

Методические указания к практическому занятию по теме: «Беременность и роды у пациенток с экстрагенитальной патологией: заболеваниями сердечно-сосудистой системы, почек и печени, бронхиальной астме, при сахарном диабете»

Цель: изучение особенностей течения и ведения беременности высокого риска: при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, почек и печени, бронхиальной астме, при сахарном диабете.

Задачи: рассмотреть осложнения течения экстрагенитального заболевания при беременности, а также влияние соматической патологии на течение и исходы беременности при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, почек и печени, бронхиальной астме, при сахарном диабете.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, клинический разбор, самостоятельная работа

Иметь представление об организации медицинской помощи беременным с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, почек и печени, бронхиальной астме, при сахарном диабете 1 и 2 типа, гестационном диабете.

Ординатор должен знать:

1. Особенности течения беременности при приобретенных пороках сердца;
2. Особенности течения беременности при гипертонической болезни;
3. Особенности течения беременности при оперированном сердце;
4. Особенности течения беременности при хроническом и гестационном пиелонефрите, хроническом гломерулонефрите;
5. Особенности течения беременности при бронхиальной астме;
6. Особенности течения беременности при хроническом и остром гепатите;
7. Особенности течения беременности при ВИЧ-инфекции;
8. Особенности течения беременности при сахарном диабете 1 и 2 типа, гестационном диабете;
9. Стандарты диспансерного заболевания при беременности высокого риска: при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, почек и печени, бронхиальной астме, при сахарном диабете;
10. Особенности родоразрешения при беременности высокого риска;
11. Особенности течения и ведения послеродового периода, показания к подавлению лактации при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, почек и печени, бронхиальной астме, при сахарном диабете
12. основные положения международных и национальных клинических рекомендаций по теме занятия

Ординатор должен уметь:

Должен уметь проводить обследование беременной при выявлении заболеваний сердечно-сосудистой системы, почек и печени, бронхиальной астме, сахарного диабета. Определять осложнения течения беременности при экстрагенитальной патологии. Формулировать показания к плановой и экстренной госпитализации при беременности высокого риска. Формулировать медицинские показания к прерыванию беременности при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, почек и печени, бронхиальной астме, при сахарном диабете.

Ординатор должен владеть:

Должен владеть навыками обследования беременной при выявлении заболеваний сердечно-сосудистой системы, почек и печени, бронхиальной астме, сахарного диабета. Определять осложнения течения беременности при экстрагенитальной патологии. Формулировать показания к плановой и экстренной госпитализации при беременности высокого риска. Формулировать медицинские показания к прерыванию беременности при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, почек и печени, бронхиальной астме, при сахарном диабете.

Учебно-тематический план темы:

Клиническое практическое занятие – 6 часа

Самостоятельная работа – 3 часа

Всего – 9 часов

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, почек и печени, бронхиальной астмой, сахарным диабетом
4. Интерпретация исследований: клинического и биохимического анализов крови, общего анализа мочи, пробы мочи по Нечипоренко, бактериологического исследования мочи, инструментальных исследований (данные ЭхоКГ, ЭКГ, УЗИ почек, печени, функциональное обследование легких).
5. Решение ситуационных задач, представляющих типичные клинические ситуации при беременности высокого риска.
6. Разбор историй родов при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, почек и печени, бронхиальной астме, при сахарном диабете, в ведении которых допущены типичные ошибки.
7. Ролевые игры : маршрут пациента от кабинета доврачебного осмотра и далее (врач общей практики, зав.отделением (или врач скорой помощи), врач приемного покоя и т.д.); учебная ЛКК.
8. Отработка практических навыков: обследование беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, почек и печени, бронхиальной астме, при сахарном диабете заболеваниями сердечно-сосудистой системы, почек и печени, бронхиальной астме, при сахарном диабете.

Перечень вопросов для собеседования

1. Медицинские показания к прерыванию беременности при экстрагенитальной патологии
2. Осложнения беременности при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, почек и печени, бронхиальной астме, при сахарном диабете
3. Алгоритм ведения беременных с экстрагенитальной патологией
4. Основные ошибки амбулаторного этапа
5. Показания к экстренной и плановой госпитализации при беременности высокого риска.

