



**К.Б. Акунц
Н.С. Оганесян**

Акушерство

**Аттестационные вопросы
для акушеров-гинекологов,
семейных врачей, студентов и акушеров**

«ТРИАДА-Х»

Акунц К.Б., Оганесян Н.С.

«Акушерство. Аттестационные вопросы для акушеров-гинекологов, семейных врачей, студентов и акушерок». — М.: «Триада-Х», 2002. — 176 с.

ISBN 5-8249-0061-2

В книге освещены правовые основы охраны репродуктивного здоровья, представлены характеристики репродуктивного здоровья детей, подростков, женщин репродуктивного и переходного возраста, методы диагностики, лечения основных видов патологии репродуктивной системы с использованием современных технологий.

Книга предназначена для врачей всех специальностей, особенно акушеров-гинекологов, андрологов, организаторов службы родовспоможения.

Работа выполнена в рамках федеральной целевой программы «Безопасное материнство».

ISBN 5-8249-0061-2

- © Акунц К.Б., Оганесян Н.С., 2002
- © Издательство «Триада-Х», 2002
- © Оформление — «Издательский дом «Успех», 2002

ISBN 5-8249-0061-2



9 785824 900613 >

«Триада-Х», г. Москва

Лицензия ЛР № 066029 от 28.07.98 г.

Подписано в печать 10.12.2001.

Формат 60x88 1/16. Печать офсетная.

Усл. п.л. 11. Тираж 3000 экз.

Заказ №

СОДЕРЖАНИЕ

ОТ АВТОРОВ	5
1. Анатомо-топографические особенности передней брюшной стенки и женских половых органов	6
1.1. Женские половые органы	6
2. Этапы развития половых органов и репродуктивной функции женщины	9
3. Женский таз	11
4. Менструальная функция	15
5. Оплодотворение, развитие зародышевых оболочек и плаценты	17
6. Диагностика беременности	18
7. Околоплодные воды (маловодие — многоводие)	30
8. Плацента	33
8.1. Патофизиология плаценты	33
8.2. Аномалии плацентации	38
8.3. Отслойка плаценты	40
9. Пренатальный уход	41
10. Токсикозы беременных	47
10.1. Судороги при беременности	48
11. Гипертензия и беременность	49
12. Невынашивание беременности	58
13. Многоплодная беременность	62
14. Переношенная беременность	69
15. Миома матки и беременность	72
16. Антенатальная охрана плода	76
17. Плод — как объект родов	79
18. Нарушения внутриутробного развития плода	87
19. Аномалии развития плода и плаценты	91
20. Инфекции при беременности	95

21. Беременность и экстрагенитальная патология	106
21.1. Заболевания сердечно-сосудистой системы и беременность	107
21.2. Заболевания почек у беременных	112
21.3. Сахарный диабет и беременность	116
21.4. Травма и беременность	120
21.5. Злокачественные новообразования и беременность	122
21.6. Нарушения нервной системы у беременных	123
21.7. Хирургические заболевания и беременность	124
22. Роды через естественные родовые пути	126
22.1. Стимуляция родов	136
22.2. Роды при узком тазе	137
23. Несвоевременное излитие околоплодных вод	140
24. Преждевременные роды	142
25. Роды при тазовом предлежании плода	147
26. Влагалищные роды после кесарева сечения	150
27. Абдоминальное родоразрешение	153
28. Третий период родов и послеродовое кровотечение	157
28.1. Послеродовый период	163
29. Акушерские операции	170
30. Анестезия в акушерстве	173

ОТ АВТОРОВ

В книге представлены сведения об анатомо-физиологических особенностях половой системы женщин до и во время беременности. Освещены физиологическая роль плаценты, околоплодных вод в норме и при различных патологических отклонениях, представлены основы перинатальной медицины при нормальном течении беременности и родов, а также при некоторых акушерских отклонениях и при беременностях, осложненных экстрагенитальными патологиями, заболеваниями почек, диабетом, новообразованиями, хирургическими заболеваниями. Нам представляется, что эти сведения будут полезны как терапевтам, так и хирургам.

Книга изложена в виде вопросов и кратких адекватных ответов, что, как нам представляется, даст возможность читателю за короткий промежуток времени получить достаточно широкую информацию.

1. Анатомо-топографические особенности передней брюшной стенки и женских половых органов

1.1. Женские половые органы

1. Назовите наружные половые органы женщины.

- Клитор — *clitor*
- Наружное отверстие мочеиспускательного канала — *ostium urethrae externum*
- Вестибулярная луковица — *bulbis vestibuli*
- Бартолиновая железа — *glandulae vestibulares majores*
- Большие половые губы — *labia majora pudendi*
- Малые половые губы — *labia minora pudendi*
- Промежность — *perinum*
- Лобок — *mons pubis*
- Преддверие влагалища — *vestibulum vaginae*
- Вульва — *vulvae*
- Девственная плева — *hymen*.

2. Назовите внутренние половые органы женщины.

- Яичник — *ovarium, oophoron*
- Маточная труба — *tuba uterina, salpinx*
- Матка — *uterus*
- Влагалище — *vagina*
- Придаток яичника — *epoophoron*.

3. Что из себя представляет яичник?

Это парный орган, половая железа. В яичнике новорожденных насчитывается до 200—400 тыс. фолликулов. У зрелой женщины это количество составляет около 30 000 первичных (примордиальных) фолликулов. Яичник синевато-белого цвета, с бугристой поверхностью, овальной формы, уплощенный. В яичнике различают две поверхности: медиальную и латеральную, два края — прямой брыжеечный и выпуклый свободный, два конца — трубный и более заостренный, обращенный к матке — маточный конец. Яичник покрыт тонкой белочной оболочкой. Яичник не покрыт брюшиной и срастается с ней лишь брыжеечным концом.

Глубже белочной оболочки располагаются корковое вещество и железистая ткань. Мозговое вещество расположено центрально, богато сосудами и рыхлой соединительной тканью — стромой яичника.

4. Как расположен яичник в малом тазу?

Яичник расположен на боковой стенке малого таза. окружен сверху, латерально и отчасти медиально латеральным отделом маточной трубы. Трубным концом яичник примыкает к париетальному листку брюшины и лежит в яичниковой ямке, ограниченной сверху наружными подвздошными сосудами (*vasa iliaca externa*) и мочеточником, спереди — латеральной пупочной складкой и снизу — запирающей и маточной артериями (*aa. obturatoria et uterina*).

5. Какие сосуды обеспечивают кровоснабжение яичника?

- *ovarica* (*a. abdominalis*)
- *ovarici* (*a. uterina*)
- Венозная кровь оттекает по *v. ovarica*, образующей *plexus pampiniformis*, и затем в *v. cava inferior* и *v. renalis sinistra*.
- Лимфатические сосуды отводят лимфу к *nodi lymphatici lumbales*.

6. Что из себя представляют маточные трубы?

Маточная труба (*tuba uterina, salpinx*) — парный орган длиной 10—12 см, расположенный по обеим сторонам дна матки, в свободном (верхнем) крае широкой связки матки. Трубы имеют вид цилиндрических каналов, один конец которых открывается в брюшную полость, другой — в полость матки (рога матки).

7. Какие отделы различают в маточной трубе?

- Воронка маточной трубы (*infundibulum tubae uterinae*)
- Амбула маточной трубы — диаметр до 3 мм (*ampullae tubae uterinae*)
- Перешеек маточной трубы (*isthmus tubae uterinae*)
- Маточная часть — диаметр 1 мм (*pass uterina*).

8. Какие сосуды обеспечивают кровоснабжение маточной трубы?

- *r. tubarius* (*a. uterina*) ветви от *a. ovarica* к воронке маточной трубы.
- Венозная кровь оттекает по одноименным венам в *v. ovarica* и *plexus venosus uterinus*.
- Лимфатические сосуды отводят лимфу к *nodi lymphatici lumbales* и *nodi iliaci interni*.

9. Какие отделы различают в матке?

- Шейка матки
- Тело матки
- Дно матки.

10. Из каких частей состоит шейка матки?

Длина шейки матки — 3—4 см. Она делится на две части: надвлагалищную и влагалищную. Нижняя часть шейки матки вдавлена во влагалище и на ее нижнем конце имеется округлое (у нерожавшей) или овальное (у рожавшей) отверстие, края которой образуют переднюю и заднюю губу шейки.

11. Какие поверхности различают в теле матки?

- Передняя пузырная (*facies vesicalis*)
- Задняя кишечная (*facies intestinalis*)
- Боковые — правые и левые края матки
- Верхняя часть матки представляет собой дно матки (*fundus uteri*)
- Участок матки, соответствующий месту впадения труб носит название рогов матки.

12. Из каких слоев состоит стенка матки?

- Наружный — серозный *tunica serosum (perimetrium)*
- Подсерозная основа — *tunica subserose*
- Средний — мышечный — *tunica muscularis (myometrium)*
- Внутренний — слизистый — *tunica mucosa (endometrium)*.

13. Что составляет связочный аппарат матки?

Матка удерживается в своем положении рядом связок:

- круглые связки,
- широкие связки,
- прямокишечно-маточные,
- крестцово-маточные.

14. Какие связки относятся к подвешивающему аппарату?

- Собственные связки яичников
- Широкие связки матки
- Подвешивающие связки яичников.

15. Какие связки относятся к закрепляющему аппарату?

- Кардинальные связки
- Крестцово-маточные связки
- Пузырно-маточные связки
- Пузырно-лобковые связки.

2. Этапы развития половых органов и репродуктивной функции женщины

16. Какие факторы определяют формирование полового тракта в эмбриогенезе?

- Генетические
- Внутренние эпигенетические (ферментная система, гормоны)
- Внешние эпигенетические (внешняя среда).

17. Дифференцируется ли половая система в эмбриональном периоде?

На ранних стадиях эмбриогенеза половая система имеет бисексуальные закладки внутренних и наружных половых органов. Внутренние половые органы дифференцируются на 10—12 нед. внутриутробного развития.

18. Что является основой для развития внутренних половых органов?

- Индифферентные мезонефральные (вольфовы) протоки
- Парамезонефральные (мюллеровы) протоки.

19. Из чего формируются матка, влагалище, маточные трубы?

Маточные трубы формируются в виде парных образований из не слившихся в верхней трети мюллеровых тяжей; матка и влагалище образуются в результате срастания мюллеровых протоков.

20. Когда завершается формирование матки?

На 11 нед. завершается формирование матки как органа. Матка разделяется на тело и шейку в конце IV месяца внутриутробного развития.

21. Когда формируются наружные половые органы плода?

С 12 по 20 нед. внутриутробного периода.

22. Что является основой для развития наружных половых органов плода?

Основой развития наружных половых органов плодов обоего пола являются:

- половой бугорок,
- лабиоскротальные валики,
- урогенитальный синус.

23. Назовите уровни гормональной регуляции полового развития.

- Центральный (кора головного мозга, подкорковые образования, ядра гипоталамуса, эпифиз, аденогипофиз)

- Периферический (половые железы, надпочечники, их гормоны и метаболиты)
- Тканевый (специфические рецепторы в органах-мишенях, половые гормоны и их активные метаболиты).

24. Что такое гонадостат?

Комплексное состояние гипоталамических центров и регулируемый ими уровень гипофизарных и половых гормонов принято обозначать термином «гонадостат».

25. Какие критические периоды становления половой функции выделяют у ребенка?

