторного ведения пациентки.

Вопрос 49

Неинвазивные методы оценки состояния фетоплацентарной системы.

Ответ:

Включают в себя ультразвуковое исследование с использованием доплерометрии, оценку биохимических маркеров хромосомных аномалий, кардиотокографию.

Ультразвуковое исследование проводится на протяжении беременности несколько раз даже при отсутствии осложнений. Первое УЗИ, как правило, выполняют с целью диагностики беременности и определения локализации плодного яйца.

Первое скриннинговое УЗИ выполняют на сроках 11-14 недель в ходе которого оценивают размеры плода, соответствие их гестационному сроку, маркеры хромосомных аномалий, расположение плаценты, количество околоплодных

вод и сердечную деятельность плода.
Второе скриннинговое УЗИ выполняют на сроках 19-21 неделя. Основной задачей этого исследования является оценка анатомии плода. Кроме того, врач УЗИ определяет размеры плода, особенности расположения плаценты, количество околоплодных вод., так же возможно проведение цервикометрии.

Доплерометрию маточно-плацентарного кровотока проводят на сроках 26-28 недель. Оценивают пульсационный индекс в следующих сосудах: маточные артерии (правая и левая), артерия пуповины, средняя мозговая артерия. При необходимости возожно провести оценку кровотока в аорте плода, почечной артерии, венозном протоке.

Кардиотокографическое исследование начинают проводить с 32 недель, когда завершит формирование кардио-васкулярный рефлекс. В ходе КТГ оценивают среднюю частоту базального ритма, его вариабельность, а также реактивностб серечно-сосудистой системы плода.
В норме средняя частота базального ритма составляет 110-160 уд. в мин. Вариабельность 25 уд. в мин.

Вопрос 50
Преэклампсия: симптомы, оценка степени тяжести, осложнения, показания к досрочному родоразрешению

Ответ:

Основные клинические проявления ПЭ - АГ, протеинурия и отеки. Сочетание этих симптомов называется триадой Цангемейстера, при тяжелой ПЭ она отмечается в 95% случаев. Нередко встречаются моносимптомные формы ПЭ, либо два симптома в разных сочетаниях, либо варианты заболевания со

стертым течением.
АГ - проявление системного сосудистого спазма и отражает его тяжесть. Критерии АГ: систолическое АД ≥140 мм рт.ст. и/или диастолическое АД ≥90 мм рт.ст. Умеренная АГ 140159/90-109 мм рт.ст., тяжелая 160/110 мм рт.ст. и выше.

Протеинурия - важный диагностический и прогностический признак заболевания. «Золотой стандарт» для определения протеинурии - количественное определение белка в суточной порции мочи. Клинически значимая протеинурия во время беременности определена как количество белка >0,3 г/л в суточной пробе, либо в двух пробах, взятых с интервалом в 6 ч, либо при использовании тест-полоски. Умеренная проте-инурия - уровень белка >0,3 г/24 ч или >0,3 г/л в двух порциях мочи, взятых с интервалом в 6 ч, или значение «1+» по тестполоске. Выраженная проте-инурия - содержание белка >5 г/24 ч или >3 г/л в двух порциях мочи, взятых с интервалом в 6 ч, или значения «3+» по тест-полоске.

Отеки беременных не являются диагностическим критерием ПЭ. При физиологически протекающей беременности умеренные отеки наблюдают у 50- 80% женщин. Возникают вследствие нарушения водно-солевого, белкового обмена и нарушения проницаемости клеточных мембран.
Для умеренной преэклампсии характерно: уровень АД ≥140/90-159/109 мм рт.ст.;, протеинурия ≥0,3, но <5 г/л.
Клинические критерии тяжелой ПЭ (в дополнение к АГ и протенурии), свидетельствующие о развитии полиорганной недостаточности:
► HELLP-синдром;
► расстройство ЦНС (нарушение зрения, головная боль);
► нарушение функции почек (олигурия <500 мл/сут, повышение уровня креатинина);
► отек легких;

► внезапное возникновение отеков лица, рук, ног;

► отек зрительного диска;

► нарушение функции печени (повышение активности АЛТ, АСТ);

► боли в эпигастральной области или правом подреберье;

► тромбоцитопения (<100×109/л);

► гипокинетический тип центральной материнской гемодинамики с повышенным общим периферическим сосудистым сопротивлением (более 2000 дин×с×см-5);

► выраженные нарушения кровотока в почечных артериях: СДО в почечных артериях >2,3; ► двустороннее нарушение кровотока в маточных артериях: СДО в маточных артериях >2,4;

► выраженные нарушения мозгового кровотока (ретроградный ток крови в надблоковых артериях, повышение пульсационного индекса во внутренней сонной артерии более 2,0);

► отсутствие нормализации или ухудшение показателей системной материнской гемодинамики на фоне комплексной интенсивной терапии ПЭ;

► СЗРП, маловодие, нарушение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока, признаки гипоксии плода по данным КТГ, критическое состояние плода.

Осложнения ПЭ:

► эклампсия;

► отек, кровоизлияния и отслойка сетчатки;

► острый жировой гепатоз;

► HELLP-синдром;

► острая почечная недостаточность;

►субкапсулярная гематома печени

► отек легких;

► ишемический или геморрагический инсульт;

► преждевременная отслойка плаценты;

► антенатальная гибель плода.

Показания к досрочному родоразрешению путем операции КС при ПЭ:

► ПЭ тяжелой степени при отсутствии эффекта от интенсивной терапии в течение 2 ч;

► ПЭ умеренной степени при отсутствии эффекта от лечения в течение 5 сут;

► сочетание ПЭ с выраженной фетоплацентарной недостаточностью (критическое состояние плодового кровотока - отсутствие или ретроградное направление кровотока в артерии пуповины);

► сочетание ПЭ с СЗРП при отсутствии роста плода на фоне терапии.

Родоразрешение путем операции КС в экстренном порядке показано в следующих ситуациях:

► эклампсии;

► постэклamптической коме;

► кровоизлиянии в мозг;

► HELLP-синдроме, остром жировом гепатозе;

► отслойке сетчатки;

► ПОНРП.

Вопрос 51

Акушерский перитонит: классификация, принципы диагностики и лечения.

Ответ:

Перитонит – острое воспаление брюшины, сопровождающееся тяжелыми общими симптомами с прогрессирующим нарушением функций жизненно важных органов и систем и последующим развитием полиорганной недостаточности.

Выделяют 3 возможных механизма инфицирования брюшной полости у пациенток, перенесших кесарево сечение:

1. Перитонит возникает вследствие инфицирования брюшины во время кесарева

сечения (при сопутствующем хориоамнионите, длительном безводном промежутке). Источником инфекции является содержимое матки, попадающее в брюшную полость в процессе операции ("ранний" перитонит на 1-2 сутки, герметичность матки сохранена).

2. Перитонит вследствие нарушения микроциркуляции в сосудах кишечника при эндометрите, стойкий парез кишечника, на 3-4 сутки. Грамотрицательные и анаэробные бактерии, флора кишечника, поступает в брюшную полость. Эндотоксины, произведенные грамотрицательными бактериями, приводят к выбросу цитокинов, которые вызывают клеточные и гуморальные каскады, заканчивающиеся клеточным повреждением, а у ряда больных инфекционным шоком и синдромом полиорганной недостаточности.

3. Акушерский перитонит вследствие неполноценности рубца на матке при его гнойном расплавлении, на 4-9 сутки

Принципы диагностики и лечения:

На этапе постановки диагноза рекомендуется: Общее физикальное обследование родильницы (осмотр кожных покровов и слизистых оболочек, пальпация региональных лимфоузлов, молочных желез, живота, выявление нарушений перистальтики, перитонеальных симптомов, осмотр швов на передней брюшной стенке, промежности, пальпация по ходу сосудистых пучков нижних конечностей); Термометрия, измерение частоты пульса и артериального давления; Рекомендуется осмотр в зеркалах, проведение бимануального исследования (при осмотре в зеркалах необходимо обратить внимание на состояние цервикального канала (его зияние, мутные лохии позволяют заподозрить ПЭ и наличие в матке патологических субстратов), при бимануальном исследовании следует определить консистенцию матки, ее размеры. У большинства больных отмечается болезненность при пальпации матки в области дна и боковых стенок). При распространенном перитоните ректальное и влагалищное исследования позволяют выявить выраженную болезненность передней стенки прямой кишки или сводов влагалища, что объясняется раздражением тазовой брюшины перитонеальным экссудатом.

Лабораторная диагностика:

- общий анализ крови (лейкоцитоз или лейкопения, нейтрофилез с резко выраженным сдвигом влево, прогрессирующая анемия, тромбоцитопения), гемостазиограмма (выявление гиперкоагуляции, иногда признаков коагулопатии потребления),
- биохимический анализ крови: (нарушение белкового обмена, изменение показателей липидного обмена, увеличение содержания азотистых шлаков; определение С-реактивного протеина, прокальцитонина; развитие метаболического ацидоза и респираторного алкалоза, сдвиг электролитов плазмы крови (гипокалийемия)),
- общий анализ мочи (протеинурия, лейкоцитурия, цилиндрурия).
- забор биологических сред для проведения микробиологических исследований с количественной оценкой микробной обсемененности и определением чувствительности к антибактериальным препаратам: крови (особенно при ознобах), отделяемого из матки и брюшной полости (при возможности во время операции) и отделяемого из дренажей в послеоперационном периоде.

Инструментальная диагностика:

- УЗИ органов брюшной полости. Эхографическими критериями перитонита являются: - наличие свободной жидкости (эхонегативное образование, не имеющее капсулы и меняющее форму при перемене положения тела) в маточнопрямокишечном пространстве, латеральных каналах брюшной полости, между петлями кишечника, под печенью, диафрагмой; - появление большого количества газа и жидкости в перерастянутых петлях кишечника; - резкое ослабление или отсутствие перистальтических волн.
- УЗИ органов малого таза Трансвагинальная эхография при эндометрите определяет увеличение переднезаднего размера и объема матки, в некоторых случаях — патологические включения в ее полости. О полной несостоятельности швов свидетельствует выявление «ниши», доходящей до наружного контура матки, или дефекта стенки, составляющего 75 % ее

толщины. Трансвагинальное ультразвуковое сканирование помогает обнаружить гнойники, расположенные под пузырно-маточной складкой или между маткой и мочевым пузырем, а также за их пределами в малом тазу, прикрытые припаявшимся большим сальником. Рентгенологическое исследование брюшной полости. Основным рентгенологическим признаком перитонита является картина паралитической кишечной непроходимости.

- Магнитно-резонансная томография (МРТ) – технология, которая используются в основном для диагностики интраабдоминальных абсцессов, отграниченного перитонита.
- Диагностическая лапароскопия.

Лечение акушерского перитонита проводят в отделении интенсивной терапии или реанимации совместно акушером-гинекологом, хирургом, реаниматологом и терапевтом. Ключевую роль в лечении акушерского перитонита играет своевременное оперативное вмешательство и адекватная антибактериальная терапия. 1. Антибактериальная терапия. Используются те же комбинации препаратов, что и при тяжелой форме эндометрита, поскольку именно эта нозологическая форма наиболее часто предшествует акушерскому перитониту. 2. Инфузионная терапия, направленная на ликвидацию гиповолемии и метаболического ацидоза, коррекцию водного, электролитного и белкового баланса, детоксикацию организма. 3. Коллегиально решить вопрос об удалении матки, учитывая, что очень часто признаков «классического» эндометрита может не быть, и в клинике преобладают системные проявления в виде нарастания симптомов полиорганной недостаточности.

Вопрос 52

Беременность и гипертоническая болезнь: диагностика, течение, осложнения во время беременности и в родах, принципы родоразрешения.

Ответ:

Артериальная гипертензия - повышение систолического АД до 140 мм рт ст и

выше и/или диастолического до 90 мм рт ст и выше, если такое повышение стабильно, т.е подтверждается при повторных измерениях на протяжении 4 недель.

Среди всех гипертензивных нарушений беременных, в 30% наблюдений встречается хроническая артериальная гипертензия, которая делится на первичную АГ-гипертоническая болезнь и вторичную - симптоматическую АГ. АГ, диагностированная до наступления беременности или до 20-й недели беременности; АГ, возникшая после 20-й недели беременности, но не исчезнувшая после родов в течение 12-ти недель, также классифицируется как хроническая АГ, но уже ретроспективно. В этой ситуации после родов необходимо уточнение генеза АГ (гипертоническая болезнь или симптоматическая АГ).

Диагностика:

Необходимо оценить: стадию АГ, наличие факторов риска, поражение органов-мишеней, наличие или отсутствие ассоциированных клинических состояний.

К факторам риска относят: курение, гиперхолестеринемию, СД, гипергликемию натощак, нарушенный тест толерантности к глюкозе, дислипидемию, метаболический синдром.

С целью диагностики гипертонической болезни, определения степени ее тяжести, оценки эффективности терапии, необходимо комплексное обследование, включающее:

- Мониторинг АД, сатурации крови, пульса, дыхания
- Клинический анализ крови (Hb, Ht, количество тромбоцитов)
- Мазок периферической крови на выявление шистоцитов
- Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, общий белок, альбумин, мочевина, креатинин, билирубин и его фракции, ЛДГ, ЩФ, ГГТП)
- Коагулограмма (ФГ, МНО, протромбин, тромбиновое время)
- Общий анализ мочи
- Проба Реберга
- Анализ мочи по Зимницкому

- Анализ мочи на суточную протеинурию
- Оценка диуреза
- Суточное мониторирование АД
- Оценка глазного дна
- УЗИ плода (фетометрия, допплерометрическое исследование кровотока в системе мать-плацента-плод)

Принципы терапии:

При хронической АГ в первой половине беременности возможно физиологическое снижение уровня АД до нормальных величин. В этой клинической ситуации при отсутствии у женщины поражения органов-мишеней антигипертензивная терапия может быть временно приостановлена. В дальнейшем при повышении АД ≥ 140/90 мм рт.ст. лечение необходимо возобновить.

Цель антигипертензивной терапии у беременных с хронической АГ заключается в поддержании уровня АД, при котором риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и нарушений мозгового кровообращения становится минимальным.

Основными препаратами для лечения АГ во время беременности являются:

- метилдопа (препарат первой линии),
- антагонисты кальция нифедипин (препарат второй линии)
- β-адреноблокаторы (препарат второй линии)

Ингибиторы АПФ и блокаторы рецептора ангиотензина II при беременности противопоказаны.

Метилдопа в большинстве стран является препаратом первой линии при лечении АГ беременных.

Антагонисты кальция рекомендуют использовать для лечения АГ беременных в случаях, когда АГ рефрактерна к терапии метилдопой. Антагонисты кальция

представлены как препараты второй линии, и имеются данные о том, что они более эффективны в лечении АГ беременных, чем некоторые β-адреноблокаторы.

При тяжелой АГ возникает необходимость назначения комбинированной антигипертензивной терапии.

Принципы родоразрешения: При гестационной АГ, хронической АГ в доношенном сроке беременности – показано родоразрешение через естественные родовые пути (при отсутствии каких-либо других показаний к операции кесарево сечение). Таким пациенткам целесообразно начинать подготовку родовых путей к родам с 38 недель, с последующей индукцией родовой деятельности. На протяжении всего периода родоразрешения необходимо проведение противосудорожной и антигипертензивной терапии, контроль цифр АД. Рекомендовано обезболивание родов путем проведения эпидуральной анестезии.

Вопрос 53

Анемия беременных: патогенез, диагностика, осложнения, лечение, профилактика.

Ответ:

Анемия-патологическое состояние, характеризующееся снижением концентрации гемоглобина ниже соответствующих нормальных значений. При беременности диагноз правомерен при уровне гемоглобина ниже 110 г/л.

В основе патогенеза анемии - дисбаланс между поступлением и выведением железа, а также повышенный расход железа.

Ведущее место среди анемий у беременных занимает *железодефицитная анемия*. Она встречается в 75-95% всех анемий. Анемия, связанная с дефицитом витамина В12 при беременности, встречается крайне редко.

Тяжесть течения анемии определяется по уровню гемоглобина в периферической крови. Различают 3 степени тяжести:

I. Гемоглобин 110-91 г/л, эритроциты 3,6-3,2 *10^{12}/л.

II. Гемоглобин 90-71 г/л, эритроциты 3,2-3,0 * 10^{12}/л.

III. Гемоглобин меньше 70 г/л, эритроциты меньше 3,0 * 10^{12}/л.

Анемия возникает в результате дисбаланса между поступлением железа в организм с пищевыми продуктами и адсорбцией в желудочно-кишечном тракте. В норме запасы железа в организме женщины - 300 мг. В процессе физиологической беременности организма "теряет" от 400 до 1000 мг железа. Это имеет значение у многорожавших женщин при малом интервале между родами и отсутствии достаточного времени для восстановления потерь.

Во время беременности потребность организма женщины в железе резко возрастает в связи с интенсивной его утилизацией. Каждая нормальная беременность приводит к дефициту железа, но его размеры невелики и он компенсируется мобилизацией из депо. Если происходит нарушение поступления железа и его утилизации в организме, то расходуются собственные резервы (истощаются запасы железа в депо, снижается уровень транспортного железа, снижается активность железосодержащих белков, а затем нарушается синтез гемоглобина).

Особенности течения беременности и родов.

1. Часто тяжелая степень анемии развивается у повторнородящих женщин.

2. У женщин с анемией выше процент преждевременных родов, плацентарной недостаточности.

3. Мертворождаемость - 11,5% за счет антенатальной гибели плода.

4. В родах при анемии у беременных акушерские кровотечения встречаются в 3-4 раза чаще

5. Анемия - фактор риска развития внутриутробной патологии: инфицирования и гипотрофии плода.

Диагностика включает в себя :

1. Клинический анализ крови (Количество эритроцитов и гемоглобина, цветной показатель, гематокрит)

2. Биохимический анализ крови (Показатели содержания железа, обмена железа,

общий белок, белковые фракции)

3. Анализ кала на скрытую кровь

Лечение.

I ст. - проводится в амбулаторных условиях. II и III ст. - в стационаре.

Принципы терапии:

Белковая диета

Коррекция дефицита железа, белка, микроэлементов, витаминов

Профилактика осложнений беременности и родов

В питании беременной особое место занимают белки. В суточном рационе должно быть 2-3 г белка на 1 кг массы тела женщины, 180-240 г - в виде отварного мяса или птицы (60-100 г), рыба (40-60 г), творог (100-120 г), яйцо 1 шт., сыр 15 г.

Основной источник железа - мясные продукты: говядина, печень, субпродукты содержат 5-15 мг железа в 100 г продукта. Богаты железом: яйца, рыба, овсяная и гречневая крупы, фасоль, хлеб (1-5 мг/100 г). Хорошо усваивается железо содержащиеся во фруктах: персики, шпинат, петрушка - там присутствует и витамин С. Железо содержится также в гранатах, урюке, дыне, свекле, помидорах.

Медикаментозное лечение:

При анемии I ст. Антианемическая терапия заключается в применении пероральных препаратов железа: Сорбифер, Фенюльс, Мальтофер и т.д., в в сочетании с витаминами: витамин С 0,5 г в день, метионин 0,25 г 4 раза в день, глутаминовая кислота 0,5 г 3-4 раза в день.

Лечение II и III ст. Анемии проводится в стационаре, предпочитетльны железосодержащие препараты с внутримышечным, внутривенным введением (Венофер, Феринжект).

Тактика ведения родов при анемии определяется в зависимости от акушерской ситуации.

Вопрос 54

Беременность и аппендицит: диагностика, вопросы дифференциального диагноза, врачебная тактика.

Ответ:

Диагностика аппендицита у беременных представляет определенные трудности (они возрастают по мере увеличения срока беременности). При этом важны следующие моменты:

- смещение слепой кишки и червеобразного отростка увеличивающейся маткой создает трудности в дифференциальной диагностике острого аппендицита с острым холециститом, заболеванием правой почки;
- остаются постоянными боли и локализованная болезненность в нижнем отделе правой половины живота, остальные признаки менее постоянны, отмечается невыраженность болей;
- напряжение брюшной стенки определяется редко (особенно во второй половине беременности);
- реже, чем у не беременных женщин, выявляются симптомы Щеткина-Блюмберга, Ровзинга и др.;
- число лейкоцитов может быть нормальным или слегка повышенным, более постоянно наблюдается сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Диагностика:

- Жалобы (диспептические расстройства, тошнота, рвота, боли в животе).
- Осмотр живота: пациентка должна определить очаг наибольшей болезненности тпри различных положения тела.
- Поверхностная и глубокая пальпация живота
- Влагалищное исследованиЕ
- Прямокишечно-брюшностеночное исследование
- Клинико-лабораторное исследование: Общий анализ крови (повышение лейкоцитов со сдвигом лейкоцитарной формулы в сторону нейтрофилов); Развернутый биохимический анализ крови; Коагулограмма; Общий анализ мочи

Инструментальные методы диагностики:

УЗИ брюшной полости в сочетании с допплерометрией. Основной эхографический признак острого аппендицита: визуализация неперистальтирующей, исходящей из слепой кишки утолщенной трубчатой структуры повышенной эхогенности. Удается выявить увеличенный диаметр червеобразного отростка и утолщение его стенки.

Дополнительные методы диагностики острого аппендицита у беременных: МРТ и КТ органов брюшной полости.

Дифференциальная диагностика проводится с такими заболеваниями, как:

- Ранний токсикоз
- Угроза прерывания беременности
- Почечная колика
- Острый пиелонефрит
- Острый холецистит
- Острый панкреатит
- Перекрут ножки опухоли яичника

Лечение: острый аппендицит- показание к хиркургическому лечению, независимо от срока беременности. Объем хирургического лечения при неосложненном варианте - аппендэктомия. Хирургический доступ зависит от срока гестации:

1 триместр беременности: Лапароскопия, либо лапаротомия (косой разрез по методике Волковича-Дьяконова)

2 триместр беременности: лапаротомия (косой разрез по методике Волковича-Дьяконова)-до 24 недели, с 24 недели- предпочтительна нижнесрединная лапаротомия

3 триместр беременности и осложненные формы: нижнесрединная лапаротомия.

Вопрос 55

Невынашивание беременности: классификация, причины, патогенез. Вопросы

терапии и реабилитации.

Ответ:

Невынашивание - прерывание беременности в сроки от момента зачатия до 37 недель гестации.

Классификация:

Самопроизвольный выкидыш - самопроизвольное изгнание эмбриона/плода из полости матки в сроки от момента зачатия до 22 полных недель гестации (до достижения плодом жизнеспособности), ранний самопроизвольный выкидыш - до 12 недели, поздний самопроизвольный выкидыш-с 12 до 22 недели.

Преждевременные роды - роды в срок с 22 до 37 полных недель гестации.

22-27 нед — очень ранние преждевременные роды

28-33 нед — ранние преждевременные роды

34-37 нед — преждевременные роды

Причины:

Среди причин невынашивания беременности выделяют генетические, анатомические, эндокринные, инфекционные, иммунологические и тромбофилические факторы. При исключении всех вышеперечисленных причин генез привычного выкидыша считают неясным (идиопатические).

Согласно существующим в настоящее время представлениям, помимо генетических и частично инфекционных причин, приводящих к закладке аномального эмбриона, реализация повреждающего действия других факторов (анатомических, эндокринных, иммунологических) заключается в создании неблагоприятного фона для развития генетически полноценного плодного яйца, что сопровождается истощением резервных возможностей хориона и остановкой развития (эмбриогенеза). Критическими сроками в I триместре беременности считают 6-8 нед (гибель эмбриона) и 10-12 нед (экспульсия плодного яйца).

Эндокринный фактор невынашивания в первую очередь связан со снижением уровня прогестерона в крови, а также повышенным уровнем эстрогенов,

андрогенов.

Анатомический фактор невынашивания обусловлен врожденными (двурогая матка, перегородка матки и т.д) и приобретенными аномалиями строения матки (миома матки), а также шейки матки.

Одним из важных факторов невынашивания является истмико-цервикальная недостаточность - состояние, характеризующееся преждевременным укорочением и раскрытием шейки матки, что приводит к самопроизвольным выкидышам и преждевременным родам.

Вопросы терапии.

При угрожающем, а также начавшемся самопроизвольном выкидыше показано проведение терапии, направленной на пролонгирование беременности, на фоне лечебно-охранительного режима. Терапия включает в себя препараты: прогестагены, с целью снижения тонуса миометрия, кровоостанавливающие препараты, с целью остановки кровотечения. Также возможно назначение спазмолитической терапии.

При диагностике ИЦН показана хирургическая коррекция (наложение швов на шейку матки), либо установка акушерского пессария, а также обязательное назначение прогестагенов (Утрожестан, Дюфастон).

При аборте в ходу, самопроизвольном неполном выкидыше - показано хирургическое лечение (вакуум-аспирация полости матки), в послеоперационном периоде - возможна кровоостанавливающая терапия, по необходимости - утеротоническая (Окситоцин), антибактериальная.

Реабилитация после самопроизвольного выкидыша в среднем занимает 3-6 мес, заключается в контрацепции на этот период, прегравидарной подготовке под контролем акушера-гинеколога поликлиники. При привычном невынашивании (2 и более случаев потери беременности в анамнезе), показано более детальное обследование перед планированием следующей беременности, для выявления фактора привычного невынашивания, его коррекции или устранения, с целью снижения риска повторных потерь беременности.

Терапия угрожающих преждевременных родов включает в себя прогестагены

(прием Утрожестана допустим до 34 недели гестации), токолитическую терапию (В-адреномиметики - Гексопреналин натрия, блокаторы окситоциновых рецепторов - Атозибан, блокаторы кальциевых каналов - Нифедипин, в также НПВС - Индометацин), спазмолитическую терапию (Дротаверин), профилактику РДС плода (проводится однократно, с 24 по 34 неделю беременности, препарат - Дексаметазон, суммарная доза 24 мг в течение суток). С целью профилактики осложнений, обусловленных недоношенностью, незрелостью ЦНС, с целью нейропротекторного действия для плода целесообразно проведение терапии MgSO4 (в/в кап).

Вопрос 56

Многоплодная беременность: диагностика, осложнения во время беременности и в родах. Современные подходы к родоразрешению.

Ответ:

Многоплодной называют беременность, при которой в организме женщины развиваются два или более плодов. Дизиготная многоплодная беременность - результат оплодотворения двух и более яйцеклеток, созревающих в течение одного менструального цикла; у каждого эмбриона формируются отдельная плацента и амниотическая полость.

Монозиготная многоплодная беременность - результат оплодотворения одной яйцеклетки и её последующего деления. При многоплодной беременности перинатальные риски значительно выше, чем при одноплодной. В связи с этим многоплодную беременность и роды относят к осложнённой беременности.

