

Образец экзаменационного билета (для студентов МПФ)

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии им.проф. В.С.Груздева

Дисциплина Акушерство и гинекология

Экзаменационный билет № 1

1. Физиологические изменения в организме женщины при беременности.
2. Таз с акушерской точки зрения (размеры, плоскости). Методика измерения таза.
3. Прерывание трубной беременности по типу трубного аборта. Клиника. Диагностика. Тактика врача. Лечение.
4. Урогенитальный трихомониаз. Характеристика возбудителя. Клиника. Диагностика. Лечение.

Зав.кафедрой,
профессор _____

Р.И.Габидуллина

Эталон ответа к экзаменационному билету (для студентов) МПФ

ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра акушерства и гинекологии им.проф. В.С.Груздева

Дисциплина акушерство и гинекология

Экзаменационный билет № 1

1. *Физиологические изменения в организме женщины при беременности.*

Эталон ответа:

Беременность, роды, кормление грудью являются физиологическими функциями женского организма. Однако организм беременной женщины переживает новые условия,

направленные на обеспечение развивающегося плода, адаптируется к новым условиям. В период прогрессирования беременности возникает необходимость правильного внутриутробного развития плода.

Все изменения – как общие, так и местные – регулируются нервной системой. В ЦНС во время беременности возникает доминантный очаг (доминанта беременности), обеспечивающий нормальное течение физиологических преобразований, связанных с развитием плода.

С наступлением беременности изменяются функции желез внутренней секреции: гипофиза, надпочечников, щитовидной железы, поджелудочной железы, паращитовидных желез.

Кроме того, начинает функционировать новая железа внутренней секреции – плацента, оказывающая выраженные изменения в материнском организме. Все это обуславливает те изменения, которые видны при осмотре и касаются внешнего облика: походки, скелета, подкожно-жировой клетчатки.

У беременных изменяется работа сердечно-сосудистой системы, легких, желудочно-кишечного тракта, почек, печени. Происходят изменения всех видов обмена: углеводного, белкового, жирового, минерального, витаминов.

Изменения в ЦНС

Изменяется возбудимость головного и спинного мозга. Возбудимость коры до 3-4 месяцев беременности понижается, а затем до конца беременности остается повышенной. Изменяется характер процессов торможения и возбуждения в коре головного мозга. Понижение рефлекторной возбудимости обуславливает покой, инертность матки, что способствует нормальному течению беременности.

Изменяется тонус вегетативной нервной системы: сонливость, неуравновешенность, смена настроения, изменения вкуса, склонность к головокружению (обычно в первые месяцы беременности).

Повышается возбудимость периферических нервов, бывают невралгические боли в крестце, пояснице, судороги в икроножных мышцах.

Состояние сердечно-сосудистой системы

У беременных возникают такие условия кровообращения, при которых значительно увеличивается нагрузка на ССС.

Нагрузка на сердце связана с увеличением объема циркулирующей крови и общего веса беременной, возникновением нового звена в большом круге кровообращения – маточно-плацентарного, во 2-й половине беременности приобретают значение механические факторы, затрудняющие работу сердца – высокое стояние диафрагмы (особенно к 36 недели беременности), что затрудняет легочное кровообращение, снижается жизненная емкость легких. Это влечет за собой смещение сердца, оно приближается к грудной клетке и вместе с тем несколько поворачивается вокруг оси, это сопровождается относительным перекрутом сосудов, приносящих и уносящих кровь, что затрудняет легочное кровообращение.

Основными изменениями гемодинамики у беременных являются следующие: увеличение объема циркулирующей крови, увеличение минутного и ударного кровообращения, учащение ЧСС, повышение скорости кровотока.

Объем циркулирующей крови (ОЦК) в 28-32 недели увеличивается на 30-40% (в 1-м триместре -5-5,3 л., в 3-м триместре – 6,0 – 6,5 литров). Однако содержание гемоглобина возрастает только на 15%, а показатель гематокрита снижается.