- Внутриутробный (фетальный)
- Период новорожденности
- Препубертатный
- Пубертатный.

26. Перечислите возрастную последовательность пубертатных изменений у девочек.

- 9—10 лет — гиперемия и пигментация ареолы сосков, рост костей таза
- 10—11 лет — нагрубание молочных желез, начальное оволосение лобка
- 11—12 лет — рост внутренних и наружных гениталий, рост молочных желез, появление подмышечного оволосения
- 12—13 лет — пигментация сосков, менархе
- 13—14 лет — овуляция
- 14—15 лет — *acne vulgaris*, снижение тембра голоса
- 16—17 лет — прекращение роста скелета.

27. На какие периоды условно делят процесс формирования пола?

- I — от возникновения хромосомного пола до формирования гонадного пола
- II — от момента рождения ребенка до формирования необратимой половой аутоидентификации.

28. В каком сроке внутриутробного развития плода происходит формирование гипофиза как анатомического образования?

- На V нед. эмбрионального развития
- На VIII нед. в гипофизе плода определяются гонадотропины
- На 19—24 нед. увеличивается количество ФСГ и ЛГ.

29. Какой период жизни называется периодом гормонального покоя?

Начиная с внутриутробной жизни до 8—9 лет, когда концентрация половых гормонов в организме девочек низкая.

30. Когда осуществляется переход секреции гонадотропных гормонов гипофиза от тонического к циклическому типу?

Между 12—16 годами. Циклический тип секреции гонадотропных гормонов гипофиза окончательно закрепляется к 16 годам жизни.

31. Когда осуществляется интенсивная продукция ФСГ в женском организме?

У девочек подъем интенсивности продукции ФСГ достигает зрелого уровня в 12 лет.

Биологическая цикличность выделения гормона устанавливается в 13—14 лет. В 16—18 лет уровень секреции ФСГ идентичен таковому у зрелых женщин.

3. Женский таз

32. Из каких костей состоит женский таз?

- Двух тазовых
- Крестца
- Копчика.

33. Из каких костей состоит тазовая кость (*os coxae s. innominata*)?

- Подвздошной
- Седалищной
- Лобковой.

34. Каким образом соединены между собой кости таза?

Посредством:

- симфиза (лонное сращение),
- крестцово-подвздошных и
- крестцово-копчикового суставов.

35. Что такое тазовое дно?

Мышечно-фасциальный пласт, который снизу закрывает выход таза, называется тазовым дном.

36. Что такое акушерская или передняя промежность?

Это часть тазового дна, располагающаяся между задней складкой половых губ и заднепроходным отверстием.

37. Что такое задняя промежность?

Это часть тазового дна, располагающаяся между заднепроходным отверстием и копчиком.

38. Перечислите костные контуры промежности.

- лонное сочленение
- *ramus ischiopubis*
- *tuberositas ischii*
- *lig. sacrotuberosum*
- край копчика.

39. Назовите границы промежности.

- *regio analis*
- *perineum*
- *regio urogenitalis*.

40. Какие сосуды обеспечивают кровоснабжение промежности?

- *ramus anterior a. pudendae externa* — передняя ветвь наружной срамной артерии
- *a. perinealis* — промежностная артерия
- *a. haemorrhoidalis inferior* — нижняя геморроидальная артерия
- *a. pudendae interna* — внутренняя срамная артерия
- *a. bulbaris* — луковичная артерия
- *a. dorsalis clitoridis* — задняя ветвь клиторальной артерии.

41. Перечислите нервы промежности.

- *n. ilioinguinalis*
- *nn. labiales posteriores*
- *nn. perineales*
- *nn. haemorrhoidales inferiores*
- *nn. rectales inferiores*
- *n. dorsalis clitoridis*
- *n. pudendus*.

42. Из каких слоев состоит тазовое дно?

Из трех:

- нижний,
- средний,
- верхний.

43. Перечислите мышцы тазового дна.

- Седалищно-пещеристая мышца
- Мочеполовая диафрагма
- Луковично-пещеристая мышца
- Поверхностная поперечная мышца промежности

- Внутренний сфинктер
- Внутренний ком
- Наружный сфинктер
- Большая ягодичная мышца
- Заднепроходно-копчиковая связка.

44. Какие функции выполняют мышцы и фасции тазового дна?

Они служат:

- опорой для внутренних половых органов (повреждение мышц тазового дна ведет к опущению и выпадению половых органов, мочевого пузыря и прямой кишки);
- опорой для внутренностей. Мышцы тазового дна участвуют в регуляции внутрибрюшного давления совместно с грудно-брюшной преградой и мускулатурой брюшной стенки;
- продолжением костного родового канала

45. Что является границей между большим и малым тазом?

Пограничная линия.

46. Как называется плоскость, лежащая между большим и малым тазом?

Это вход в малый таз.

47. Определите границы большого таза.

- С боков — крылья подвздошных костей
- Сзади — последние поясничные позвонки
- Спереди — нижний отдел брюшной стенки.

48. Что такое малый таз и как определяются его границы?

- Малый таз — это часть родового канала.

Границы малого таза:

- задняя стенка — крестец и копчик,
- боковые стенки — седалищные кости,
- передняя стенка — лобковые кости и симфиз.

49. Какие отделы имеет малый таз?

- Вход
- Полость
- Выход.

50. Из каких частей состоит полость малого таза?

- Широкой
- Узкой.

51. Какие плоскости малого таза существуют?

- Плоскость входа в таз
- Плоскость широкой части

- Плоскость узкой части
- Плоскость выхода таза.

52. Назовите границы плоскости входа в таз.

- Спереди — верхний край симфиза и верхневнутренний край лобковых костей
- С боков — дугообразные линии подвздошных костей
- Сзади — крестцовый мыс.

53. Что такое акушерская или истинная конъюгата (*conjugata vera*)?

Расстояние от крестцового мыса до наиболее выдающегося пункта на внутренней поверхности лобкового симфиза. Акушерская конъюгата равна 11 см.

54. Что такое анатомическая конъюгата?

Расстояние от крестцового мыса до середины верхнего внутреннего края симфиза. Анатомическая конъюгата на 0,3—0,5 см больше акушерской конъюгаты.

55. Сколько размеров различают во входе в малый таз?

- Прямой
- Поперечный
- Два косых.

56. Назовите границы широкой части полости таза.

- Спереди — середина внутренней поверхности симфиза
- По бокам — середина вертлужных впадин
- Сзади — место соединения.

57. Какие границы имеет плоскость выхода таза?

- Прямой
- Поперечный.

58. Что такое проводная ось таза?

Линия, соединяющая центры всех прямых размеров таза, называется проводной осью таза.

59. Что такое угол наклона таза?

Отношение плоскости входа в таз к горизонтальной плоскости называется наклоном таза, которое при положении женщины стоя составляет 45—55°.

60. Что такое крестцовый ромб? Что составляет его углы?

- Крестцовый ромб — это площадка на задней поверхности крестца.

- Верхний угол составляет углубление между остистым отростком у поясничного позвонка и началом среднего крестцового гребня
- Нижний — вершушка крестца
- Сверху и снаружи — выступы больших спинных мышц
- Снизу и снаружи — выступы ягодичных мышц.

4. Менструальная функция

61. Что такое менструация?

Ежемесячно с определенным интервалом появляются кровяные выделения из половой щели женщины. Это является последствием отторжения поверхностного слоя слизистой матки.

62. Что такое менструальный цикл?

Это промежуток времени охватывающий период между первым днем последних и первым днем очередных месячных. В течение этого времени развивается фолликул и происходит вырост зрелой яйцеклетки, готовой к оплодотворению.

63. Какова продолжительность менструального цикла и месячных?

В среднем, месячные длятся 5, а менструальный цикл — 28 дней (21—35). Примерно 85% женщин имеют 28-дневный цикл.

64. Какой средний возраст начала месячных (менархе)?

Средний возраст начала месячных 12,7 лет.

65. Какова кровопотеря при нормальных месячных?

- В среднем 30—80 мл
- Кровопотеря более 80 мл считается отклонением от нормы.

66. В какие периоды жизни женщины наблюдаются частые нарушения менструальной функции?

- В первые два года после менархе
- За 3 года до менопаузы.

67. Какие половые органы и нейро-эндокринные структуры обеспечивают функцию репродуктивной системы женщины?

- Матка
- Яичники
- Передняя доля гипофиза
- Гипоталамус
- Экстрагипоталамические структуры ЦНС.

68. Что такое примордиальный фолликул?

Это первичный фолликул. Он состоит из незрелой яйцеклетки, которая окружена одним слоем эпителиальных клеток (эпителий фолликула): снаружи фолликул окружен соединительнотканной оболочкой.

69. Что такое антральные фолликулы и когда они впервые возникают?

Антральные фолликулы впервые возникают с 4—6-го месяца постнатального развития девочки.

70. Какой исход могут иметь антральные фолликулы?

Антральные фолликулы могут иметь двоякий исход: развиться в последнюю заключительную стадию доминирующего или преовуляторного фолликула с последующей овуляцией и выбросом зрелой яйцеклетки или подвергнуться дегенерации (атрезии).

71. Сколько примордиальных фолликул обнаруживаются в пренатальных, неонатальных и пубертальных яичниках?

- На 20 неделе гестации — 6—7 млн клеток
- К моменту рождения — 2 млн клеток
- В пубертатном периоде — 30 000—50 000 клеток.

72. Какова роль эстрогенных гормонов в фолликулярной фазе менструального цикла?

- Усиление образования в матке сократительного мышечного белка
- Увеличение количества фосфорных соединений, гликогена
- Повышение тонуса матки
- Прлиферация выводных протоков молочной железы.

73. Что такое желтое тело?

На месте разорвавшегося фолликула образуется новая железа внутренней секреции — желтое тело (*corpus luteum*). Желтое тело вырабатывает прогестерон и эстрогены. Желтое тело образуется при каждом менструальном цикле.

74. Что происходит с желтым телом после оплодотворения яйцеклетки?

После оплодотворения яйцеклетки желтое тело продолжает расти и функционировать до родов. Оно называется желтым телом беременности.

75. Как называется желтое тело в том случае, если беременность не наступает?

Если беременность не наступает, то с 28-го дня цикла начинается обратное развитие желтого тела. Оно называется желтым телом менструации.

76. Какое влияние имеет прогестерон на организм женщины?

- Ингибирует сократительную способность миометрия
- Стимулирует рост паренхимы молочных желез
- Вызывает секреторную трансформацию эндометрия
- Влияет на жировой обмен
- Служит исходным продуктом для образования кортизона и альдостерона в надпочечниках плода.

77. Как влияет падение концентрации прогестерона на развитие гестационного процесса?

Может привести к:

- прерыванию беременности;
- развитию позднего гестоза;
- внутриутробной гибели плода.

5. Оплодотворение, развитие зародышевых оболочек и плаценты

78. Что такое оплодотворение?

Оплодотворением называется процесс слияния зрелой мужской и женской половых клеток (гамет), в результате которого образуется зигота, являющаяся началом нового организма.

79. Сколько времени сохраняется способность сперматозоидов к оплодотворению?

24—48 часов.

80. Когда начинается дробление зиготы?

Сразу же после оплодотворения.

81. Что такое бластомеры?

После первого деления яйцеклетки образуются две дочерние клетки — бластомеры.

82. Что такое морула?