Хронокарта клинического практического занятия по теме:

«Беременность и роды у пациенток с экстрагенитальной патологией: заболеваниями сердечно-сосудистой системы, почек и печени, бронхиальной астме, при сахарном диабете»

	На 6 часов
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	10 мин
Тестирование	20 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	50 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и / или ситуационной задачи; отработка практических навыков	150 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	20 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	20 мин

Самостоятельная работа

Формы самостоятельной работы и контроля

Основные темы рефератов:

1. Беременность и роды при ВИЧ-инфекции
2. Беременность и роды при гестационном сахарном диабете

Основные темы докладов:

1. Алгоритмы антиретровирусной терапии при беременности.
2. Показания к оперативному родоразрешению при беременности высокого риска

Фонд оценочных средств:

Контрольные вопросы

1. Степени риска акушерских осложнений при заболеваниях сердечно-сосудистой системы; ПК-5
2. Степени риска акушерских осложнений при заболеваниях почек и печени; ПК-5
3. Степени риска акушерских осложнений при бронхиальной астме; ПК-5
4. Степени риска акушерских осложнений при сахарном диабете; ПК-5
5. Современные стандарты диагностики и ведения гестационного сахарного диабета; ПК-5, ПК-6
6. Показания и способы подавления лактации при экстрагенитальной патологии ПК-

Тесты

ПК-5

1. 1. Беременность противопоказана
1. больным гипертонической болезнью II-б стадии

2. больным гипертонической болезнью I стадии
3. больным I и II групп риска по классификации Л.В.Ваниной (1977)
4. больным III группы риска по классификации Л.В.Ваниной (1977)
5. больным с гипертонической болезнью II-а стадии при отсутствии гипертонических кризов и нарушений функций почек

ПК-5

2. Первая плановая госпитализация беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы показана

1. в I-м триместре (до 12-ти недель)
2. при ухудшении состояния
3. при присоединении акушерской патологии
4. в 28-32 недели
5. при появлении признаков недостаточности кровообращения

ПК-5

3. Третья плановая госпитализация беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы показана

1. при присоединении акушерской патологии
2. в 37-38 недель
3. при появлении признаков недостаточности кровообращения
4. в 32-34 недели
5. при появлении признаков активности ревматического процесса

ПК-5

4. У беременных с гипертонической болезнью высокий риск развития

1. раннего токсикоза беременных
2. гестоза
3. самопроизвольного прерывания беременности
4. пренатальной гипотрофии плода
5. аномалий прикрепления плаценты

ПК-6

5. При ведении родов у женщин, страдающих сердечно-сосудистой патологией

1. наиболее бережным является родоразрешение через естественные родовые пути
2. наиболее оптимальным является родоразрешение операцией кесарева сечения
3. необходимо раннее вскрытие плодного пузыря
4. целесообразно своевременное вскрытие плодного пузыря
5. необходимо укорочение периода изгнания или исключение потуг

ПК-5

6. Пиелонефрит у беременных

1. чаще встречается во второй половине беременности
2. чаще левосторонний
3. обычно стрептококковой этиологии
4. не оказывает влияния на эритропоз
5. может сопровождаться артериальной гипертензией

ПК-5

7. Острый пиелонефрит беременных

1. обычно не сопровождается выраженной интоксикацией
2. не представляет сложностей в дифференциальной диагностике

3. является противопоказанием к катетеризации мочеточников
4. может осложняться развитием бактериально-токсического шока
5. при безуспешной терапии является показанием к прерыванию беременности и последующей операции на почках

ПК-5

8. Хронический пиелонефрит у беременных

1. при наличии частых обострений является показанием к прерыванию беременности
2. повышает риск послеродовых гнойно-септических осложнений
3. является показанием для антибиотикотерапии в I триместре беременности
4. характеризуется быстрым регрессом после окончания беременности
5. обычно обостряется на 4-6 и 12-14 день послеродового периода

ПК-6

9. При лечении гломерулонефрита у беременных противопоказано назначение

1. ограничения приема жидкости
2. салуретических мочегонных препаратов
3. кардиотонических средств
4. глюкокортикостероидов
5. Иммунодепрессантов