Гормональные изменения во время беременности

С ранних сроков беременности происходят сложные нейро-эндоцирные изменения.

Значительная роль в осуществлении многих специфических для беременности реакций принадлежит гормональным факторам.

С повышенной нагрузкой функционируют ряд эндокринных органов. Повышается секреция гормонов гипофиза: ЛГ, ФСГ, пролактина, тиреотропного, адренокортикотропного, гормона роста (СТГ), мелано-стимулирующего гормона. Секреция гонадотропных гормонов гипофиза (ФСГ и ЛГ): в ранние сроки их выработка приближается к максимальному уровню (как при менструальном цикле) и остается постоянной на протяжении всей беременности.

Увеличивается секреция гормонов яичников, надпочечников, щитовидной железы. Эндокринная система женщин во время беременности, родов и послеродового периода претерпевает значительные изменения: отмечено увеличение гипофиза, повышается продукция гипофизом пролактина и меланоцитстимулирующего гормона, а также гормона роста. Повышение в крови тироксина и кортизола в значительной степени связано с увеличением продукции тироксинсвязывающего глобулина и транскортинова под влиянием плацентарных эстрогенов. Секреция фолликулостимулирующего (ФСГ) и лютеинизирующего (ЛГ) гормонов подавляется. Все эти изменения непосредственно связаны с формированием во время беременности нового эндокринного органа – плаценты, секретирующей в организм матери белковые (плацентарный лактоген, хорионический гонадотропин) и стероидные (эстрогены, прогестерон) гормоны. Хорионический гонадотропин (ХГ) по биологическим и иммунологическим свойствам близок к ЛГ. Плацентарный лактоген (ПЛ) по ряду биологических свойств сходен с гормоном роста и пролактином гипофиза. Общий эффект гормональных изменений в последние сроки беременности характеризуется инсулинерезистентностью.

Во время беременности начинает функционировать новая железа внутренней секреции – плацента. Возникают интенсивные обменные процессы между материнским организмом, плацентой и плодом. Плацента вырабатывает специфические белковые гормоны: хорионический гонадотропин (ХГ) и хорионический соматотропный гормон (ХСМГ), плацентарный лактоген.

Количественный иммунологический анализ ХГ в крови и моче имеют большое клиническое и диагностическое значение. На иммунологическом определении ХГ в моче основана диагностика беременности: положительные результаты получены с 18-21 дня после оплодотворения. Определение уровня ХГ в крови и моче помогает в диагностике некоторых осложнений беременности: угрожающий выкидыш, внематочная беременность, пузирный занос, хорионэпителиома.

Эстрогены: до 20 недель беременности образование эстрогенов зависит от активности трофобласта и яичников. С 20 недель синтез эстрогенов осуществляется плацентой при активном участии плода. Плод вырабатывает нейтральные стероиды, которые являются предшественником эстриола. Главным предшественником стероидов является холестерин материнской крови, из которого в плаценте образуется прегнанолон, и около 20% его выделяется с мочой в качестве конечного продукта метаболизма – прегнандиола.

В организме плода прогестерон служит исходной частью для синтеза нейтральных стероидов в надпочечниках и печени плода. Эти нейтральные стероиды являются основными предшественниками для образования эстриола в плаценте, являющимся основным гормоном фетоплацентарной системы.

Биологическое действие эстрогенов (эстриол составляет 85% всех эстрогенов) во время беременности направлено на рост матки, способствует гиперплазии и гипертрофии мышечных волокон матки. Кроме того, эстрогены вызывают рост молочных желез, но ведущая роль эстриола - регуляция маточно-плацентарного кровообращения.

В течение беременности происходит значительное возрастание и выделение с мочой большого числа эстрогенов. Экскреция эстриола в конце беременности возрастает в 100 раз в сравнении с небеременной.