После образования бластомеров деление происходит асинхронно. Комплекс бластомеров, похожий на тутовую ягоду, называется морула.

83. Какие виды бластомеров образуются при дроблении?

В процессе дробления образуются два вида бластомеров:

- крупные и темные,
- мелкие и светлые.

84. Что такое нидация?

Внедрение плодного яйца в слизистую оболочку матки называется нидацией (имплантация).

85. Из каких слоев состоит зародышевый зачаток?

- Эктодерма
- Мезодерма
- Эндодерма.

86. Что из себя представляет децидуальная оболочка?

Это видоизмененный в связи с беременностью функциональный слой слизистой оболочки матки. Децидуальная оболочка называется отпадающей, так как она во время родов отторгается и изгоняется из полости матки вместе с другими оболочками и плацентой.

87. В какой фазе находится слизистая оболочка к моменту имплантации?

В секреторной фазе.

88. Из каких слоев состоит функциональный слой слизистой оболочки матки?

- Спонгиозный слой
- Компактный слой.

89. Из чего развивается ворсинчатая оболочка (хорион)?

Из трофобласта и мезобласта.

6. Диагностика беременности

90. Какие тесты определения беременности существуют?

- Определение ХГ с помощью диагностических полосок (индикаторные полоски). Тест очень простой, легко доступный, но дает положительный результат при концентрациях ХГ 2000—5000 mIU. Однако возможна реакция скрещивания с ЛГ.
- Определение ХГ с помощью диагностических пробирок, чувствителен при концентрациях ХГ 750—1000 mIU.
- Радиорецепторный анализ — чувствителен при концентрации ХГ 200 mIU.
- Радиоиммунный анализ — чувствителен при концентрациях ХГ 25 mIU.
- Иммуноферментный анализ — чувствителен при концентрациях ХГ 25 mIU.

91. Какова надежность домашних тестов для определения беременности?

Большинство тестов основано на методе агглютинации. Чувствительность при концентрации ХГ 2000 IU — в 5% случаев реакция

может быть ложно-положительной и в 20—25% — ложно-отрицательной. Такого типа тесты дают положительные ответы через 7 дней после задержки месячных.

92. Каковы причины ложно-положительных и ложно-отрицательных ответов реакции на беременность?

Ложно-положительные пробы на беременность являются следствием реакции скрещивания с ЛГ. Ложно-положительный ответ можно получить у женщин в перименопаузальном периоде при наличии инфекции мочевых путей, протеинурии, гематурии, гепатите, tuboовариальных образованиях воспалительной этиологии, ХГ-продуцирующих опухолях, системной красной волчанке, а также при использовании некоторых лекарственных средств: фенотиазины, барбитураты, метадон и пенициллин. При методе иммуноанализа ложно-положительные тесты получаются только при ХГ-продуцирующих опухолях, гемолизе. Ложно-отрицательные ответы получают на ранних сроках и при внематочной беременности, когда концентрация ХГ низкая.

93. Через какое время после оплодотворения определяется β -хорионический гонадотропин?

β -ХГ определяется через 7 дней после оплодотворения или через 4—5 дней после имплантации бластоцисты. ХГ определяется при концентрациях выше 25 mIU/ml. Пик концентрации ХГ достигается на 60-й день — 100000 mIU/ml, затем его концентрация падает до 5000 mIU/ml на 100—130 день.

94. Отметьте физиологическую роль ХГ на течение гестационного процесса.

- Регулирует стероидогенез в организме плода
- Отвечает за биосинтез и секрецию релаксина
- Способствует созреванию клеток Лейда
- Является катализатором при биосинтезе эстрогенов в плаценте и прогестерона в желтом теле яичника.

95. При каких состояниях регистрируется гиперсекреция ХГ?

При:

- многоплодной беременности,
- изосерологическом конфликте,
- трофобластических болезнях,
- сахарном диабете,
- острой плацентарной недостаточности,
- токсикозах II половины беременности.

96. При каких состояниях наблюдается гипосекреция ХГ?

При:

- истинном перенашивании,
- длительном течении позднего токсикоза,
- хронической плацентарной недостаточности,
- угрожающем прерывании беременности,
- антенатальной гибели плода,
- накануне родов.

97. Когда определяются низкие концентрации плацентарного лактогена?

При:

- трофобластической неоплазии,
- пузырном заносе,
- хориокарциноме,
- угрозе прерывания беременности,
- внутриутробной задержке роста плода.

98. Какая концентрация ПЛЛ в III триместре беременности свидетельствует об «опасной зоне» плода?

Концентрация ПЛЛ ниже 4 мкг/мл на сроке беременности более 30 нед.

99. Какой гормон имеет большое влияние на связочный аппарат внутренних половых органов беременной?

Релаксин. Кроме того на 28—32 нед. беременности отмечается размягчение костей симфиза, что часто приводит к болевому ощущению в этой области.

100. Что является источником прогестерона в первые 7 недель беременности?

Желтое тело яичника, а после 7 недель в основном плацента.

101. Что такое признак Гартмана? Его роль при определении гестационного срока по последним месячным.

У некоторых женщин отмечаются кровомазанье при имплантации blastocysts и это вводит в заблуждение при подсчете гестационного срока исходя из даты последних месячных.

102. Какова клиническая диагностика беременности на 6—8 неделе гестации?

- Признак Chadwick — слизистая шейки матки и влагалища приобретают сине-фиолетовый цвет
- Признак Гегара — размягчение перешейки матки
- Признак Goodall — размягчение шейки матки.

103. Назовите достоверные и вероятные признаки беременности.

Достоверные признаки:

1. Регистрация сердечных сокращений плода
2. Регистрация шевелений плода матерью или врачом
3. Определение частей плода с помощью УЗИ.

Вероятные признаки:

1. Увеличение объема живота
2. Изменение размеров матки
3. Сокращение Брекстон-Гикса
4. Пальпация частей плода
5. Баллотирование предлежащей части плода.

104. По какому механизму происходит увеличение объема матки при беременности?

Увеличение матки происходит за счет растяжения маточной мускулатуры, а не образования новых клеток. Эстрогены и прогестерон стимулируют увеличение и изменение мышца матки до 14 нед. беременности. В дальнейшем растяжение мышц матки происходит за счет роста плода.

105. Почему в большинстве случаев матка отклонена вправо?

Ректосигмоидный отдел кишечника способствует перемещению матки вправо.

106. На каком сроке беременности через брюшную стенку начинает прощупываться дно матки?

Начиная с IV месяца (12—16 нед.).

107. Как меняется высота стояния дна матки в зависимости от срока беременности?

Срок беременности	Высота стояния дна матки над лобком (см)
IV	6—7
V	12—13
VI	20—21
VII	24—25
VIII	28—30
IX	32—34
X	28—32

108. Что является наиболее точным показателем срока беременности в I триместре по УЗИ?

Копчико-теменной размер плода.

109. Какие биологические изменения происходят во время беременности?

Биологические изменения во время беременности

Показатели	До беременности	Во время беременности
1	2	3
Общие биологические нормы		
Вес		+ 12 кг в среднем
Температура		> 37°C — I триместр > 37°C — II триместр
Дыхание		
Частота	12—18 /мин	↑ 15%
Расход O ₂	0,25 л/мин	↑ прогрессивный рост на 15%
Вентиляция (мин)	6—9 л/мин	↑ прогрессивный рост до 30%
Объем вентиляции	0,5 л	↑
Жизненная способность	3,9 л	= или ↓
Остаточный объем	1,5 л	↓
Кровеносная система		
Пульс	70 уд/мин	↑
Артериальное давление		↓ максимум и минимум
Сердечный выброс	4,5 л/мин	Увеличивается до 6 л/мин
Венозное давление		↑ в нижних конечностях
Периферическое сопротивление		↓
Внеклеточная жидкость (вода)	16—25% веса	↑ от 3 до 6 л
Общая жидкость (вода)	40—70% веса	↑ до 71 л к концу беременности
Выброс плазмы через почки	450 мл/мин	↑ 30 до 60%
Гломерулярная фильтрация	100—140 мл/мин	от 150 до 200 мл/мин
Гемограмма		
Красные кровяные тельца (эритроциты)	$4,5 \times 10^6 / \text{мм}^3$	$3,7 \times 10^6 / \text{мм}^3$
Гематокрит	37—47%	≥ 35%
Гемоглобин	115—150 мг/мл	≥ 110 мг/мл
Лейкоциты	$6000—8000 / \text{мм}^3$	> 10000—15000 /мм ³ и больше во время работы
Тромбоциты	от 150 до $300 \times 10^9 / \text{л}$	=

1	2	3
Гемостаз		
Фибриноген	2—4 г/л	≥ 5 г/л
Факторы II и V	100%	=
Факторы VII, IX, X	100%	↑ 120—180%
Фактор VIII	100%	↑ 100—300%
Факторы XI и XIII	100%	↓ в конце беременности
Фактор Willebrand		↑
Протеин S		↓ с I-го же триместра
Антитромбин III	100%	↓ 70—50%
Фибронектин		↑
Время кровотечения	< 4 мин	=
Время свертывания	< 2 мин	=
Биохимия крови		
Электролиты		
— Na ⁺	135—146 ммоль/л	↓ незначительно
— K ⁺	3,6—5 ммоль/л	=
— бикарбонат	22—30 ммоль/л	16—24 ммоль/л
— общий кальций	2,3—2,6 ммоль/л	2—2,5 ммоль/л
— ионизированный Ca ²⁺	1,3—1,6 ммоль/л	=
— магний	0,7—1 ммоль/л	0,65—1 ммоль/л
— фосфор	0,8—0,13 ммоль/л	=
Плазменные протеины	68—81 г/л	
Общие сывороточные протеины	65—78 г/л	55—65 г/л
Альбумин	35—45 г/л	20—30 г/л
Гемоглобин	≤ 7,5%	≤ 8%
Мочевина	2,3—6,6 ммоль/л	2,5—4 ммоль/л
Креатинин	53—106 мкмоль/л	< 350 мкмоль/л
Урикемия	119—357 мкмоль/л	=
pH артериальный	7,39—7,46	=
PCO ₂	38 мм Hg	32 мм Hg
Щелочной резерв	55—60 vol/100 мл	45—50 vol/100 мл
Трансаминаз GO	5—17 МЕ/л	< 35 МЕ/л
Трансаминаз GP	5—23 МЕ/л	< 40 МЕ/л
Гамма GT	4—18 МЕ/л	< 45 МЕ/л
Лактатдегидрогеназа	< 240 МЕ/л	< 200 МЕ/л
Общий билирубин	8—17 мкмоль/л	=

1	2	3
Свободный билирубин	< 17 мкмоль/л	=
Связанный билирубин	< 3 мкмоль/л	=
Щелочная фосфатаза	40—190 МЕ/л	↑ x 3 до конца бер-ти
С-реактивный белок	< 0,1 мкмоль/л	=
Биохимия мочи		
Объем в течение 24 ч	1000—1400 мл	1500—1700 мл
pH	4,8—7,4	=
Удельный вес	1005—1030	↓
Альбуминурия	0	0
Глюкоза	0	часто

110. Что является причиной «маски» беременности?

Хлоазма — пигментация лица является последствием увеличения эстрогенов и прогестерона. Гиперпигментация отмечается также по средней линии живота, вокруг ареол, пупка, промежности.

111. Какие изменения происходят в легочной системе женщины с развитием беременности?