ПК-5

10. К характерным осложнениям во время беременности и родов у больных сахарным диабетом не относится

1. преждевременное прерывание беременности
2. раннее развитие гестоза
3. маловодие
4. ангиопатия сетчатки
5. слабость родовой деятельности

ПК-5

11. Для новорожденных, родившихся от матерей с сахарным диабетом, характерна

1. макросомия
2. гипогликемия
3. высокая частота респираторного дистресс-синдрома
4. высокая частота ВПР
5. гипокальциемия

ПК-6

12. При беременности больные сахарным диабетом могут получать

1. диетотерапию с ограничением углеводов и исключением легкоусвояемых углеводов
2. инсулинотерапию
3. пероральные сахароснижающие препараты группы сульфанилмочевины
4. бигуаниды
5. диетотерапию с ограничением белков

ПК-5

13. Показаниями для проведения пробы на толерантность к глюкозе во время беременности являются

1. рождение крупного ребенка в анамнезе
2. мертворождение в анамнезе
3. наличие сахарного диабета у родителей

4. ожирение
5. пониженный уровень глюкозы натощак

ПК-5

14. Бессимптомная бактериурия у беременных

1. диагностируется в результате проведения пробы Зимницкого
2. определяется количеством бактерий в посеве мочи $\geq 10^4$ КОЕ/мл минимум в 2-х пробах и при отсутствии клинических признаков инфекции
3. по данным статистики в РФ выявляют у 2-11%
4. зависит от социально-экономического статуса
5. не зависит от интенсивности половой жизни
6. на ранних сроках беременности может свидетельствовать о наличии хронических инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыводящих путей

ПК-5

15. К факторам, предрасполагающим к развитию бессимптомной бактериурии при беременности, относят

1. замедление скорости пассажа мочи из-за снижения тонуса и перистальтики мочеточников
2. расширение почечных лоханок и верхних отделов мочеточников с формированием физиологического гидронефроза беременных
3. снижение тонуса мочевого пузыря, увеличение количества остаточной мочи, что способствует пузырно-мочеточниковому рефлюксу и восходящей миграции бактерий в верхние отделы мочевыводящих путей
4. изменение физико-химических свойств мочи, способствующих бактериальному росту
5. беременность как таковую
6. дефекты местных защитных механизмов

ПК-5

16. Начальный уровень гемоглобина у беременной, при котором необходимо начать терапевтическое лечение анемии составляет

1. менее 120 г/л
2. менее 110 г/л
3. менее 100 г/л
4. менее 90 г/л
5. менее 80 г/л

ПК-5

17. Характерными симптомами внутрипеченочного холестаза беременных являются

1. петехиальная сыпь
2. артралгии
3. боли в животе
4. кожный зуд, слабая желтуха
5. изжога, желтуха

ПК-5

18. Острая жировая печень беременных (синдром Шихана)

1. встречается только в первом триместре беременности
2. протекает легко и не требует госпитализации
3. является осложнением инфекционного гепатита
4. требует обязательной госпитализации и, как правило, - прерывания беременности
5. протекает без желтухи

ПК-5

19. "Острый живот" в акушерстве

1. объединяет группу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости
2. наиболее часто связан с возникновением акушерской и гинекологической патологии
3. наиболее часто является следствием возникновения острого аппендицита
4. в III триместре беременности и в послеродовом периоде - чаще всего является следствием развития кишечной непроходимости
5. как правило, требует проведения экстренного хирургического вмешательства

ПК-6

20. Терапия, направленная на пролонгирование беременности, после оперативных вмешательств на органах брюшной полости при заболеваниях группы "острого живота"

1. обязательно проводится в I и II триместрах беременности
2. зависит от состояния плода и срока беременности
3. во II и III триместрах как правило проводится с использованием внутривенного введения раствора β -адреномиметиков
4. не должна проводиться в конце беременности (после 37 недель)
5. может проводиться с использованием спазмолитиков