Диагноз многоплодной беременности устанавливается при проведении УЗИ и визуализации двух и более эмбрионов.

Осложнения со стороны матери:

а) Гипертензивные расстройства при беременности. В группе высокого риска рекомендуется приём низких доз аспирина (150 мг) с 12 (не позднее 16) недель беременности. Рекомендуется оценка уровня АД и тест на протеинурию при

каждом визите к врачу; б) Гестационный сахарный диабет
Многоплодная беременность повышает риск развития ГСД, в связи с чем показано проведение ПГТ в установленные сроки; в) Аномалии плацентации. Предлежание плаценты и vasa praevia чаще описаны при многоплодии, в связи с чем показан УЗ-контроль в динамике при подозрении на эти синдромы начиная с I триместра. Подходы к тактике ведения беременности и родоразрешения не отличаются от таковых при одноплодной беременности; г) Преждевременные роды. Спонтанные ПР и ПИОВ – самые частые осложнения многоплодия, приводящие к тяжёлым перинатальным исходам. Многоплодие сопряжено с высоким риском формирования ИЦН.
Осложнения, специфические для монохориального многоплодия:
1) Фето-фетальный трансфузионный синдром (ФФТС)- развивается вследствие несбалансированного сброса крови между плодами по васкулярным анастомозам общей плаценты. При этом возможно проведение лазерной коагуляции сосудистых анастомозов плаценты.
2) Синдром анемии-полицитемии (САП). Для своевременной антенатальной диагностики САП целесообразно проводить допплерометрическое измерение максимальной систолической скорости кровотока в СМА плодов раз в две недели с 16 недель беременности, особенно после фетоскопической лазерной коагуляции сосудистых анастомозов плаценты.
3) Синдром селективного замедления роста плода, при котором вес одного из плодов менее 10 процентили и дискордантность предполагаемой массы плодов более 25% (по результатам УЗИ).
При неосложнённом течении беременности плановое родоразрешение рекомендуется в сроки: • 37-38 недель- при монохориальной двойне;
• 38-39 недель- при дихориальной двойне; • 35-36 недель- при тройне (УД 3).
Для выбора метода родоразрешения необходимо учитывать следующие факторы:
• Срок беременности
• Количество плодов.

• Хориальность и амниональность.
• Положение и предлежание плодов.
• Предполагаемые массы плодов.
• Наличие осложнений течения беременности.
• Состояние матери (наличие экстрагенитальной патологии и/или осложнений беременности).

Вопрос 57

Истмико-цервикальная недостаточность: причины, диагностика, хирургическая коррекции во время беременности.

Ответ:

ИЦН – укорочение ШМ меньше 25 мм и/или дилатация ЦК более 10 мм (на всем протяжении) ранее 37 недель беременности без клинической картины угрожающего выкидыша/ПР.

ИЦН возникает вследствие функциональных или структурных изменений ШМ под влиянием различных этиологических факторов. Ключевой фактор формирования функциональной ИЦН – дефект синтеза коллагена, обеспечивающего до 85% веса ткани ШМ.

Факторами риска ИЦН являются:

- Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез: поздний выкидыш, привычный выкидыш (ПВ), ПР, ПРПО до 32 недель, укорочение ШМ менее 25 мм до 27 недель.
- Особенности течения настоящей беременности: многоплодие, многоводие.
- Соматические заболевания: избыточная масса тела и ожирение, железодефицитная анемия, системные поражения соединительной ткани.
- Инфекционно-воспалительные заболевания и дисбиотические состояния влагалища: бактериальный вагиноз, вульвовагинит, воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ).

- Гормональные нарушения (синдром поликистозных яичников, врожденная гиперплазия коры надпочечников, недостаточность прогестерона).
- Генитальный инфантилизм.
- Аномалии развития матки (двурогая, седловидная матка, внутриматочная перегородка).
- Врожденное укорочение ШМ.
- Приобретенные деформации ШМ вследствие разрывов ШМ в родах, инструментального расширения ЦК при гинекологических операциях, оперативных вмешательств на ШМ (диатермокоагуляция, конизация, в том числе радиохирургическая).
- Наследственность
- Дисплазия соединительной ткани, в том числе синдромы Эллерса-Данло и Марфана.

Для ИЦН характерно малоболезненное или безболезненное укорочение ШМ и дилатация ЦК, сопровождающееся пролабированием плодного пузыря в ЦК. Клиническая картина ИЦН различна: от полного отсутствия симптомов до появления слизистых, слизисто-кровяных выделений из половых путей, схваткообразных болей внизу живота с последующим возможным выкидышем или ПР.

Основными методами лечения ИЦН являются: комбинация акушерского разгружающего пессария или серкляжа (метод А.И.Любимовой, метод Макдональда) с препаратами прогестерона вагинально. Акушерский разгружающий пессарий вводится с 12 до 37 недель беременности, и является предпочтительным методом после 24 недель беременности.

Противопоказаниями к введению акушерского разгружающего пессария являются: начавшиеся ПР и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

При ИЦН рекомендовано микроскопическое исследование влагалищных мазков с целью диагностики инфекционно-воспалительных и дисбиотических состояний. При выявлении нарушения флоры влагалища следует направлять

пациентку на определение ДНК Gardnerella vaginalis, Atopobium vaginae, Lactobacillus spp. и общего количества бактерий во влагалищном отделяемом методом полимеразной цепной реакции и молекулярнобиологическое исследование отделяемого женских половых органов на условно-патогенные генитальные микоплазмы (Ureaplasma parvum, Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma hominis).

Вопрос 58

Тазовое предлежание плода: классификация, диагностика, ведение беременности, осложнения в родах, профилактика.

Ответ:

Тазовое предлежание (ТП) (praesentatio pelvica) – клиническая ситуация, при которой предлежащей частью являются ягодицы и/или ножки/ножка плода.

Ягодичное предлежание:

а) чисто ягодичное предлежание – ножки согнуты в тазобедренных суставах и разогнуты в коленных; предлежат только ягодицы плода;

б) смешанное ягодичное предлежание – ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах; предлежат стопы и ягодицы плода.

Ножное предлежание:

в) полное ножное предлежание – предлежат обе ножки (стопы) плода, при этом обе ножки разогнуты в тазобедренных коленных суставах;

г) неполное ножное предлежание – предлежат ягодицы и одна из ножек (стоп) плода; при этом одна ножка разогнута в тазобедренном и коленном суставах;

д) коленное предлежание – предлежат колени (одно/оба) плода; при этом одна или обе ножки плода разогнуты в тазобедренных и согнуты в коленных суставах.

Для подтверждения ТП плода после наружного исследования рекомендовано ультразвуковое исследование (УЗИ) плода.

Рекомендовано предложить пациентке наружный поворот плода на головку (при отсутствии противопоказаний к естественным родам) для снижения вероятности кесарева сечения (КС).

В плановом порядке родоразрешение путем КС рекомендовано при ТП плода: при сроке беременности менее 32 недель, сочетании с другими показаниями к КС, рубцом на матке после КС, ножном предлежании плода, предполагаемой массе плода < 2500 г или > 3600 г.

В отечественной клинической практике при родах в чистом ягодичном предлежании после рождения туловища до пупка используют ручное акушерское пособие по Н.А.Цовьянову. Цель пособия по Цовьянову – сохранение физиологического членорасположения плода и предупреждение развития таких серьезных осложнений, как запрокидывание ручек и разгибание головки плода. После рождения ребенка до уровня нижнего угла лопаток при запрокидывании ручек рекомендовано выполнить одно из пособий: прием Ловсета или принятое в отечественной практике классическое ручное пособие по выведению ручек плода.

Вопрос 59

Осложнения во время операции кесарева сечения и в послеоперационном периоде, их профилактика.

Ответ:

Родоразрешение путем кесарева сечения (КС) - это способ родоразрешения, при котором рождение ребенка происходит посредством хирургического вмешательства с рассечением стенки беременной матки, извлечением плода, последа и последующим восстановлением целостности матки.

Несмотря на широкое распространение, абдоминальное родоразрешение относится к разряду сложных хирургических вмешательств с высокой частотой развития осложнений. По данным мировой литературы, каждая четвертая

женщина родоразрешается путем кесарева сечения, и у каждой пятой из них послеоперационный период протекает с осложнениями. Все осложнения после кесарева сечения можно условно разделить на три большие группы: 1) гнойно-септические, наиболее частые; 2) хирургические (кровотечение, ранения смежных органов и плода и др.); 3) анестезиологические. Гнойно-септические осложнения после кесарева сечения возникают в 12—75% наблюдений. Наиболее частым проявлением послеродовой инфекции является эндометрит, представляющий основную причину формирования несостоятельного рубца на матке (от 17 до 40% наблюдений) в раннем послеоперационном периоде, генерализации инфекции, сепсиса.

Возможно развития метроэндометрита на фоне погрешностей, допущенных при выполнении кесарева сечения: продление типичного разреза на тело и шейку матки, область сосудистых пучков или заднюю стенку матки; выполнение вместо типичного более низкого разреза на шейке матки; косые разрезы в области нижнего сегмента; выполнение кесарева сечения на фоне недиагностированного разрыва матки; незамеченное повреждение смежных органов. Гнойный процесс в матке принимает затяжное, торпидное течение, приводит к развитию гнойно-инфильтративного параметрита, некрозу миометрия в области швов на матке с расхождением краев раны, генерализации инфекции, отграниченному перитониту и гнойным тубоовариальным образованиям, генитальным свищам, абсцессам малого таза. Подобные состояния не укладываются в понятие эндометрита, а являются одной из форм генерализации инфекции вследствие вторичной несостоятельности швов на матке. Необходимо выделять пациенток группы высокого риска септических осложнений и своевременно назначать антибактериальную терапию.

Во время кесарева сечения в среднем в 2—12% наблюдений травмируются органы мочевой системы. Пузырно-маточные свищи встречаются сравнительно редко.

Вопрос 60

Послеродовый эндометрит: причины, клиника, диагностика. Особенности течения заболевания в современных условиях, принципы терапии. Основные формы.

Ответ:

Послеродовой эндометрит (ПЭ) – воспаление внутренней поверхности матки (эндометрия) с возможным вовлечением миометрия, возникшее после родов или кесарева сечения в результате развития инфекции. ПЭ – полимикробное заболевание, которое может быть вызвано стафилококками, стрептококками, условно-патогенными аэробными и анаэробными бактериями, редко – микоплазмами, хламидиями, вирусами. Основные возбудители ПЭ – ассоциации факультативных аэробных и облигатных неклостридиальных анаэробных микроорганизмов: Escherichia coli, различные штаммы Enterobacter spp., Enterococcus spp., Proteus spp., Klebsiella spp., Bacteroides spp., Peptostreptococcus spp., Streptococcus agalactiae, Staphylococcus spp.

В настоящее время нет единой точки зрения о патогенезе развития послеродового эндометрита. ПЭ считают проявлением раневой инфекции.

В настоящее время в клинической практике применяют следующую классификацию послеродового эндометрита:

По характеру родоразрешения:

- эндометрит после самопроизвольных родов;
- эндометрит после кесарева сечения.

По особенностям клинических проявлений:

-классическая форма;

- стертая форма.

Следует различать три клинические формы ПЭ: легкую, средней тяжести и тяжелую: 1. Легкая форма заболевания возникает преимущественно на 2-5-е сутки послеродового периода. На фоне проводимой терапии температура тела нормализуется в течение 2-3 дней, болезненность матки при пальпации

исчезает через 1-2 дня, характер лохий нормализуется на 2-3 сутки. 2. Послеродовой эндометрит средней тяжести возникает на 2-7-е сутки послеродового периода. На фоне проводимого лечения клинические симптомы заболевания исчезают медленнее, чем при легкой форме. 3. Тяжелая форма ПЭ возникает на 2-3 сутки послеродового периода, преимущественно у женщин после кесарева сечения. У больных наблюдаютвыраженную общую интоксикацию, повышение температуры тела до 39,0 С.Состояние пациентки в течение 24 ч не улучшается, возможна отрицательная динамика.

В настоящее время часто возникает стертая форма ПЭ, при которой клиническая картина не отражает тяжесть состояния родильницы. Первые симптомы заболевания появляются в течение 1-7-х суток. При бимануальном исследовании матка безболезненна и не увеличена в размерах, что связано с перегибом матки по области послеоперационного шва. Отек области послеоперационного шва и перегиб матки способствуют задержке кровяных сгустков в ее полости и созданию условий для постоянной резорбции бактериальных и тканевых токсинов.

На этапе постановки диагноза рекомендуется общее физикальное обследование родильницы (осмотр кожных покровов и слизистых оболочек, пальпация региональных лимфоузлов, молочных желез, живота, выявление нарушений перистальтики, перитонеальных симптомов, осмотр швов на передней брюшной стенке, промежности, пальпация по ходу сосудистых пучков нижних конечностей); проведение термометрии, измерение частоты пульса и артериального давления; проведение влагалищного исследования; провести общий анализ крови с исследованием лейкоцитарной формулы, гемостазиограмму, биохимический анализ крови, белки острой фазы (С-реактивный белок, прокальцитонин), общий анализ мочи; рекомендуется выполнение бактериологического исследования лохий.

Рекомендуется УЗИ органов малого таза -родильницам после самопроизвольных родов или кесарева сечения на 3-и сутки. С помощью ультразвукового исследования выделяют два варианта послеродового

эндометрита, что имеет важное значение для выбора адекватной лечебной тактики. Первый вариант – эндометрит на фоне задержки в полости матки некротически измененных остатков децидуальной оболочки, сгустков крови и, реже, плацентарной ткани. Второй вариант – эндометрит при условно «чистой» полости матки – базальный, встречается в 20-30% случаев эндометрита после кесарева сечения. Характеризуется наличием гиперэхогенных отложений на стенках полости матки, в дальнейшем присоединяются явления субинволюции матки, которые имеют невыраженный характер и развиваются постепенно по мере длительности заболевания.

Комплексная терапия послеродового эндометрита включает общее воздействие и местное лечение. Главным компонентом общего лечения является назначение антибактериальной терапии (ингибиторозащищенные пенициллины,цефалоспорины II-III поколения), а местного – вакуум-аспирация и/или выскабливание послеродовой матки. К компонентам общего лечения, помимо антибактериальной терапии, относят инфузионную, утеротоническую, антикоагулянтную, десенсибилизирующую терапию, а также эфферентные методы лечения (гемосорбция, плазмаферез, лазерное облучение крови), направленный транспорт антибактериальных препаратов и озонотерапию. Своевременно начатое лечение эндометрита, особенно начальных проявлений, способствует значительному уменьшению частоты тяжелых форм послеродовой инфекции.

Вопрос 61

Аномалии родовой деятельности: причины, классификация. Понятие о родоактивации и родостимуляции.

Ответ:

Аномалии родовой деятельности - отклонения в сократительной деятельности матки, приводящие к нарушению механизма укорочения и сглаживания шейки матки, ее раскрытия и/или продвижения плода по

родовому каналу.

Причины нарушения родовой деятельности многочисленны и затрагивают все звенья формирования родовой деятельности (центральная и периферическая нервная система, эндокринная система, матка, фетоплацентарный комплекс).

К факторам риска по развитию аномалий родовой деятельности относятся:

- факторы, обусловленные патологией репродуктивной системы, - возраст моложе 18 и старше 35 лет, инфантилизм, аномалии развития половых органов, нарушения менструального цикла, искусственные аборты в анамнезе, невынашивание беременности, бесплодие; многократные роды (более 3х) в анамнезе;
- общесоматические заболевания - экстрагенитальная патология (метаболический синдром, хроническая АГ, СД и др.), хронические инфекции, заболевания ЦНС;
- акушерские - преждевременное излитие околоплодных вод; диспропорция между размерами плода и тазом матери, многоводие, многоплодие, крупный плод, аномалии расположения плаценты, опухоли органов малого таза, неправильные положения плода;
- плодовые факторы - ЗРП и плацентарная недостаточность, ВУИ, пороки развития плода, переношенная беременность;
- ятрогенные факторы - длительная родостимуляция, несвоевременное вскрытие плодного пузыря, индукция родов при недостаточной зрелости шейки матки.

Клиническая классификация:

- патологический прелиминарный период;
- первичная слабость родовой деятельности;
- вторичная слабость родовой деятельности;
- чрезмерно сильная родовая деятельность;
- дискоординация родовой деятельности.

Родостимуляция - индукция родов (родовозбуждение) — это стимуляция начала сокращений матки, которые приводят к структурным изменениям

шейки матки (укорочение, сглаживание, раскрытие) до наступления спонтанной родовой деятельности. **Родоактивация** — это стимуляция слишком слабых и/или нерегулярных сокращений матки при уже начавшейся родовой деятельности.

Вопрос 62

Первичная и вторичная слабость родовой деятельности: причины, методы коррекции, способы родоразрешения.

Ответ:

Первичная слабость родовой деятельности - патологическое состояние, при котором схватки с началом родовой деятельности слабые и малоэффективные, базальный тонус матки снижен, что приводит к замедлению процессов сглаживания, раскрытия шейки матки и продвижения плода.

Причины: недостаточность нервных и гуморальных механизмов, вызывающих и регулирующих родовую деятельность, и неспособность нервно-мышечного аппарата матки воспринимать импульсы и отвечать на них адекватными сокращениями.

Выбор метода лечения определяется состоянием матери и плода, наличием сопутствующей акушерской или экстрагенитальной патологии, продолжительностью родов и безводного промежутка.

Лечение:

Первый этап - устранение явной причины слабости родовой деятельности и создание условий для использования утеротонических препаратов: опорожнение мочевого пузыря, амниотомия.

Второй этап лечения первичной слабости родовой деятельности - введение утеротонических препаратов (окситоцин) под контролем КТГ.

Окситоцин вводят внутривенно капельно, строго дозированно, методом титрования. Для внутривенного капельного введения 5 ЕД препарата разводят

в 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида. Инфузию начинают со скоростью 8 капель/мин, постепенно увеличивая каждые 5-10 минут на 5 капель до получения желаемого эффекта. Максимальная дозировка - 40 капель/мин. Раствор окситоцина можно вводить с помощью инфузомата: 5 ЕД окситоцина разводят в 50 мл 0,9% раствора натрия хлорида. Введение начинают с 1,2 мл/ч, увеличивая количество через каждые 30 мин на 1,2 мл/ч (оптимальный уровень 7,2 мл/ч). Введение окситоцина продолжают на протяжении всего родового акта и в раннем послеродовом периоде. Продолжительность стимуляции не должна превышать 4-5 ч. При неэффективности, ухудшении состояния плода следует своевременно решить вопрос о родоразрешении путем КС.

Вторичная слабость родовой деятельности - ослабление родовой деятельности при исходно ее нормальных показателях. Вторичная слабость чаще всего развивается в активную фазу родов или во втором периоде родов. Причины вторичной слабости родовой деятельности такие же, как и первичной. Вторичная слабость родовой деятельности часто становится продолжением первичной.

При вторичной слабости родовой деятельности и нормальном состоянии плода делают эпидуральную анестезию, а затем внутривенно вводят окситоцин в тех же дозах, что и при первичной слабости родовой деятельности. При отсутствии эффекта окситоцина выполняют КС. Во втором периоде родов при расположении головки большим сегментом в узкой части полости малого таза накладывают акушерские щипцы или вакуум-экстрактор.

Вопрос 63

Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах: причины, врачебная тактика.

Ответ:

Послеродовое кровотечение — это кровопотеря, превышающая или равная

500 мл при естественных родах и 1000 мл и более при оперативном родоразрешении в течение 42 дней после рождения плода.

Причины послеродового кровотечения: нарушение сократительной способности матки (90%), травмы родовых путей (7%), наличие остатков плацентарной ткани или нарушения в системе гемостаза (3%).

В зависимости от срока его возникновения:

1. Раннее послеродовое кровотечение (до 24 часов после родов):

• **T (tonus)** нарушение сокращения матки (атония): многоплодная беременность, многоводие, крупный плод, родовозбуждение или родостимуляция окситоцином, хориоамнионит, миома матки больших размеров;

• **T (tissue)** ткань (плацента) – нарушение отделения последа: плотное прикрепление или врастание плаценты, неполное удаление частей последа в родах;

• **T (trauma)** травма – оперативные влагалищные роды, эпизиотомия, разрывы шейки матки, влагалища, промежности, разрыв матки;

• **T (trombin)** нарушения свёртывания крови – тромбоцитопения, ДВС, HELLP-синдром, ПОНРП, лихорадка, сепсис, врожденные дефекты гемостаза.

2. Позднее послеродовое кровотечение (после 24 часов после родов в течение 6 недель послеродового периода): остатки плацентарной ткани; субинволюция матки; послеродовая инфекция; наследственные дефекты гемостаза.

Врачебная тактика:

Необходимо вызвать 2-го врача акушера-гинеколога и 2-ю акушерку, врача анестезиолога-реаниматолога, медицинскую сестру-анестезиста, операционную медицинскую сестру. При массивном кровотечении проинформировать дежурного администратора, вызвать трансфузиолога, сосудистого хирурга, развернуть операционную. Обеспечить венозный доступ путем катетеризации 2й периферической вены, провести катетеризацию мочевого пузыря и наружный массаж матки.

I этап. Ручное обследование полости матки - удаление остатков плацентарной

ткани и сгустков крови; массаж матки, введение утеротоников: окситоцин 10-20 Ед на 500 мл физ. р-ра в/в кап., при неэффективности - метилэргометрин 0,2мг в/в медленно (при необходимости повторно через 15 мин – 60 мин), при неэффективности - мизопростол 800 мкг per rectum или сублингвально (off label), осмотр родовых путей и зашивание разрывов родовых путей;

II этап. Переходный этап - при продолжающемся кровотечении. Проведение баллонной тампонады матки и инфузионно-трансфузионной терапии;

III этап. Хирургический – транспортировка в операционную. Лапаротомия, перевязка маточных и яичниковых артерий и/или внутренних подвздошных артерий, компрессионные швы на матку. При неэффективности вышеперечисленных мер – гистерэктомия.

Вопрос 64

Разрыв матки: классификация, клиника, тактика врача.

Ответ:

Классификация:

По времени происхождения: во время беременности и в родах.

По патогенетическому признаку:

- самопроизвольные разрывы матки: механические, гистопатические, смешанные.
- насильственные: травматические, смешанные.

По клиническому течению: угрожающий, начавшийся и совершившийся разрыв.

По характеру повреждения: неполный разрыв, полный разрыв.

По локализации: разрыв в дне матки, разрыв в теле матки, разрыв в нижнем сегменте, отрыв матки от сводов влагалища.

Клиническая картина:

1. **Угрожающий разрыв матки**:

• бурная родовая деятельность, схватки резко болезненные, судорожного характера;

• между схватками матка расслабляется недостаточно;

• высокое, косое расположение контракционного кольца (матка приобретает форму «песочных часов»), нижний маточный сегмент истончен, болезненный;

• при влагалищном исследовании края шейки матки отечны;

• затрудненное мочеиспускание.

2. **Начавшийся разрыв матки:**

• кровянистые выделения из половых путей;

• гипертонус матки, схватки могут приобретать «потужной» характер;

• возбужденное состояние роженицы (чувство страха, сильная боль в животе);

• примесь крови в моче;

• признаки внутриутробного страдания плода (тахикардия или брадикардия плода, повышение двигательной активности, изменение характера околоплодных вод).

3. **Совершившийся разрыв матки**:

• в момент разрыва возникает чрезвычайно сильная режущая боль в животе;

• сразу после разрыва матки – родовая деятельность внезапно прекращается;

• развивается картина шока и нарастающей кровопотери;

• при пальпации части плода определяются непосредственно под брюшной стенкой, брадикардия или сердцебиение плода не выслушивается;

• наружное кровотечение незначительное, кровотечение происходит в брюшную полость.

Тактика:

При угрожающем, начавшемся или свершившемся разрыве матки рекомендовано проведение экстренного родоразрешения путем кесарева сечения.

После извлечения плода и плаценты производится выведение матки (экстериоризация) и ревизия краев разрыва и органов брюшной полости и малого таза. Варианты хирургического вмешательства: зашивание разрыва матки (преимущественно), надвлагалищная ампутация матки или экстирпация матки с придатками или без (по жизненным показаниям).
При полном разрыве тела матки или ее нижнего сегмента с переходом на шейку матки, травме сосудистого пучка с формированием гематомы или продолжающемся кровотечении показана экстирпация матки.

Вопрос 65

Гипотоническое кровотечение, диагностика, методы борьбы, профилактика.

Ответ:

Гипотоническое кровотечение — это кровопотеря, превышающая или равная 500 мл при естественных родах и 1000 мл и более при оперативном родоразрешении при резко сниженном тонусе матки и ее сократительной способности.Гипотония матки является одной из причин раннего послеродового периода.
Предрасполагающие факторы: перерастяжение матки в результате многоплодной беременности, многоводия, крупных размеров плода, длительное применение токолитической терапии, родовозбуждение/родостимуляция окситоцином, общая анестезия, хориоамнионит, миома матки больших размеров.
Диагностика: жалобы - боль в животе, головокружение, слабость, тошнота, рвота; физикальное обследование – кровянистые выделения из половых путей, тахикардия/нитевидный пульс/отсутствие пульса, снижение АД, холодный пот, нарушение сознания (сонливость, заторможенность), одышка/поверхностное дыхание, олигурия; при пальпации дно матки расположено выше пупка, матка по консистенции мягкая, не сокращается; лабораторная диагностика – общий

анализ крови, коагулограмма, КОС и газы крови, время свертывания.

Врачебная тактика: необходимо создать мультидисциплинарную бригаду: вызвать 2-го врача акушера, 2-ю акушерку, врача анестезиолога-реаниматолога, медицинскую сестру-анестезиста, операционную медицинскую сестру (+ вызвать трансфузиолога, сосудистого хирурга, развернуть операционную при массивной кровопотере). Обеспечить венозный доступ (катетеризации 2й периферической вены), катетеризация мочевого пузыря и наружный массаж матки.

I этап. Ручное обследование полости матки - удаление остатков плацентарной ткани и сгустков крови; массаж матки, введение утеротоников: окситоцин 10-20 Ед на 500 мл физ. р-ра в/в кап., при неэффективности - метилэргометрин 0,2мг в/в медленно;

II этап. Переходный этап - при продолжающемся кровотечении. Проведение баллонной тампонады матки и инфузионно-трансфузионной терапии;

III этап. Хирургический – транспортировка в операционную. Лапаротомия, перевязка маточных и яичниковых артерий и/или внутренних подвздошных артерий, компрессионные швы на матку. При неэффективности вышеперечисленных мер – гистерэктомия.