Нарастает умеренный, компенсированный дыхательный алкалоз в связи с увеличением минутного объема легких.

112. Какие метаболические изменения происходят к 36 неделе беременности?

- Прибавка веса — 12,5 кг
- Накопление жидкости
- Накопление жиров, протеинов

113. Какая прибавка в весе происходит в организме беременной за счет протеинов?

Примерно 1000 г. Половина протеинов обнаруживается у плода и в плаценте, а остальная часть протеинов находится в молочных железах, плазме, гемоглобине. Уровень плазменного альбумина снижается, уровень фибриногена возрастает.

114. Как меняется липидный обмен?

Липиды плазмы увеличиваются со II триместра беременности на 50%. После родов понижается уровень триглицеридов, холестерина, липопротеинов.

115. Как меняется уровень диафрагмы при беременности?

Из-за увеличения матки уровень диафрагмы повышается на 4 см.

116. Какова характеристика кардиоваскулярной системы у беременных?

Гипердинамическое состояние достигается увеличением объема крови на 50%, а также сердечного выброса. Прогрессирует общее понижение резистентности периферических сосудов приводит к понижению кровяного давления во II триместре беременности.

117. Какие изменения происходят со стороны сердца при беременности?

Размеры сердца увеличиваются на 12%, объем полости сердца увеличивается на 70—80 мл. Сердечный выброс увеличивается на 40% и достигает максимума на 20—24 нед.

118. Как изменяется артериальное давление при физиологической беременности?

- В течение беременности наблюдается физиологическое снижение артериального давления, на сроках 12—26 нед. снижается на 5—10 мм рт. ст.
- Диастолическое давление повышается к 36 нед. беременности.

119. Какие изменения происходят в кровяном русле при беременности?

- Увеличение объема плазмы крови на 45—50%
- Гиперволемия начинается в I триместре, возрастает во II и остается стабильной до 30 нед. беременности, после чего наблюдается медленное снижение объема плазмы.

120. Каким изменениям подвергаются красные кровяные клетки при беременности?

Клеточная масса увеличивается на 33%, составляя 45% от объема крови. За счет быстрого увеличения объема плазмы происходит снижение гематокрита.

121. Как изменяется клеточный состав крови при беременности?

- Возрастает общее количество лейкоцитов, в норме достигая 30 000/мкл
- Медленно снижается число базофильных клеток
- Количество эозинофилов возрастает или уменьшается на 2—3%.

122. Каким изменениям подвергаются факторы свертывания крови при беременности?

- Наблюдается значительное повышение фибриногена (фактор I) и VIII фактора
- Несколько повышаются: VII, IX, X, XII
- Концентрация фибриногена начинает возрастать в течение III месяца беременности и прогрессирует до конца гестационного процесса.

123. Какова кровопотеря при влагалищных родах и при кесаревом сечении?

Кровопотеря при влагалищных родах (максимальная) составляет 500—600 мл, при кесаревом сечении — 1000 мл.

124. Что такое физиологическая анемия беременности?

Увеличение объема циркулирующей плазмы и более медленное увеличение числа красных клеток (эритроцитов) приводит к физиологической анемии.

125. Что приводит к синдрому нижней полой вены?

В лежачем положении женщины на спине беременная матка давит на нижнюю полую вену. Это приводит к уменьшению объема крови, возвращающегося к сердцу. Повышение сдавливания может привести к нарушению плацентарного кровообращения и дистресс-состоянию плода. Положение может облегчаться при лево-боковой позиции женщины.

126. Как меняется сердечный выброс и ударный объем сердца при беременности?

К 36 нед. беременности сердечный выброс и ударный объем увеличиваются почти в 1,5 раза.

127. Как проявляются нарушения рН крови в организме матери?

Нарушения кислотно-щелочного баланса крови подразделяют на:

- ацидоз (респираторный или метаболический) и
- алкалоз (респираторный или метаболический).

128. Как меняется PO_2 во время физиологически протекающей беременности?

PO_2 нарастает параллельно сроку беременности с повышением данного показателя в 17—20 и 37—40 нед. до 78 и 79,5 мм рт. ст. соответственно.

129. Как меняются показатели PCO_2 крови при физиологической беременности?

PCO_2 с наступлением беременности снижается и в 4—8 нед. находится на нижней границе нормы. Прогестерон действует на дыхательный центр, вследствие чего снижается порог его чувствительности к CO_2 и повышается его активность.

130. Чем обеспечивается постоянство рН крови плода?

Постоянство рН крови определяется равновесием между кислотами и щелочами, что обеспечивается барьерными системами крови и выделительной системой организма плода.

131. При каких показаниях определяется кислотно-основное состояние (КОС) плода?

При:

- всех видах нарушений сердечной деятельности плода,
- выделении мекония при головном предлежании плода,
- хронической фетоплацентарной недостаточности,
- задержке роста плода,
- токсикозах беременных,
- экстрагенитальной патологии матери.

132. Какие макроскопические изменения происходят в почках при беременности?

- В течение беременности каждая почка увеличивается в длине на 1—1,5 см.
- Мочеточники удлинняются и расширяются.

133. Какие функциональные изменения происходят в почках?

- Повышение частоты гломерулярной фильтрации на 50%. Возврат к обычным отметкам происходит на 20 нед после родов. Ток почечной плазмы возрастает на 25—50%.
- Протеинурия — 200—300 мг/24 часа.

134. Каким изменениям подвергается мочевой пузырь при беременности?

Происходит интенсивная васкуляризация и снижение мышечного тонуса. Емкость полости достигает 1500 мл.

135. Почему при беременности дилатация мочеточника рассматривается как норма?

Прогестерон имеет релаксирующее воздействие на гладкую мускулатуру и приводит к дилатации мочеточника. По мере увеличения объема матки она механически сдавливает мочеточник по краям малого таза.

136. Может ли глюкозурия при беременности рассматриваться как норма?

Да. При беременности гломерулярная фильтрация увеличивается, а поверхностная реабсорбция глюкозы относительно замедлена.

137. Каким изменениям подвергается желчный пузырь?

- Дилатация
- Атония
- Снижение активности холинэстеразы плазмы.

138. Какие изменения происходят в полости рта при беременности?

- Увеличение количества слюны
- Снижение pH в полости рта
- Разрушение зубов
- Гипертрофия и гиперемия десен
- Кровоточивость десен.

139. Во время беременности у женщин нередко появляются бляшки на коже с зудом. В чем причина зуда и как его лечить?

Кожный зуд появляется в основном в III триместре и связан с нарушением функции печени, застоем в желчных путях, повышением концентрации билирубина в крови.

Применяют симптоматические средства, антигистаминные препараты.

140. Какие неврологические осложнения могут быть при беременности?

- Одно или двустороннее повреждение среднего (медиального) нерва может привести к боли, понижению чувствительности, слабости первых трех пальцев руки
- Наблюдается повреждение лицевого нерва. Симптоматическое лечение должно быть направлено на превентивную терапию по защите роговицы глаз, так как веки глаз не закрываются.

141. Перечислите показания к амниоцентезу при генетических исследованиях в акушерстве.

- Возраст матери > 35 лет
- Три и более самопроизвольных выкидыша
- Пациент или супруг с хромосомной аномалией
- Семейный анамнез с хромосомной аномалией
- Риск образования дефекта нервной трубки
- Риск метаболических заболеваний.

142. На каких сроках рекомендуется операция амниоцентеза?

Обычно амниоцентез проводят на сроках беременности 15—17 нед. но можно и на сроках 12—14 нед. Оптимальный путь — трансабдоминальный.

143. На каком сроке выявляется двигательная активность плода при помощи УЗИ?

С 7—8 нед. беременности.

144. Назовите наиболее распространенные методы оценки сердечной деятельности плода.

1. Электрокардиография (ЭКГ):
 - прямая,
 - непрямая
2. Фонокардиография (ФКГ).

145. На каком сроке можно использовать непрямую ЭКГ?

После 32 нед. беременности.

146. По каким параметрам кардиотокограммы оценивают состояние плода?

- Базальный ритм частоты сердечных сокращений (ЧСС)
- Вариабельность
- Акцелерации
- Децелерации.

147. Что такое базальный ритм ЧСС?

Это средняя величина между мгновенными значениями частоты сердцебиения плода в промежутке между схватками; при этом не учитываются значения акцелераций и децелераций.

148. Каковы нормативные показатели базального ритма?

- Нормальный базальный ритм составляет 120—160 уд/мин (в среднем 140—145 уд/мин)
- Ниже 120 уд/мин — брадикардия
- Выше 160 уд/мин — тахикардия.

149. Какие типы вариабельного базального ритма существуют?

- Немой ритм — низкая амплитуда 0—5 уд/мин
- Слегка ундулирующий — 5—10 уд/мин
- Ундулирующий — 10—25 уд/мин
- Сальтаторный — 25—30 уд/мин.

150. Какие виды ЧСС плода существуют?

- Нормокардия — ЧСС от 120—160 уд./мин
- Умеренная брадикардия — 100—120 уд/мин
- Выраженная брадикардия — менее 100 уд/мин
- Умеренная тахикардия — 160—180 уд/мин
- Выраженная тахикардия — 180 уд/мин и более.

151. Какие типы ритма сердцебиения плода существуют?

- Правильный ритм — мгновенные колебания 7—15 уд/мин
- Умеренная монотонность ритма — 3—6 уд/мин
- Выраженная монотонность — 2—0 уд/мин.

- Умеренная аритмия — мгновенные колебания 16—24 уд/мин
- Выраженная аритмия — более 26 уд/мин.

75.2. Какие признаки характерны для начальной гипоксии плода в родах?

- Появление во время родов монотонного базального ритма
- Замедление ЧСС в период схваток до 65 уд/мин и менее при наличии U- или W-образных типов.

75.3. Какие изменения на кардиотокограмме (КТГ) характерны для выраженной гипоксии плода?

- Снижение ЧСС ниже исходного, после предшествующего длительного увеличения при наличии монотонного ритма
- Увеличение длительности замедления ЧСС во время схваток до 90—100% по отношению к маточному циклу
- Появление синусоидальных колебаний ЧСС на фоне монотонного базального ритма
- Наличие нереализованного маточного сокращения при наличии U- или W-образных типов, сочетающихся с падением ЧСС во время схваток до 65 уд/мин или менее, при продолжительности замедления, составляющей более 80% маточного цикла
- Появление хаотичных волнообразных колебаний сердечного ритма с перепадом ЧСС, превышающим 40 уд/мин, при наличии выраженных изменений на КТГ.

75.4. С каким явлением связано возникновение ранних децелераций?

С раздражением блуждающего нерва, в связи с компрессией головки во время родов.

75.5. Когда возникают переменные децелерации?

При компрессии пуповины.

7. Околоплодные воды (маловодие — многоводие)

75.6. Как образуются околоплодные воды (ОВ)?

В I триместре беременности амниотическая жидкость является ультрафильтратом материнской плазмы.

К 12—14 нед. начинает действовать мочеобразовательная система плода, глотательные рефлексy, которые регулируют количество ОВ.

В III триместре к регулирующим факторам уровня ОВ относятся плодовая поверхность плаценты, гастроинтестинальный и дыхательный тип плода и транссудация жидкости через пуповину.

157. Как колеблется уровень околоплодной жидкости в течение беременности?