21. Острый аппендицит при беременности

1. в I триместре часто протекает с нетипичной клинической картиной
2. с осложнениями максимально часто протекает в III триместре
3. всегда является показанием к прерыванию беременности
4. в III триместре требует симультанной операции - аппендэктомия и кесарево сечение
5. после аппендэктомии не требует назначения антибактериальной терапии

ПК-5

22. Острый холецистит при беременности

1. чаще не связан с нарушением диеты
2. не требует госпитализации
3. является показанием к холецистэктомии
4. часто сочетается с желчнокаменной болезнью
5. в обязательном порядке требует выполнения фиброгастродуоденоскопии

ПК-5

23. Острый панкреатит при беременности

1. требует соблюдения диеты с преобладанием легкоусвояемой пищи
2. не требует госпитализации
3. является показанием к холецистэктомии
4. наибольшее диагностическое значение имеет определение активности амилазы и липазы в сыворотке крови
5. в I триместре в обязательном порядке требует прерывания беременности

ПК-5

24. Оперативное родоразрешение путем операции кесарева сечения при заболеваниях группы "острого живота" при беременности

1. производится значительно реже, чем родоразрешение через естественные родовые пути
2. производится значительно чаще, чем родоразрешение через естественные родовые пути
3. должно производиться только по строгим акушерским показаниям
4. при развитии перитонита - как правило, не требует выполнения гистерэктомии

5. абсолютно противопоказано с учетом высокой степени риска возникновения гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде

ПК-6

25. Терапия железодефицитной анемии при беременности может осуществляться

1. кратковременными прерывистыми курсами пероральных препаратов железа(III)
2. широким применением подкожного введения рекомбинантного эритропоэтина (эпокрин) в составе комплексной антианемической терапии
3. внутривенными инфузиями: железа карбоксимальтозат (Феринжект®); железа (III)-гидроксид (Венофер®)
4. длительным (не менее 2-3-х месячным) пероральным применением: железа(II) +аскорбиновая кислота (Сорбифер Дурулес); железа(III)протеин сукциниллат (Ферлатум®); железа(III) гидроксид (Мальтофер®)
5. только назначением адекватной диеты, богатой железом, белком и витаминами

ПК-8

Какие противопоказания к назначению ЛФК при беременности?

1. беременность 6-12 недель
2. привычные выкидыши в анамнезе
3. беременность 36-38 недель
4. беременность 12-16 недель
5. беременность 20 недель

Какие физические упражнения входят в предродовую гимнастику?

1. ходьба с динамическими дыхательными упражнениями
2. простые физические упражнения для конечностей из исходного положения лежа на животе
3. приседания и подскоки в пределах состояния беременной
4. кувырки
5. подтягивания

ПК-9

Концепция принципов диспансеризации беременных включает

1. ранний охват беременных врачебным наблюдением
2. своевременное обследование и регулярность наблюдения
3. профилактику гнойно-септических осложнений
4. профилактические госпитализации беременных
5. психопрофилактическую подготовку к родам

Что следует понимать под режимом питания?

1. кратность приемов пищи.
2. соблюдение минимальных интервалов между приемами пищи.
3. распределение калорийности между приемами пищи.
4. все ответы верны
5. все ответы не верны

ПК-10

Первая плановая госпитализация беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы показана

1. в I-м триместре (до 12-ти недель)
2. при ухудшении состояния

3. при присоединении акушерской патологии
4. в 28-32 недели
5. при появлении признаков недостаточности кровообращения

Третья плановая госпитализация беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы показана

1. при присоединении акушерской патологии
2. в 37-38 недель
3. при появлении признаков недостаточности кровообращения
4. в 32-34 недели
5. при появлении признаков активности ревматического процесса

Беременной необходимо встать на диспансерный учет в женской консультации до срока беременности

1. 5 недель
2. 12 недель
3. 14 недель
4. 16 недель
5. 20 недель

Концепция принципов диспансеризации беременных включает

1. ранний охват беременных врачом наблюдением
2. своевременное обследование и регулярность наблюдения
3. профилактику гнойно-септических осложнений
4. профилактические госпитализации беременных
5. психопрофилактическую подготовку к родам

Ситуационные задачи:

Задача №1

Первобеременная 22 лет поступила в отделение патологии беременности по направлению женской консультации с диагнозом: «беременность 39/40 недель. Сочетанный ППС (митральный порок с преобладанием митрального стеноза II стадии клинического течения (по Бакулеву-Дамир)). Ревматизм, неактивная стадия. Хр. плацентарная недостаточность. Угрожающая гипоксия плода».