Профилактика:

- во время беременности своевременная диагностика анемии и ее лечение;
- активное ведение III периода родов (оценка кровопотери, АД, пульс, ЧД, оценка признаков отделения плаценты и немедленное выделение последа при положительных признаках);
- введение утеротоников в III периоде родов / после извлечения плода при операции кесарева сечения (Окситоцин 10Ед, Карбетоцин (Пабал) 1000мкг);
- оценка тонуса матки после родов путем пальпации через переднюю брюшную стенку;
- катетеризация мочевого пузыря;
- внутривенное введение транексамовой кислоты 1,0 г в дополнении к утеротоникам в группе высокого риска развития кровотечения.

Вопрос 66

Преэклампсия: клиника, диагностика, тактика ведения беременности и родов.

Ответ:

Прэклампсия (ПЭ) - осложнение беременности, характеризующееся генерализованным сосудистым спазмом, глубоким расстройством функции жизненно важных органов и систем (развитием полиорганной недостаточности) и клинически проявляющееся после 20 недель беременности, в родах и послеродовом периоде.

Классическая триада симптомов ПЭ (триада Цангемейстера): артериальная гипертензия, протеинурия и отеки.

Умеренная ПЭ - осложнение беременности, родов и послеродового периода, характеризующееся повышением после 20-й недели беременности САД >140 мм рт. ст. и/или ДАД >90 мм рт. ст. независимо от уровня АД в анамнезе в сочетании с протеинурией >0,3 г в сутки или > 0,3 г/л в 2-х порциях мочи, взятых с интервалом в 6 час.

Тяжелая ПЭ - осложнение беременности, родов и послеродового периода, характеризующееся повышением после 20-й недели беременности САД >160 мм рт. ст. и/или ДАД >110 мм рт. ст. независимо от уровня АД в анамнезе в сочетании с протеинурией >5 г в сутки или > 3 г/л в 2-х порциях мочи, взятых с интервалом в 6 час, или хотя бы одним другим параметром, свидетельствующим о присоединении полиорганной недостаточности.

Диагностика: жалобы (головная боль, головокружение, мелькание мушек перед глазами, тошнота, рвота, боли в эпигастрии и правом подреберье), измерение АД (мониторинг). Лабораторные исследования: общий анализ крови (гемоглобин, гематокрит, тромбоциты), биохимический анализ крови (общий белок, печеночные ферменты, креатинин, билирубин), коагулограмма (фибриноген, протромбиновое время, АЧТВ, МНО), общий анализ мочи,

определение белка в суточной моче. УЗИ плода (фетометрия), оценка состояния плаценты и околоплодных вод), КТГ-мониторинг

Лечение: при умеренной ПЭ выжидательная тактика – госпитализация в отделение паттологии беременности учреждения 2-3 группы), назначение антигипертензивной терапии (метилдопа по 250 мг 2-3 раза в сутки и/или нифедипин по 10 мг 2 раза в сутки). Контроль АД и состояния плода.

При тяжелой ПЭ госпитализация в ОРИТ, помимо антигипертензивной терапии применяют внутривенное введение магния сульфата для профилактики судорог (в начальной дозе 4 г сухого вещества (16 мл 25% раствора) в течение 10-15 минут, затем по 1 г/час (4 мл/час 25% раствора)).

Профилактика РДС плода проводится глюкокортикоидами перед родоразрешением в сроки беременности меньше 34 нед. Терапия включает бетаметазон или дексаметазон по 12 мг внутримышечно с интервалом 24 ч или по 8 мг внутримышечно трижды за 24 ч.

Показания к досрочному родоразрешению путем операции КС при ПЭ: ПЭ тяжелой степени при отсутствии эффекта от интенсивной терапии в течение 2 ч; ПЭ умеренной степени при отсутствии эффекта от лечения в течение 5 сут; сочетание ПЭ с выраженной фетоплацентарной недостаточностью (критическое состояние плодового кровотока - отсутствие или ретроградное направление кровотока в артерии пуповины); сочетание ПЭ с ЗРП при отсутствии роста плода на фоне терапии.

Родоразрешение путем операции КС в экстренном порядке показано в следующих ситуациях: эклампсии; постэклamptической коме; кровоизлиянии в мозг; HELLP-синдроме, остром жировом гепатозе; отслойке сетчатки; ПОНРП.

Вопрос 67

Отеки беременных: лечение, ведение беременности и родов.

Ответ:

При физиологически протекающей беременности умеренные отеки наблюдают у 50- 80% женщин. Возникают вследствие нарушения водно-солевого, белкового обмена и нарушения проницаемости клеточных мембран. Различают три степени тяжести отечного синдрома:

I степень-локализация отеков только на нижних конечностях;

II степень - распространение их на переднюю брюшную стенку;

III степень - генерализованные отеки.

Отеки беременных не являются диагностическим критерием ПЭ.

Диагностика: регулярное взвешивание (контроль за прибавкой веса), оценка суточного диуреза. Контроль АД 2 раза в сутки.

При диагностике скрытых отеков необходимо учитывать следующие клинические признаки: никтурия (превалирование диуреза в ночное время); снижение суточного диуреза менее 1000 мл при водной нагрузке в количестве 1500 мл; патологическая или неравномерная прибавка массы тела; положительный симптом «кольца».

Создание лечебно-охранительного режима. Рекомендована диета с ограничением острой и соленой пищи, сбалансированное питание. Потребление жидкости не менее 2,0 л/сутки (ограничение приема жидкости не обосновано, так как это приводит к усилению гиповолемии). Во время беременности используют компрессионное белье на нижние конечности. Положение на левом боку во второй половине беременности. Наблюдение у терапевта. При отеках беременных роды ведутся через естественные родовые пути.

Вопрос 68

Эклампсия: клиника, профилактика, современные принципы лечения, осложнения.

Ответ:

Эклампсия - тяжелое состояние со сложным симптомокомплексом. Самым характерным симптомом бывают приступы судорог поперечнополосатой мускулатуры всего тела, развивающиеся на фоне тяжелой ПЭ. Различают эклампсию беременных (65-75%), рожениц (25%), родильниц (1-2%).
Типичный припадок судорог продолжается в среднем 1-2 мин и состоит из четырех последовательно сменяющихся периодов.
Первый период - вводный: мелкие фибриллярные подергивания мышц лица, век (≈30 с).
Второй период - период тонических судорог - тетанус всех мышц тела, в том числе дыхательной мускулатуры. Вслед за подергиванием верхних конечностей голова больной откидывается назад. Больная во время припадка не дышит, быстро нарастает цианоз. Продолжительность - 10-20 с.
Третий период - клонические судороги. Неподвижно лежавшая до этого, вытянувшись в струнку, больная начинает биться в непрерывно следующих друг за другом клонических судорогах, распространяющихся по телу сверху вниз. Больная не дышит, пульс неощутим. Продолжительность от 30 с до 1,5 мин, иногда больше.
Четвертый период - разрешение припадка. Изо рта выделяется пена, окрашенная кровью, лицо постепенно розовеет. Начинает прощупываться пульс. Зрачки сужаются. После припадка следует коматозное состояние. Женщина приходит в сознание, ничего не помнит о случившемся.
С целью профилактики судорожных приступов при ПЭ применяют магнезиальную терапию.
Принципы лечения: на первом этапе: восстановление дыхания и купирование припадка эклампсии. На втором этапе - восстановление функции ЦНС, почек, печени и родоразрешение с минимальными осложнениями для матери и ребенка. Госпитализация в ОРИТ.
В момент припадка, следует предотвратить получение пациенткой травм. Целесообразно положение на левом боку или использование валика под правой ягодицей, смещение матки влево. Одновременно с мероприятиями по

восстановлению дыхания после катетеризации периферической вены вводят магния сульфат (4 г за 10 мин) с последующей поддерживающей терапией (1 г/ч). Пациентку готовят к родоразрешению, родоразрешение проводят путем операции кесарева сечения на фоне стабилизации состояния. Терапия продолжается во время родоразрешения и после родов. В послеродовом периоде магния сульфат вводят не менее 24-48 ч после родоразрешения или приступа эклампсии.

Осложнения: сердечная недостаточность, дыхательная недостаточность, отек легких, аспирация, отек мозга, кома, полиорганная недостаточность.

Вопрос 69

Плацентарная недостаточность: принципы, классификация, диагностика, тактика ведения беременной, принципы родоразрешения.

Ответ:

Плацентарная недостаточность - клинический синдром, обусловленный морфофункциональными изменениями в плаценте и нарушениями компенсаторно-приспособительных механизмов, обеспечивающий нормальные рост и развитие плода, а также адаптацию организма пациентки к беременности.

Клинические проявления - ЗРП и/или гипоксия плода.

Классификация:

В зависимости от того, в каких структурных единицах возникают патологические процессы, различают три формы ПН: гемодинамическую, проявляющуюся в маточно-плацентарном и плодово-плацентарном бассейнах; плацентарно-мембранную, характеризующуюся снижением способности плацентарной мембраны к транспорту метаболитов; клеточно-паренхиматозную, связанную с нарушением клеточной активности трофобласта и плаценты.

Выделяют также первичную ПН, возникшую до 16 недель беременности, и вторичную, развивающуюся в более поздние сроки.

В настоящее время более целесообразно выделять декомпенсированную, субкомпенсированную и компенсированную формы.

Диагностика: выявление факторов риска, отставание высоты стояния дна матки на 2 см и более от положенного для срока гестации, отсутствие прироста окружности живота.

Проведение скринингов. КТГ-мониторинг. УЗИ плода, плацентография и доплерометрия.

В качестве профилактики применяют: лечение экстрагенитальных заболеваний до наступления беременности и на всем ее протяжении (в том числе антигипертензивная терапия, коррекция метаболических нарушений, нормализация функции ЩЖ, антианемическая терапия и т.д.); соблюдение рационального режима питания и режима дня беременной; назначение антиагрегантов - ацетилсалициловая кислота (Аспирин) и антикоагулянтов - Фраксипарин, Фрагмин, Клексан при отягощенном перинатальном анамнезе, нарушениях кровотока в системе «мать- плацента-плод», генетическом полиморфизме по тромбофилии, АФС.

Для компенсированной ПН характерны благоприятные перинатальные исходы. При этом самопроизвольные роды через естественные родовые пути происходят в 76% наблюдениях, без осложнений - в 70%. При возникновении осложнений во время родов проводят кесарево сечение.

По мере усугубления степени тяжести ПН частота благоприятного исхода самопроизвольных родов снижается, в связи с чем при субкомпенсированной ПН методов выбора является плановое родоразрешение путем операции КС в сроки, близкие к доношенным. Показаниями к экстренному родоразрешению служат начало родовой деятельности у беременных с субкомпенсированной ПН, а также преждевременное излитие околоплодных вод. Показания к экстренному родоразрешению: нарушения венозного кровотока плода (ретроградный кровоток в венозном протоке, возрастание реверсного потока

крови в нижней полой вене плода), пульсации в вене пуповины; ПЭ и эклампсия.

Вопрос 70

Значение КТГ и допплеровского исследования для оценки состояния плода. Понятие декомпенсированной плацентарной недостаточности.

Ответ:

Кардиотокография плода. Метод функциональной оценки состояния плода во время беременности и в родах на основании регистрации частоты его сердцебиения и его изменения в ответ на сокращения матки, воздействия внешних раздражителей или активности самого плода. Для получения максимально точной информации о состоянии плода запись следует производить не менее 40- 60 мин. Такая продолжительность связана с наличием у плода периодов сна и активности. Проведение КТГ считается обоснованным с 32 нед беременности. Задача мониторного наблюдения в родах заключается в своевременном распознавании ухудшения состояния плода, что позволяет адекватно проводить его коррекцию, а при необходимости ускорить родоразрешение. При характеристике состояния плода оценивают следующие параметры КТГ: базальный ритм частоты сердечных сокращений (120-160 в минуту), его вариабельность (6-25 в минуту), а также характер медленных ускорений (акцелераций) и замедлений (децелераций) сердечного ритма, сопоставляя их с данными, отражающими сократительную деятельность матки или активность плода. Классификация кардиотокографии (модификация рекомендаций FIGO): нормальная, сомнительная, патологическая, претерминальная.

Допплеровское исследование. Высокая разрешающая способность метода позволяет визуализировать и идентифицировать мельчайшие сосуды микроциркуляторного русла, что делает метод незаменимым в диагностике

сосудистой патологии. ЦДК обеспечивает возможность исследования кровотока в ветвях маточной артерии, терминальных ветвях артерии пуповины, межворсинчатом пространстве. Наиболее широкое распространение в акушерской практике получил качественный анализ кривых скоростей кровотока. Для оценки кривых скоростей кровотока используют индексы сосудистого сопротивления. Наиболее часто используют систоло-диастолическое отношение (СДО), пульсационный индекс (ПИ), индекс резистентности (ИР). Во II и III триместрах беременности исследование кровотока в маточных и спиральных артериях важно для ранней диагностики ПЭ и ПН. С помощью проведения УЗИ и доплерометрии возможно своевременно диагностировать клинически значимые отклонения в развитии плода и решать вопрос о целесообразности пролонгирования беременности или выбора оптимальной акушерской тактики. Кроме того, использование допплерометрической оценки кровотока в сосудах матери (маточные и спиральные артерии, мозговые и почечные артерии, оценка параметров центральной гемодинамики) позволяет прогнозировать развитие ПЭ, что делает возможным проведение профилактических мероприятий, способствующих улучшению исходов беременности для матери и плода.
Декомпенсированная плацентарная недостаточность - определяются нарушения маточно-плацентарного и/или плодово-плацентарного кровообращения (по данным допплерометрического исследования в артериях функциональной системы мать- плацента-плод).

Вопрос 71

Предлежание плаценты: причины, клиника, диагностика, миграция плаценты и ее особенности, тактика ведения беременности и родов.

Ответ:

Предлежание плаценты – расположение плаценты в нижнем сегменте матки в области внутреннего зева. Плацента может перекрывать внутренний зев

полностью или частично.

Частота предлежания плаценты зависит от срока беременности. До 24 недель предлежание встречается чаще, после 24 недель частота его снижается и составляет 2,8 на 1000 одноплодных беременностей и 3,9 на 1000 беременностей двойней.

Этиология. Маточные факторы: - хронический эндометрит, аборты в анамнезе, рубцы на матке после операции кесарево сечения, миомэктомии, возраст старше 35 лет, курение, хронические заболевания, сопровождающиеся нарушением кровообращения

Плодовые факторы: - снижение протеолитических свойств плодного яйца На месте возможного расположения decidua capsularis формируется ветвистый хорион. В ранние сроки беременности ветвистый хорион часто формируется в нижних отделах плодного яйца. По мере роста матки, формировании и растяжении нижнего сегмента, в конце 2-го и 30го триместра плацента может перемещаться (мигрировать) кверху до 7-10 см. Миграция плаценты- процесс морфофункциональной трансформации, преимущественно за счет структурной перестройки слоев миометрия в 3-м триместре. Кроме того, имеет значение рост плаценты и ее смещение из зоны пониженной васкуляризации (ближе к внутреннему зеву) в зону более васкуляризованную (нижний сегмент матки). В момент смещения плаценты возможно появление небольших кровянистых выделений из половых путей. При предлежании плаценты в силу недостаточного развития слизистой оболочки матки возможно плотное прикрепление плаценты или истинное врастание.

Клиническая картина. Можно выделить 2 фазы: **немая** (до появления кровотечения): высокое расположение предлежащей части, неустойчивое или поперечное положение плода, тазовое предлежание плода, угрожающее прерывание беременности, ЗРП. **Манифестная** фаза – кровянистые выделения из половых путей. Они возникают вследствие сокращения матки, формирования нижнего сегмента, отслойка предлежащей части плаценты, натяжение плодных оболочек в нижнем полюсе плодного яйца. Основной

источник кровотечения- нарушение целости межворсинчатых пространств.
Клинические проявления: ярко-алые кровянистые выделения из половых путей при безболезненности матки. Кровянистые выделения чаще возникают на фоне полного благополучия беременной, в ночные часы. При предлежании плаценты возможны: -угрожающее прерывание беременности, железодефицитная анемия, неправильное положение плода, хроническая гипоксия, плацентарная недостаточность, ЗРП, гипотензивный синдром у беременной, коагулопатия при повторяющихся кровотечениях.
Основной метод диагностики- ультразвуковое исследование. Влагалищное исследование при предлежании не проводится так как может вызвать дальнейшую отслойку плаценты и кровотечение.
Тактика определяется: состоянием беременной и плода, сроком беременности, наличием кровянистых выделений и их интенсивностью, частотой повторения эпизодов кровотечения. При отсутствии кровянистых выделений беременная наблюдается согласно приказу в ЖК. Исключаются физические нагрузки, поездок, половая жизнь. Регулярно (через 3-4 недели) выполняют УЗИ для наблюдения за миграцией плаценты. Если определяется оболочечное прикрепление пуповины, необходимо мониторировать массу плода, допплерометрию маточно-плацентарно-плодового кровотока.
При появлении кровянистых выделений показана госпитализация в родильный дом. При массивной кровопотери на любом сроке выполняют кесарево сечение в экстренном порядке. При сроке до 34 недель, незначительных кровянистых выделениях, отсутствии признаков дистресса плода и удовлетворительном состоянии беременной показана выжидательная тактика, терапия, направленная на пролонгирование беременности (токолитическая терапия нифедипином), магнезиальная терапия с целью нейропротекции плода (до 32 недель), контроль гемостаза, кровоостанавливающая терапия (транексамовая кислота), с 24 по 34 неделю- профилактика РДС. Показания для досрочного КС: часто повторяющиеся небольшие кровотечения, одномоментная кровопотеря более 250 мл, дистресс плода.

При расположении плаценты по передней стенке- разрез на матке продольный, при расположении основной части плаценты по задней стенке- разрез в нижнем маточном сегменте. Во время операции проводится аутогемотрансфузия при помощи аппарата Cell- saver. Перед оперативном родоразрешении определяют наличие или отсутствие врастания плаценты по данным УЗИ и МРТ.

Вопрос 72

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты: причины, диагностика, акушерская тактика

Ответ:

ПОНРП- отслойка плацентарной ткани от стенок матки до рождения плода, во время беременности и родов. ПОНРП- опасное осложнение для матери и плода, так как характеризуется высоким риском гибели. Основная причина смерти матери-геморрагический шок, ДВС-синдром, полиорганная недостаточность.

Этиология. Предрасполагающие факторы:

- Во время беременности : сосудистая экстрагенитальная патология, эндокринопатии, аутоиммунные состояния (АФС, СКВ), аллергические реакции на ЛС, гемотрансфузии, преэклампсия , ХАГ, заболевания почек, плацентация в области миоматозных узлов
- Во время родов: излитие околоплодных вод при многоводии, гиперстимуляция матки окситоцином, уменьшение объема после рождения первого плода при многоплодии, короткая пуповина, запоздалый разрыв плодных оболочек.
- Травматический генез: падение, травмы, наружный акушерский поворот, после инвазивных манипуляций (амниоцентез, плацентоцентез)

Диагностика. Клиническая картина: - кровотечение, - боль в животе и

поясничной области, гипертонус матки, острая гипоксия плода. Симптомы ПОНРП и их выраженность определяются величиной и местом отслойки плаценты. Кровянистые выделения темного цвета, часто со сгустками. Образующаяся гематома имбибирует стенки матки, приводя к развитию шоковой матки-матки Кювелера. Такая матка теряет способность к сокращению, что приводит к еще большей кровопотери, развитию ДВС-синдрома. При влагалищном исследовании во время беременности шейка матки сохранена, наружный зев закрыт. В первом периоде родов плодный пузырь при отслойке плаценты обычно напряжен, иногда появляется умеренное количество кровянистых выделений со сгустками. При вскрытии плодного пузря изливаются околоплодные воды, окрашенные кровью. Кровопотеря при ПОНРП приводит к острой гипоксии плода, с последующим возможной антенатальной гибелью плода.

Диагноз ПОНРП ставится на основании жалоб, данных клинических симптомов и результатов УЗИ.

ПОНРП- абсолютное показание к кесарево сечению в экстренном порядке. Интраоперационно проводится аутогемотрансфузия при помощи аппарата Cell saver, гемотрансфузия по показаниям, перевязка внутренних подвздошных или маточных артериях при массивной кровопотере.

Вопрос 73

Клинический узкий таз: причины, клинические признаки, тактика врача

Ответ:

Клинически узкий таз – клиническая ситуация, при которой отмечается несоответствие размеров матери и головки плода. При этом анатомические размеры таза могут быть суженными или нормальными, а диспропорция размеров чаще всего определяется плодовыми факторами.

Причины:

- Узкий таз

- Крупный плод
- Асинклитические вставления головки (заднетеменное, высокое прямое стояние стреловидного шва); разгибательные вставления (лобное, задний вид лицевого)
- Отсутствие достаточной конфигурации головки при переношенной беременности
- Задний вид затылочного предлежания
- Редкие причины (гидроцефалия плода, объемные образования органов малого таза)

Диагноз клинически узкого таза выставляется во втором периоде родов. Основными признаками клинически узкого таза являются: нарушение биомеханизма родов, затрудненное самостоятельное мочеиспускание вплоть до его прекращения, нарушение сократительной деятельности матки, отсутствие продвижения головки по плоскостям малого таза при полном открытии маточного зева, положительный симптом Вастена, Цангмейстера, отек и цианотичность шейки матки, стенок влагалища, наружных подовых органов, симптомы угрожающего разрыва матки

Акушерская тактика при клинически узком тазе- кесарево сечение в экстренном порядке

Вопрос 74

Переношенная беременность: методы диагностики, осложнения в родах, принципы родоразрешения.

Ответ:

Переношенная беременность – беременность, которая продолжается 42 полные недели и более дней, считая с первого дня последней менструации, или продолжающаяся более 40 недель от зачатия. Переношенная беременность сопровождается внутриутробным страданием плода и заканчивается рождением ребенка с признаками биологичеакой перезрелости, что определяет

высокий риск формирования у него анте-/интранатального дистресс-синдрома и затрудненной неонатальной адаптацией.

Ребенок, рожденный от такой беременности, имеет признаки перезрелости, описанные впервые в 1902 году шотландским акушером John Williams Ballantyne и немецким акушером Hans Runge, и имеют название синдрома Беллентайна-Рунге. Он включает: отсутствие сыровидной смазки, сухость новорожденного, мацерацию кожи на конечностях, в паховых и подмышечных складках; длинные ногти, плотные кости черепа, узкие швы и роднички, зеленоватое или желтоватое окрашивание кожи, плодных оболочек, пуповины.

В остлаьных случаях следует говорить о пролонгированной беременности-беременность, длящаяся более 287 дней , не сопровождающаяся страданием плода и заканчивается рождением здорового ребенка без признаков перезрелости.

Переношенная беременность неблагоприятно сказывается на состоянии плода и новорожденного в связи с : -развитием плацентарной недостаточности за счет дистрофических изменений в плаценте и хронической гипоксии плода; - более зрелой ЦНС плода, повышающей чувствительность мозга к кислородной недостаточности; - появлением внутриутробных патологических дыхательных движений плода во время беременности и родов, способствующих аспирации околоплодными водами, содержащими меконий; повышенной плотностью костей черепа, сужением швов и родничков, затрудняющих конфигурацию головки при прохождении через родовые пути.

В результате: высокая частота аспирации мекониальными водами; перинатальное поражение ЦНС, задержка моторного и речевого развития, повышенная нервная рефлекторная возбудимость.

В родах при переношенной беременности чаще наблюдаются: аномалии родовой деятельности, кровотечения в 3-м и раннем послеродовом периоде, травмы мягких тканей родовых путей, частота оперативного родоразрешения.

Диагностика переношенной беременности предполагает адекватное вычисление срока гестации исходя из данных первого дня последней

менструации, даты зачатия, даты переноса эмбриона при ВРТ, данных УЗИ до 14 недель (при нерегулярном м.ц.).
Акушерская тактика зависит: от состояния плода по данным КТГ и допплерометрии маточно-плацентарно-плодового кровотока, биологической зрелости родовых путей. Для успешного начала и развития нормльной родовой деятельности необходимым условием считается зрелость шейки матки, определяемая по шкале Бишопа. При удовлетворительном состоянии плода, хорошей биологической готовности организма беременной к родам, возможна выжидательная тактика при ежедневном кардиомониторировании.
При незрелой шейке макти, удовлетворительном состоянии плода необходимо проводить подготовку шейки матки к родам: механически (бережное отслоение плодного яйца, баллонная дилатация шейки матки, цервикальные дилататоры); медикаментозные средства (препараты простагландина Е2, антипрогестины). При получении положительного эффекта от проводимой подготовки шейки матк, удовлетворительном состоянии плода, приступают к программированным родам- преидункции родовой деятельности: плановая амниотомия. Роды через естественные родовые пути проводят при хорошей готовности родовых путей к родам, средних размерах плода, неотягощенном АГА, отсутствии начальных признаков дистресса плода по данным КТГ.

Вопрос 75

Ранний токсикоз: оценка степени тяжести, лечение, показания к прерыванию беременности.

Ответ:

Ранний токсикоз (современная терминология- рвота беременных) – ряд осложнений, которые проявляются в первой половине беременности, характеризуются диспептическими расстройствами и нарушением метаболизма.

Наиболее часто встречающиеся формы раннего токсикоза – рвота беременных и птиализм.

Этиология до конца не изучена. Существует несколько теорий развития данного осложнения беременности: токсическая, иммунологическая, инфекционная, нервно-рефлекторна. В патогенезе рвоты беременных определяющим звеном служит нарушение нейроэндокринной регуляции всех видов обмена веществ вследствие частичного или полного голодания, обезвоживания. Основной симптом- рвота, частота которой составляет от 3 до 20 раз в сутки. При прогрессировании заболевания постепенно нарушаются водно-солевой , минеральный, углеводный, жировой, белковый обмен на фоне нарастающего обезвоживания, истощения и уменьшения массы тела.