Уровень эстриола является важным показателем функционального состояния жизнеспособности плода. При выделении эстрогенов более чем 12 мг/сутки угрозы для

плода не наблюдается. При концентрации эстриола ниже 4 мг/сутки возникает угроза жизни плода.

Прогестерон. В первые месяцы беременности образуется в желтом теле, затем на себя эту функцию берет плацента. Плацента выделяет во время беременности большое количество прогестерона. Этот стероид образуется в плаценте из материнского холестерина.

Прогестерон в печени матери превращается в прогнандиол, который выделяется с почками. Прогестерон и прогнандиол являются предшественниками для образования большого числа стероидов, синтезирующихся в надпочечниках и печени плода и представляют первую ступень для синтеза эстриола в плаценте.

Физиологическая роль прогестерона во время беременности окончательно не выяснена. Прогестерон блокирует сокращения миометрия, способствует сохранению беременности. Вместе с белковыми препаратами прогестерон влияет на обмен веществ матери и плода. Концентрация прогестерона в крови круто нарастает по мере прогрессирования беременности, достигая уровня 26 мг/100 мл в 3-м триместре и резко снижается сразу после родов.

Влияние беременности на функцию желез внутренней секреции.

Беременность, как новое физиологическое состояние организма, существенно влияет на функцию желез внутренней секреции. Во время беременности происходит увеличение концентрации кортикоэстериолов, циркулирующих в крови. К концу беременности происходит повышение содержания гидрокортизона в крови на 200-300% в сравнении с его уровнем у небеременных женщин. Однако, повышение кортикоэстериолов не вызывает выраженных клинических проявлений гиперкортицизма (явления акромегалии, стрии, гиперпигментация).

При беременности повышается секреция альдостерона, причем продукция его прогрессивно возрастает от 5 мг/сутки до 60-80 мг/сутки.

Во время беременности отмечается повышение уровня андрогенов в плазме, обусловленное увеличением биологически неактивных соединений, связанных с глобулином.

Известно о повышении функции щитовидной железы, особенно в ранние сроки беременности. Установлено, что уровень общего тироксина существенно возрастает во время беременности от 9,8 до 11,9 мг/100 мл, а содержание свободного тироксина снижается.

Таким образом, развитие плода и плаценты, представляющих собой новую и очень сложную гормональную систему, оказывает выраженные воздействия на эндокринные соотношения в материнском организме.

Обменные процессы в организме беременных.

Обмен веществ во время беременности довольно интенсивен. Во второй половине беременности значительно повышается ассимиляционные процессы.

Белковый обмен. Происходит накопление белковых веществ в организме женщины. Эти белки используются для роста матки и молочных желез, построения организма плода, часть откладывается в виде запаса, который используется после родов в связи с кормлением грудью.

Углеводный обмен. Углеводы являются энергетическим материалом при беременности. Они хорошо усваиваются. Концентрация сахара в крови обычно нормальная. Углеводы в виде гликогена откладываются в печени, мышцах тела, а также в плаценте и мускулатуре матки. Углеводы из организма матери через плаценту переходят к плоду (в виде глюкозы). При перегрузке организма углеводами у беременных иногда появляется сахар в моче – это объясняется повышением проницаемости почечного эпителия.

Минеральный и водный обмен. Во время беременности происходит задержка солей кальция в организме и их расходование на построение костной системы плода.

Усиливается усвоение фосфора, который необходим для построения нервной и костной

системы плода, а также для синтеза белков в организме матери. От матери к плоду переходит железо, являющееся основной частью гемоглобина. В период внутриутробной жизни плод накапливает железо в печени и селезенке. При недостаточном введении железа с пищей у беременных возникает анемия, а у плода нарушается развитие.

У беременных замедлено выведение с мочой и потом хлорида натрия. Накопление в тканях хлоридов способствует задержке воды в организме беременных, особенно во 2-й половине беременности. При нормально протекающей беременности большой задержки хлоридов и воды не бывает, и жидкость быстро выводится почками.