- В 20 нед. — 500 мл
- В III триместре — 700—1000 мл
- К сроку родов — 800—900 мл
- При переношенной беременности наблюдается олигогидрамнион.

158. Как влияет количество ОВ на перинатальный исход родов?

При аномалиях ОВ наблюдается повышение перинатальной заболеваемости и смертности.

159. Какова взаимосвязь между сроком гестации, весом плода, плаценты и уровнем околоплодных вод?

Недели гестации	Плод (г)	Плацента (г)	Амниотическая жидкость (мл)	% жидкости
16	100	100	200	50
28	1000	200	1000	45
36	2500	400	900	24
40	3300	500	800	17

160. Что такое олигогидрамнион (маловодие)?

Маловодием принято считать количество ОВ меньше 500 мл. Но в клинических условиях для определения количества и характера ОВ используются другие критерии.

161. По каким признакам можно предположить наличие маловодия?

- Высота стояния дна матки на 3 см ниже, чем обычно при данном гестационном сроке
- Четкая пальпация частей плода через брюшную стенку матери
- «Стиснутое», «сжатое» состояние плода при УЗИ.

162. Как определяется олигогидрамнион при УЗИ?

Опытные сонографисты могут определить маловодие визуально. Обычно используется система четырех квадрантов. Полость матки делится на 4 части. В каждой полости измеряется самый

большой карман амниотической жидкости. Если уровень амниотической жидкости меньше 5 см, можно утверждать о наличии маловодия.

163. Почему повышается частота перинатальной заболеваемости и смертности при маловодии?

Маловодие является признаком серьезных материнских и плодовых осложнений:

- врожденные пороки,
- хромосомные аномалии,
- внутриутробная задержка роста плода,
- преждевременный разрыв околоплодных оболочек,
- переношенная беременность.

164. Какие врожденные пороки чаще всего наблюдаются при маловодии?

- Двухсторонняя агенезия почек
- Диспластические, кистозные почки
- Поликистозное заболевание почек.

165. Какая взаимосвязь существует между маловодием и внутриутробной задержкой роста плода?

Ассиметричная гипотрофия является результатом плацентарной недостаточности. Симметричная гипотрофия при маловодии сочетается с повышением трисомий и триплодий плода. Эти плаценты нуждаются в генетическом исследовании.

Анализ кариотипа включает в себя:

- взятие жидкости из мочевого пузыря,
- биопсия плаценты в III триместре,
- взятие крови из пуповины плода.

166. Почему при маловодии часто встречается гипоплазия легких?

Нормальное развитие легких зависит от наполнения легочного дерева амниотической жидкостью. Чем раньше развивается маловодие, тем большая вероятность развития гипоплазии легких.

167. Какие акушерские осложнения могут иметь место при маловодии?

- Сдавление пуповины
- Нарушение сердечной деятельности плода.

168. Что такое полигидрамнион?

При количестве ОВ больше 2000 мл можно говорить о полигидрамнионе.

169. Отметьте критерии диагностики полигидрамниона при УЗИ.

- Визуально
- Система четырех квадрантов
- Высота вертикального кармана больше 8 см
- Амниотический индекс выше 20.

170. Какая взаимосвязь существует между тяжелым полигидрамнионом и частотой развития врожденных пороков?

- 10% хромосомные аномалии
- 2/3 плодов рождаются с врожденными пороками развития.

171. Какие аномалии специфичны при многоводии?

- Анэнцефалия
- Атрезия желудочно-кишечного тракта
- Дисплазия скелета
- Ахондроплазия.

172. Какая акушерская патология чаще сочетается с многоводием?

Перерастяжение матки приводит к:

- преждевременным родам,
- преждевременному разрыву плодных оболочек.

173. Какие материнские нарушения чаще сочетаются с многоводием?

- Гестационный диабет
- Миотическая дистрофия.

174. Каким терапевтическим методом можно регулировать количество ОВ?

Терапевтический амниоцентез через определенные промежутки времени.

8. Плацента

8.1. Патофизиология плаценты

175. Что такое плацента?

Плацента — важнейший орган, эндокринная железа, формирующаяся при беременности. При помощи плаценты происходит дыхание, питание и выведение продуктов обмена плода. Плацента заменяет функцию почек, легких, органов пищеварения, кожи и других органов плода.

176. Как формируется плацента?

Плацента формируется из базальной части децидуальной оболочки и сильно разросшихся ворсин ветвистого хориона. Ворсины хориона составляют главную массу плаценты. По мере развития беременности количество ворсин возрастает, что способствует увеличению пограничной поверхности соприкосновения кровотока между организмом матери и плода.

Отдельные ворсины срастаются с материнскими тканями (*decidua basalis*) и называются закрепляющими, или якорными. Поверхность ворсин покрыта двумя слоями эпителия. Наружный слой называется синцитием или плазмидиотрофобластом. Под синцитием лежит слой хориального эпителия, состоящий из клеток цитотрофобласта. Ворсины почти полностью утрачивают цитотрофобласт во II половине беременности.

177. Какие периоды различают в формировании хориона?

- Предворсинчатый (7—8-й день развития)
- Период образования ворсин (13—50-й день)
- Образования котиледонов (50—90-й день).

178. Как характеризуется II триместр беременности с точки зрения формирования плаценты?

II триместр является периодом «фетализации» плаценты. Характеризуется нарастанием темпов дифференцировки ворсин, их роста, роста и дифференцировки плодового русла кровообращения.

179. Что представляет из себя материнская часть плаценты?

Материнская часть плаценты представляет собой утолщенную часть децидуальной оболочки, располагающейся под разросшимися ворсинами хориона (плодовая часть плаценты). В материнской части плаценты образуются углубления, в которые погружены ворсины и где циркулирует омывающая их материнская кровь, между этими углублениями имеются выступы децидуальной ткани, к которым прикрепляются якорные ворсины. В перегородках проходят артерии. Кровь изливается из артерий в результате расплавления их стенок синцитием ворсин. Венозная кровь из межворсинчатых пространств отводится через краевой синус плаценты и вены матки. Через межворсинчатые пространства проходит большое количество крови.

180. Какие функции выполняет плацента?

- Трофика и белковый синтез, обеспечивающие рост и развитие эмбриона

- Газообмен
- Гормоновыделение и гормонорегуляция
- Регуляция кровяного давления
- Регуляция свертывания крови
- Антитоксическая функция и выделение метаболитов
- Депонирование различных биологически активных веществ
- Иммунная регуляция
- Регуляция процессов перекисного окисления липидов.

181. Какова роль плаценты как эндокринной железы?

Ворсинки хориона являются функциональными эндокринными единицами плаценты. Центральное ядро окружено цитотрофобластом и синцитиотрофобластом. Цитотрофобласт продуцирует нейропептиды, синцитиотрофобласт — белковые гормоны и стероиды (ХГ, ПЛЛ, эстрогены, прогестерон).

182. Какую роль играет плацента в синтезе эстрогенов и прогестерона?

После 7 недели гестации большая часть прогестерона продуцируется синцитиотрофобластом. Продукция прогестерона эксклюзивна для материнской плаценты и не имеет отношения к плоду. В отличие от прогестерона эстрогены имеют материнское, плодородное и плацентарное происхождение.

Большую роль играют надпочечники плода, которые преэнолон превращают в дегидроэпиандростерон сульфат (ДНЕА-S). ДНЕА-S транспортируется в плаценту, где последний превращается в ДНЕА. В плаценте ДНЕА превращается в андрогены, которые ароматизируются в эстрон и эстрадиол. Превращение эстриола окончательно происходит в печени матери, так как в плаценте недостаточное количество 17-гидроксилазы.

183. Какие другие гормоны продуцируются плацентой?

- **Человеческий хорионический гонадотропин (ХХГ)** — продуцируется синцитиотрофобластом, диагностика возможна на 9-й день после имплантации, пик концентрации на 8—10 нед. гестации.
- **Плацентарный лактоген (ПЛЛ)** — также продуцируется синцитиотрофобластом. Его концентрация в плазме матери полностью взаимосвязана с массой плаценты.
- **Хорионический тиреотропин (ТСТ)** — функциональная роль неизвестна. Высокие концентрации могут быть связаны с тиреотоксикозом, связанным с гестационной трофобластической болезнью.

184. Что за эндокринная единица образуется при развитии плаценты?

Децидуа — плодовые мембраны — основа продукции релаксина, пролактина и простагландина.

185. Как осуществляется транспортная функция плаценты?

Транспортная функция активная и путем диффузии. Молекулы с молекулярной массой меньше 5000 и с высокими жирорастворимыми свойствами с легкостью проходят через плаценту.

186. Что из себя представляет релаксин?

Релаксин продуцируется желтым телом. Его роль не выяснена, но он имеет некоторое значение при раскрытии шейки матки, митотических сокращениях, разрыве плодных оболочек.

187. Какова роль пролактина во время беременности?

Во время беременности пролактин продуцируется гипофизом матери, плода и децидуальным слоем эндометрия. Повышение наблюдается с I триместра и уже к концу беременности возрастает в 10—15 раз. Плодовый пролактин способствует созреванию легких. Пролактин регулирует водно-солевой обмен, способствует лактации.

188. Что происходит при задержке плаценты в полости матки?

При задержке частей плаценты в полости матки может начаться послеродовое кровотечение. Задержка кусков плаценты является причиной инфекции.

189. Дайте макроскопическое описание плаценты.

Плацента похожа на округлую, толстую мягкую лепешку. В конце беременности и к моменту родов диаметр плаценты достигает 15—18 см, масса 500—600 г. Плацента имеет две поверхности: материнскую и плодную. Плодовая поверхность покрыта гладкой, блестящей водной оболочкой, под которой проходят к хориону сосуды, идущие в радиальном направлении от места прикрепления пуповины к периферии плаценты. Материнская поверхность плаценты серовато-красного цвета, разделена более или менее глубокими бороздками на дольки, состоящие из множества ветвящихся ворсин, в которых располагаются кровеносные сосуды — котиледоны. Материнской поверхности плаценты сероватый оттенок придает децидуальная оболочка, покрывающая разросшиеся ворсины, которые составляют главную часть плаценты.

190. В чем причина плацентомегалии?

Патологически большая плацента имеет вес более 600 г. Толщина плаценты 5 см. Причина — материнский диабет, анемия, групповая несовместимость, сенсибилизация, сифилис, порок развития легких, врожденные неоплазии нейробластома, хориоангиома и альфа-талассемия.

191. Какие опухоли плаценты существуют?

Хориоангиома размером 7—8 см, сопровождается гидрамнионом, кардиомегалией и гибелью плода. Злокачественная меланома является метастатической опухолью.

192. Сколько пуповинных сосудов бывает в норме?

В норме пуповина имеет три сосуда: две артерии и одна вена. Одна артерия обнаруживается примерно у 1% плодов и у 7% плодов при двойнях. В основном это бывает при диабете матери и сопровождается низким весом плода. Врожденные пороки встречаются в 25—50% случаях при одной артерии.

193. Назовите три типа оболочек при наличии двойни.

- Дихорионический, диамниотический (*di, di*)
- Монохорионический, диамниотический (*mono, di*)
- Монохорионический, моноамниотический (*mono, mono*).

194. Назовите оболочки при дизиготных и монозиготных двойнях.

Если оболочки по типу *di-di* беременность в 9% дизиготная и только в 3% монозиготная. Если оболочки *mono-di* или *mono-mono*, беременность монозиготная.