Различают токсикоз легкой, средней и тяжелой степени. Основные критерии, по которым определяется степень тяжести токсикоза, от которой зависит тактика лечения, представлены в таблице

Симптоматика	**Легкая**	**Средняя**	**Тяжелая (чрезмерная)**
Аппетит	Умеренно снижен	Значительно снижен	Отсутствует
Тошнота	Умеренная	Значительная	Постоянная, мучительная
Частота рвоты (в сутки)	3-5 раз	6-10 раз	11-15 раз и более
ЧСС	80-90	90-100	>100
Систолическое АД	120-110 мм рт.ст.	110-Ю0 мм рт.ст.	<100 мм рт.ст.
Снижение массытела	1-3 кг (до 5% исходной)	3-5 кг (6-10% исходной)	>5 кг (>10% исходной)
Субфебрилитет	-	Редко	У 30-80% больных
Желтушность склер и кожи	-	У 5-7% больных	У 20-30% больных

Гипербилирубинемия	-	21-Ю мкмоль/л	21-60 мкмоль/л
Сухость кожи	±	++	+++
Диурез	1000-800 мл	800-700 мл	<700 мл
Ацетонурия	-, ±	У 20-50% +	У 70-100% +

Лечебная тактика. При легкой степени: амбулаторное лечение: -диета; - противорвотная терапия (корень имбиря, витамины В6, В1, антигистаминные препараты)

Средняя и тяжелая степень тяжести токсикоза- показание для стационарного лечения: - противорвотная терапия (церукал, Витамины В6 и В1, ондансетрон, нейролептики, глюкокортикостероиды); - кристаллоиды; - коллоиды; - парентеральное питание; -витаминотерапия. Критерии положительного эффекта от терапии: - уменьшение частоты или прекращение рвоты, нормализация клинико-лабораторных показателей, увеличение массы тела. Показания для прерывания беременности: -неэффективность терапии; - нарастание степени тяжести; -гипербилирубинемия свыше 80мкмоль/л; - появление мозговой симптоматики;- признаки печеночно-почечной недостаточности.

Вопрос 76

Внематочная беременность: клиника и диагностика разрыва трубы, методы оперативного лечения.

Ответ:

Внематочная/эктопическая беременность развивается в случае прикрепления плодного яйца вне полости матки.

Частота внематочной беременности составляет в среднем 1,2-1,4% по отношению к общему числу беременностей. В настоящее время отмечается возрастание частоты эктопической беременности вследствие: возрастания

числа воспалительных заболеваний репродуктивных органов малого таза, широкого распространения оперативных методов и/или методов ЭКО при лечении трубного и трубно-перитонеального бесплодия, увеличения числа женщин, применяющих внутриматочные средства контрацепции (ВМК).

Внематочная беременность представляет серьезную угрозу жизни женщины, так как нередко сопровождается внутрибрюшным кровотечением, геморрагическим шоком.

В современной классификации, основанной на локализации плодного яйца, выделяют следующие формы эктопической беременности:

- Абдоминальная (брюшная)
- Трубная

-прогрессирующая трубная беременность

-разрыв маточной трубы

-трубный аборт

- Яичниковая беременность
- Другие формы (шеечная, в рудиментарном роге, интралигаментарная, стеночная)

Факторы риска:

- Анатомические- связаны с нарушением транспортной функции маточных труб: воспаление маточных труб, стерилизация маточных труб, использование ВМК, операции на маточных трубах
- Гормональные: индукция овуляции, ЭКО, задержка овуляции, трансмиграция ооцитов.
- Прочие: эндометриоз, врожденные аномалии матки, дивертикулез труб, качество спермы, аномалии содержания ПГ в сперме, хромосомные нарушения

Клиническая картина и диагностика разрыва маточной трубы.

Диагностика не представляет затруднений, так как клиническая картина довольно яркая. **Жалобы** заключаются во 1) на фоне задержки менструации внезапном появлении сильных болей в животе, иррадиирующие в прямую кишку и правую ключицу (френикус симптом вследствие раздражения

диафрагмального нерва при внутрибрюшном кровотечении); 2) потеря сознания; 3) резкая слабость. **Клинически** у таких пациентках быстро развивается геморрагический шок, проявляющийся апатией, заторможенностью, бледностью кожи и видимых слизистых, холодным потом, одышкой, падением АД, тахикардией. При осмотре отмечается бледность кожных покровов, частый, слабого наполнения пульс, падение АД, живот вздут, напряжен в нижних отделах, отмечается болезненность и симптомы раздражения брюшины, притупление перкуторного звука в отлогих местах живота. **При гинекологическом осмотре** отмечается цианоз слизистой влагалища и шейки матки, возможны кровянистые выделения из половых путей. При бимануальном осмотре отмечается слегка увеличенная матка, размягченная, чрезмерная подвижность матки, резкая болезненность и нависание сводов при пальпации (крик Дугласа). **Дифференциальную диагностику** проводят с острым сальпингитом, апоплексией яичника, перекрута ножки кисты яичника, самопроизвольный выкидыш.
Диагноз ставится на основании жалоб, клинической картины, данных УЗИ (свободная жидкость в брюшной полости). Врачебная тактика заключается в оперативном вмешательстве в экстренном порядке: лапаротомия или лапароскопия, тубэктомия, санация и дренирование брюшной полости.

Вопрос 77

Внематочная беременность: трубный аборт, клиника, диагностика, методы лечения.

Ответ:

Внематочная/эктопическая беременность развивается в случае прикрепления плодного яйца вне полости матки.
Частота внематочной беременности составляет в среднем 1,2-1,4% по отношению к общему числу беременностей. В настоящее время отмечается

возрастание частоты эктопической беременности вследствие: возрастания числа воспалительных заболеваний репродуктивных органов малого таза, широкого распространения оперативных методов и/или методов ЭКО при лечении трубного и трубно-перитонеального бесплодия, увеличения числа женщин, применяющих внутриматочные средства контрацепции (ВМК).

Внематочная беременность представляет серьезную угрозу жизни женщины, так как нередко сопровождается внутрибрюшным кровотечением, геморрагическим шоком.

В современной классификации, основанной на локализации плодного яйца, выделяют следующие формы эктопической беременности:

- Абдоминальная (брюшная)
- Трубная

-прогрессирующая трубная беременность

-разрыв маточной трубы

-трубный аборт

- Яичниковая беременность
- Другие формы (шеечная, в рудиментарном роге, интралигаментарная, стеночная)

Факторы риска:

- Анатомические- связаны с нарушением транспортной функции маточных труб: воспаление маточных труб, стерилизация маточных труб, использование ВМК, операции на маточных трубах
- Гормональные: индукция овуляции, ЭКО, задержка овуляции, трансмиграция ооцитов.
- Прочие: эндометриоз, врожденные аномалии матки, дивертикулез труб, качество спермы, аномалии содержания ПГ в сперме, хромосомные нарушения

Клиническая картина нарушенной трубной беременности по типу трубного аборта

На фоне задержки менструации появляются незначительные тянущие боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей. Иногда задержки

менструации нет, а в дни менструации отмечаются мажущие кровянистые выделения из половых путей. Боли обусловлены сокращением маточной трубы, выталкивающей отслоившееся от стенки плодное яйцо, а также попаданием крови в брюшную полость. В зависимости от количеста крови и скорости кровотечения клинические проявления различны. Если немного крови поступает в брюшную полость, то общее состояние не нарушено, боли при этом незначительные. При гинекологическом осмотре выявляют цианоз слизистой влагалища и шейки матки, темные скудные кровянистые выделения из цервикального канала. При бимануальном осмотре шейка матки размягчена, наружный зев закрыт, тракции за шейку матки безболезненные. Тело матки слегка увеличено, не соответствует сроку беременности. Придатки пастозны и болезненны со стороны поражения. При формировании перитубарной гематомы пальпируется утолщенная труба: болезненная при пальпации, без четких контуров, ограниченно подвижная, сбоку или кзади от матки. При скоплении крови в позадиматочном пространстве отмечается набухание заднего свода, болезненное при пальпации. Диагноз складывается из данных анамнеза, жалоб, результатов осмотра, результатах. При стертой клинической картине определяют уровень в-ХГЧ в крови. При выявлении свободной жидкости в брюшной полости от кульдоцентеза отказываются и выполняют диагностическую лапаротомию. Объем операции включает гемостаз, тубэктомию, санацию и дренирование брюшной полости. В редких случаях решают вопрос о сохранении маточной трубы.

Вопрос 78

Беременность и сахарный диабет: выявления групп риска, осложнения, особенности родоразрешения

Ответ:

Сахарный диабет – метаболическое (обменное) заболевание,

характеризующееся хронической гипергликемией в результате нарушения секреции инсулина, действия инсуина или обоих этих факторов. Хроническая гипергликемия при СД сопровождается повреждением, дисфункцией и недостаточностью различных логанов, особенно почек, нервов, сердца и кровеносных сосудов.

СД оказывает наиболее неблагоприятное воздействие на течение беременности, приводя к ее осложнениям, отрицательно воздействует на развитие плода и адаптационные возможности новорожденного.

У беременных различают несколько видов нарушений углеводного обмена:

- СД, существовавший у женщины до беременности : СД 1 типа и СД 2 типа
- СД беременных- гестационный СД: компенсируемый диетотерапией, компенсируемый диетотерапией и инсулинотерапией, манифестный СД

ГСД – заболевание, характеризующееся гипергликемией, впервые выявленной во время беременности, но не соответствует критериям манифестного СД. В норме уровень гликемии натощак должен быть <5,1 ммоль/л, при проведении ГТТ через час <10 ммоль/л, и <7,8 ммоль/л через 2 часа.

Факторы риска: НЖО, многоплодная беременность, прием глюкокортикостероидов, беременность в результате ЭКО, отягощенный наследственный анамнез, СПКЯ.

У 75% женщин, страдающих СД, беременность протекает с осложнениями. В генезе осложнений лежит нарушение микроциркуляции, приводящее к усилению спазма периферических сосудов. Развивается гипоксия, локальное повреждение эндотелия сосудов, нарушение гемостаза. Наиболее частые осложнения при СД: преэклампсия, плацентарная недостаточность, многоводие, преждевременные роды, диабетическая фетопатия, аномалии развития плода.

Группу высокого риска (акушерского и перинатального) среди пациенток с СД 1 и 2 типов составляют беременные: с длительностью СД более 10 лет; диабетической нефропатией; декомпенсированным СД; диабетической

полинейропатией; диабетической ретинопатией. При неадекватной компенсации СД гипергликемия у матери приводит к гипергликемии и гиперинсулинемии плода, что приводит к : фетопатии, РДС новорожденных, неонатальной гипогликемии. Хроническая фетальная гипергликемия и гиперинсулинемия приводят к повышению потребления кислорода тканями, что ведет к развитию гипоксии. Ангиопатия плацентарных сосудов приводит к усугублению гипоксии, нарушению трофики плода, задержке роста плода. В последние недели беременности потрбность в инсулине снижается, что может приводить к развитию гипогликемии у матери и антенатальной гибели у плода.

Клиническая картина СД 1-го и 2-го типов у беремнных зависит от: длительности заболевания, степени компенсации, наличия и степени выраженности поздних сосудистых осложнений СД (АГ, ретинопатии, нефропатии, нейропатии и др.). ГСД как правило, протекает бессимптомно, клинические проявления неспецифичны.

Для диагностики ГСД и «манифестного» СД проводят скрининг всем беременным. На 1-м этапе при первичном обращении к врачу проводится: анализ крови на уровень глюкозы натощак, уровень гликированного гемоглобина, содержание глюкозы в венозной крови в любое врем суток вне зависимости от приема пищи. При выявлении гипергликемии ставится диагноз ГСД или «манифестного» СД. Всем беременным, у которых не было выявлено нарушение углеводного обмена на ранних сроках беременности, в сроки 24-26 недель назначают пероральный глюкозотолерантный тест. По результатам перорального глюкозотолерантного теста для установления ГСД достаточно хотя бы одного значения уровня глюкозы в венозной плазме из трех, которое было бы равным или выше порогового.

Для оценки состояния беременной, страдающей СД6 выполняют: СМАД, УЗИ плода с применением допплерометрии кровотока в маточно-плацентарно-плодовом кровотоке, фетометрией плода, кардиотокографию плода.

Показания к искусственному прерыванию беременности на фоне СД: тяжелая диабетическая нефропатия, артериальная гипертензия, прогрессирующая

пролиферативная ретинопатия, трансплантированная почка.

Лечение ГСД начинают с подбора индивидуальной диеты в сочетании с дозированными физическими нагрузками. При СД, имевшем место ранее и по показаниям при ГСД проводится инсулинотерапия. Режим инсулинотерапии подбирают в зависимости от показателей гликемии. Инсулинотерапия также показана при нарастании признаков диабетической фетопатии по данным УЗИ. Назначаются параллельно препараты для лечения гипотиреоза, АГ. При подборе инсулинотерапии необходимо учитывать потребности в инсулине в зависимости от срока гестации, в родах и послеродовом периоде. Пероральные сахароснижающие препараты противопоказаны.

Досрочное родоразрешение: - декомпенсированная ПН, нарастание степени тяжести преэклампсии,инефропатии.

Показания к кесарево сечению: ПМП более 4000г, тазовое предлежание плода, дистресс плода, выраженное или прогрессирующие осложнения СД, диабетическая фетопатия.

В родах ведется постоянное мониторирование состояния плода; для предотвращения родовой травмы у плода в результате затрудненного выведения плечиков головку следует выводить между потугами, после эпизиотомии. Следует избегать инфузии растворов глюкозы.

Противопоказания к грудному вскармливанию нет. Исключение: тяжелые осложнения СД.

Вопрос 79

Осложнения преэклампсии: особенности течения, исход, профилактика, принципы терапии и родоразрешения

Ответ:

Осложнения преэклампсии:

- Эклампсия

- Отек, кровоизлияние и отслойка сетчатки
- Острый жировой гепатоз
- HELLP-синдром
- Острая почечная недостаточность
- Отек легких
- ОНМК
- ПОНРП
- АГП

Эклампсия – тяжелое состояние со сложным симптомокомплексом. Самый характерный симптом- приступы судорог поперечнополосатой мускулатуры. Различают эклампсию беременных (65-75%), рожениц (25%), родильниц (1-2%). В 30% случаев эклампсия развивается непредвиденно, при «стертых», неучтенных симптомах заболевания. Типичный припадок судорог продолжается в среднем 1-2 мин и состоит из 4 периодов: вводный, период тонических судорог, клонические судороги, разрешение припадка. Возможен переход из одного припадка в другой. Полное восстановление сознания в паузах между припадками имеет благоприятное значение, а глубокая кома знаменует тяжелое течение болезни. Если она продолжается часами, сутками, то прогноз плохой даже после прекращения припадков. Кома определяется чаще всего отеком головного мозга. Очень опасна бессудорожная форма эклампсии. Женщина жалуется на головную боль, нарушение зрения вплоть до амавроза. Больная впадает в коматозное состояние при высоком АД. Такая форма эклампсии говорит о кровоизлиянии в головной мозг вплоть до кровоизлияния в ствол мозга и летальный исход. Дифференциальную диагностику проводят с эпилепсией, уремией, мозговыми заболеваниями.

Наиболее частые осложнения эклампсии: эклamптическая кома, поражения головного мозга, ПОНРП, АГП…

Эклампсия во время беременности- абсолютное показание для экстренного родоразрешения путем операции кесарево сечения. При этом параллельно проводится противосудорожная, антигипертензивная терапия, инфузионная

терапия по показаниям, профилактика ДВС-синдрома, послеродового кровотечения, контроль диуреза и т.д.

HELLP-синдром- тяжелая форма преэклампсии, характеризующаяся гемолизом эритроцитов, тромбоцитопенией, повышением печеночных ферментов. Данное осложнение преэклампсии характеризуется высокой частотой летальности и перинатальной смертности. Основными этапами развития HELLP-синдрома при тяжелой форме преэклампсии считаю аутоиммунное повреждение эндотелия, гиповолемию со сгущением крови и образование микротромбов с последующим фибринолизом. При повреждении эндотелия увеличивается агрегация тромбоцитов, что способствует вовлечению в патологический процесс фибрина, коллагеновых волокон, системы комплемента, Ig G и IgM. Аутоиммунные комплексы обнаруживаются в синусоидах печени и эндокарде. В связи с этим, целесообразно использовать при HELLP-синдроме глюкокортикоиды и иммунодепрессанты. Разрушение тромбоцитов приводит к высвобождению тромбоксанов и нарушению равновесия в тромбоксан-простациклиновой системе, генерализованному артериолоспазму с усугублением артериальной гипертензии, отеку головного мозга, судорогам. Развивается порочный круг, который можно прервать путем экстренного родоразрешения. Манифестация синдрома как правило в 35 недель и более. Для заболевания характерно быстрое нарастание симптомов. Клиническая симптоматика неспецифична и включает: тошноту и рвоту, боли в эпигастрии, в правом подреберье, выраженные отеки, головная боль, утомляемость, недомогание, двигательное беспокойство, гиперрефлексия, олигурия, моча цвета мясных помоев. Характерные признаки заболевания: желтуха, рвота с кровью, кровоизлияние в местах инъекций, нарастающая печеночная недостаточность, судороги, выраженная кома.

Осложнения при HELLP- синдроме: ПОНРП, РДС-синдром, разрыв подкапсульной гематомы печени, острая почечная недостаточность, хронический ДВС-синдром, эклампсия, кровоизлияние в мозг, смерть. Врачебная тактика при HELLP-синдроме включает госпитализацию в ОРИТ,

стабилизацию пациентки, оценка состояния плода, контроль АД и последующее родоразрешение.

Принципы интенсивной терапии HELLP-синдрома: коррекция метаболического ацидоза, инфузионная терапия, стимуляция диуреза, глюкокортикоиды, нормализация гемостаза, антибактериальная терапия, нутритивная поддержка, ингибиторы протоновой помпы.

Способ родоразрешения- кесарево сечение с дренированием брюшной полости. Перитонизацию не проводят.

Острый жировой гепатоз. В клиническом течении различают 2 периода: первый безжелтушный (2-6 недель)- снижение аппетита, сладость, изжога, тошнота, рвота, боли и чувство тяжести в эпигастрии, кожный зуд, снижение массы тела. Вторй период-желтушный, выраженная клиника печеночно-почечной недостаточности- желтуха, олигурия, периферические отеки, скопление жидкости в серозных полостях, маточное кровотечение, антенатальная гибель плода. При остром жировом гепатозетразвивается печеночная кома с нарушением функции головного мозга от незначительных нарушений сознания до глубокой потери с угнетением рефлексов. В биохимическом анализе крови отмечают гипопротеинемию, гипофриногенемию, тромбоцитопению, незначительный прирост трансаминаз.

Вопрос 80

Акушерский перитонит: классификация, принципы диагностики и лечения.

Ответ:

Перитонит- острое воспаление брюшины, сопровождающееся тяжелыми общими симптомами и характеризующееся прогрессирующим нарушением функций жизненно важных органов с развитием полиорганной недостаточности. Одно из наиболее грозных осложнений послеродового периода. В акушерской практике перитонит чаще всего возникает после КС- до

98%, но может быть и после инфицирования родовых путей вследствие их травмы в процессе родоразрешающих операций.

Основные причины перитонита – несостоятельность швов на матке после КС; инфицирование брюшины во время операции К:С на фоне хорионамнионита; нарушение барьерной функции кишечника.

В зависимости от пути проникновения инфекции и инфицирования брюшины различают:

- Первичный перитонит – обусловлен инфицированием брюшины содержимым матки при проведении операции на фоне хорионамнионита/ при проникновении в брюшную полость микрофлоры кишечника при острой хирургической патологии или послеоперационном парезе кишечника
- Вторичный – вследствие несостоятельности шва на матке после КС, эндометрита, ранения соседних органов вовремя операции КС

По характеру экссудата различают:

- Серозный
- Фибринозный
- Гнойный

По степени распространенности:

- Отграниченный
- Диффузный
- Распространенный
- Разлитой

По клиническому течению акушерский перитонит может быть:

- С классическими признаками
- Со стертой клинической картиной
- С затяжным течением

Этиология

В генезе акушерского перитонита играют роль энтеробактерии (E.coli, Pseudomonas spp., klebsiella spp., proteus spp. и др.), грамположительные кокки

(Staphylococcus aureus, Enterococcus spp., и др.), а также неспоробразующие анаэробы(бактероиды, пептококии, пептострептококки и др.). Перитонит-полиэтиологичное заболевание, наиболее тяжелые формы акушерского перитонита обусловлены аэробно-анаэробными ассоциациями.

Клиническая картина

Акушерский перитонит имеет раннее начало после КС, его клинические проявления стерты.

Различают 3 фазы перитонита:

- 1 фаза- реактивная стадия. Отмечаются выраженные признаки воспаления брюшины. Симптомы интоксикации появляются на 2-3-и сутки послет операции: жажада, сухость во рту, слабость, вздутие живота, тахикардия, повышение температуры тела до 38С, озноб. При объективном осмотре отмечают сухость языка, выраженный парез кишечника, тахикардия, не соответствующая температуре. Стадия длится 24 часа
- 2 фаза -токсическая. Нарастает интоксикация, происходит размножение микроорганизмов, возникает резорбция эндотоксина, подавление защитных механизмов, нарушение гемодинамики, микроциркуляции, нарастает гипоксия, нарушается оксигенация тканей. Развивается полиорганная недостаточность, резкое угнетение перистальтики кишечника, нарастающий метеоризм. Снижается болевой синдром, напряжение мышц живота. Продолжительность 24-72 часа.
- 3 фаза- терминальная. Стадия глубокой интоксикации, сопровождающаяся гиповолемией, септическим шоком, нарушением сердечной деятельности, полиорганной недостаточностью. Полное отсутствие перистальтики, выраженный метеоризм, разлитая боль по всему животу.

В акушерском перитоните различают:

- Первичное инфицирование брюшной полости
- Перитонит-парез
- Перитонит на фоне эндометрита и несостоятельности швов на матке

При постановке диагноза используют данные анамнеза, результаты клинико-

лабораторных и инструментальных обследований.

При оценке анамнеза определяют факторы риска.

Проводится общеклиническое обследование с оценкой тяжести состояния и распространенности патологического процесса, термометрия каждые 3 часа, динамическое измерение пульса и АД.

При влагалищном осмотре отмечают выраженную болезненность матки, ее размягчение, размеры матки не соответствуют суткам послеродового периода, болезненность и уплощение сводов влагалища.

Проводят микробиологическое исследование крови, отделяемого из матки и брюшной полости и отделяемого из дренажей с оценкой чувствительности к антибиотикам.

Провдится исследование клинического анализа крови, биохимического анализа (+маркеры воспаления), гемостаза.

При УЗИ визуализируются раздутые петли кишечника, заполненные гипоэхогенным содержимым, гиперэхогенность кишечной стенки, снижение перистальтики. Нередко определяется свободная жидкость в брюшной полости. О неполноценности шва на матке свидетельствует картина симптома «ниши».

При рентгенологическом исследовании органов брюшной полости также выявляются признаки пареза кишечника.

Лечение

Лечение проводится в ОРИТ совместно с хирургами, акушерами, анестезиологами и включает 3 этапа: предоперационная подготовка, хирургическое вмешательство, интенсивная послеоперационная терапия.

Объем оперативного вмешательства зависит от шва на ране матки, выраженности эндометрита, перитонита. Релапаротомия включает санацию, дренирование брюшной полости при удовлетворительном состоянии шва на матке, серозном выпоте. В современном акушерстве отдают предпочтение органосохраняющим операциям. Антибактериальная терапия включает антииотики широкого спектра в максимально допустимой терапевтической

дозе с учетом обсемененности первичного очага инфекции, клинических проявлений, наиболее вероятного возбудителя.

Ситуационные задачи для прохождения промежуточной аттестации
Ситуационные задачи для прохождения промежуточной аттестации

Задача 1

Повторнородящая 29 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью.

В анамнезе: три искусственных аборта, одни самопроизвольные роды, осложнившиеся эндометритом в послеродовом периоде.

Через 8 часов после поступления родила живую доношенную девочку массой 3100 г и ростом 50 см.

Через 30 мин – признаков отделения плаценты нет, кровотечения нет.

Состояние удовлетворительное, пульс – 84 уд/мин, АД – 110/70 мм рт. ст.

Диагноз? Что делать?

Ответ:

Третий период вторых самопроизвольных родов в головном предлежании.

Полное плотное прикрепление плаценты. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

Ручное отделение плаценты и выделение последа.

Задача 2

Родильнице 25 лет.

Роды – первые. Послеродовый период на 5-е сутки осложнился лактостазом.

Проводилось соответствующее лечение. Выписана из родильного дома на 6-е сутки.

На 12-е сутки после родов появились боли в левой молочной железе, слабость, головная боль. Температура тела – 39^0С, озноб.

При осмотре: правая молочная железа мягкая, безболезненная при пальпации во всех отделах. Отток молока не нарушен. Левая молочная железа гиперемирована в верхнем наружном квадранте, где пальпируется резко болезненный инфильтрат. Отмечается увеличение и болезненность подмышечных лимфатических узлов.

Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Дно матки над лоном не определяется. Выделения из половых путей слизисто-сукровичные, без запаха.

Диагноз? Лечение?

Ответ:

12-е сутки послеродового периода. Инфильтративный левосторонний мастит. Антибактериальная терапия препаратами полусинтетических пенициллинов, инфузионная терапия, противовоспалительная терапия (НПВС), терапия, направленная на подавление лактации (бромокриптин, карбеголин).

Задача 3

Повторнородящая 36 лет доставлена в родильный дом в связи с развитием родовой деятельности и излитием околоплодных вод. Данная беременность протекала с явлениями умеренно выраженной преэклампсии в третьем триместре.

При осмотре: беременная нормального телосложения. Размеры таза: 25-29-32-20 см, размер Соловьева – 14 см. ВДМ – 36 см, ОЖ – 112 см. Через 4 часа от момента поступления отмечено урежение схваток, в связи с чем проводилась родостимуляция окситоцином. Через 6 час произошли роды: родился живой доношенный мальчик массой 4100 г, длиной 54 см. Спустя 15 мин

самостоятельно выделился послед, при его осмотре – дефектов не обнаружено. Через 10 мин после родов из половых путей появились кровянистые выделения в количестве 500,0 мл. Матка дряблая.

Диагноз? Какие имеются факторы, предрасполагающие к развитию кровотечения? Какие следует предпринять меры?

После проведенных мероприятий кровотечение продолжается, матка остается атоничной, кровопотеря достигла 1000-1100 мл.

Что необходимо предпринять в данной ситуации?

Ответ:

Ранний послеродовый период после повторных самопроизвольных родов крупным плодом. Гипотоническое кровотечение. Преэклампсия умеренно выраженная.

Факторы, предрасполагающие к развитию кровотечения – крупные размеры плода, слабость родовой деятельности, преэклампсия.

Следует приступить к первому этапу остановки раннего послеродового кровотечения: катетеризация периферической вены, мочевого пузыря, контрольное ручное обследование стенок полости матки, бимануальная компрессия матки, инфузионная и утеротоническая терапия (окситоцин).