Жалобы на момент поступления: на повышенную утомляемость, тяжесть в ногах, сердцебиение и одышку, возникающую только после физической нагрузки. В анамнезе: с 8-летнего возраста роженица страдает ревматизмом. Состояла на диспансерном учете у ревматолога. Последнее обострение ревматического процесса – в 15-летнем возрасте, когда перенесла ревматический эндокардит. В 18 лет диагностирован сочетанный приобретенный митральный порок с преобладанием стеноза атриовентрикулярного отверстия. За последние 7 лет ревматические атаки не отмечались.

Состоит на учете в женской консультации с 8 недельного срока беременности. Женскую консультацию посещала достаточно регулярно. Общая прибавка веса за беременность – 16 кг, неравномерная. Динамика АД: 120/65 – 130/75 – 140/85 – 140/90 мм рт. ст. Изменения в анализах мочи – протеинурия 0,3-0,6-1,2 г/л. Изменения в анализах крови: Hb 115-102-96-90 г/л. Обострения ревматического процесса в течение беременности не выявлялось, профилактического лечения не проводилось. Последний раз осмотр кардиолога осуществлялся месяц тому назад.

1. Каков объем рационального плана ведения беременной с ППС на этапе дородового диспансерного наблюдения? Какие тактические ошибки на дородовом этапе наблюдения Вы находите?
2. Какие основные осложнения течения беременности, а также осложнения течения самого заболевания сердечнососудистой системы в ходе гестации Вы знаете?

При обследовании в отделении патологии беременных:

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Беременная лежит с приподнятым изголовьем. Пульс 98 ударов в минуту, ритмичный, напряжен. АД 140/90 мм рт. ст (D=S). Частота дыхания – 18 в минуту.

При аускультации сердечных тонов – I тон на верхушке сердца ослаблен, систолический шум на верхушке сердца, акцент и раздвоение II тона на легочной артерии, в легких – дыхание жесткое, хрипов нет. Отмечаются отеки нижних конечностей, кистей рук, одутловатость лица.

Живот овоидной формы, увеличен в объеме за счет беременной матки, соответственно 36 недельному сроку беременности. ОЖ – 94 см, высота стояния дна матки – 33 см. Предполагаемая масса плода по индексу Рудакова – 3000 г. Положение плода продольное, предлежит головка плода – прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 136 ударов в минуту. Выделений из половых путей нет.

Per vaginam: влагалище нерожавшей, узкое. Шейка матки расположена по проводной оси малого таза, размягчена больше по периферии, укорочена до 1,0 см, цервикальный канал проходим для 1,5 п/п за уплотненный внутренний зев. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода – прижата к входу в малый таз. Мыс не достижим. Экзостозов и деформаций в малом тазу нет.

Дополнительные клинико-лабораторные и инструментальные данные:

Клинический анализ крови: лейкоциты $10,2 \times 10^9/\text{л}$, нормальная лейкоцитарная формула; эритроциты $2,9 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb 92 г/л, ЦП 0,73, Ht 30%, анизоцитоз, пойкилоцитоз. СОЭ 40 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес 1015, протеинурия 0,2 г/л, лейкоциты 4-5 в полях зрения, эпителий плоский в небольшом количестве; оксалаты ++.

Коагулограмма: относительная тромбоцитопения (тромбоциты $150 \times 10^9/\text{л}$), гиперкоагуляция, фибринолиз заторможен, гиперагрегация тромбоцитов.

Биохимический анализ крови: основные показатели без патологических изменений.

ЭХО-КГ: сочетанный ППС (митральный порок с преобладанием митрального стеноза II степени): уменьшение размеров атриовентрикулярного клапана I степени ($S=2 \text{ м}^2$); небольшое увеличение давления в легочной артерии.

ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС 98 в мин, изменения периода реполяризации диффузного характера.