2. Таз с акушерской точки зрения (размеры, плоскости, наклонение).

Методика измерения таза.

Эталон ответа:

Таз состоит из 4 костей: 2 тазовых, крестца и копчика. Тазовая кость состоит из лобковой, седалищной и позвдошной костей, соединенных между собой неподвижно. Различают 4 плоскости малого таза:

Плоскость входа - граница между большим и малым тазом. Границами плоскости входа в малый таз являются верхневнутренний край лонной дуги, безымянные линии, вершина крестцового мыса. Плоскость входа имеет поперечно-ovalную форму.

Размеры плоскости входа.

Прямой размер - наименьшее расстояние между серединой верхневнутреннего края лонной дуги и наиболее выдающейся точкой мыса крестца. Этот размер называется истинной коньюгатой (conjugata vera) и составляет 11 см. Анатомическая коньюгата, представляющая собой расстояние от середины верхнего края лонного сочленения до той же точки мыса, на 0,2-0,3 см длиннее истинной коньюгаты.

Поперечный размер - расстояние между наиболее удаленными точками безымянных линий с обеих сторон - составляет 13,5 см. Пересечение поперечного размера и истинной коньюгаты расположено эксцентрично, ближе к мысу.

Косые размеры - правый и левый. Правый косой размер проходит от правого крестцово-подвздошного сочленения до левого подвздошно-лонного бугорка, левый косой размер - от левого крестцово-подвздошного сочленения до правого подвздошно-лонного бугорка.

Каждый из косых размеров равен 12 см.

Плоскость широкой части полости малого таза ограничена спереди серединой внутренней поверхности лонной дуги, с боков - серединой гладких пластинок, закрывающих вертлужные впадины, сзади - сочленением между II и III крестцовыми позвонками.

Плоскость широкой части имеет форму круга.

Прямой размер широкой части полости малого таза представляет собой расстояние от середины внутренней поверхности лонной дуги до сочленения между II и III крестцовыми позвонками, он составляет 12,5 см.

Поперечный размер соединяет наиболее удаленные точки вертлужных впадин противоположных сторон и также равен 12,5 см.

Плоскость узкой части полости малого таза проходит спереди через нижний край лонного сочленения, с боковых сторон - через седалищные ости, а сзади - через крестцово-копчиковое сочленение. Плоскость узкой части имеет продольно-ovalную форму.

Различают следующие размеры плоскости узкой части малого таза.

Прямой размер - расстояние от нижнего края лонной дуги до крестцово-копчикового сочленения, равен 11,5 см.

Поперечный размер - расстояние между внутренними поверхностями седалищных остьей, равен 10,5 см.

Плоскость выхода малого таза состоит из двух плоскостей, которые сходятся под углом по линии, соединяющей седалищные бугры. Эта плоскость проходит спереди через нижний

край лонной дуги, с боковых сторон - через внутренние поверхности седалищных бугров, а сзади - через верхушку копчика.

Прямой размер плоскости выхода - расстояние от середины нижнего края лонного сочленения до верхушки копчика - равен 9,5 см. Вследствие подвижности копчика прямой размер выхода может увеличиваться в родах при прохождении головки плода на 1-2 см и достигать 11,5 см.

Поперечный размер плоскости выхода представляет собой расстояние между наиболее отдаленными друг от друга точками внутренних поверхностей седалищных бугров и равен 11 см.

Прямые размеры плоскостей малого таза сходятся в области лонного сочленения, а в области крестца расходятся. Линия, соединяющая середины прямых размеров плоскостей малого таза, называется проводной осью малого таза и представляет собой дугообразную линию, вогнутую спереди и выпуклую сзади. У женщины в положении стоя проводная ось таза во входе и в широкой части направлена косо кзади, в узкой части - вниз, в выходе таза - кпереди. Плод проходит по родовому каналу по проводной оси малого таза.