При неэффективности мероприятий первого этапа остановки кровотечения следует приступить к мероприятиям второго этапа: управляемая баллонная тампонада матки или наложение на шейку матки клемм по методике Бакшеева или эмболизация маточных артерий.

При неэффективности мероприятий второго этапа остановки раннего послеродового кровотечения следует приступить к мероприятиям третьего этапа: лапаротомия, перевязка восходящих ветвей маточных артерий, трубных ветвей яичниковых артерий и внутренних подвздошных артерий (при необходимости дополнительно наложить компрессионные швы на матку).

При неэффективности мероприятий третьего этапа остановки раннего

послеродового кровотечения следует приступить к мероприятиям четвертого этапа: экстирпация матки.

Задача 4

В женскую консультацию обратилась повторнобеременная с жалобами на кровянистые выделения из половых путей.

Первая беременность три года назад закончилась своевременными родами (масса ребенка – 3600 г), послеродовый период осложнился эндометритом.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, пульс – 80 уд/мин, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот овоидной формы, увеличен за счет беременной матки, соответствующей по размерам 28-29 неделям беременности, безболезненный при пальпации. Положение плода продольное, головка плода расположена высоко над входом в малый таз, подвижна. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин. Из половых путей – кровянистые выделения в небольшом количестве.

Каков наиболее вероятный диагноз? Тактика врача женской консультации? Необходимо ли произвести влагалищное исследование для уточнения диагноза? Тактика ведения беременной в стационаре?

Ответ:

Беременность 28-29 недель. Головное предлежание. Предлежание плаценты. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

Тактика врача женской консультации: госпитализация.

Влагалищное исследование при предлежании плаценты проводится только в условиях развернутой операционной.

Тактика ведения беременной в стационаре: терапия, направленная на пролонгирование беременности – гемостатическая терапия (транексам), магнезиальная терапия, профилактика РДС плода препаратами кортикостероидов.

Задача 5

Беременная 17 лет поступила в родильный дом с жалобами на нерегулярные боли в нижних отделах живота, пояснице, крестце. Из анамнеза: настоящая беременность – первая, доношенная. Указанные жалобы появились два дня назад. Предыдущие две ночи не спала.

Объективно: женщина утомлена, раздражительна, плаксива. Голова не болит, зрение ясное. Живот увеличен за счет беременной матки, соответствует по размерам доношенному сроку. ОЖ – 100 см, ВДМ – 37 см. Размеры таза: 25-28-30-20 см. Положение плода продольное, предлежит головка. Тонус миометрия повышен. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин.

При влагалищном исследовании: шейка матки укорочена до 1 см, умеренно размягчена, расположена по проводной оси таза, цервикальный канал проходим для двух пальцев. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

Диагноз? Объем диагностических и лечебных мероприятий?

Ответ:

Беременность доношенная. Головное предлежание. Патологический предвестниковый период. Юная первобеременная 17 лет.

Необходимо провести КТГ-мониторирование с целью оценки состояния плода, а также учитывая достаточную биологическую готовность родовых путей, амниотомию с целью индукции родов.

Задача 6

Пациентка 29 лет на сроке беременности 27-28 недель доставлена машиной скорой помощи с жалобами на боли в поясничной области (больше справа), иррадиирующие по внутренней поверхности бедра, учащенное мочеиспускание, озноб, слабость, повышение температуры тела до 39^0С, периодические тянущие боли в нижних отделах живота. Из анамнеза: с 13-

летнего возраста имеется хронический пиелонефрит. На протяжении беременности в анализах мочи регистрируется лейкоцитурия, умеренная протеинурия, цилиндрурия.

Состояние при поступлении – тяжелое. Температура тела – 38,9^{0}С, ЧСС – 94 уд/мин, АД – 115/70-110/60 мм рт. ст. Симптом поколачивания положителен с обеих сторон (больше справа). Матка в нормальном тонусе. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин.

При УЗИ: почки расположены в типичном месте, контуры их четкие, ровные. Подвижность почек сохранена. Чашечно-лоханочная система (ЧЛС) левой почки гиперэхогенна, не дилатирована. ЧЛС правой почки расширена: визуализируются почечные чашечки до 14 мм и почечная лоханка до 24 мм; в последней – конкремент 8 мм.

Предполагаемый диагноз? Врачебная тактика?

Ответ:

Беременность 27-28 недель. Обострение хронического пиелонефрита. Мочекаменная болезнь.

Обследование: общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, микробиологическое исследование мочи (посев), консультация урологом.

Лечение: катетеризация правой чашечно-лоханочной системы посредством установки мочеточникового катетера-стента, антимикробная терапия (начиная с препаратов полусинтетических пенициллинов, при необходимости смены антибактериальной терапии – по результатам посева), инфузионная терапия, спазмолитическая терапия, уросептики (канефрон), подкисленное питье.

Задача 7

Беременная 30 лет доставлена в клинику в тяжелом состоянии с доношенной беременностью. Настоящая беременность – четвертая, предстоят первые роды. В анамнезе – три искусственных аборта без осложнений.

С 34 недель данной беременности у пациентки появились отеки, повышение

АД до 140-150/90-100 мм рт. ст. Сегодня утром внезапно при отсутствии родовой деятельности появились боли в животе и кровянистые выделения из половых путей.

Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс – 120 уд/мин, слабого наполнения. АД – 90/50 мм рт. ст. На нижних конечностях отмечаются выраженные отеки. Матка напряжена, болезненна при пальпации. Части плода четко не определяются, сердцебиение плода не выслушивается. Из половых путей – кровянистые выделения в небольшом количестве. В анализе мочи – протеинурия 1,65 г/л.

Диагноз? Тактика ведения?

Ответ:

Беременность доношенная. Преэклампсия умеренно выраженная. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Антенатальная гибель плода.

Кесарево сечение в экстренном порядке по материнским показаниям (интраоперационно решить вопрос о необходимости расширения объема операции до экстирпации матки при развитии маточно-плацентарной апоплексии).

Задача 8

Машиной скорой помощи доставлена в родильный дом первобеременная пациентка 24 лет. При поступлении: состояние средней тяжести. Пульс – 100 уд/мин, АД – 160/100-150/100 мм рт. ст. Матка не возбудима при пальпации, безболезненна. Головка плода находится над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 136 уд/мин. Голени и стопы отечны. Беременная госпитализирована в палату интенсивной терапии родового отделения. При катетеризации мочевого пузыря выведено 50 мл концентрированной мочи, содержание белка в которой составило 3,6 г/л. При допплерометрии установлено двустороннее нарушение кровотока в обеих маточных артериях с дикротической выемкой. При осмотре окулистом выявлена ангиопатия сетчатки и отек диска зрительного нерва.
Данные влагалищного исследования: наружные половые органы и влагалище – без особенностей. Шейка матки длиной 2,5 см, плотная, отклонена кзади. Наружный зев закрыт.
Диагноз? Акушерская тактика?

Ответ:
Беременность первая (срок беременности не указан). Головное предлежание. Тяжелая преэклампсия. Нарушение маточно-плацентарного кровотока. Учитывая наличие тяжелой преэклампсии и прогностически неблагоприятного двустороннего нарушения маточно-плацентарного кровотока (в обеих маточных артериях с дикротической выемкой), показано родоразрешение в срочном порядке после стабилизации состояния пациентки (магнезиальная терапия + нормализация цифр АД). Если срок беременности менее 34 недель, то показано также проведение профилактики РДС плода препаратами кортикостероидов.

Задача 9
Пациентке 28 лет, предстоят вторые своевременные роды. В анамнезе – три искусственных аборта.

Первый и второй периоды родов протекали без осложнений, родилась живая доношенная девочка массой – 3600 г, ростом – 52 см. Через 10 мин появились обильные кровянистые выделения из половых путей в количестве 300-350 мл, признаков отделения плаценты нет.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы нормальной окраски, пульс – 86 уд/мин, АД – 110/70 мм рт. ст.

Диагноз? Дальнейшая тактика ведения?

Ответ:

Третий период вторых своевременных самопроизвольных родов. Частичное плотное прикрепление плаценты. Кровотечение.

Показано безотлагательное ручное отделение плаценты и выделение последа.

Задача 10

Беременная 17 лет поступила в родильный дом с жалобами на нерегулярные боли в нижних отделах живота, пояснице, крестце.

Из анамнеза: настоящая беременность – первая, доношенная. Указанные жалобы появились два дня назад. Предыдущие две ночи практически не спала, к врачу не обращалась, самостоятельно принимала анальгин, приносящий временное облегчение.

Объективно: женщина утомлена, раздражительна, плаксива. Голова не болит, зрение ясное. Живот увеличен за счет беременной матки, соответствует по размерам доношенному сроку. ОЖ – 100 см, ВДМ – 37 см. Размеры таза: 25-28-30-20 см. Положение плода продольное, предлежит головка. Тонус миометрия повышен. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин.

При влагалищном исследовании: шейка матки укорочена до 1 см, умеренно размягчена, расположена по проводной оси таза, цервикальный канал проходим для двух пальцев. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

Диагноз? Объем диагностических и лечебных мероприятий?

Ответ:

Беременность доношенная. Головное предлежание. Патологический предвестниковый период. Юная первобеременная 17 лет.

Необходимо провести КТГ-мониторирование с целью оценки состояния плода, а также учитывая достаточную биологическую готовность родовых путей, амниотомию с целью индукции родов.

Задача 11

В родильный дом госпитализирована повторнородящая 35 лет со сроком беременности 41 неделя. Первые роды 12 лет назад – запоздалые, затяжные, закончились операцией наложения акушерских щипцов по поводу острой гипоксии плода. У ребенка детский церебральный паралич. Вторая и третья беременности закончились самопроизвольными выкидышами на ранних сроках. Настоящая беременность осложнилась угрозой выкидыша в первом триместре и отеками в третьем триместре.

Объективно: ОЖ – 96 см, ВДМ – 38 см. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 уд/мин.

При влагалищном исследовании: шейка матки отклонена кзади, длиной 2,5 см, цервикальный канал закрыт.

При УЗИ: плод один, в головном предлежании, соответствует по размерам доношенной беременности. Отмечается выраженное маловодие. При допплерометрическом исследовании выявлена централизация плодового кровотока. При КТГ: снижение вариабельности базального ритма, отрицательный нестрессовый тест.

Диагноз и его обоснование? Акушерская тактика?

Ответ:

Беременность 41 неделя. Головное предлежание. Отеки беременных.

Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Маловодие. Хроническая гипоксия плода. Перерыв между родами 12 лет.

Учитывая биологическую неготовность родовых путей к родам у повторнобеременной на сроке гестации 41 неделя с признаками хронической гипоксии плода, отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом и перерывом между родами 12 лет, необходимо отказаться от проведения подготовки шейки матки к родам и родоразрешить пациентку путем операции кесарева сечения в срочном порядке.

Задача 12

Повторнородящая 24 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью. Роды – своевременные, продолжаются 6 часов.

В анамнезе – одни роды в головном предлежании, масса ребенка – 3800 г, жив, здоров.

Размеры таза: 25-28-31-20 см, положение плода продольное, предлежит тазовый конец. Окружность живота – 96 см, высота стояния дна матки – 36 см. Схватки по 40-45 сек через 2-3 мин. Воды не изливались. Сердцебиение плода – ясное, ритмичное, до 140 уд/мин.

При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, края ее тонкие, открытие маточного зева – 9 см, плодный пузырь цел, ягодицы плода прижаты ко входу в малый таз, мыс не достигается.

При УЗИ определено, что предполагаемый пол плода – женский.

Диагноз? Тактика и особенности ведения родов?

Ответ:

Беременность доношенная. Тазовое предлежание плода (чистоягодичное). Первый период родов.

Учитывая чистоягодичное предлежание и небольшую массу плода у повторнородящей с неотягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, неосложненным течением беременности и родов, решено продолжить ведение

родов через естественные родовые пути с применением в конце второго периода родов пособия по Цовьянову.

Задача 13

В отделение патологии беременности поступила повторнобеременная 27 лет с преэклампсией умеренно выраженной на сроке беременности 35 недель.
При УЗИ выявлено: плод соответствует по размерам сроку беременности 31-32 неделям, развит непропорционально.
При допплерометрии определяется нарушение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока.
Начато комплексное лечение преэклампсии, плацентарной недостаточности и задержки роста плода.
При допплерометрическом исследовании в динамике обнаружено отсутствие диастолического компонента кровотока в артериях пуповины.
Диагноз? Оцените эффективность проводимого лечения. Врачебная тактика?

Ответ:

Беременность 35 недель. Преэклампсия умеренно выраженная. Декомпенсированная плацентарная недостаточность. Задержка роста плода.
Эффект от проводимого лечения отсутствует.
Учитывая отсутствие эффекта от проводимого лечения и декомпенсацию плацентарной недостаточности (отсутствие диастолического компонента кровотока в артериях пуповины), показано родоразрешение пациентки в срочном порядке посредством операции кесарева сечения.

Задача 14

В родильный дом бригадой скорой медицинской помощи доставлена беременная 23 лет на сроке 28 недель с жалобами на боли в правой поясничной области, повышение температуры до 38,3^{0}С, озноб, тошноту, рвоту. В течение

двух дней отмечает частое болезненное мочеиспускание.
Из анамнеза: с 2-х лет страдает хроническим пиелонефритом. Последнее обострение в 12 лет. Настоящая беременность – первая.
Объективно: состояние средней тяжести. АД – 110/70 мм рт. ст., пульс – 96 уд/мин. Матка в нормальном тонусе, слегка возбудима при пальпации, по размерам соответствует гестационному сроку. Симптом Пастернацкого резко положителен справа с иррадиацией в правую подвздошную область.
Диагноз? План обследования и лечения?

Ответ:
Беременность 28 недель. Обострение хронического пиелонефрита.
Обследование: общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, микробиологическое исследование мочи (посев), УЗИ почек, консультация урологом. Лечение: позиционная терапия (при неэффективности – катетеризация чашечно-лоханочной системы при ее расширении по данным УЗИ посредством установки мочеточникового катетера-стента), антимикробная терапия (начиная с препаратов полусинтетических пенициллинов, при необходимости смены антибактериальной терапии – по результатам посева), инфузионная терапия, спазмолитическая терапия, уросептики (канефрон), подкисленное питье.

Задача 15
В женскую консультацию обратилась повторнобеременная с жалобами на кровянистые выделения из половых путей.
Первая беременность три года назад закончилась своевременными родами (масса ребенка – 3600 г), послеродовый период осложнился эндометритом.
Объективно: общее состояние удовлетворительное, пульс – 80 уд/мин, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот овоидной формы, увеличен за счет беременной матки, соответствующей по размерам 28-29 неделям беременности, безболезненный при пальпации. Положение плода продольное, головка плода расположена

высоко над входом в малый таз, подвижна. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 уд/мин. Из половых путей – кровянистые выделения в небольшом количестве.

Каков наиболее вероятный диагноз? Тактика врача женской консультации? Необходимо ли произвести влагалищное исследование для уточнения диагноза? Тактика ведения беременной в стационаре?

Ответ:

Беременность 28-29 недель. Головное предлежание. Предлежание плаценты. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

Тактика врача женской консультации: госпитализация.

Влагалищное исследование при предлежании плаценты проводится только в условиях развернутой операционной.

Тактика ведения беременной в стационаре: терапия, направленная на пролонгирование беременности – гемостатическая терапия (транексам), магнезиальная терапия, профилактика РДС плода препаратами кортикостероидов.

Задача 16

Повторнородящая 36 лет доставлена в родильный дом в связи с развитием родовой деятельности и излитием околоплодных вод. Данная беременность протекала с явлениями преэклампсии умеренно выраженной в третьем триместре.

При осмотре: беременная нормального телосложения. Размеры таза: 25-29-32-20 см, индекс Соловьева – 14 см. ВДМ – 36 см, ОЖ – 112 см. Через 4 часа от момента поступления отмечено урежение схваток, в связи с чем проводилась родостимуляция окситоцином. Через 6 час произошли роды: родился живой доношенный мальчик массой 4100 г, длиной 54 см. Спустя 15 мин самостоятельно выделился послед, при его осмотре – дефектов не обнаружено. Через 10 мин после родов из половых путей появились кровянистые выделения

в количестве 500,0 мл. Матка дряблая.

Диагноз? Какие имеются факторы, предрасполагающие к развитию кровотечения? Какие следует предпринять меры?

После проведенных мероприятий кровотечение продолжается, матка остается атоничной, кровопотеря достигла 1000-1100 мл.

Что необходимо предпринять в данной ситуации?

Ответ:

Ранний послеродовый период после повторных самопроизвольных родов крупным плодом. Гипотоническое кровотечение. Преэклампсия умеренно выраженная.

Факторы, предрасполагающие к развитию кровотечения – крупные размеры плода, слабость родовой деятельности, преэклампсия.

Следует приступить к первому этапу остановки раннего послеродового кровотечения: катетеризация периферической вены, мочевого пузыря, контрольное ручное обследование стенок полости матки, бимануальная компрессия матки, инфузионная и утеротоническая терапия (окситоцин).

При неэффективности мероприятий первого этапа остановки кровотечения следует приступить к мероприятиям второго этапа: управляемая баллонная тампонада матки или наложение на шейку матки клемм по методике Бакшеева или эмболизация маточных артерий.

При неэффективности мероприятий второго этапа остановки раннего послеродового кровотечения следует приступить к мероприятиям третьего этапа: лапаротомия, перевязка восходящих ветвей маточных артерий, трубных ветвей яичниковых артерий и внутренних подвздошных артерий (при необходимости дополнительно наложить компрессионные швы на матку).

При неэффективности мероприятий третьего этапа остановки раннего послеродового кровотечения следует приступить к мероприятиям четвертого этапа: экстирпация матки.

Задача 17

Роженица находится во втором периоде родов в течение 2 часов.

В анамнезе: одни роды (масса ребенка – 3400 г), два искусственных аборта.

Настоящая беременность – четвертая, доношенная.

При осмотре: женщина беспокойна, жалуется на постоянные боли в нижних отделах живота. Пациентка нормального телосложения, рост – 169 см, вес – 75 кг. Размеры таза: 25-28-31-20 см. Индекс Соловьева – 15 см, ромб Михаэлиса – 11х11 см. ВДМ – 39 см, ОЖ – 113 см. Схватки потужного характера по 50-60 сек через 1-2 мин. Головка плода прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин.

При влагалищном исследовании: края маточного зева отечные, свисают во влагалище, открытие маточного зева – полное. Плодного пузыря нет, головка плода прижата ко входу в малый таз, на головке – выраженная родовая опухоль. Стреловидный шов – в правом косом размере, малый родничок – слева. Мыс не достижим, таз не деформирован.

Диагноз. Дальнейшая тактика ведения родов?

Ответ:

Беременность доношенная. Головное предлежание. Второй период родов. Клинически узкий таз. Угрожающий разрыв матки. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Крупный плод.

Кесарево сечение в экстренном порядке.

Задача 18

Повторнородящая доставлена в родильное отделение с регулярными схватками, начавшимися 6 часов назад.

Настоящая беременность – третья, срок беременности – 38-39 недель.

В анамнезе – одни своевременные роды и один искусственный аборт.

При осмотре и наружном акушерском обследовании выявлено тазовое

предлежание плода. Родовая деятельность активная, схватки по 35-40 сек через 3 мин. В процессе обследования излились околоплодные воды, после чего отмечено урежение сердцебиения плода до 100 уд/мин.
При влагалищном исследовании: открытие маточного зева – 5-6 см, плодного пузыря нет, во влагалище прощупывается пульсирующая петля пуповины. Предлежащие ягодицы плода прижаты ко входу в малый таз.
Диагноз? Какова должна быть тактика врача, ведущего роды?

Ответ:
Беременность 38-39 недель. Тазовое предлежание (чистоягодичное). Первый период родов. Выпадение петель пуповины. Острая гипоксия плода.
Кесарево сечение в экстренном порядке.

Задача 19
Родильнице 29 лет. Настоящая беременность – вторая. Первые роды – четыре года назад через естественные родовые пути. Данная беременность закончилась операцией кесарева сечения в связи с развитием в родах клинически узкого таза. Безводный промежуток составил 18 часов. Масса плода – 4200 г. Интраоперационно проводилась антибиотикопрофилактика препаратом широкого спектра действия.
На 5-е сутки отмечен подъем температуры до 37,9-38,3^{0}С. Лохии мутные, с неприятным запахом. Проводилось комплексное лечение эндометрита.
Сегодня – 8-е сутки после кесарева сечения. В течение последних часов отмечено ухудшение состояния. Жалобы на озноб, повышение температуры тела до 39^{0}С, слабость, боли в животе. Объективно: кожные покровы бледные, землистого оттенка. Язык сухой, обложен сероватым налетом. Пульс – 112 уд/мин, АД – 110/60 мм рт. ст. Живот вздут, не участвует в акте дыхания. Симптомы раздражения брюшины положительны. Перистальтика вялая. При перкуссии живота – притупление в проекции боковых каналов. Шов на передней брюшной стенке без особенностей. Женщина мочится редко. Стул

был, жидкий. Лейкоцитоз в анализе крови 18,6х10^9/л.

Диагноз? Патогенез возникшего осложнения? Тактика лечения?

Ответ:

8-е сутки после вторых своевременных оперативных родов крупным плодом. Акушерский перитонит.

Перитонит развился вследствие несостоятельности шва на матке после перенесенного эндометрита (поздний, вторичный перитонит).

Релапаротомия после проведения подготовительного этапа (инфузионная терапия, антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия, противовоспалительная терапия), иссечение шва на матке, метропластика, санация и дренирование брюшной полости. При нарастании маркеров воспаления в послеоперационном периоде (лейкоцитоз, палочко-ядерный сдвиг, СРБ, прокальцитонин, пресепсин) – релапаротомия, экстирпация матки.

Задача 20

Родильнице 25 лет.

Роды – первые. Послеродовый период на 5-е сутки осложнился лактостазом. Проводилось соответствующее лечение.

На 12-е сутки после родов появились боли в левой молочной железе, слабость, головная боль. Температура тела – 39^{0}С, озноб.

При осмотре: правая молочная железа мягкая, безболезненная при пальпации во всех отделах. Отток молока не нарушен. Левая молочная железа гиперемирована в верхнем наружном квадранте, где пальпируется резко болезненный инфильтрат. Отмечается увеличение и болезненность подмышечных лимфатических узлов.

Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Дно матки над лоном не определяется. Выделения из половых путей слизисто-сукровичные.

Диагноз? Лечение?

Ответ:

12-е сутки послеродового периода. Инфильтративный левосторонний мастит. Антибактериальная терапия препаратами полусинтетических пенициллинов, инфузионная терапия, противовоспалительная терапия (НПВС), терапия, направленная на подавление лактации (бромокриптин, карбеголин).

Задача 21

Первобеременная 36 лет поступила в отделение патологии беременности 30-го июля. Первый день последней менструации – 1-го декабря.

При осмотре: АД – 140/100 мм рт. ст., имеются отеки голеней, стоп, передней брюшной стенки, белок в общем анализе мочи – 0,66 г/л. Окружность живота – 98 см, высота стояния дна матки – 29 см.

При фетометрии плода (УЗИ) выявлено: плод соответствует по размерам 32-33 неделям беременности. При допплерометрии отмечается нарушение плодово-плацентарного кровотока.

На КТГ – признаки хронической гипоксии плода.

Диагноз? Тактика ведения беременной?

Ответ:

Диагноз: Беременность 32-33 недели. Преэклампсия умеренная. Плацентарная недостаточность 1b.

Тактика ведения: кесарево сечение.

Задача 22

В отделение патологии беременности по направлению врача женской консультации поступила пациентка 31 года. Жалоб не предъявляет.

Срок беременности – 15-16 недель.

Из анамнеза: настоящая беременность – пятая. Первые две беременности

закончились своевременными родами через естественные родовые пути. Роды осложнились разрывами шейки матки и боковых стенок влагалища с последующим ушиванием разрывов. Последующие две беременности завершились искусственными абортами. На сроке 6-7 недель данной беременности проводилось лечение угрожающего выкидыша.
При осмотре: матка в нормальном тонусе, безболезненна при пальпации, соответствует по размерам гестационному сроку. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 1,5-2 см, наружный зев зияет. Цервикальный канал свободно проходим для одного пальца. Выделения слизистые.

Диагноз и его обоснование. Тактика лечения?

Ответ:

Диагноз: Беременность 15-16 недель. Истмико-цервикальная недостаточность.
Обоснование диагноза: срок гестации 15-16 недель, отсутствие жалоб, матка в нормальном тонусе, безболезненна при пальпации, шейка матки длиной 1,5-2 см, наружный зев зияет, цервикальный канал свободно проходим для одного пальца, также в анамнезе есть факторы риска развития ИЦН – предыдущие 2 родов осложнились разрывами шейки матки, две предыдущие беременности завершились искусственными абортами).
Тактика лечения: показана коррекция ИЦН акушерским пессарием/серкляж шейки матки после получения результата бак.посева мазка из ц/к и влагалища. При необходимости проведение санации влагалища.

Задача 23

Беременная 36 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью.
Настоящая беременность – восьмая. В анамнезе трое родов, четыре искусственных аборта, последний из которых осложнился эндометритом.

Первый и второй периоды родов протекали без осложнений. Через 15 мин после рождения плода массой 3500 г при отсутствии признаков отделения плаценты появились обильные кровянистые выделения из половых путей. Кровопотеря достигла 350,0 мл и продолжается. При попытке отделить плаценту рукой кровянистые выделения усилились, плаценту полностью отделить не удалось, кровотечение продолжается. Кровопотеря составила 800,0 мл.

Диагноз? Каковы причины возникшего осложнения? Акушерская тактика?

Ответ:

Диагноз: Четвертые своевременные самопроизвольные роды. Третий период родов. Частичное плотное прикрепление плаценты. Кровотечение. ОАГА.

Причины возникшего осложнения: высокий паритет (настоящие 4ые роды), 4 искусственных аборта (травмирующее воздействие на эндометрий), эндометрит в анамнезе.

Тактика: катетеризация 2ух периферических вен, мочевого пузыря, кислородная маска, мониторирование жизненно важных функций (АД, пульс, дыхание, сатурации кислорода, диурез), контроль за объемом кровопотери, ручное отделение плаценты и выделение последа.

Задача 24

Повторнородящая 29 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью.

В анамнезе: три искусственных аборта, одни самопроизвольные роды, осложнившиеся эндометритом в послеродовом периоде.

Через 8 часов после поступления родила живую доношенную девочку массой 3100 г и ростом 50 см.