УЗИ (беременность): размеры плода соответствуют 36 недельному сроку беременности с преимущественным отставанием размеров окружности живота от размеров головки плода. Плацента с признаками преждевременного созревания, многочисленными участками отложения извести, мелкими кровоизлияниями, расширениями межворсинчатых пространств, неравномерной толщиной от 35 до 40 мм.

Допплерометрия кровотока маточно-плацентарного комплекса: повышение сосудистой резистентности в правой и левой маточных артериях и артерии пуповины плода без признаков централизации плодового кровотока.

3. План ведения беременной, дополнительные методы обследования для составления рационального плана родоразрешения.
4. Сформулируйте клинический диагноз.
5. Составьте рациональный план ведения родов.

Родовая деятельность началась спонтанно через 2 суток от момента госпитализации в стационар. Роды протекали в умеренном темпе, через 10 часов от их начала родилась

живая доношенная девочка массой 2800 г, длиной 49 см, с оценкой по шкале Апгар – 7/8 баллов. Произведено укорочение II периода родов перинеотомией с наложением выходных акушерских щипцов.

6. *В чем состоят особенности ведения II периода родов при заболеваниях сердечнососудистой системы?*

Длительность III периода родов – составила 15 мин. При осмотре последа – дефектов плацентарной ткани нет, оболочки все. Матка сократилась хорошо, плотная. Кровопотеря составила 200 мл.

7. *Какие осложнения течения III периода родов и раннего послеродового периода при заболеваниях сердечнососудистой системы можно ожидать?*

8. *Каков план ведения послеродового периода и его особенности при заболеваниях сердечнососудистой системы?*

9. *План немедикаментозного сопровождения, мотивации пациентки.*

10. *Схема взаимодействия врача общей практики и акушера-гинеколога*

Задача № 2

Первобеременная 30 лет поступила в отделение патологии беременности родильного дома по направлению женской консультации с диагнозом «Беременность 35 недель. Крупный плод (?). Многоводие (?). Глюкозурия беременных. Сочетанный гестоз легкой степени тяжести на фоне хронического пиелонефрита, фаза ремиссии. Угрожающая гипоксия плода».

На момент поступления в стационар **предъявляет жалобы** на снижение двигательной активности плода в течение последних 2-х дней, а также одышку, нарастающие отеки нижних конечностей и преходящую головную боль в теменно-затылочных областях. Женскую консультацию посещала не достаточно регулярно (в обменной карте зафиксировано всего четыре посещения, последнее – накануне госпитализации, данные планового лабораторного обследования при последнем посещении отсутствуют).

1. *Перечислите факторы риска возникновения гипоксии плода при беременности в данном случае.*

Из анамнеза известно: с 15 лет установлен диагноз хронический пиелонефрит (последнее обострение за несколько недель до наступления настоящей беременности), наследственность отягощена – инсулинозависимый сахарный диабет по линии матери. Из гинекологического анамнеза: с периода *menarche* отмечает нарушения менструального цикла по типу олигоменореи.

Особенности течения данной беременности – избыточная и неравномерная прибавка веса (18 кг), лабильность АД с повышениями до 140/90 мм рт. ст, глюкозурия от 0,8 до 3,2 ммоль/л.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, нормостенической конституции. Рост 167 см, вес 85 кг. ИМТ 29 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски и влажности. Отеки нижних конечностей, кистей рук, одутловатость лица. Пульс 86 ударов в минуту, удовлетворительных свойств. АД 140/90 мм рт. ст. (D=S). Живот овоидной формы, при пальпации в отделах, свободных от беременной матки, - мягкий, безболезненный. Матка в нормальном тонусе, невозбудима, безболезненна во всех отделах. Окружность живота – 104 см, высота стояния дна матки – 38 см. Предполагаемый вес плода по индексу Рудакова – 3700 г. Положение плода продольное, предлежит головка плода – баллотирует над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное до 126 ударов в минуту. Выделений из половых путей нет.

Осмотр в зеркалах: слизистые влагалища и шейки матки без патологических изменений. Выделения умеренные, молочного характера.