195. Что такое краевое прикрепление пуповины?

Пуповина прикреплена с краю плаценты. Краевое прикрепление клинически не диагностируется, пока не произойдет разрыв пуповины в родах.

196. Что такое оболочечное прикрепление пуповины?

Эта аномалия встречается в 2%, может сопровождаться кровотечением плода.

197. Что такое «старение» плаценты?

К концу беременности появляются инволютивно-дистрофические изменения («старение»), не свойственные плаценте в ранние сроки беременности.

198. На каком гестационном сроке происходит наполнение полости матки развивающимся эмбрионом, гестационной сумкой и плацентой?

В конце III месяца беременности (12 нед.).

8.2. Аномалии плацентации

199. Какие виды предлежания плаценты различают?

- Полное — имплантация плаценты поперек цервикальной оси
- Частичное — плацента покрывает часть внутреннего зева
- Краевое — плацента доходит до края внутреннего зева.

200. Какова частота предлежания плаценты при доношенной беременности и во II триместре?

- Один случай на 200 родов в срок. Во II триместре диагностируется у 5% женщин
- Асимптомное краевое прикрепление плаценты во II триместре отмечено у 45% рожениц.

201. Какие факторы предрасполагают к предлежанию плаценты?

- Возраст матери
- Паритет родов
- Рубец на матке.

202. Как диагностируется предлежание плаценты?

- Запрещено влагалищное исследование при наличии кровянистых выделений в III триместре беременности
- УЗИ очень информативно, хотя ошибки бывают в 10% случаев (ложно-положительный тест). Частота ложно-негативных ответов составляет 7%.

203. Как проявляется наличие предлежания плаценты?

В III триместре беременности предлежание плаценты может проявиться кровотечением — кровь свежая, яркая, алая, без болей. В 20% кровянистые выделения сопровождаются маточными сокращениями, преждевременными родами. *Pl. praevia*. часто сопровождается неправильным положением плода, высота дна стояния матки не соответствует сроку гестации. В 1/4 случаях кровотечение проявляется до 30 нед., в 1/2 — с 34 по 40 нед. беременности.

204. Отметьте материнские осложнения предлежания плаценты.

- Кровотечение, опасное для жизни
- Кесарево сечение
- Интимное прикрепление плаценты
- Высокий риск послеродовых кровотечений.

205. Отметьте плодовые осложнения при предлежании плаценты.

- Заболеваемость и смертность плода как следствие острого кровотечения
- Увеличение частоты задержки роста плода
- Повышение частоты пороков развития.

206. Подход к ведению пациентов при предлежании плаценты.

При дистресс-синдроме плода в срочном порядке производится кесарево сечение. Если кровотечение проявляется впервые и состояние матери и плода стабильное, то предполагается выжидательная тактика.

Производят анализ крови матери (Rh, GAm, гематокрит).

207. Как действует локализация плаценты на выбор метода разреза при кесаревом сечении?

- При полном предлежании плаценты предпочтителен низкий вертикальный, или классический разрез
- При задне-боковом частичном или низком предлежании применяется поперечный разрез.

208. Какова взаимосвязь кесарева сечения и предлежания?

Риск *pl. accr.* повышается при предлежании плода. Если в анамнезе нет хирургических вмешательств на матке и есть только предлежание, частота *pl. accr.* составляет 5%, если в анамнезе было кесарево сечение, то риск *pl. accr.* возрастает до 25—45%.

209. Что такое *placenta increta* и *placenta percreta*?

- *Increta* — пенетрация плаценты в миометрий
- *Percreta* — пенетрация плаценты через стенки матки в серозный слой.

210. Что способствует к плотному прикреплению плаценты?

- Предлежание плаценты
- Предшествующее кесарево сечение
- Рубец на матке
- Хронический эндометрит
- Субмукозные лейомиомы
- Внутриматочные синехии.

211. Отметьте осложнения, связанные с аномальным прикреплением плаценты.

- Разрыв матки
- Выворот матки
- Гистерэктомия.

212. Что такое шеечно-перешеечная плацентация?

Это такая патология расположения, когда плацента прикрепляется в области перешейка и шейки матки. Ворсинки хориона глобоко внедряются в мускулатуру шейки матки, иногда прорастают в параметрий.

8.3. Отслойка плаценты

213. Что такое отслойка плаценты? Какова частота отслойки плаценты?

Отслойка плаценты — это ее преждевременное отделение в 20 нед. беременности до рождения плода. Кровотечение в *decidua basalis* связано с отслойкой. Если отслойка выражается кровотечением из половых путей (90%), это наружное кровотечение; 10% — внутреннее. Частота отслойки плаценты составляет 0,83% (1/120 родов).

214. Какими факторами обусловлена отслойка плаценты?

- В 50% случаев причиной является гипертензия матери. В 1/2 этих случаев гипертензия хроническая, в 1/2 случаях гипертензия гестационная
- Отслойка может быть обусловлена травмой матери, короткой пуповиной, внезапным понижением внутриматочного давления, отхождением вод, рождением одного из двойни, аномалией матки. Курение приводит к некрозу децидуального слоя
- Употребление кокаина
- Недостаточность фолиевой кислоты.

215. Отметьте частоту повторной отслойки плаценты у беременных.

Установлено, что вероятность повторной отслойки при беременности составляет 5,5—16,6%.

216. Каково соотношение отслойки плаценты и перинатальной смертности?

Смерть плода имеет место в 4 из 1000 случаев отслойки. Это составляет 15% всей перинатальной смертности. Основными причинами смерти плода при отслойке плаценты являются — острая недостаточность кислорода, недоношенность, потеря крови (анемизация). Абдоминальное родоразрешение снижает частоту перинатальной смертности.

217. Дайте классификацию отслойки плаценты.

- Класс 0 — асимптомная. Диагностируется при ретроспективном обследовании плаценты, обнаружив участок отслойки

- Класс I средний — диагностируется, учитывая симптомы: боли в брюшной полости, кровотечение из половых путей, схватки, гипертонус или размягчение матки. Тем не менее при классе I отсутствует дистресс-состояние плода, материнский шок, коагулопатия
- Класс II — дистресс плода без резкого изменения состояния матери
- Класс III — гибель плода, материнский шок, коагулопатия.

218. Назовите возможные осложнения при отслойке плаценты.

Осложнения могут быть материнскими и плодовыми. Возможные осложнения:

- материнский геморрагический шок,
 - диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови (ДВС),
 - ишемический некроз дистальных органов.
1. При геморрагическом шоке необходимо переливание эритроцитарной массы и кристаллоидов. Через 4–6-е переливание должны проверяться тромбоциты, уровень фибриногена, электролиты
 2. Продукты распада фибриногена должны проверяться каждые 4 часа. Фибриноген возмещается свежзамороженной плазмой
 3. Ишемический некроз может вовлечь в себя почки, печень, надпочечники. Острый клубочковый некроз или кортикальный некроз могут характеризоваться олигурией или анурией.

219. Насколько информативно УЗИ при отслойке плаценты?

Отслойка и наличие ретроплацентарного скопления крови диагностируются в 2%. УЗИ информативно при предлежании плаценты.

9. Пренатальный уход

220. Что такое пренатальный уход?

Пренатальный уход — это систематическое наблюдение за беременной, целью которого являются:

- прогнозирование исхода родов;
- ознакомление и обучение пациенток отношению к беременности, родам и уходу за новорожденным;
- обеспечение адекватного физиологического состояния, помощь в адаптации к процессу беременности.

221. В чем эффективность пренатального ухода?

Пренатальный уход — это применение суммы превентивных мероприятий, обеспечивающих нормальное течение беременности и родов.

При отсутствии или недостаточном перинатальном уходе увеличивается частота гестозов, гипотрофии новорожденных, а также перинатальной заболеваемости и смертности.

222. Насколько часто должны обследоваться беременные?

- Через каждые 4 нед. до 32 нед. беременности, каждые 2–3 нед. до 36 нед. и каждую неделю до родов
- Для группы повторнобеременных низкого риска предусмотрено 7 визитов в сроке беременности 6–8 нед., 14–16 нед., 24–28 нед., 32 нед., 36 нед., 39 нед., 41 нед. и 9 визитов для первобеременных (дополнительные визиты в сроке 10–12 и 40 нед.). Для группы беременных высокого риска подход индивидуальный.

223. Какие исследования необходимы при первом визите беременной женщины?

- Общее клиническое обследование
- Обследование беременной матки, определение высоты стояния дна матки
- Определение сердцебиения плода
- Приемы Леопольда
- Исследование таза.

224. Какие специальные лабораторные методы исследования необходимо применять при первом посещении беременной?

Рутинные методы исследования:

- гематокрит и гемоглобин
- уринализис, бактериурия
- группа и Rh крови
- серологический тест на сифилис
- антиген гепатита В
- влагалищный мазок для определения степени чистоты содержимого влагалища
- кольпоцитограмма

Дополнительные тесты:

- глюкоза
- α -фетопротеин
- гонококки
- хламидии
- туберкулин-тест
- определение ВИЧ (вирус иммунодефицита человека)
- определение стрептококка группы В

225. Какие тесты повторяются в течение беременности?

- Гематокрит повторяется каждый триместр для своевременной диагностики анемии (в норме <32%)
- Определение белка и сахара в моче при каждом посещении врача

- Титр антител у Rh(-) женщин на 28 нед. беременности
- Серологический тест на сифилис, определение гонорей, хламидий, повторяющийся на 36 нед. беременности
- Определение глюкозы повторяется на 32 нед. гестации, если на 24—28 нед. беременности глюкоза была в норме.

226. Какие осложнения течения беременности могут быть предотвращены при должном пренатальном уходе?

- Анемия железодифицитная
- Инфекция мочевых путей и пиелонефрит
- Гипертензия беременности (преэклампсия)
- Преждевременные роды.

227. О каких опасных явлениях должны быть предупреждены беременные?

- Боли в малом тазу и в брюшной полости
- Частые маточные сокращения с 20—36 нед. беременности
- Влагалищное кровотечение
- Отхождение вод
- Понижение двигательной активности плода
- Головные боли, нарушение зрения
- Продолжительная рвота
- Повышение температуры, дрожь.

228. С какой целью определяется α -фетопротеин?

Этот тест предлагается всем беременным на сроке 15—19 нед. Он проводится для определения дефекта нервной трубки. Если результаты высокие, возможны дефекты брюшной стенки, а также эзофагальная, дуоденальная атрезия, аномалии мочевых путей, хромосомные аномалии. Если α -фетопротеин низкий, есть высокий риск наличия синдрома Дауна.

Возраст матери	Уровень α -фетопротеина, при котором предлагается амниоцентез
25 лет	0,45 MOM
25—29 лет	0,50 MOM
30—32 года	0,60 MOM
33—34 года	0,70 MOM

229. В каких случаях наблюдаются высокие показатели α -фетопротеина?

При:

- дефекте нервной трубки,
- обструкции пищевода, кишечника,

- некрозе печени,
- гигроме мочевого пузыря,
- крестцово-копчиковой тератоме,
- дефекте брюшной стенки,
- обструкции мочевых путей,
- поликистозе почек,
- нарушении остеогенеза,
- врожденном неврозе,
- маловодии,
- многоплодной беременности.

230. В каких случаях наблюдаются низкие показатели α -фето-протеина?