Через 25 мин – признаков отделения плаценты нет, кровотечения нет.

Состояние удовлетворительное, пульс – 84 уд/мин, АД – 110/70 мм рт. ст.
Диагноз? Что делать?

Ответ:
Диагноз: Вторые самопроизвольные роды. Третий период родов.
Тактика: Ждем до 30 минут. Если на 31 минуте признаков отделения плаценты нет, кровотечения нет, ставим диагноз - Вторые самопроизвольные роды. Третий период родов. Полное плотное прикрепление плаценты. Показано ручное отделение плаценты и выделение последа.

Задача 25
В родильном блоке находится повторнородящая 32 лет. Полное открытие маточного зева диагностировано час назад.
Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Женщина беспокойна, жалуется на болезненные схватки. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пульс – 90 уд/мин, удовлетворительного наполнения; АД – 125/80 мм рт. ст. Размеры таза: 25-28-31-21 см.
Начались потуги по 50-60 сек через 1-2 мин, резко болезненные. Нижний маточный сегмент болезненный при пальпации, контракционное кольцо – на уровне пупка. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода вне схватки приглушено, 130 уд/мин.
При влагалищном исследовании: открытие маточного зева – полное, плодного пузыря нет, головка плода прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, большой родничок – слева, ближе к лону. В области большого родничка определяется выраженная родовая опухоль.
Диагноз? Акушерская тактика?

Ответ:
Диагноз: Беременность 39-40 недель. Задний вид затылочного предлежания.

Второй период родов. Клинически узкий таз. Угрожающий разрыв матки. Тактика: экстренное кесарево сечение.

Задача 26

В женскую консультацию обратилась пациентка 26 лет с жалобами на задержку менструации в течение 2 недель, периодические тянущие боли в правой пахово-подвздошной области, кровянистые выделения из половых путей.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Пульс – 76 ударов в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, не вздут, болезненный при пальпации в правой пахово-подвздошной области. При влагалищном исследовании: цианоз слизистой влагалища, шейка матки сохранена. Из цервикального канала – скудные кровянистые выделения. Тракции за шейку матки болезненные, задний свод влагалища чувствительный при пальпации. Тело матки увеличено до 4-5 недель беременности. Справа от матки определяется округлое образование, болезненное при пальпации. Придатки слева не пальпируются, область их безболезненная.

При УЗИ: плодного яйца в полости матки нет. Справа от матки определяется округлое образование неоднородной эхогенности. Левые придатки без особенностей. Незначительное количество жидкости в брюшной полости.

Диагноз? Акушерская тактика?

Ответ:

Диагноз: Внематочная беременность.

Врачебная тактика: Госпитализация в гинекологический стационар. Клинико-лабораторное дообследование. Выполнение хирургической тубэктомии справа.

Задача 27

На диспансерном учете в женской консультации состоит беременная 25 лет. В

анамнезе – один искусственный аборт и два самопроизвольных выкидыша в 18 и 20 недель беременности. При очередной явке в женскую консультацию на сроке 17 недель беременности предъявляет жалобы на схваткообразные боли внизу живота. Матка при пальпации резко возбудима.

Беременная госпитализирована в стационар. При влагалищном исследовании отмечено укорочение шейки матки до 2 см и размягчение ее на всем протяжении. Цервикальный канал проходим для одного пальца до внутреннего зева.

При УЗИ: плод соответствует по размерам сроку 17 недель беременности. Плацента расположена по передней стенке матки.

Диагноз? Акушерская тактика?

Ответ:

Диагноз: Беременность 17 недель. Угроза прерывания беременности. ИЦН.

Врачебная тактика: Показана патогенетическая терапия, направленная на пролонгирование беременности (утрожестан 200 мг х 2 раза/сутки), магнезиальная терапия.

Задача 28

Третьи сутки послеродового периода, температура тела – 37,8^{0}С. Жалобы на чувство распирания в молочных железах.

Объективно: пульс – 86 уд/мин, молочные железы значительно и равномерно нагрубли, чувствительны при пальпации, при надавливании из сосков выделяются капельки молозива.

Диагноз? Акушерская тактика?

Ответ:

Диагноз: Лактостаз.

Врачебная тактика: Показано проведение сцеживания.

Задача 29

Повторнородящая 25 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью, которая началась 4 часа назад. Первая половина беременности протекала без осложнений, во второй – дважды находилась на стационарном лечении по поводу гестационной артериальной гипертензии.

При поступлении: жалобы на головную боль, мелькание «мушек» перед глазами, пульс – 90 уд/мин, АД – 150/90 мм рт. ст. на обеих руках, имеются отеки голеней и стоп, в анализе мочи – белок 0,4 г/л. Размеры таза: 25-28-31-21 см. Окружность живота – 110 см, высота стояния дна матки – 38 см. положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин.

При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева – 3 см, плодный пузырь цел, головка плода прижата ко входу в малый таз.

Диагноз? Акушерская тактика?

Ответ:

Диагноз: Беременность 38-39 недель. Головное предлежание. Первый период родов. Преэклампсия умеренная.

Тактика ведения: Показана гипотензивная, магнезиальная терапия. Роды начать вести консервативно под контролем АД, диуреза, ЧСС, КТГ-мониторинг, в родах провести гипотензивную, магнезиальную терапию (1 г сухого вещ-ва в час), при нарастании степени тяжести состояния беременной решить вопрос о родоразрешении путем операции кесарево сечение.

Задача 30

Беременная 30 лет доставлена в клинику в тяжелом состоянии с доношенной беременностью. Настоящая беременность – четвертая, предстоят первые роды. В анамнезе – три искусственных аборта без осложнений.

С 34 недель данной беременности у пациентки появились отеки, повышение АД до 140-150/90-100 мм рт. ст. Сегодня утром внезапно при отсутствии

родовой деятельности появились боли в животе и кровянистые выделения из половых путей.

Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс – 120 уд/мин, слабого наполнения. АД – 90/50 мм рт. ст. На нижних конечностях отмечаются выраженные отеки. Матка напряжена, асимметрична за счет выбухания в области правого маточного угла, болезненна при пальпации. Части плода четко не определяются, сердцебиение плода не выслушивается. Из половых путей – кровянистые выделения в небольшом количестве. В анализе мочи – протеинурия 1,65 г/л.

Диагноз? Акушерская тактика?

Ответ:

Беременность 38-39 недель. Головное предлежание. Преэклапсия тяжелая. ПОНРП. Антенатальная гибель плода.

Тактика ведения: Показано проведение операции кесарево сечение в экстренном порядке.

Задача 31

Беременная 29 лет при сроке беременности – 27-28 недель доставлена машиной скорой помощи с жалобами на боли в поясничной области (больше справа), иррадиирующие по внутренней поверхности бедра, учащенное мочеиспускание, озноб, слабость, повышение температуры тела до 39^0С, периодические тянущие боли в нижних отделах живота. Из анамнеза: с 13-летнего возраста имеется хронический пиелонефрит. На протяжении беременности в общих анализах мочи регистрируется лейкоцитурия, умеренная протеинурия, цилиндрурия.

Состояние при поступлении – тяжелое. Температура тела – $38,9^0$С, ЧСС – 94 уд/мин, АД – 115/70-110/60 мм рт. ст. Симптом поколачивания положителен с обеих сторон (больше справа). Матка в нормальном тонусе. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 144 уд/мин.

При УЗИ почки расположены в типичном месте, контуры их четкие, ровные. Подвижность почек сохранена. Чашечно-лоханочная система (ЧЛС) левой почки гиперэхогенна, не дилатирована. ЧЛС правой почки расширена: визуализируются почечные чашечки до 14 мм и почечная лоханка до 24 мм; в последней – конкремент 8 мм.

Предполагаемый диагноз? Врачебная тактика?

Ответ:

Беременность 27-28 недель. Хронический пиелонефрит в стадии обострения. Мочекаменная болезнь.

Диагностика: общий анализ мочи, клинический анализ крови, б/х крови, анализ мочи по Нечипоренко, посев мочи.

Лечение: Проводится в условиях стационара совместно с терапевтом и урологом. Катетеризация правой чашечно-лоханочной системы посредством установки мочеточникового катетера-стента для восстановления пассажа мочи. Антибактериальная терапия начиная с антибиотиков широкого спектра действия (пенициллины или цефалоспорины), при необходимости сменить по результатам посева мочи. Инфузионная терапия, спазмолитическая терапия, уросептики(канефрон), обильное питье.

Задача 32

Бригадой скорой помощи доставлена первобеременная 19 лет в тяжелом состоянии. Накануне дома отметила «мелькание мушек» перед глазами, головную боль, чувство заложенности носа.

При осмотре: пульс – 84 уд/мин, АД 150/100-160/100 мм рт. ст. Имеются выраженные отеки нижних и верхних конечностей, передней брюшной стенки, лица. Матка по размерам соответствует доношенному сроку беременности, не возбудима, безболезненна при пальпации. Положение плода продольное, предлежит головка плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 уд/мин. Выделений из половых путей нет.

Протеинурия в общем анализе мочи составила 2 г/л. Диурез снижен. Беременная на каталке переведена в палату интенсивной терапии родового блока. При влагалищном исследовании: шейка матки плотная, длиной 2 см, цервикальный канал с трудом проходим для одного пальца. Плодный пузырь цел. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Мыс не достижим.

Диагноз? Возможные осложнения? Акушерская тактика?

Ответ:

Беременность доношенная. Головное предлежание . Преэклампсия тяжелая. Возможные осложнения: Эклампсия, отслойка нормально расположенной плаценты, антенатальная гибель плода, HELLP-синдром, ишемический или геморрагический инсульт, ДВС-синдром, острая почечная недостаточность. Исследования: клинический анализ крови, б/х крови, коагулограмма, общий анализ мочи, УЗИ плода и доплерометрия плодово-плацентарного кровотока. Показана антигипертензивная , магнезиальная терапия. Вопрос о дальнейшей тактике ведения решить после получения клинико-лабораторных и инструментальных исследований.

Задача 33

По направлению врача женской консультации в отделение патологии беременности доставлена пациентка 27 лет при сроке беременность 40-41 неделя. Настоящая беременность – первая, протекала с явлениями угрозы прерывания во втором и третьем триместрах. Общая прибавка веса – 14 кг, неравномерная.

При поступлении: состояние удовлетворительное. Жалоб нет. АД – 120/80 мм рт. ст. Отмечаются отеки голеней и стоп. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 2 см, отклонена кзади, плотная, наружный зев пропускает кончик пальца. Через своды влагалища определяется предлежащая часть – головка плода, которая прижата ко входу в малый таз. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения из половых путей – светлые,

слизистые.

При УЗИ: плод один, в головном предлежании, соответствует по размерам доношенному сроку беременности. Плацента расположена по передней стенке матки, степень зрелости – III, с петрификатами. Вод – умеренное маловодие. При допплерометрии выявлена централизация плодового кровотока. По данным КТГ отмечено снижение вариабельности базального ритма, появление спонтанных децелераций.

Диагноз? Акушерская тактика и ее обоснование.

Ответ:

Беременность 40-41 неделя. Головное предлежание. Отеки беременных. Маловодие. Централизация кровотока.

Учитывая биологическую незрелость родовых путей у первородящей на сроке 40-41 неделя с маловодием, признаками хронической гипоксии плода , от индукции родов необходимо отказаться и родоразрешить пациентку путем операции кесарева сечения.

Задача 34

Пациентка 29 лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи с жалобами на схваткообразные боли внизу живота (больше – в правой подвздошной области), иррадиирующие в прямую кишку, головокружение, слабость, однократную потерю сознания. Менструальная функция не нарушена. Последняя менструация – 1,5 месяца назад. Состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые бледные, АД – 100/60 мм рт. ст., пульс – 108 уд/мин, ритмичный, слабого наполнения. Температура тела – 37,2^{0}С. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в нижних отделах больше справа, симптомы раздражения брюшины справа слабо положительны. При влагалищном исследовании: отмечается цианоз слизистой влагалищной части шейки матки, тело матки несколько больше нормы, пальпация ее затруднена, тракции за шейку матки резко болезненны, наружный зев закрыт.

Пальпация области придатков затруднена из-за выраженной болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки. Отмечается выбухание заднего свода влагалища. Выделения из половых путей слизистые, скудные.

Диагноз? Дифференциальный диагноз? Врачебная тактика?

Ответ:

Внематочная беременность прервавшаяся по типу разрыва трубы.

Дифференциальная диагностика проводится с апоплексией яичника. Воспалительные заболевания придатков матки. Острый аппендицит. Перекрут ножки опухоли яичника. Самопроизвольное прерывание маточной беременности. Дисфункциональное маточное кровотечение.

Врачебная тактика: Пункция брюшной полости через задний свод влагалища. Лапароскопия, сальпинготомия.

Задача 35

Бригадой скорой помощи доставлена первородящая 28 лет с регулярной родовой деятельностью, которая началась 9 часов назад. Настоящая беременность – первая. С 34 недель отмечалось повышение АД до 140/90 мм рт. ст., отеки голеней, стоп и кистей рук. Общая прибавка массы тела составила 18 кг.

При поступлении: состояние удовлетворительное. Схватки потужного характера по 50 сек через 1-2 мин. Матка между схватками расслабляется полностью. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 уд/мин. Через 10 мин от начала потуг внезапно появились боли внизу живота, слабость, головокружение, кровянистые выделения из половых путей.

При осмотре: кожные покровы бледные, пульс – 110 уд/мин, АД – 140/100 мм рт.ст., отмечаются выраженные отеки голеней и стоп. Матка напряжена. Сердцебиение плода глухое, 90 уд/мин, не восстанавливается вне схватки.

При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева – полное, плодного пузыря нет, головка плода находится в узкой части

полости малого таза. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок – слева кпереди.

Диагноз? Чем определяется прогноз для матери и плода? Акушерская тактика?

Ответ:

Беременность доношенная. Передний вид затылочного предлежания. Первая позиция. II период родов. Преэклампсия умеренная. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Наиболее благоприятным вариантом для матери и плода является скорейшее наложение акушерских щипцов (типичных).

Тактика: при развитии преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты во II периоде родов и нахождении головки плода в узкой части малого таза показано закончить роды наложением акушерских полостных щипцов и далее произвести контрольное ручное обследование стенок полости матки и выполнить УЗИ матки.

Задача 36

В женскую консультацию обратилась повторнобеременная с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, которые появились при полном покое. Данная беременность – вторая. Первая беременность закончилась три года назад своевременными родами (масса ребенка – 3600 г), послеродовый период осложнился эндометритом.

Общее состояние удовлетворительное, пульс – 80 уд/мин, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот овоидной формы. Матка увеличена до 28-29 недель беременности, безболезненна при пальпации. Положение плода продольное, головка плода находится высоко над входом в малый таз, подвижна. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 уд/мин. Из половых путей – кровянистые выделения в небольшом количестве.

Диагноз? Какие исследования необходимо произвести для уточнения или

подтверждения диагноза? Акушерская тактика?

Ответ:

Беременность 28-29 недель. Головное предлежание. Кровотечение при предлежании плаценты. Необходимо провести УЗИ для диагностики предлежания, двуручное влагалищное обследование, осмотр шейки матки в зеркалах, анализ крови на уровень гемоглобина, эритроцитов. Тактика - стационар, лечение, направленное на пролонгирование беременности, антианемическая терапия, профилактика РДС плода.

Задача 37

Повторнородящая 27 лет доставлена в родильное отделение с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 6 часов назад. Настоящая беременность – третья, срок беременности – 38-39 недель. В анамнезе – одни своевременные роды и один искусственный аборт.

При наружном акушерском обследовании выявлено тазовое предлежание плода. Родовая деятельность активная, схватки через 3 мин по 35-40 сек. В процессе обследования излились околоплодные воды, после чего отмечено урежение сердцебиения до 100 уд/мин.

При влагалищном исследовании: открытие маточного зева – 5-6 см, плодного пузыря нет, во влагалище прощупывается пульсирующая петля пуповины. Предлежащие ягодицы плода слегка прижаты ко входу в малый таз.

Диагноз? Акушерская тактика?

Ответ:

Беременность доношенная. Тазовое предлежание плода (чистоягодичное). Первый период родов. При патологическом состоянии пуповины и угрожающем состоянии плода показано экстренное родоразрешение операцией кесарева сечения

Сразу после выявления выпадения пуповины (время точно фиксируют в истории родов) приподнять ножной конец кровати, ввести два пальца во

влагалище и стараться препятствовать сдавлению пуповины при схватках до подготовки к операции.

Задача 38

Роженица 24 лет находится в родильном отделении. Беременность – первая, доношенная. Объективно: состояние удовлетворительное. Рост – 158 см, вес – 68 кг. Размеры таза: 25-28-30-18 см, индекс Соловьева – 15 см, окружность живота – 100 см, высота стояния дна матки – 35 см. Предлежит головка плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 уд/мин.

Первый период родов протекал без осложнений. Через 8 часов с момента начала родовой деятельности излились светлые околоплодные воды. Через 2 часа появились схватки потужного характера. Признак Вастена – «положительный». Самостоятельное мочеиспускание затруднено. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева – полное, плодного пузыря нет, головка плода прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере, отклонен к симфизу, большой родничок расположен по центру, на задней теменной кости определяется родовая опухоль. Мыс достижим. Диагональная конъюгата – 11 см.

Диагноз? Причины возникшего осложнения? Акушерская тактика?

Ответ:

Признак Вастена положительный - несоответствие размеров головки плода и малого таза роженицы. Клинически узкий таз. Тактика - родоразрешение путем операции кесарево сечение**.**

Задача 39

Пациентка 28 лет на сроке 37 недель беременности доставлена в родильный дом машиной скорой помощи в тяжелом состоянии. Настоящая беременность – первая, протекала с избыточной прибавкой массы тела, отеками, периодическим повышением АД до цифр 140/90-150/100 мм рт.ст. с 34 недель.

Объективно: отмечаются выраженные отеки голеней и стоп. Родовой деятельности нет. Матка при пальпации напряжена, болезненна. Определяется асимметрия за счет выбухания в области правого маточного угла. Сердцебиение плода не выслушивается. Пальпация плода в матке затруднена из-за выраженного напряжения и болезненности матки. При влагалищном исследовании: шейка матки укорочена до 2 см, цервикальный канал пропускает один палец. Плодный пузырь цел. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Выделения из половых путей – кровянистые, скудные.
Диагноз? Причины возникшего осложнения? Акушерская тактика?

Ответ:
Беременность 37 недель. Антенатальная гибель плода.
Отслойка нормально расположенной плаценты, антенатальная гибель плода, вероятно из-за преэклампсии с 34 недели. Тактика: кесарево сечение, антианемическая терапия.

Задача 40
Машиной скорой помощи доставлена в родильный дом первобеременная пациентка 24 лет. При поступлении: состояние средней тяжести. Пульс – 100 уд/мин, АД – 160/100-150/100 мм рт. ст. Матка не возбудима при пальпации, безболезненна. Головка плода находится над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 136 уд/мин. Голени и стопы отечны. Беременная госпитализирована в палату интенсивной терапии родового отделения. При катетеризации мочевого пузыря выведено 50 мл концентрированной мочи, содержание белка в которой составило 3,6 г/л. При допплерометрии установлено двустороннее нарушение кровотока в обеих маточных артериях с дикротической выемкой. При осмотре окулистом выявлена ангиопатия сетчатки и отек диска зрительного нерва.
Данные влагалищного исследования: наружные половые органы и влагалище – без особенностей. Шейка матки длиной 2,5 см, плотная, отклонена кзади.

Наружный зев закрыт.

Диагноз? Акушерская тактика?

Ответ:

Преэклампсия тяжелой степени тяжести (из-за ангиопатии сетчатки и отека диска зрительного нерва). Тактика: стационар, гипотензивная терапия (метилдопа, нифедипин), магнезиальная терапия.

Задача 41

Беременная 25 лет доставлена машиной скорой помощи в обсервационное отделение родильного дома с жалобами на резкую боль в правой поясничной области, повышение температуры тела до 37,50С, периодический озноб.
Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Отеков нет. АД – 110/70-115/70 мм рт. ст. Симптом Пастернацкого резко положителен справа. Живот увеличен за счет беременной матки, соответствующей по размерам 21-22 неделям беременности.
Клинический анализ крови (cito): Hb – 116 г/л, лейкоциты – 12,5х109/л (со смещение лейкоцитарной формулы влево), СОЭ – 50 мм/ч.
Общий анализ мочи (cito): отн. плотность – 1021, реакция – нейтральная, белок – 0,132 г/л, лейкоциты – 20-25 в поле зрения, бактерии – много.
При УЗИ почки расположены в типичном месте, контуры их четкие, ровные, подвижность почек при дыхании сохранена. Размеры: правая – 122х63 мм, левая – 112х56 мм. Чашечно-лоханочная система слева не расширена, справа – имеется дилатация почечной лоханки до 80х50 мм и чашечек до 30 мм. Конкременты не визуализируются.

Диагноз? Тактика ведения беременной?

Ответ:

Почечная колика. Вероятен острый пиелонефрит. Посев мочи с определением

чувствительности к антибиотикам. Консервативное лечение: антибактериальная (пенициллины/цефалоспорины), противовоспалительная, спазмолитическая терапия, обильное питье. Консультация смежных специалистов: хирурга, уролога. Пролонгирование беременности.

Задача 42

Бригада скорой помощи прибыла по вызову к женщине 25 лет, предъявляющей жалобы на неоднократную рвоту, сильные головные боли, боли в эпигастральной области. Заболевание связывает с приемом острой пищи. Женщина заторможена, на вопросы отвечает с трудом. Пульс – 120 уд/мин, напряжен. АД – 160/100 мм рт. ст. Кожные покровы бледные. Отмечаются выраженные отеки голеней и передней брюшной стенки. Живот увеличен в объеме за счет беременной матки, окружность живота – 95 см, пупок выпячен. Со слов родственников удалось выяснить, что у женщины беременность сроком 38 недель, в женской консультации она не наблюдалась. В последние 2 недели отмечала появление отеков, уменьшение диуреза. Общая прибавка массы тела за беременность составила 15 кг.

Диагноз? Тактика врача скорой помощи? Тактика врача родильного дома?

Ответ:

Тяжелая преэклампсия. Экстренная госпитализация в родильный дом. Диагностические мероприятия: анализы крови, мочи по cito, оценка протеинурии, УЗИ плода с допплерографией, противошоковая терапия, стабилизация состояния беременной. Возможно родоразрешение через естественные родовые пути после стабилизации состояния и клинико-лабораторного дообследования при условии нормальных показателей плодово-плацентарного кровотока.

Задача 43

В женскую консультацию обратилась пациентка 30 лет с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота и пояснице. Срок беременности – 10 недель.
Из анамнеза: от беременности не предохранялась. Данная беременность – третья. 7 лет назад был произведен искусственный аборт на сроке 8-9 недель беременности. После аборта – дисфункция яичников (продолжительность менструального цикла варьировала от 26 до 35 дней). 2 года назад имел место самопроизвольный выкидыш в 10 недель беременности.
При влагалищном исследовании обнаружено: шейка матки длиной 2 см, отклонена кзади. Наружный зев пропускает кончик пальца. Тело матки увеличено до 10 недель беременности. Матка при пальпации возбудима. Выделения из влагалища – слизистые, в умеренном количестве.
Диагноз? Тактика врача женской консультации? Диагностические и лечебные мероприятия?

Ответ:
Угрожающий аборт. Проведение трансвагинального УЗИ органов малого таза с целью оценки жизнеспособности плода, оценки сердцебиения плода. Экстренная госпитализация в стационар. Консервативное лечение, направленное на пролонгирование беременности: спазмолитическая терапия (дротаверин/папаверин), гормональная терапия прогестероном (микронизированный прогестерон/дидрогестерон), при появлении кровянистых выделений – добавление гемостатической терапии (транексамовая кислота).

Задача 44
Первородящая 24 лет поступила в родильное отделение в связи с начавшейся родовой деятельностью и преждевременным излитием околоплодных вод. Беременность доношенная, головное предлежание.
При осмотре: состояние удовлетворительное. Схватки по 20-25 сек через 5-6 мин.

При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, края ее толстые, открытие маточного зева – 2 см. Плодного пузыря нет, головка плода прижата ко входу в малый таз. Проводилось наблюдение за развитием родовой деятельности.

При осмотре через 3 часа: схватки стали нерегулярными, длительностью от 20 до 40 сек и периодичностью от 3 до 7 мин. Матка легко возбудима. Шейка матки сглажена, края ее средней толщины, открытие маточного зева – 3 см, головка плода прижата ко входу в малый таз.

Диагноз? Как Вы оцените характер родовой деятельности, динамику родового акта? Методы коррекции возникшего осложнения?

Ответ:

Первичная слабость родовой деятельности, так как раскрытие маточного зева менее 4 см. Снижен темп раскрытия маточного зева. Родостимуляция окситоцином. Возможно медикаментозное обезболивание – эпидуральная анальгезия. Дальнейшее наблюдение за динамикой раскрытия маточного зева и регулярностью схваток.

Задача 45

Беременная 22 лет доставлена в родильный дом после припадка судорог, который произошел дома при сроке беременности 37-38 недель. Женскую консультацию посещала нерегулярно. С 24 недель стали появляться отеки. Общая прибавка массы тела за беременность составила 16 кг. С 30 недель начало повышаться АД до цифр 140/100 мм рт. ст.

Объективно: состояние тяжелое, пациентка заторможена, на вопросы отвечает с трудом, лицо одутловатое, на нижних конечностях отмечаются выраженные отеки. АД – 150/100-140/90 мм рт. ст. Матка по размерам соответствует сроку беременности, в нормальном тонусе. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, 120-130 уд/мин. Выделений из половых путей нет. Моча выведена катетером, концентрированная, в количестве 10 мл.

Содержание белка в моче составило 3,0 г/л.

Диагноз? Врачебная тактика?

Ответ:

Эклампсия. Экстренное оперативное родоразрешение (экстренное кесарево сечение). Тщательный контроль АД в послеродовом периоде.

Задача 46

Пациентка 29 лет доставлена машиной скорой помощи в приемное отделение с жалобами на резкие боли внизу живота и общую слабость.

Последняя менструация – 2 месяца назад. В течение 3-х лет лечится по поводу хронического воспаления придатков матки. 8-го июня утром появились резкие боли в животе, сопровождавшиеся головокружением, обморочным состоянием, тошнотой и рвотой. Боли иррадиировали в прямую кишку.