Per vaginam: влагалище нерожавшей, узкое. Шейка матки сохранена, длиной 3 см, плотная, отклонена к крестцу. Наружный зев закрыт. Через своды – определяется головка плода, ballotирующая над входом в малый таз. Мыс не достижим. Экзостозов и деформаций в малом тазу нет.

Результаты дополнительных лабораторных исследований:

Клинический анализ крови: Hb 95 г/л, эритроциты $2,9 \times 10^{12}/л$.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 9,4 ммоль/л.

Общий анализ мочи: протеинурия 0,66 г/л, глюкозурия – 5,5 ммоль/л, ацетонурия – 0,96 ммоль/л.

2. *Перечислите осложнения течения беременности в данном клиническом случае.*
3. *Методы обследования для уточнения клинического диагноза.*
4. *Сформулируйте клинический диагноз.*
5. *Принципы ведения, методы лечения беременной.*
6. *Оцените прогноз данного заболевания и его возможные осложнения для матери и плода.*
7. *План немедикаментозного сопровождения, мотивации пациентки.*
8. *Схема взаимодействия врача общей практики и акушера-гинеколога*

Задача № 3

Первобеременная 23 лет доставлена бригадой «скорой помощи» в приемное отделение акушерского стационара с жалобами на боли в нижних отделах живота. Срок беременности – 28 недель. Соматические заболевания отрицает.

Anamnesis morbi: 8 часов тому назад появились боли в эпигастральной области, однократная рвота, повышение температуры тела до 38,5°C. Данную симптоматику связывает с возможным пищевым отравлением – «съеденными накануне грибами с недостаточной термической обработкой». Боли постепенно нарастали и распространились на нижние отделы живота, более выраженные справа, нарастали недомогание, слабость. При поступлении – повторная рвота застойной желчью, усиление болей.

1. *Какие заболевания органов брюшной полости сопровождаются подобной симптоматикой?*

Объективно: общее состояние удовлетворительное, пульс 96 ударов в минуту, удовлетворительных характеристик. АД 110/60 мм рт. ст. Температура тела 37,5°C. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот увеличен в объеме за счет беременной матки. Дно ее располагается на 2 п/п выше уровня пупка. Матка безболезненная, легко возбудимая при пальпации. Смещение матки вправо – вызывает появление умеренной боли в правых отделах живота (*положительный симптом Брендо*). Сердцебиение плода ясное, ритмичное 168 ударов в минуту. Живот не вздут, мягкий, принимает участие в акте дыхания, умеренно болезненный в правой половине несколько выше подвздошной области. Здесь же определяются слабо положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Симптомы Ровзинга и Ситковского – положительные. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон. Дизурических явлений нет. Выделений из половых путей нет.

2. *Какие имеющиеся клинические симптомы позволяют поставить диагноз?*
3. *Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения (дифференцировки) диагноза?*
4. *Сформулируйте клинический диагноз.*
5. *Закономерности и характеристика течения данного заболевания при беременности.*
6. *Принципы лечения, особенности хирургической тактики и послеоперационного ведения у беременных.*

7. *Возможные осложнения, прогноз заболевания для матери и плода.*

Рекомендованная литература:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Серов В.Н., Схемы лечения. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс] / под ред. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих; ред.-сост. Е. Г. Хилькевич - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - 384 с. (Серия "Схемы лечения"). - ISBN 978-5-4235-0196-9 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785423501969.html>
4. Радзинский В.Е., Гинекология [Электронный ресурс] / под ред. В.Е. Радзинского, А. М. Фукса - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1000 с. - ISBN 978-5-9704-4249-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970442494.html>
5. Омаров С.-М. А., Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] / под ред. С.-М. А. Омарова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-3860-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438602.html>

б) дополнительная литература:

1. Айламазян Э.К., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / Айламазян Э. К. и др. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с. - ISBN 978-5-9704-3316-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433164.html>
2. Мравян С.Р., Заболевания сердца у беременных. [Электронный ресурс] / С. Р. Мравян и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 392 с. - ISBN 978-5-9704-3065-1 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430651.html>

в) Электронные фонды учебно-методической документации

1. ЭБС «Консультант студента» Контракт №509/15 –ДЗ от 03.06.2015 с ООО «Политехресурс»