3. Прерывание трубной беременности по типу трубного аборта. Клиника. Диагностика. Тактика врача. Лечение.

Трубная беременность может быть нарушена по типу трубного аборта (отслойка плодного яйца) или по типу разрыва трубы.

Клиническая картина обусловлена наличием:

- Признаков беременности, включая задержку менструации
- Болей с иррадиацией в прямую кишку, поясницу, внутреннюю поверхность бедра
- Кровянистых выделений из половых путей

Определение уровня хорионического гонадотропина (ХГЧ) в комбинации с трансвагинальным ультразвуковым исследованием органов малого таза позволяет в 98% случаев диагностировать ВБ с третьей недели гестации.

Внематочная беременность может привести к развитию геморрагического шока, постгеморрагической анемии, вплоть до летального исхода.

Для **трубного аборта** характерны схваткообразные боли внизу живота в виде периодически повторяющихся приступов, часто односторонних. Кровянистые выделения из половых путей скучные темно-кровянистые, обусловлены отторжением децидуальной оболочки.

В диагностике основную роль играют УЗИ органов малого таза (отсутствие плодного яйца в полости матки + свободная жидкость в дугласовом пространстве) и определение уровня хорионического гонадотропина в крови.

В случае прервавшейся ВБ – лечение оперативное.

Основные виды операции:

- Выдавливание плодного яйца – милкинг (при локализации в фимбриальном отделе)
- Сальпинготомия (при необходимости сохранения fertильности, стабильной гемодинамике, размере образования менее 5 см)
- Сальпингэктомия
- Предпочтителен лапароскопический доступ в брюшную полость. Лапаротомия применяется при геморрагическом шоке II-III степени, а также при наличии противопоказаний к лапароскопии.

4. Урогенитальный трихомониаз. Характеристика возбудителя. Клиника. Диагностика. Лечение.

Эталон ответа:

Трихомониаз – инфекционное воспалительное заболевание, передаваемое половым путем, вызывается простейшим *Trichomonas vaginalis* Donnæ, который относится к классу жгутиковых, является строго специфичным паразитом человека. Вне человеческого организма возбудитель быстро погибает при высушивании (за несколько секунд), нагревание выше 40° губит трихомонаду.

Трихомониаз является одним из наиболее распространенных заболеваний мочеполового тракта. Ежегодно в мире заболевают трихомониазом 170 млн. человек. Частота заболевания среди женщин, ведущих активную половую жизнь нередко достигает 30-50%.

Первичное заражение происходит при половом контакте. У женщин местом обитания трихомонад является преимущественно влагалище, у мужчин – предстательная железа и семенные пузырьки. Мочеиспускательный канал может поражаться как у мужчин, так и у женщин. На слизистые оболочки мочеполового тракта простейшие попадают при контакте с больным трихомониазом или носителем трихомонад. Трихомонады фиксируются на клетках плоского эпителия слизистой оболочки, проникают в железы и лакуны. Попадая в мочеполовые органы, трихомонады могут вызвать развитие воспалительного процесса.

Трихомоноз часто возникает при игнорировании барьерных методов контрацепции и оральных контрацептивов. Эстрогены не имеют прямого влияния на трихомонады, но могут создавать в вагинальной среде условия, неблагоприятные для их размножения.

Инкубационный период колеблется от 2-5 до 30 и более дней.

Основными очагами поражения при урогенитальном трихомониазе является мочеиспускательный канал у мужчин, влагалище и уретра у женщин. В связи с многоочаговостью трихомонадной инфекции при постановке диагноза следует указывать локализацию поражения. При урогенитальном трихомониазе у женщин выделяют:

1. Трихомониаз нижнего отдела урогенитального тракта (вульвит, кольпит, вестибулит, бартолинит, эндоцервицит, уретрит и парауретрит).
2. Трихомониаз верхнего отдела урогенитального тракта (цервицит, сальпингит, цистит).