При:

- хромосомных трисомиях,
- гестационной трофобластической болезни,
- гибели плода.

231. По каким показателям проводится анализ крови плода?

- **Пrenатальная диагностика нарушений кроветворения:**
 - гемоглобинопатии,
 - гемофилия А и В,
 - аутоиммунная тромбоцитопения.
- Болезнь Von Willebrandt
- Изоиммунизация
- Метаболические нарушения
- Инфицирование плода
- Внутриутробная задержка роста плода
- Гипоксия плода
- Трансфузия красных клеток и тромбоцитов плода.

232. Сколько прибавляет женщина в весе при нормальной беременности?

- Средней нормой считается 10—12 кг.
- При ожирении нормальной прибавкой веса считается 6—9 кг.

233. Чем обусловлена прибавка веса при беременности?

- Одну треть прибавленного веса беременной составляет плод (3500 г)
- Плацента, амниотическая жидкость, матка составляют 1650—1900 г
- Интерстициальная жидкость, кровь — 1200—1800 г
- Увеличенные молочные железы — 400 г
- Жировая клетчатка матери — 1640 г.

234. Какое значение имеет вес матери в исходе беременности?

- Женщины, вес которых при беременности ниже на 90% от идеального веса, составляют группу высоко риска по рождению маловесных детей
- Женщины, весящие на 120% больше идеальной массы, должны быть под контролем. В то же время при беременности соблюдение диеты в целях избавления от лишнего веса противопоказано.

235. Что Вы посоветуете беременной женщине, если у нее низкая прибавка в весе?

- Питаться через каждые 3 часа и пить 5 стаканов молока в течение дня
- Увеличить в диете количество углеводов (карбонидратов).

236. Каковы основные принципы питания беременной?

48 г протеинов (белков — 300 ккал/день), 2200 ккал приходится на фрукты, овощи, углеводы (карбонидраты).

237. Все ли беременные нуждаются в приеме препаратов железа?

Все беременные должны получать 30—60 мг железа в день.

238. Необходимы ли витамины при беременности?

При хорошей диете витамины являются необходимостью. Большинство таблеток, применяемых при беременности, содержат фолиевую кислоту и кальций.

239. Какое количество жидкости в день необходимо беременной?

Рекомендуется 8 стаканов воды, не считая кофе, чая.

240. Кого исследуют на наличие диабета?

- Беременность является диабетогенным стрессом у 2% женщин. Около 30—50% из них впоследствии могут заболеть диабетом. Группа риска по гестационному диабету: мертворождение в прошлом, рождение крупного плода, ожирение матери, семейный анамнез, глюкозурия
- Определение глюкозы после применения 50 г глюкозы необходимо у всех на 24—28 нед. гестации. При высоких концентрациях глюкозы необходимо определение теста толерантности к глюкозе.

241. Чем обусловлены судороги нижних конечностей у беременных?

- Понижением количества кальция
- Увеличением фосфора плазмы.

23. Назовите лучшие виды физических упражнений при беременности.

- Плавание
- Ходьба
- Йога.

24. Безопасны ли занятия аэробикой?
Аэробика с низкой нагрузкой более безопасна, чем с высокой, однако влияние на плод не установлено.

24. Каких физических нагрузок должны остерегаться беременные?

- Не рекомендуется туризм, поднятие на высоту более 3000 м
- Не следует находиться долго под солнцем.

24. Как устанавливается гестационный срок?
• Всегда учитывается первый день последних месячных, от него вычитается 3 месяца, прибавляется 1 год и 7 дней.

При этом необходимо учитывать:

- дату первого положительного теста на беременность;
- величину матки;
- дату первого шевеления плода (16—20 нед.);
- время регистрации ЧСС плода (10—12 нед.), на неэлектронном фетоскопе (18—20 нед.);
- результаты ультразвукового исследования.

24. Как называется зачатая яйцеклетка в течение первых 8 недель беременности?

Эмбрион.

24. Как называется эмбрион после 8 недель беременности?

Плод.

24. На каком сроке беременности плод считается жизнеспособным?

В среднем на сроках беременности 20—24 нед. при весе плода 500—600 г.

24. Когда впервые удается выслушивать сердцебиение плода?

- Через 10—13 нед. (Допплер)
- Через 18—22 нед. обычным акушерским стетоскопом.

25. На каком сроке впервые определяется положение и позиция плода?

На 26 нед.

25. Когда беременную переводят в клинику для родоразрешения?

При периодических схватках через каждые 5—10 мин.

10. Токсикозы беременных

252. Чем отличается ранний токсикоз беременных от обычной рвоты и тошноты?

Токсикоз беременных имеет продолжительный характер до 14—16 нед. и может возникнуть беспричинно. Сопровождается потерей веса, дегидратацией, дисбалансом электролитов. В тяжелых случаях — нарушением функции печени и почек.

253. Выяснена ли этиология раннего токсикоза?

Предполагаются гормональные, иммунологические и психологические факторы. Большое значение имеют хорионический гонадотропин, эстрадиол, прогестерон, гипофизарные гормоны. В основном токсикоз имеет многофакторный характер.

254. Какое значение имеет токсикоз для исхода родов?

Женщины, теряющие 5% своего первоначального веса, подвержены риску развития внутриутробной гипотрофии плода.

255. На чем основана диагностика токсикоза?

Диагноз «токсикоз» имеет эксклюзивный характер. Дифференциальный диагноз проводится с аппендицитом, холециститом, гепатитом, гастроэнтеритом, тиреотоксикозом. Если симптомы продолжаются на поздних сроках беременности, встает вопрос о HELLP-синдроме.

256. Как диагностируется ранний токсикоз?

- Во всех случаях нужно определить наличие маточной беременности, так как в 25—30% случаев при гестационной трофобластической болезни наблюдаются симптомы токсикоза
- Определяют электролиты, мочевины, креатинин. Необходимо исследовать функции печени и щитовидной железы.

257. Как лечить ранний токсикоз?

Необходима коррекция гиповолемии, электролитного состава, кетоацидоза. Предполагается лечение витаминами, в частности тиаминном. Нужно обеспечить спокойное психологическое состояние.

258. Какие лекарства можно использовать при раннем токсикозе?

- Бендектин (доксиламин сукцинат)
Применение: по 1 табл. вечером и по 1/2 табл. по утрам и днем.
- Унисом, витамин B₆, тиган (противорвотное)
- Компазин (прохлорперазин)
- Фенерган (прометазин).

10.1. Судороги при беременности

259. Как влияет беременность на частоту судорог?

У 50% женщин изменений не бывает, у 25% женщин судороги бывают чаще, у 25% — реже.

260. Что такое гестационная эпилепсия?

У некоторых женщин с беременностью появляются судороги (гестационная эпилепсия), которые проходят после родов и при следующей беременности могут и не повторяться.

261. Учащается ли *Status epilepticus* при беременности?

Нет.

262. Часто ли встречаются акушерские осложнения у женщин, страдающих эпилептическими судорогами?

Нет, за исключением возможных кровянистых выделений, что связано с применением противосудорожных средств, дефицитом витамина К.

263. Противопоказано ли грудное вскармливание у женщин, принимающих противосудорожные средства?

Нет. Антиконвульсанты экскретируются с молоком в минимальных количествах. Но аккумуляция фенобарбитала может вызывать летаргию, потерю аппетита, неадекватную прибавку веса.

264. Возрастает ли частота пороков развития у новорожденных от матерей с эпилепсией?

Риск пороков развития возрастает в 2—3 раза.

265. Есть ли риск развития врожденных пороков новорожденных от отцов, страдающих эпилепсией?

Да. Врожденные пороки у этих детей встречаются чаще.

266. Какие антиконвульсанты безвредны при беременности?

Применение антиконвульсантов небезопасно при беременности, но еще более опасны неконтролируемые судороги как для матери, так и для плода.

267. Какие неонатальные осложнения бывают при применении фенитоина, фенобарбитала, карбамазепина?

- Фенитоин — возможны черепно-лицевые пороки, гипоплазия дистальных фаланг, задержка развития, недоразвитие мозга
- Фенобарбитал — может привести к болезням крови у новорожденных
- Карбамазепин — самый безопасный из перечисленных препаратов.

268. Почему применение фенитоина и фенобарбитала ассоциируется с повышением кровоточивости у новорожденных?

Кровоточивость появляется в течение первых 24 часов жизни, что связано с пониженным уровнем витамина К. Всем новорожденным нужно давать витамин К. Необходимо применение фолиевой кислоты во время беременности.

269. Какова акушерская тактика ведения больных с эпилепсией?

Срок беременности в неделях	Назначение
6—10	Дозировать противосудорожные средства, прием фолиевой кислоты, контроль за состоянием
15—16	Определение α -фетопротеина
18—19	Определить дозу противосудорожных средств (оставить только одно), УЗИ, амниоцентез
34—36	Продолжить противосудорожную терапию КТГ, планирование родов, прием витамина К при использовании барбитуратов
37—40	Периодическое наблюдение за состоянием плода (КТГ, УЗИ)

11. Гипертензия и беременность

270. Что такое хроническая гипертензия при беременности?

Это гипертензия, которая проявляется до беременности или же в первой ее половине (до 20 нед.).

271. Что такое гестационная гипертензия?

Это повышение диастолического давления выше 90 мм рт. ст. без протеинурии у женщин с нормальным исходным артериальным давлением (АД).

272. Что такое гестационная протеинурия?

Это проявление протеинурии у беременных женщин без подъема АД.

273. Отметьте типы гипертензии во время беременности.

Гипертензия при беременности может быть хронической или индуцированной беременностью (преэклампсия или токсемия).

274. Является ли беременность большим риском для женщин с хронической гипертензией?

Да. Из-за недостаточного развития сосудистой сети хроническая гипертензия может привести к внутриутробной гипотрофии плода. У этих пациенток высок риск развития преэклампсии и отслойки плаценты.

275. Должны ли продолжать свое лечение беременные при хронической гипертензии?

Если АД находится под контролем, особой опасности эти больные не представляют. Другое дело — больные с врожденными пороками, которым необходимо принимать медикаменты.

276. Как проявляется вторичная артериальная гипертензия у беременных?

- Подъем давления $\geq 140/90$ мм рт.ст. или повышение диастолического давления на 15 мм рт.ст.
- Отеки
- Прибавка в весе
- Нарушения пищеварения
- Нарушения нервной системы.

277. Какие параклинические обследования проводят при вторичной гипертензии у беременных с почечной патологией?

- Обследование глазного дна
- ЭКГ
- УЗИ почек
- УЗИ плода
- Биопсия почки.

278. Какие биологические исследования проводят при вторичной гипертензии у беременных с почечной патологией?

- Анализ мочи
- Протеинурия/24 часа
- Бактериологический посев мочи
- Коагуляционные тесты крови
- Определение мочевины
- Определение креатинина
- Определение остаточного азота
- Клиренс креатинина.

279. По каким критериям определяется степень тяжести гестационной гипертензии?

- Время проявления и развития
- Показатели АД в течение 24 часов, его колебания

- Патологические состояния матери:
 - хроническая гипертензия,
 - диабет,
 - нефропатология,
 - аутоиммунная патология.
- Гематохимические показатели матери:
 - протеинемия,
 - урикемия,
 - фибриногенемия.
- Материнские осложнения:
 - ЦНС,
 - печень,
 - коагулопатии.
- Плодовые показатели:
 - развитие,
 - рост,
 - состояние маточно-плацентарных сосудов,
 - кардиотокография,
 - параметры крови,
 - параметры амниотической жидкости.