Состояние тяжелое, кожа и видимые слизистые бледные. АД – 80/55 мм рт. ст. Живот напряжен, резко болезненный при пальпации в нижних отделах, где имеются симптомы раздражения брюшины. При перкуссии в нижних отделах отмечается притупление перкуторного звука. При влагалищном исследовании: слизистая влагалища бледная. Шейка матки цилиндрической формы. Задний свод выбухает, резко болезненный при пальпации. Матка несколько увеличена, мягковатая, болезненная при перемещении. Справа в области придатков определяется образование овоидной формы, тестоватой консистенции, без четких границ, резко болезненное при исследовании. Слева придатки определить не удается.

Диагноз и его обоснование. Врачебная тактика?

Ответ:

Трубная беременность справа, нарушенная по типу разрыва маточной трубы. Внутрибрюшное кровотечение. Геморрагический шок 3ст.

Обоснование диагноза: у пациентки задержка менструации в сочетании с симптомами геморрагического шока. Кроме того, при осмотре отмечаются симптомы наличия большого объема жидкости в животе: напряжение мышц передней брюшной стенки, болезненности при пальпации, притупление перкуторного звука. При влагалищном исследовании в области придатков матки справа объемное образование, болезненное при пальпации.
Врачебная тактика: чревосечение. Тубэктомия справа. Аутогемотрансфузия.

Задача 47

Родильнице 29 лет, в анамнезе – одни роды и один искусственный аборт, осложнившийся эндометритом. Роды (от третьей беременности) – своевременные, сопровождались ручным отделением плаценты и выделением последа в связи с частичным плотным прикреплением плаценты.
На третьи сутки после родов у женщины появился озноб, температура тела повысилась до 38,4^{0}С. Общее состояние относительно удовлетворительное, язык суховат, обложен белым налетом. Молочные железы умеренно нагрубшие, безболезненные при пальпации. Живот мягкий, безболезненный, не вздут. Дно матки пальпируется на уровне пупка, матка болезненная, мягковатая. Лохии – мутные, кровянистые, с неприятным запахом.
Диагноз? Предполагаемые причины возникшего осложнения? Врачебная тактика?

Ответ:
Диагноз: Эндометрит на фоне остатков плацентарной ткани.
Причины: частичное плотное прикрепление плаценты.
Врачебная тактика: ультразвуковое исследование для исключения /подтверждения остатков плацентарной ткани в полости матки, посев из полости матки. В случае подтверждения диагноза, опорожнение матки (гистероскопия, вакуум аспирация, выскабливание), назначение

антибактериальной, инфузионной, дезинтоксикационной терапии, утеротонических и спазмолитических средств.

Задача 48

Беременная 19 лет обратилась к врачу 10 июня с жалобами на тошноту и рвоту до 8-9 раз в сутки, слабость, потерю веса. В анамнезе: болезнь Боткина в 7 лет, дискинезия желчевыводящих путей в течение последних 3-х лет.
Менструации с 12 лет. Последняя менструация началась 15 апреля. Настоящая беременность – первая. Исходное АД – 115/70 мм рт. ст. В течение последних 12-14 дней отмечает отвращение к пище, тошноту, рвоту, слабость. За этот период потеряла в весе 1,5 кг. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Температура тела – 37,2^{0}С. Язык сухой. Имеется запах ацетона изо рта. В легких дыхание везикулярное. Пульс – 90 уд/мин, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стула не было; мочеиспускание редкое, в небольшом количестве.
При влагалищном исследовании: наружные половые органы и влагалище без особенностей. Тело матки увеличено до 8 недель беременности. Придатки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненная. Мыс не достижим. Выделения из половых путей – слизистые, в небольшом количестве.
Диагноз? Тактика ведения беременной?

Ответ:

Диагноз: Беременность 8 недель. Ранний токсикоз средней степени тяжести.
Тактика ведения беременной: госпитализация в стационар для проведения комплексной инфузионной терапии. Объем терапии до 3 литров в сутки. В состав необходимо включить терапии хлорсодержащие растворы, витаминотерапию (вит.группы В,А,Е), седативные средства.

Задача 49

Первобеременная 23 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой

деятельностью в течение 8 часов и излившимися час назад водами. В женской консультации наблюдалась нерегулярно. Менструации с 15 лет, нерегулярные (с задержкой до 2-х недель), болезненные. Регулярная половая жизнь в течение 3-х лет, от беременности не предохранялась. Настоящая беременность доношенная. Общая прибавка веса – 10 кг. Рост – 156 см, вес – 60 кг.

При поступлении состояние удовлетворительное. Схватки через 3-4 мин по 30-35 сек, болезненные. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин. На КТГ – ранние децелерации с урежением сердцебиения до 80 уд/мин.

Размеры таза: 23-26-29-18 см, индекс Соловьева – 15 см, окружность живота – 95 см, высота стояния дна матки – 38 см. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, края ее толстые, ригидные, открытие маточного зева – 4 см, плодного пузыря нет. Головка плода прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок обращен кзади, мыс достижим, диагональная конъюгата – 11 см. Подтекают воды, окрашенные меконием.

Диагноз? Врачебная тактика?

Ответ:

Диагноз: Беременность 40 недель.

Продольное положение. Головное предлежание. Задний вид.

Первый период родов.

Преждевременное излитие околоплодных вод.

Дискоординированная родовая деятельность.

ОРСТ 1 ст.

Дистресс плода.

Врачебная тактика: кесарево сечение в срочном порядке.

Показанием к операции являются: дистресс плода в заднем виде затылочного вставления у первородящей с ОРСТ и дискоординированной родовой деятельностью.

Задача 50

Пациентка 26 лет поступила в родильный дом с жалобами на схваткообразные боли в нижних отделах живота при сроке беременности – 40-41 неделя. В анамнезе – два искусственных аборта, один самопроизвольный выкидыш на ранних сроках. Настоящая беременность – четвертая.

При осмотре: женщина гиперстенического телосложения, рост – 166 см, нижние конечности искривлены, живот остроконечной формы. АД – 120/80 мм рт. ст., пульс – 80 уд/мин. Размеры таза: 26-27-29-18 см. Ромб Михаэлиса уплощен в верхних отделах, вертикальный размер – 10 см, горизонтальный размер – 11 см. ВДМ – 38 см, ОЖ – 110 см.

Регулярная родовая деятельность в течение 3-х часов. Схватки по 20-25 сек через 4-5 мин. Матка между схватками расслабляется. Предлежит головка плода, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин.

При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева – 3-4 см, плодный пузырь цел. Предлежит головка плода, подвижна над входом в малый таз. Крестец уплощен. Диагональная конъюгата – 11 см. На уровне второго-третьего крестцовых позвонков определяется экзостоз, копчик имеет форму крючка.

Диагноз? Каков оптимальный метод родоразрешения, почему?

Ответ:

Диагноз: Беременность 40-41 неделя.

Головное предлежание.

Первый период родов

ОАГА.

Плоскорахитический таз 1 ст.

Крупный плод.

Оптимальный метод родоразрешения: кесарево сечение в срочном порядке.

Показания: плоскорахитический таз (экзостоз, крючковатый копчик) у повторнородящей с ОАГА и крупными размерами плода (4180г).
Этот метод родоразрешения наиболее оптимален, т.к. позволит исключить травматизацию в родах, как матери, так и плода.

Задача 51

В родильный дом поступила повторнородящая с регулярной родовой деятельностью при сроке беременности – 40 недель.
Настоящая беременность – пятая. В анамнезе: двое своевременных родов без осложнений (масса детей – 3800 г и 4200 г) и два искусственных аборта.
При осмотре: роженица правильного телосложения, повышенного питания, рост – 164 см, вес – 89 кг. Размеры таза: 25-28-31-21 см. Окружность живота – 115 см, высота стояния дна матки – 42 см. Схватки по 45-50 сек через 2-3 мин, потужного характера. Головка плода прижата ко входу в малый таз, признак Вастена – положительный. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140-150 уд/мин.
При влагалищном исследовании: открытие маточного зева – полное, головка плода прижата ко входу в малый таз, плодного пузыря нет. При пальпации определяются надбровные дуги и переносица – справа, угол большого родничка – слева. Стреловидный шов в поперечном размере плоскости входа в малый таз.
Диагноз? Акушерская тактика?

Ответ:

Беременность 40 недель. Продольное положение, головное предлежание (разгибательный тип - лобное предлежание). II период родов. Клинически узкий таз. Крупный плод.
Акушерская тактика - родоразрешение путем операции кесарево сечение в экстренном порядке.

Задача 52

В родильный дом поступила первородящая 26 лет в сроке беременности 38-39 недель с регулярной родовой деятельностью, развившейся в $10^{\underline{00}}$ ч утра. В $9^{\underline{00}}$ ч излились светлые околоплодные воды.

Из анамнеза: настоящая беременность – третья. Предыдущие закончились искусственными абортами по желанию пациентки. Последний аборт осложнился гематометрой, по поводу чего производилось повторное выскабливание стенок полости матки. Данная беременность протекала с явлениями угрожающего выкидыша в ранние сроки. ОЖ – 102 см, ВДМ – 34 см.

При осмотре в $16^{\underline{00}}$: схватки по 15-20 сек, через 6-7 мин. Матка между схватками расслабляется полностью. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 144 уд/мин.

При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева – 3 см, края средней толщины. Плодного пузыря нет. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Подтекают светлые околоплодные воды.

Как оценить характер родовой деятельности? Каковы предрасполагающие факторы? Дальнейшая тактика ведения?

Ответ:

Основным критерием эффективности родовой деятельности в I периоде родов является скорость раскрытия маточного зева. В среднем, скорость раскрытия маточного зева у первородящих женщин составляет 1 см\час, в связи с этим, у данной пациентки имеет место быть первичная слабость родовой деятельности, характеризующаяся слабыми, редкими, малоэффективными схватками. Предрасполагающим фактором к развитию слабости родовой деятельности у данной пациентки является отягощенный акушерско-гинекологический анамнез: 2 аборта в анамнезе, дополнительное выскабливание по поводу гематометры, что по-видимому привело к дистрофическим процессам в эндометрии и миометриии, хр.эндомиометриту.

Также фактором риска слабости родовой деятельности у данной пациентки является преждевременное излитие околоплодных вод. Тактика - медикаментозная коррекция слабости родовой деятельности: в/в-кап. введение Окситоцина (схема-в/в-капельно, методом титрования, 5 ЕД препарата разводят в 400 мл 0,9% р-ра NaCl, при начальной скорости инфузии - 8 капель в минуту, постепенно увеличивая каждые 5-10 минут на 5 капель, до получения желаемого эффекта. Макссимальная дозировка- 40 капель в минуту. На фоне терапии должен проводится непрерывный мониторинг за состоянием плода.

На фоне адекватной дозировки окситоцина родовая дечтельность должна нормализоваться - 3-5 схваток за 10 минут. Введение окситоцина продолжают на протяжении всего родового акта. При неэффективности стимуляции, а также при ухудшении состояния плода, следует своевременно решить вопрос о родоразрешении путем операции кесарево сечение.

Задача 53

В 3 часа 30 минут в родильный дом машиной скорой помощи доставлена повторнородящая 28 лет со сроком беременности 41-42 недели.

Настоящая беременность – вторая. Первая беременность 2 года назад закончилась своевременными родами. При поступлении женщина предъявляет жалобы на тянущие и нерегулярные схваткообразные боли внизу живота, беспокоящие в течение последних суток (предыдущую ночь – не спала). Матка возбудима при пальпации. Положение плода продольное, предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Высота стояния дна матки над лоном – 36 см, окружность живота – 100 см. Размеры таза: 26-28-31-21 см.

Сердцебиение плода – ясное, ритмичное, до 140 уд/мин.

При влагалищном исследовании: наружные половые органы развиты правильно, влагалище – ёмкое. Шейка матки укорочена до 0,5 см, мягкая, центрирована, цервикальный канал проходим для 2-х пальцев. Плодный пузырь цел, плоский. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Мыс не

достижим, экзостозов в малом тазу нет.

Акушерский диагноз? Тактика врача родильного дома?

Ответ:

Диагноз: Беременность 41-42 недели. Головное предлежание. Патологический прелиминарный период.

Тактика: учитывая патологический прелиминарный период при сроке гестации 41-42 недели, биологическую зрелость родовых путей (шейка матки 8 баллов по шкале E. Bishop), а также плоский плодный пузырь, пациентке показано проведение амниотомиии, с целью индукции родовой деятельности. После амниотомии- наблюдение за развитием регулярной родовой деятельности в течение 6 часов, при ее отсутствии - утеротоническая терапия с целью родовозбуждения (Окситоцин в/в-кап.). Необходим мониторинг состояния плода, целесообразно обезболивание родов путем эпидуральной аналгезии. При отсутствии эффекта от родовозбуждения, возникновении осложнений (слабость родовой деятельности, не поддающаяся мед.коррекции, дистресс плода и т.д)-своевременное решение вопроса об операции кесарево сечение.

Задача 54

В отделение патологии беременности поступила пациентка 42 лет для подготовки к родоразрешению. Срок беременности – 39-40 недель. Данная беременность – четвертая. В анамнезе – один самопроизвольный выкидыш и две внематочные беременности (7 и 9 лет назад), закончившиеся тубэктомией. Настоящая беременность наступила после 4-й попытки экстракорпорального оплодотворения и протекала с явлениями угрозы прерывания в первом и втором триместрах.

Какой способ родоразрешения оптимален в данной ситуации и почему?

Ответ:

Родоразрешение путем операции кесарево сечение в плановом порядке, по

сумме относительных показаний: первые предстоящие роды у пациентки 42 лет, с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом: абсолютное бесплодие (трубно-перитонеальный фактор), ЭКО 4 попытка.

Задача 55

В родильный дом поступила первородящая на сроке 40-41 неделя беременности с указанием на регулярные схватки в течение 2 часов.
При осмотре: состояние удовлетворительное. Схватки по 25-30 сек через 4-5 мин, средней силы. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 уд/мин. Размеры таза: 26-29-31-21 см, размер Франка – 11 см, ромб Михаэлиса – 11х11 см, индекс Соловьева – 16 см. ОЖ – 99 см, ВДМ – 42 см.
Через 3 часа излились светлые околоплодные воды. Через 4 часа начались потуги по 50-55 сек через 1-2 мин. Состояние роженицы удовлетворительное. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин.
При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева – 8-9 см, края толстые, отечные. Плодного пузыря нет. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Кости черепа плотные. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева кзади. Подтекают светлые околоплодные воды.
Диагноз? Дальнейший план ведения родов и его обоснование.

Ответ:

Беременность 40-41 неделя. Продольное положение, головное предлежание, задний вид. Клинически узкий таз. Преждевременное излитие околоплодных вод.
Тактика: родоразрешение путем операции кесарево сечение в экстренном порядке (обоснование: вероятные причины формирования клинически узкого таза у данной пациентки -отсутствие конфигурации головки, в связи с

тенденцией к перенашиванию беременности, крупные размеры плода, формирование заднего вида головного предлежания. Признаки клинически узкого таза: отечные края маточного зева, потуги при высоко стоящей головке. Клинически узкий таз-абсолютное показание к операции кесарево сечение в экстренном порядке).

Задача 56

Пациентка 25 лет на сроке 24-25 недель беременности доставлена машиной скорой помощи в обсервационное отделение родильного дома. Предъявляет жалобы на резкую боль в правой поясничной области, повышение температуры тела до $38,5^0$С, периодический озноб, учащенное болезненное мочеиспускание. Наследственность не отягощена. Менструальная функция без особенностей. Настоящая беременность – первая. С 16-17 недель отмечает периодические тянущие боли в поясничной области, чаще справа. Ухудшение состояния появилось сегодня, в связи с чем вызвала скорую помощь.
Общее состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые бледные. Отеков нет. АД – 110/70-115/70 мм рт. ст. Симптом Пастернацкого резко положителен справа. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 уд/мин. Анализ мочи: лейкоциты покрывают все поле зрения, бактериурия.

Клинический диагноз? Врачебная тактика?

Ответ:

Беременность 24-25 нед. Гестационный пиелонефрит.
Позиционная терапия. Антибактериальная терапия (антибиотики полусинтетических пенициллинов или цефалоспоринов), смена препарата при его неэффективности на основании результатов чувствительности микроорганизмов к антибиотикам (посев мочи), инфузионная, спазмолитическая, уросептическая (канефрон) терапия, подкисленное питье.

Задача 57

Беременная 30 лет доставлена в родильный дом с доношенной беременностью. Предстоят первые роды. Три предыдущие беременности закончились искусственными абортами. Беременность протекала на фоне повышения цифр АД до 140-150/90-100 мм рт. ст. Дома внезапно при отсутствии родовой деятельности появились резкие распирающие боли в животе и незначительные кровянистые выделения из половых путей.

Объективно: кожные покровы бледные, отмечаются отеки голеней, стоп и передней брюшной стенки; имеет место холодный пот. Пульс – 120 уд/мин, АД – 90/50 мм рт. ст. Матка напряжена, асимметрична за счет выбухания правого угла, болезненная при пальпации. Части плода не определяются, сердцебиение плода не выслушивается.

Диагноз? Врачебная тактика?

Ответ:

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
Кровотечение. Геморрагический шок 2 ст. Преэклампсия тяжелой степени.
Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.
Нижнесрединная лапаротомия. Кесарево сечение в экстренном порядке.
Инфузионная терапия.

Задача 58

В отделение патологии беременности поступила пациентка 39 лет при сроке беременности 41 неделя.

Из анамнеза: 15 лет назад – своевременные роды в головном предлежании через естественные родовые пути, затем – четыре искусственных аборта.

При осмотре: ОЖ – 100 см, ВДМ – 35 см. Показатели АД, крови и мочи – без патологии.

При УЗИ: плод один, в головном предлежании. При допплерометрии выявлены

нарушения плодово-плацентарного кровотока. Плацента расположена в дне матки, степень зрелости – III. Маловодие (ИАЖ – 5,0).
По данным КТГ: признаки хронической гипоксии плода (снижение вариабельности базального ритма, отрицательный нестрессовый тест, спонтанные децелерации).
При влагалищном исследовании: влагалище емкое, шейка матки плотная, отклонена кзади, длиной 2 см, цервикальный канал пропускает 1 палец до внутреннего зева. Через своды – определяется предлежащая головка плода, прижата ко входу в малый таз. Выделения из половых путей – светлые, слизистые.
Диагноз? Тактика ведения беременной, сроки и методы родоразрешения?

Ответ:
Беременность 41 нед. Головнгое предлежание. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Хроническая гипоксия плода.
Учитывая тенденцию к перенашиванию, признаки хронической гипоксии плода по данным УЗИ и КТГ при незрелости шейки матки показано родоразрешение путем операции Кесарева сечения в срочном порядке.

Задача 59
Беременная 22 лет доставлена в родильный дом после припадка судорог, который произошел дома при сроке беременности 37-38 недель. Женскую консультацию посещала нерегулярно. С 24 недель стали появляться отеки. Общая прибавка массы тела за беременность составила 16 кг. С 30 недель начало повышаться АД до цифр 140/100 мм рт. ст.
Объективно: состояние тяжелое, пациентка заторможена, на вопросы отвечает с трудом, лицо одутловатое, на нижних конечностях отмечаются выраженные отеки. АД – 150/100-140/90 мм рт. ст. Матка по размерам соответствует сроку беременности, в нормальном тонусе. Головка плода прижата ко входу в малый

таз. Сердцебиение плода приглушено, 120-130 уд/мин. Выделений из половых путей нет. Моча выведена катетером, концентрированная, в количестве 10 мл. Содержание белка в моче составило 3,0 г/л.

Диагноз? Врачебная тактика?

Ответ:

Беременность 37-38 нед.Головное предлежание. Тяжелая преэклампсия. Состояние после припадка эклампсии.

Показано родоразрешение путем операции кесарево сечения на фоне стабилизации состояния (проведения магнезиальной, гипотензивной терапии, продленной ИВЛ).

Задача 60

Повторнобеременная 34 лет поступила в родильный дом 24-го мая в 17^{00} с регулярной родовой деятельностью. В семье бабушка и мама страдают гипертонической болезнью. Последняя менструация началась 21-го августа. Первая беременность в возрасте 28 лет закончилась своевременными родами без осложнений.

С 12 недель настоящей беременности отмечала повышение АД до 140/90 мм рт. ст., по поводу чего принимала допегит. Две недели назад появились отеки ног, одутловатость лица. При поступлении: общее состояние средней тяжести. Жалуется на головную боль, шум в ушах. Пульс – 84 уд/мин, удовлетворительного наполнения. АД – 180/110 мм рт. ст. В анализе мочи – белок 0,99 г/л. Положение плода продольное, предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 120 уд/мин, приглушено. Схватки по 35-40 сек через 3-4 мин, воды не изливались.

При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева – 4-5 см, плодный пузырь цел. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева

кпереди.

Диагноз? Акушерская тактика?

Ответ:

Беременность 39-40 нед. Головное предлежание. Первый период родов. Тяжелая преэклампсия на фоне ХАГ.

Показано родоразрешение путем операции Кесарева сечения.

Задача 61

Беременная 27 лет доставлена машиной скорой помощи в родильный дом в связи с доношенной беременностью и кровотечением из половых путей. В анамнезе одни роды через естественные родовые пути и два искусственных аборта без осложнений. Со слов пациентки, 2 часа тому назад начались регулярные схватки, а затем кровянистые выделения со сгустками (около 300 мл).

Состояние роженицы средней тяжести. Пульс – 106 уд/мин, ритмичный, АД – 100/60 мм рт. ст. Кожа и видимые слизистые бледные. Схватки по 35-40 сек через 3-4 мин. Матка овоидной формы, безболезненна при пальпации вне схватки расслабляется. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 160 уд/мин, ритмичное. В условиях развернутой операционной произведено влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева – 2-3 см, плодный пузырь цел. По краю зева определяется губчатая ткань, во влагалище – сгустки крови в количестве 200-250 мл. Головка плода слегка прижата ко входу в малый таз.

Диагноз? Врачебная тактика?

Ответ:

Беременность доношенная. Головное предлежание. Первый период родов. Низкое расположение плаценты. Кровотечение. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

Врачебная тактика: кесарево сечение в экстренном порядке.

Задача 62

Машиной скорой помощи в родильный дом доставлена беременная 23 лет с жалобами на боли в области живота, повышение температуры, однократную рвоту.

Заболевание развилось остро, утром, началось с появления болей в околопупочной области, которые сопровождались тошнотой и однократной рвотой. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Температура тела – 37,5^{0}С. Язык сухой, обложен белым налетом. Пульс – 94 уд/мин, АД – 115/70 мм рт. ст. Живот при пальпации болезненный в правой подвздошной области, где определяются симптомы раздражения брюшины. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено, стул был вчера, оформленный. Матка увеличена до 24 недель беременности, в нормальном тонусе, безболезненна при пальпации. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин.

При влагалищном исследовании: наружные половые органы и влагалище без особенностей. Шейка матки длиной 2,5 см, отклонена кзади, плотная, наружный зев закрыт. Выделения слизистые, в небольшом количестве. Лейкоциты в анализе крови – 15,5х10^9/л (со сдвигом лейкоцитарной формулы влево), анализ мочи – без особенностей.

Предполагаемый диагноз? Тактика ведения беременной?

Ответ:

Беременность 24 недели. Острый аппендицит.

Пациентке показано выполнение аппендэктомии из косого переменного доступа в правой подвздошной области по методике Волковича-Дьяконова. После аппендэктомии физический покой, инфузионная терапия 25% раствором магния сульфата во время хирургического вмешательства с последующим продолжением в послеоперационном периоде (до 4-6 г сухого вещества в

сутки); микронизированный прогестерон (Утрожестан) до 400-600 мг/сут.

Задача 63

Первобеременная 20 лет поступила в отделение патологии беременности с жалобами на тошноту, рвоту до 10-12 раз в сутки, потерю в весе до 4 кг. Эмоционально лабильна, раздражительна, плаксива.

Состояние при поступлении средней тяжести, кожные покровы бледные, отмечается их сухость, снижение тургора. АД – 110/60 мм рт.ст., пульс – 92 уд/мин, температура тела – 37,2^{0}С. Диурез снижен, в моче обнаружены кетоновые тела.

При влагалищном исследовании: цианоз слизистой влагалища и шейки матки, матка соответствует 6-7 неделям беременности, мягковатой консистенции. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна.

Диагноз? Врачебная тактика?

Ответ:

Беременность 6-7 недель. Рвота беременных тяжелой степени.

Врачебная тактика: госпитализация в стационар, отделение интенсивной терапии (в отдельную палату, чтобы избежать рефлекторной рвоты).

Необходимо проведение дополнительных лабораторных исследований: общий анализ крови, биохимический анализ крови (билирубин, остаточный азот и мочевина, Ht, электролиты (калий, натрий, хлориды), общий белок и белковые фракции, трансаминазы), показатели КОС, коагулограмма, общий анализ белка (ацетон, уробилин, желчные пигменты, белок).

Используют средства, непосредственно блокирующие рвотный рефлекс: препараты, воздействующие на различные нейромедиаторные системы продолговатого мозга: антигистаминные препараты – хлоропирамин, дифенгидрамин, антагонист дофаминовых рецепторов домперидон а также прямые антагонисты дофамина – метоклопрамид, антагонисты серотониновых

рецепторов – ондансетрон. Инфузионная терапия при рвоте включает использование кристаллоидов (для регидратации), коллоидов и средств для парентерального питания. Из кристаллоидов используют комплексные солевые растворы: натрия хлорида раствор сложный Рингера раствор, Трисоль, Хлосоль. В случае неэффективности других методы лечения, особенно в случаях неукротимой рвоты, рекомендовано применение кортикостероидов системного действия (метилпреднизолон, преднизолон).
Эластичный медицинский трикотаж на нижние конечности и низкомолекулярные гепарины в профилактических дозах - эноксапарин натрия Клексан 40 мг/сут.
При ухудшении состояния (признаках угрожающего состояния) или неэффективности проводимого лечения необходимо прерывание беременности в экстренном порядке.

Задача 64

В отделение патологии беременных поступила пациентка 24 лет со сроком гестации 40-41 неделя.
Из анамнеза: миопия слабой степени. Менструальная функция не нарушена. Настоящая беременность – вторая. Первая беременность два года назад закончилась искусственным абортом без осложнений. Данная беременность протекала с угрозой прерывания в первом и втором триместрах.
Объективно: состояние удовлетворительное. АД – 110/70 мм рт. ст. Живот увеличен за счет беременной матки, соответствующей по размерам доношенному сроку. ОЖ – 96 см, ВДМ – 36 см. Положение плода продольное, головка расположена над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 уд/мин.
При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 2 см, отклонена кзади, цервикальный канал проходим для 1 пальца.
Диагноз? Каков план обследования? Акушерская тактика?