В зависимости от длительности заболевания и интенсивности реакции организма на внедрение возбудителя различают следующие формы трихомониаза: свежий (острый, подострый, торpidный); хронический (торpidное течение и давность заболевания выше 2 мес. или не установлены); трихомонадоносительство (при наличии трихомонад отсутствуют объективные и субъективные симптомы заболевания).

Клиническая картина неосложненного урогенитального трихомониаза у женщин характеризуется воспалительными процессами во влагалище и влагалищной части шейки матки. Наиболее часто (80-90%) диагностируют острый трихомонадный кольпит. Клинические признаки не являются специфическими: зуд, пенистые выделения (серозные, гнойные, серозно-гнойные) с неприятным запахом, гиперемия и легкая кровоточивость пораженных тканей.

Слизистая оболочка преддверия влагалища, влагалища и влагалищной части шейки матки гиперемированы, отечны, легко кровоточат. У женщин инфекция типично протекает как острый воспалительный ответ вагинального эпителия. Менструальная кровь способствует увеличению вагинального pH до 6,0-6,2, что является идеальным для роста трихомонад. Поэтому после менструации часто происходит обострение воспалительного процесса. Трихомонады могут присутствовать не только во влагалище, но и в уретре и вызывать уретрит, сопровождающийся дизурией и выделениями. Трихомонады также могут обнаруживаться и в мочевом пузыре.

Значительная часть женщин, инфицированных *T. vaginalis*, может быть бессимптомными носителями. При хроническом трихомонадном вагините местные воспалительные изменения выражены незначительно.

У женщин в воспалительный процесс могут вовлекаться большие вестибулярные и парауретральные железы, шейка матки. Трихомонады обнаружены в полости матки, в сактосальпинксах, кистах яичников. Имеются сообщения о связи урогенитального трихомониаза с осложнениями беременности (преждевременные роды, ранний разрыв плодного пузыря и др.).

Диагностика трихомоноза основывается на выделении возбудителя в очаге поражения. Трихомонады можно обнаружить микроскопически, но этот способ обладает достаточно низкой чувствительностью. При клинических подозрениях и негативной микроскопии рекомендуется выделение культуры. Используются методы: световая микроскопия нативного или окрашенного препарата, культуральное исследование, люминесцентная, фазово-контрастная микроскопия, латекс-агглютинация, ПЦР-диагностика. Выявление специфических антитрихомонадных антител.

Современные методы лечения больных урогенитальным трихомониазом основаны на использовании протистоцидных средств общего и местного действия. Лечение следует осуществлять при обнаружении *T. vaginalis* независимо от наличия или отсутствия у обследуемых признаков воспалительного процесса.

При неосложненном урогенитальном трихомониазе применяется тинидазол (фазижин), метронидазол (флагил), орнидазол (тиберал) внутрь.

При осложненном урогенитальном трихомониазе следует назначать патогенетическую и местную терапию в виде различных влагалищных форм препаратов: макмирор-комплекс, метронидазол (флагил, трихопол), орнидазол (тиберал).

Критерий излеченности – отсутствие трихомонад во всех очагах половых органов при лабораторном исследовании в течение 3 менструальных циклов.

Зав.кафедрой, профессор _____

Р.И.Габидуллина

Образец экзаменационной задачи (для студентов) МПФ

**КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ им. проф. В.С.ГРУЗДЕВА**

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА №13

Первородящая 27-ти лет поступила через 4 часа от начала родовой деятельности. Беременность желанная, доношенная. При проведении I скрининга + биохимический скрининг риск ПЭ 1 из 56 (высокий риск развития преэклампсии). Воды не отходили. При поступлении АД 180/100 мм рт.ст. Отеки на нижних конечностях, в моче 3 г. белка. Роженица внезапно побледнела, появились жалобы на «распирающие» боли в животе.

Предлежащая часть плода не определяется. Сердцебиение плода глухое, 90 ударов в 1 минуту, аритмичное. Матка напряжена, асимметричной формы за счет увеличения левого угла матки. Пульс 100 ударов в 1 минуту, мягкий, слабого наполнения. Кровотечения нет. При влагалищном исследовании: раскрытие зева на 5 см, плодный пузырь резко напряжен. Предлежащая часть не определяется.

**ОЗНАКОМТЕСЬ С АКУШЕРСКОЙ СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ
ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Алгоритм первой неотложной помощи
4. Какова дальнейшая акушерская тактика.
5. В чем ошибки наблюдения за беременной в женской консультации:

Зав.кафедрой, профессор _____

Р.И.Габидуллина

Эталон ответа к экзаменационной задаче (для студентов) МПФ

**КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ им. проф. В.С.ГРУЗДЕВА**

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА №13

Первородящая 27-ти лет поступила через 4 часа от начала родовой деятельности. Беременность желанная, доношенная. При проведении I скрининга + биохимический скрининг риск ПЭ 1 из 56 (высокий риск развития преэклампсии). Воды не отходили. При поступлении АД 180/100 мм рт.ст. Отеки на нижних конечностях, в моче 3 г. белка. Роженица внезапно побледнела, появились жалобы на «распирающие» боли в животе. Предлежащая часть плода не определяется. Сердцебиение плода глухое, 90 ударов в 1 минуту, аритмичное. Матка напряжена, асимметричной формы за счет увеличения левого угла матки. Пульс 100 ударов в 1 минуту, мягкий, слабого наполнения. Кровотечения нет. При влагалищном исследовании: раскрытие зева на 5 см, плодный пузырь резко напряжен. Предлежащая часть не определяется.

**ОЗНАКОМТЕСЬ С АКУШЕРСКОЙ СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ
ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ:**

Эталон ответа:

Предположите наиболее вероятный диагноз

1 период 1 срочных родов. Преэклампсия тяжелой степени. Отслойка нормально расположенной плаценты. Прогрессирующая внутриутробная гипоксия плода

Диагноз поставлен верно

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Преэклампсия тяжелой степени выставлен на основании уровня АД-180/100 мм.рт.ст., выраженных отеков нижних конечностей, уровня протеинурии – 3 г. Диагноз «отслойка нормально расположенной плаценты» выставлен на основании внезапных резких болей в животе с картиной геморрагического шока – бледность кожных покровов, тахикардия, напряженной матки асимметричной формы и признаками прогрессирующей внутриутробной гипоксии плода- частота сердцебиения 90 ударов в минуту, аритмичное, глухое.

Диагноз обоснован верно.

Алгоритм первой неотложной помощи.

Первые действия врача-акушера заключаются в вызове врача анестезиолога-реаниматолога, проведению амниотомии, катетеризации двух периферических вен с введением 40 мл 25% раствора сернокислой магнезии через инфузомат и раствора транексамовой кислоты 1000 мг. Транспортировка в родильный блок на каталке.

Алгоритм составлен верно

Какова дальнейшая акушерская тактика.

Проведение неотложного кесарева сечения с эндотрахеальным наркозом и ИВЛ, введением свежезамороженной плазмы (до 1000 мл).

Дальнейшая тактика определена верно.

В чем ошибки наблюдения за беременной в женской консультации:

Врачом женской консультации не установлен диагноз преэклампсия тяжелой степени, не проведена своевременная госпитализация, в связи с чем беременная группы риска по развитию преэклампсии (биохимический скрининг риск 1 из 56) госпитализирована через 4 часа от начала родовой деятельности с преэклампсией тяжелой степени и развитием жизнеугрожающего состояния - «отслойка нормально расположенной плаценты».

Зав.кафедрой, профессор

Габидуллина Р.И.