Ответ:

Беременность 40-41 неделя. Головное предлежание. ОАГА. Миопия слабой степени.

Необходимо провести УЗИ плода, доплерометрическое исследование. КТГ-мониторинг. При удовлетворительном состоянии плода необходимо начинать подготовку родовых путей к родам. При оценке зрелости шейки матки по шкале Бишопа определяется незрелая шейка матки (2 балла).

Преиндукция: Мифепристон перорально однократно в дозе 200 мг с повторным приемом через 24 часа в той же дозе/ Динопростон - при незрелой шейке матки интравагинально в дозе 10 мг. Пациентку необходимо пересмотреть через 24 часа и через 48 часов. При зрелой шейке матки пациентка переводится на программируемые роды в утренние часа с проведением амниотомии. При незрелой шейке матки и неэффективности проводимой подготовки проводится операция кесарева сечения.

Задача 65

В женскую консультацию обратилась повторнобеременная 26 лет с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, появившиеся дома в состоянии покоя.

Из анамнеза: настоящая беременность – третья. Предыдущие две беременности закончились искусственными абортами.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Пульс – 74 удара в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот увеличен за счет беременной матки, соответствующей по размерам 29 неделям беременности. Матка в нормальном тонусе, слегка возбудима при пальпации, безболезненна. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец, подвижный над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 уд/мин. Выделения из половых путей кровянистые, скудные.

При УЗИ: размеры плода соответствуют 29 неделям беременности. Плацента

располагается по передней стенке матки, переходит на внутренний зев, полностью перекрывая его. Вод – нормальное количество.

Диагноз? Тактика врача женской консультации? Прогноз дальнейшего течения беременности? Метод родоразрешения?

Ответ:

Беременность 29 недель. Предлежание плаценты. Кровотечение.

Тактика врача женской консультации: госпитализация пациентки в стационар 3го уровня.

Тактика ведения беременной в стационаре: терапия, направленная на пролонгирование беременности – гемостатическая терапия (транексам), магнезиальная терапия, профилактика РДС плода препаратами кортикостероидов. Прогноз благоприятный.

Метод родоразрешения: кесарево сечение в плановом порядке/кесарево сечение в экстренном порядке при наличии экстренных показаний со стороны матери/плода.

Задача 66

Роженица 20 лет доставлена в родильный дом в связи с развитием регулярной родовой деятельности.

В анамнезе: два искусственных аборта, последний из которых осложнился повторным выскабливанием стенок полости матки по поводу остатков плодного яйца.

В 16^{00} произошло излитие околоплодных вод. В 21^{30} произошли роды: родилась живая доношенная девочка массой 3500 г и длиной 52 см.

Через 15 мин после рождения ребенка самостоятельно выделился послед. При его осмотре: оболочки рваные, на материнской поверхности плаценты обнаружен дефект размером 2х3 см. Кровопотеря – 150 мл. Матка сократилась хорошо. Кровянистые выделения продолжаются.

Диагноз? В чем причина возникшего осложнения? Возможные

последствия? Тактика врача?

Ответ:

Ранний послеродовый период после первых своевременных родов. Дефект последа.

Возможные причины: внутриматочные вмешательства в анамнезе (2 искусственных аборта, один из которых осложнился повторным выскабливанием по поводу остатков плодного яйца).

Возможные последствие: нахождение частей последа в матке может привести к инфицированию или кровотечению как в раннем, так и в позднем послеродовом периоде.

Тактика: контрольное ручное обследование стенок послеродовой матки.

Задача 67

Родильнице 30 лет. На 4-е сутки после родов отмечено повышение температуры тела до 37,8^{0}С, тахикардия – 96 уд/мин. Дно матки – на 13 см выше лона, матка чувствительна при пальпации. Лохии кровянистые, мутные, с неприятным запахом.

Живот мягкий, не вздут, симптомы раздражения брюшины отсутствуют.

Молочные железы мягкие, безболезненные, соски чистые, отток молока не нарушен. Физиологические отправления в норме.

При УЗИ: размеры матки 135х100х92 мм. Полость матки расширена до 24 мм с неоднородным содержимым.

Какое осложнение послеродового периода можно предположить в данном случае? Как Вы оцените состояние женщины? Врачебная тактика?

Ответ:

4-е сутки послеродового периода. Послеродовый эндометрит.

Тактика: назначение антибактериальной терапии широкого спектра действия

(амоксициллин + клавулановая кислота (по 1,2 г внутривенно 3-4 раза в сутки); цефалоспорины II-III поколения или цефтриаксон (по 2,0 г внутривенно 1 раз в сутки) в сочетании с метронидазолом (по 500 мг внутривенно 3 раза в сутки); клиндамицин (по 900 мг внутривенно 3 раза в сутки) в сочетании с гентамицином (по 5-6мг/кг на одно внутривенное или внутримышечное введение). Длительность 7-10 дней. Хирургическая санация матки (вакуум-аспирация, гистероскопия).

Задача 68

В отделение патологии беременных поступила пациентка 32 лет на сроке беременности 39 недель. Из анамнеза: с 10-ти лет страдает близорукостью. В возрасте 21 года произведена склеропластика при миопии -8 Дптр. Первая беременность 10 лет назад завершилась своевременными оперативными родами (полостные акушерские щипцы в связи с миопией высокой степени). Настоящая беременность – вторая. В течение беременности субъективно отмечает снижение остроты зрения.

Общее состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. АД – 110/70 мм рт. ст. на обеих руках. Пульс – 76 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Матка в нормальном тонусе, слегка возбудима при пальпации. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 уд/мин.

Осмотр окулистом: острота зрения OS: 0,06 (с коррекцией -9 Дптр = 0,6), OD: 0,05 (с коррекцией -10 Дптр = 0,5). Сетчатка по периферии истончена и перерастянута с мелкими дистрофическими участками и перераспределением пигмента.

Диагноз? План родоразрешения и его обоснование.

Ответ:

Беременность 39 недель. Головное предлежание. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Миопия высокой степени. Склеропластика.

План родоразрешения: оперативное родоразрешение путем операции кесарева сечения для исключения потужного периода (в связи с изменениями глазного дна при осмотре офтальмологом, оперативным лечением в анамнезе и снижением остроты зрения в настоящую беременность).

Задача 69

Первородящая 25 лет поступила в родильный дом по поводу своевременных родов. Беременность протекала без осложнений.

В момент прорезывания головки плода из влагалища появились умеренные кровянистые выделения. Масса новорожденного – 3700 г. Послед выделился через 10 мин, плацента цела, оболочки все. Кровянистые выделения из половых путей продолжаются, кровотечение струйкой, алой кровью, матка плотная, округлая, дно ее располагается на середине расстояния между лоном и пупком.

Диагноз? Врачебная тактика?

Ответ:

Ранний послеродовый период после первых своевременных родов.

Кровотечение.

Врачебная тактика:

Необходимо вызвать 2-го врача акушера-гинеколога и 2-ю акушерку, врача анестезиолога-реаниматолога, медицинскую сестру-анестезиста, операционную медицинскую сестру, развернуть операционную. Обеспечить венозный доступ путем катетеризации 2й периферической вены, провести катетеризацию мочевого пузыря и наружный массаж матки.

I этап. Ручное обследование полости матки - удаление остатков плацентарной ткани и сгустков крови; массаж матки, введение утеротоников: окситоцин 10-20 Ед на 500 мл физ. р-ра в/в кап., при неэффективности - метилэргометрин 0,2мг в/в медленно (при необходимости повторно через 15 мин – 60 мин), при неэффективности - мизопростол 800 мкг per rectum или сублингвально (off

label).

Производят осмотр родовых путей и зашивание разрывов родовых путей;

При продолжающемся кровотечении переходят к следующим этапам.

II этап. Переходный этап. Проведение баллонной тампонады матки и инфузионно-трансфузионной терапии;

III этап. Хирургический – транспортировка в операционную. Лапаротомия, перевязка маточных и яичниковых артерий и/или внутренних подвздошных артерий, компрессионные швы на матку. При неэффективности вышеперечисленных мер – гистерэктомия.

Задача 70

Пациентка 24 лет обратилась к врачу женской консультации с жалобами на периодически повторяющиеся приступообразные боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей. Последняя менструация со 2-го по 5-е февраля, скудная. Первая беременность 3 года назад закончилась искусственным абортом.

С 15-го марта появились тянущие боли внизу живота. Утром, 19-го марта, боль усилилась, появились мажущие темные кровянистые выделения. АД – 110/60 мм рт. ст., пульс – 90 уд/мин.

При влагалищном исследовании: цианоз слизистой влагалища и шейки матки, наружный зев закрыт. Тело матки увеличено до 5 недель беременности, матка размягчена, безболезненная при пальпации. Справа от матки пальпируется болезненное опухолевидное образование тестоватой консистенции без четких контуров. Задний свод влагалища чувствителен при пальпации. Выделения – кровянистые, скудные.

Предполагаемый диагноз? Тактика врача женской консультации?

Ответ:

Эктопическая беременность сроком 5-6 недель. Трубный аборт.

Тактика врача женской консультации: госпитализация в гинекологическое

отделение. Проведение УЗИ органов малого таза. Лапароскопия или чревосечение с удалением маточной трубы/линейная сальпинготомия или резекция измененного участка трубы (при наличии прогрессирующей трубной беременности или трубном аборте).

Задача 71

Первобеременная 25 лет поступила в родильный дом по направлению врача женской консультации в сроке 34 недели. Менструальная функция не нарушена.

С 27-й недели беременности отмечалась патологическая прибавка массы тела, в связи с чем проводила разгрузочные дни. С 32 недель обнаружены следы белка в моче. В связи с повышением АД до 140/100 мм рт. ст. и прибавкой 3 кг за последние 2 недели направлена в стационар.

Жалоб не предъявляет, АД – 140/100-130/90 мм рт. ст. Имеется пастозность стоп и голеней. Диурез адекватный. При исследовании глазного дна – ангиопатия сосудов сетчатки.

При УЗИ плод по размерам соответствует 32 неделям беременности, при допплерометрии обнаружено нарушение маточно-плацентарного кровотока.

Диагноз? Акушерская тактика?

Ответ:

Диагноз: Беременность 34 недели

Преэклампсия умеренно выраженная

Плацентарная недостаточность.

Задержка роста плода

Акушерская тактика: 1. Госпитализация в отделение патологии беременности

2. Лабораторное обследование: клинический анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи, анализ мочи на суточный белок

3. СМАД, ЭКГ, кардиотокография плода (с целью оценки

состояния плода), консультация терапевта

4. Антигипертензивная терапия (препараты 1-й линии- блокаторы Са каналов (нифедипин)/ α-адреномиметики (Допегит)/ селективные β-блокаторы (атенолол))

5. Магнезиальная терапия (противосудорожный эффект, с целью нейропротекции плода, антигипертензивное действие)

6. При отсутствии признаков тяжелой преэклампсии (HELLP-синдрома), удовлетворительном состоянии плода, положительном эффекте от проводимой терапии показано пролонгирование беременности

7. При диагностировании признаков тяжелой преэклампсии, развитии осложнений, появлении признаков дистресса плода по данным. КТГ мониторирования, допплерометрии в динамике - досрочное оперативное родоразрешение (кесарево сечение)

8. При отсутствии эффекта от проводимой терапии, нарастании степени тяжести, сохраняющихся гемодинамических показателях- досрочное родоразрешение (программированные роды, оценка состояния для решения вопроса о родороразрешении через естественные родовые пути)

Задача 72

В отделении патологии беременных специализированного родильного дома направлена беременная 38 лет с жалобами на головную боль. Срок беременности 10-11 недель.

Из анамнеза: страдает артериальной гипертензией с 24 лет с кризовым течением. Рабочее АД – 140/90 мм рт. ст. с повышением до 190/100 мм рт. ст. во время кризов. Три года назад перенесла эпизод нарушения мозгового кровообращения с правосторонним гемипарезом. Настоящая беременность – пятая. Две беременности (5 и 12 лет назад) закончились своевременными родами через естественные родовые пути гипотрофичными плодами, а две последующие – искусственными абортами.

Во время данной беременности отмечала криз артериальной гипертензии с

повышением АД до 200/100 мм рт. ст.

Объективно: состояние удовлетворительное, АД – 140/90 мм рт. ст., пульс – 74 уд/мин, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах.

По данным УЗИ: в полости матки плодное яйцо с одним живым эмбрионом, по размерам соответствующим 11 неделям беременности.

Диагноз? Прогноз беременности? Врачебная тактика?

Ответ:

Диагноз: Беременность 10-11 недель

Хроническая артериальная гипертензия

Состояние после ОНМК (3 года назад). Правосторонний гемипарез

ОАГА.

Прогноз беременности: относительно неблагоприятный (высокая вероятность резистентности к терапии, повторного эпизода ОНМК, кризового течения АГ)

Врачебная тактика: 1. Клинический анализ крови, Биохимический анализ крови, коагулограмма, Общий анализ мочи, анализ мочи на суточный белок, проба Реберга, анализ мочи по Зимницкому

2. Суточное мониторирование АД, УЗИ почек

3. Консультация невролога, терапевта

4. Антигипертензивная терапия (назначение терапии совместно с терапевтом)

5. Антиагрегантная терапия (в случае пролонгирования беременности в качестве профилактики развития преэклампсии)

6. Мультидисциплинарный консилиум с целью решения вопроса о возможном пролонгировании беременности

Задача 73

Пациентка 24 лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные (со сгустками) кровянистые выделения из половых путей, слабость. Последняя менструация – два месяца

назад. Вышеперечисленные жалобы появились накануне поступления в стационар.

Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, АД – 90/60 мм рт.ст., пульс – 110 уд/мин, температура тела – 37^0С.

При влагалищном исследовании: шейка матки размягчена, несколько укорочена, цервикальный канал пропускает палец. В области внутреннего зева определяется мягкая ткань. Матка увеличена до 6 недель беременности, мягковатая, чувствительная при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Своды глубокие, безболезненные. Выделения из половых путей – кровянистые, обильные.

Диагноз? Что делать?

Ответ:

Диагноз: Беременность 8 недель

Аборт в ходу. Кровотечение

Геморрагический шок 1 ст

Врачебная тактика: 1. Госпитализация в гинекологическое отделение

2. Учитывая аборт в ходу на данном этапе о пролонгировании беременности речи не идет

3. С целью остановки кровотечения показана вакуум-аспирация содержимого полости матки

4. Утеротоническая, антибактериальная и инфузионная терапия

5. При резус-отрицательной крови введение антирезусного иммуноглобулина в первые 72 часа после прерывания беременности

Задача 74

Первобеременная 23 лет поступила в родильный дом по направлению врача

женской консультации при сроке беременности – 36 недель.
С 28 недель отмечает патологическую прибавку массы тела, по поводу чего проводила разгрузочные дни. С 30 недель – обнаружены следы белка в моче. В связи с повышением АД до 140/100 мм рт. ст. и прибавкой массы тела за последние 2 недели на 2 кг пациентка направлена в стационар.
При поступлении АД – 140/100-130/90 мм рт. ст., отмечаются отеки голеней, стоп и передней брюшной стенки. Диурез снижен. При исследовании глазного дна выявлена ангиопатия сетчатки. При УЗИ плод соответствует 34-35 неделям беременности. При допплерометрии определяются нарушения плодово-плацентарного кровотока.

Диагноз? Тактика ведения беременной?

Ответ:

Диагноз: Беременность 36 недель
Преэклампсия умеренно выраженная
Плацентарная недостаточность. Гемодинамические нарушения
ЗРП

Акушерская тактика: 1. Госпитализация в отделение патологии беременности
2. Лабораторное обследование: клинический анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи, анализ мочи на суточный белок, проба Реберга, анализ мочи по Зимницкому
3. СМАД,ЭКГ, Кардиотокография плода (с целью оценки состояния плода), консультация терапевта
4. Антигипертензивная терапия (препараты 1-й линии- блокаторы Са каналов (нифедипин)/ α-адреномиметики (Допегит)/ селективные β-блокаторы (атенолол))
5. Магнезиальная терапия (противосудорожный эффект, с целью нейропротекции плода, антигипертензивное действие)
6. При отсутствии признаков тяжелой преэклампсии (HELLP-синдрома), удовлетворительном состоянии плода, положительном

эффекте от проводимой терапии показано пролонгирование беременности

7. При диагностировании признаков тяжелой преэклампсии, развитии осложнений, появлении признаков дистресса плода по данным. КТГ мониторирования, допплерометрии в динамике - досрочное оперативное родоразрешение (кесарево сечение)

8. При отсутствии эффекта от проводимой терапии, нарастании степени тяжести, сохраняющихся гемодинамических показателях- досрочное родоразрешение (программированные роды, оценка состояния для решения вопроса о родоразрешении через естественные родовые пути)

Задача 75

Повторнородящая 29 лет поступила в 7^{30} с регулярной родовой деятельностью с 5^{30}. Воды не изливались. В анамнезе: трое своевременных родов и два искусственных аборта.

Объективно: состояние удовлетворительное. ОЖ – 110 см, ВДМ – 40 см. Размеры таза: 25-28-31-20 см, индекс Соловьева – 14 см. Схватки по 20-25 сек через 6-7 мин.

При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, края средней толщины, открытие маточного зева 3-4 см. Плодный пузырь – цел, плоский, вскрыт браншей пулевых щипцов. Излилось около 50 мл светлых околоплодных вод. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достижим, экзостозов в малом тазу нет.

Через 2 часа схватки ослабли: по 15-20 сек через 8-9 мин.

При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4-5 см. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди. Подтекают светлые околоплодные воды.

Диагноз? Дальнейшая тактика и особенности ведения родов?

Ответ:

Диагноз: Беременность

Головное предлежание

1 период родов

Вторичная слабость родовой деятельности

Крупный плод

Амниотомия

Дальнейшая тактика: 1. Родостимуляция окситоцином (начиная с 8 капель в минуту, постепенно увеличивая скорость введения до достижения адекватной силы схваток)

2. Кардиотокографическое мониторирование за состоянием плода

3. Оценка динамики раскрытия маточного зева

4. функциональная оценка таза в родах (2-м периоде родов)

5. При положительном эффекте от проводимой родостимуляции, удовлетворительном состоянии плода, отсутствии признаков клинически узкого таза во 2-м периоде родов показано консервативное ведение родов с поэтапным обезболиванием, оценкой состояния плода, профилактикой кровотечений в 3-м периоде родов и раннем послеродовом периоде.

6. При отсутствии эффекта от родостимуляции (упорной слабости родовой деятельности), появлении признаков дистресса плода, клинически узком тазе своевременно решить вопрос об оперативном родоразрешении (путем операции кесарево сечения)

Задача 76

Повторнородящая 35 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью. Роды своевременные. В анамнезе – двое родов, последние закончились операцией кесарева сечения в связи с развитием в родах клинически узкого таза (масса плода – 4250 г). Настоящая беременность протекала без осложнений.

При поступлении: общее состояние удовлетворительное, размеры таза 25-28-32-20 см, окружность живота – 103 см, высота стояния дна матки – 44 см, предлежит тазовый конец плода.

При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, края ее тонкие, открытие маточного зева – 2 см, плодный пузырь цел, предлежат стопки плода, мыс не достигается.

Диагноз? Тактика врача родильного дома и ее обоснование

Ответ:

Диагноз: Беременность

Ножное предлежание

1 период родов

Крупный плод

ОАГА. Рубец на матке после операции кесарево сечения

Тактика врача: оперативное родоразрешение путем операции кесарево сечения в экстренном порядке. Данная тактика обоснована тазовым предлежанием (ножным, риск преждевременного излития вод, выпадения петель пуповины, выпадения ножек плода), крупными размерами плода (риск клинически узкого таза, травм родовых путей), рубцом на матке после операции кесарево сечения (риск несостоятельности в родах)

Задача 77

Из женской консультации в родильный дом направлена беременная 26 лет с жалобами на отеки стоп и голеней. Срок беременности – 28 недель. Из анамнеза: менструальная функция не нарушена. Настоящая беременность – первая.

Объективно: состояние удовлетворительное. АД – 120/80 мм рт. ст. Пульс – 72 уд/мин, ритмичный. Живот увеличен за счет беременной матки. Матка в нормальном тонусе, не возбудима и безболезненна при пальпации. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин.

При УЗИ: параметры фетометрии соответствуют сроку 26 недель беременности. Околоплодных вод – нормальное количество. Плацента расположена по задней стенке матки, степени зрелости – II. При допплерометрическом исследовании обнаружены нарушения маточно-плацентарного кровотока.

Диагноз? План обследования и лечения? Прогноз течения и исходов беременности

Ответ:

Диагноз: Беременность 28 недель

Отеки беременных

Плацентарная недостаточность. Гемодинамические нарушения

Задержка роста плода

Преждевременное созревание плаценты

План обследования: 1. Клинический анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи, анализ мочи на суточный белок, проба Реберга, анализ мочи по Зимницкому, ЭКГ, СМАД

2. УЗИ с допплерометрией в динамике (прирост фетометрических показателей, степень гемодинамических нарушений)

3. Контроль диуреза

Лечение: 1. Магнезиальная терапия (с целью нейропротекции плода)

2. Профилактика РДС

Прогноз течения беременности и исход родов: зависит от динамики течения ЗРП, гемодинамических показателях. При прогрессировании ЗРП, прогрессировании гемодинамических показателей нарушений маточно-плацентарно-плодового кровотока показано досрочное родоразрешение путем операции кесарево сечения (с перинатальных позиций). При сохраняющихся нарушениях (отсутствии нарастания степени ЗРП), отсутствии прогрессирования гемодинамических нарушений возможно пролонгирование

беременности до максимально возможного срока с контролем гемодинамических показателей, фетометрических показателей, КТГ-мониторированием с 32-х недель с последующим решением вопроса о способе родоразрешения

Задача 78

20-го сентября в гинекологическое отделение поступила пациентка 20 лет с жалобами на выраженную слабость, головокружение, острую боль в правой пахово-подвздошной области, иррадиирущую в прямую кишку.

Из анамнеза: первый день последней менструации – 5 августа. Из гинекологических заболеваний отмечает перенесенный острый сальпингоофорит.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Пульс – 100 ударов в минуту, АД – 90/50 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, резко болезненный в нижних отделах, больше справа. Там же определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

При влагалищном исследовании: цианоз слизистой влагалища. Шейка матки сохранена. Тракции за шейку матки резко болезненны, отмечается выраженная болезненность заднего свода влагалища. Тело матки и придатки пропальпировать не удается из-за выраженной болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки. Выделения из половых путей слизистые.

Диагноз? Врачебная тактика?

Ответ:

Диагноз: Беременность 6 недель?

Нарушенная эктопическая беременность?

Внутрибрюшное кровотечение?

Острый аппендицит?

Острый сальпингоофорит?

Шок 1 ст (геморрагический?)

Врачебная тактика: 1. Клинический анализ крови, биохимический анализ крови (с маркерами воспаления), коагулограмма, резус-фактор+ группа крови, анализ крови на RW, ВИЧ, Гепатит В и С, анализ крови на в-ХГЧ (в случае эктопической беременности оценка в динамике – снижается или сохраняется)

2. УЗИ органов брюшной полости, УЗИ органов малого таза

3. При выявлении свободной жидкости по данным УЗИ показана диагностическая лапароскопия с переходом на лечебную (аппендэктомия при аппендиците, сальпингэктомия при эктопической беременности, санация и дренирование брюшной полости при сальпингоофорите, пельвиоперитоните или иные вмешательства при диагностировании соответствующей патологии)

4. Инфузионная, антибактериальная терапия (независимо от выявленной патологии)

Задача 79

Повторнородящая 24 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью. Роды – своевременные, продолжаются 6 часов.

В анамнезе – одни роды в головном предлежании, масса ребенка – 3800 г, жив, здоров.

Размеры таза: 25-28-31-20 см, положение плода продольное, предлежит тазовый конец. Окружность живота – 96 см, высота стояния дна матки – 36 см. Схватки по 40-45 сек через 2-3 мин. Воды не изливались. Сердцебиение плода – ясное, ритмичное, до 140 уд/мин.

При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, края ее тонкие, открытие маточного зева – 9 см, плодный пузырь цел, ягодицы плода прижаты ко входу в малый таз, мыс не достигается.

При УЗИ определено, что предполагаемый пол плода – женский.

Диагноз? Тактика и особенности ведения родов?

Ответ:

Диагноз: Беременность

Тазовое предлежание (чисто ягодичное)

1 период родов

Тактика и особенности ведения родов: 1. Консервативное ведение родов

2. Амниотомия (с целью профилактики выпадения пуповины и мелких частей плода)

3. Роды под постоянным КТГ-мониторированием во 2-м периоде родов

4. Оказание акушерских пособий при тазовом предлежании плода (пособие по Цовьянову, классическое ручное пособие, Метод Морисо-Левре-Ля Шапель)

5. Спазмолитическая терапия при рождении плода до нижнего угла лопаток (профилактика преждевременного спазма шейки матки, дистоции плечиков и головки плода)

6. Эпизиотомия рутинно не проводится

7. Функциональная оценка таза во 2-м периоде родов

Задача 80

В родильный дом доставлена первобеременная 24 лет с жалобами на боли в животе, слабость, кровянистые выделения из половых путей. Срок беременности – 38 недель. Пациентка с 30-й недели отмечает появление отеков стоп и голеней, с 32-й недели – повышение АД до 140/90 мм рт. ст. В анализах мочи периодически определялись следы белка. Общая прибавка массы тела за беременность составила 15 кг.

Два часа назад появилась тянущая боль в животе, которая постепенно нарастала.

Объективно: состояние средней тяжести. Женщина в сознании, контактна.

Кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые. Пульс – 95 уд/мин, АД – 145/100 мм рт. ст. Голова не болит, зрение ясное. Отмечаются отеки стоп, голеней, передней брюшной стенки. Родовой деятельности нет. Тонус матки повышен, пальпация ее болезненная. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода глухое, 100 уд/мин.

При влагалищном исследовании: шейка матки отклонена кзади, длиной 2,5 см, плотная. Наружный зев пропускает кончик пальца. Через своды влагалища определяется головка плода, прижата ко входу в малый таз. Во влагалище – незначительное количество сгустков крови.

Диагноз? Возможные осложнения? Акушерская тактика?

Ответ:

Диагноз: Беременность 38 недель

Головное предлежание

Преэклампсия умеренно выраженная

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

Разрыв матки?

Дистресс плода

Акушерская тактика: Кесарево сечение в экстренном порядке.