280. Дайте классификацию гипертензивных нарушений, которые осложняют течение беременности.

- **Гипертензия, индуцированная беременностью** — развивается с беременностью и регрессирует после родов.
 1. Гипертензия без протеинурии и патологических отеков.
 2. Преэклампсия — с протеинурией и/или патологическими отеками:
 - а) умеренная,
 - б) тяжелая.
 3. Эклампсия — протеинурия и/или патологический отек с судорогами.
- **Гипертензия, отягощенная беременностью:**
 - а) с преэклампсией,
 - б) с эклампсией
- **Случайная гипертензия** — на основе хронической гипертензии, предшествующей беременности и продолжающейся после родов.

281. Перечислите осложнения, связанные с артериальной гипертензией.

- **Сердечные:** аритмия, недостаточность, отек легких
- **Мозговые:** геморрагии, тромбозы, церебральная гипоксия, отек, кома

- **Гематологические:** ДВС, гемолитическая ангиопатическая анемия
- **Печеночные:** некроз, разрыв, околопортальное и субкапсулярное кровоизлияние
- **Легочные:** острая обструкция дыхательных путей, шоковое легкое, бронхопневмония
- **Почечные:** острый канальцевый или кортикальный некроз, подкапсулярное кровоизлияние
- **Относящиеся к сетчатке глаза:** отслойка и кровоизлияние
- **Другие органы:** надпочечники, кишечник, поджелудочная железа и селезенка
- Травмы языка
- **Осложнения со стороны плода и маточно-плацентарного барьера:**
 - преждевременная отслойка плаценты,
 - инфаркты плаценты,
 - нарушение внутриутробного роста плода,
 - острая гипоксия,
 - внутриутробная гибель плода,
 - спонтанные преждевременные роды.

~~2. 3.~~ 2. Что такое среднее артериальное давление?

В настоящее время для оценки и диагностики артериальной гипертензии общепринят такой критерий, как среднее артериальное давление (САД), которое определяется по формуле:

$$САД = \frac{АД_{сис.} + 2АД_{диаст.} \text{ мм рт. ст.}}{3}$$

САД — во II триместре беременности ≥ 85 мм рт. ст.

САД — в III триместре беременности ≥ 110 мм рт. ст.

~~2. 3.~~ 3. Какие заболевания можно предположить у женщин с гипертензией до 18 недель срока беременности?

- Пузырный занос, повышение давления, тошнота
- Хроническая гипертензия
- Использование наркотиков
- Хромосомные аномалии плода, которые могут привести к преэклампсии уже во II триместре беременности.

~~2. 3.~~ 4. Какова частота гипертензии у беременных с сахарным диабетом?

Частота гипертензии у беременных с сахарным диабетом составляет 13,7%.

285. Какова классификация гипертензивных нарушений у беременных с сахарным диабетом?

- I. Гипертензия, индуцированная беременностью (PIH) — появляется после 20 нед. беременности.
- II. Хроническая или предшествующая беременности гипертензия — может быть связана с почечной патологией, которая проявляется до 20 нед. беременности или длится долгое время после родов.
- III. Гипертензия, отягченная беременностью — может быть связана или не связана с почечной патологией. Гипертензия предшествует беременности и отягчается после 24 нед. «Сосудистый стресс» гестации ухудшает течение гипертензии и может привести к специфическим осложнениям.

286. Кто входит в группу риска по развитию гестозов?

В группу высокого риска по развитию гестозов следует отнести беременных с некоторыми экстрагенитальными заболеваниями: гипертонической болезнью, заболеваниями почек, дисцифальным синдромом, сахарным диабетом, системными заболеваниями соединительной ткани и женщин, перенесших гестоз при предыдущих беременностях.

287. Какова частота сочетанных гестозов?

Частота сочетанных гестозов составляет около 70%.

288. Какие изменения происходят в маточно-плацентарном кровотоке при гестозе?

Маточно-плацентарная перфузия при гестозе уменьшается вследствие снижения кровотока в матке и плаценте, что является проявлением генерализованных сосудистых расстройств. Нарушение маточно-плацентарного кровотока происходит за счет уменьшения пульсового артериального давления и ухудшения венозного оттока крови.

289. Какие факторы неблагоприятно воздействуют на маточно-плацентарное кровообращение при гестозах?

Первая беременность, многоплодная беременность, начало родовых схваток, сахарный диабет, многоводие, патологическая полнота, нервно-психическая нагрузка, резкие перемены погоды.

290. Что такое «шоковая плацента»?

По мере нарастания тяжести гестоза развиваются изменения центральной и периферической гемодинамики, характерные для гиповолемического шока. Происходящие в плаценте изменения названы «синдромом шоковой плаценты». Это не только перфу-

зионная недостаточность, но и нарушение диффузионной способности плаценты. Чаще всего нарушения перфузии и диффузии тесно связаны друг с другом. Но существует и плацентарная перфузионно-диффузионная недостаточность с синдромом мозаичного поражения плаценты, с тромбозом, ишемией в одном участке, с геморрагией и отеком в другом.

291. Чем обусловлен псевдотуморозный синдром при тяжелых формах позднего токсикоза?

Отеком головного мозга вследствие общего и регионарного церебрального ангиоспазма и наличия капиллярно-трофических структур. Это и служит причиной общемозговых и судорожных проявлений и очаговых симптомов поражения нервной системы.

292. Дайте классическое определение преэклампсии.

Систолическое АД в III триместре > 160 и диастолическое > 110 мм рт. ст. при измерении давления через каждые 6 часов. Протеинурия > 5 г/24 часа. Отмечается олигурия < 500 мл/24 часа, мозговые и визуальные нарушения, эпигастральная боль, отек легких, низкое количество тромбоцитов, нарушение функции печени.

293. Как часто встречается преэклампсия? Какие женщины больше подвержены риску?

Частота преэклампсии достигает 7%. В группу риска входят первородящие женщины экстремальных возрастов (< 20 или > 30 лет), диабет, хроническая гипертензия, многоплодная беременность, многоводие, заболевания мочевыводящей системы.

294. Какие теории лежат в основе преэклампсии?

- Иммунологическая теория циркулирующих токсинов
- Теория эндогенных вазоконстрикторов
- Теория поврежденного эндотелия, первичный ДВС.

295. На чем основана диагностика преэклампсии?

Клинические симптомы:

- **Гипертензия** — АД 140/90 мм рт. ст. или подъем систолического давления на 30 мм рт. ст., или подъем диастолического давления на 15 мм рт. ст. от исходных величин. Диагноз ставится после двукратного измерения АД в течение шести часов
- **Отеки лица, конечностей**, хотя преэклампсия может протекать и без отеков
- **Протеинурия** — выделение белка с мочой составляет 300 мг/24 часа. Протеинурия при преэклампсии свидетельствует о тяжелом состоянии внутриутробного плода.

296. Какие результаты лабораторных исследований являются диагностическими при преэклампсии?

- Повышение гемоглобина и гематокрита (сгущение крови)
- Анемия, вследствие гемолиза
- Тромбоцитопения
- Понижение коагуляционных способностей крови
- Повышение уровня мочевины (более 6 мг/дл)
- Уровень билирубина ниже 5 мг/дл и АСТ ниже 500 IU.

297. Какие первоочередные обследования проводятся беременным с преэклампсией в условиях стационара?

- Госпитализации подлежат беременные с АД 140/90 мм рт. ст.
- Объем исследований:
 - наблюдение за физическим состоянием,
 - ежедневное взвешивание беременной,
 - определение протеинурии через каждые 4 часа,
 - определение:
 - гематокрита,
 - тромбоцитов,
 - креатинина,
 - ферментов печени
 - УЗИ плода, определение количества амниотической жидкости.

298. Какой материнский и плодовой риск сочетается с преэклампсией?

Материнский:

- нарушения ЦНС, приступы, судороги,
- ДВС и его осложнения,
- повышение частоты кесаревых сечений,
- почечная недостаточность,
- печеночная недостаточность.

Плодовый:

- внутриутробная гипотрофия плода,
- инфаркт плаценты,
- олигогидрамнион,
- отслойка плаценты,
- недоношенность.

299. Может ли женщина, перенесшая преэклампсию, принимать противозачаточные средства?

Да, может. Особенно первородящие, через две недели после родов.

300. Каков исход родов при преэклампсии?

Решение о методе родоразрешения во многом зависит от степени выраженности симптомов заболевания. Если время родов

близко, можно роды завершить через естественные родовые пути. Кесарево сечение производится по акушерским показаниям.

301. Какова роль сернокислого магнезия ($MgSO_4$), аспирина, диуретиков, гипотензивных средств при лечении преэклампсии?

- $MgSO_4$ — используется для профилактики судорог
- Аспирин используется до родов в малых дозах, способствует превращению простаглицлина в тромбоксан
- Диуретики широко не используются, так как сама преэклампсия характеризуется вазоконстрикцией, а диуретики этого состояние еще больше усугубляют
- Быстродействующие гипотензивные средства используются, когда диастолическое давление выше 110 мм рт.ст.

302. Что такое HELLP-синдром?

- Гемолиз
- Появление шизоцитов в периферической крови
- Общее количество билирубина $\geq 1,2$ мг/дл
- Лактатдегидрогеназа (ЛДГ) > 600 ММ
- Повышение трансаминаз (EL)
- АЛТ > 72 ед/л
- АСТ > 600 ед/л
- Тромбоцитопения (LP)
- Количество тромбоцитов $< 100\ 000$ мм³.

303. Назовите типы преэклампсии в зависимости от изменений центральной гемодинамики.

- I тип характеризуется низким давлением в системе легочной артерии, низким сердечным выбросом и высоким общим периферическим сосудистым сопротивлением
- II тип — высокое давление в системе легочной артерии, высокий сердечный выброс, высокое общее сосудистое сопротивление
- III тип — нормальное давление в системе легочной артерии, высокий сердечный выброс, но низкое общее периферическое сопротивление
- IV тип — высокий сердечный выброс, высокое давление в системе легочной артерии, нормальный или увеличенный объем плазмы.

304. Какие симптомы свидетельствуют о нарастающей внутричерепной гипертензии у беременных с преэклампсией?

- Головная боль
- Тошнота
- Рвота
- Двигательное, психическое возбуждение или угнетение

- Ригидность затылочных мышц
- Снижение сухожильных рефлексов.

305. Как характеризуется клиническая картина геморрагического инсульта у беременных с преэклампсией?

У беременных с преэклампсией клиническая картина геморрагического инсульта характеризуется:

- внезапным началом после физического и психоэмоционального напряжения,
- потерей сознания с развитием глубокой комы,
- сильными головными болями,
- багрово-синюшным цветом лица,
- хрипящим, шумным дыханием,
- непроизвольным мочеиспусканием,
- менингеальными синдромами.

306. Какие первоочередные обследования определяют развитие преэклампсии?

Гипертензивные нарушения:

- эссенциальная семейная гипертензия,
- почечно-vasкулярная гипертензия,
- коарктация аорты,
- первичный альдостеронизм,
- феохромоцитоз.

Заболевания почек и мочевых путей:

- гломерулонефрит,
- нефротический синдром,
- хроническая почечная недостаточность,
- пиелонефрит,
- системная красная волчанка,
- склеродермия,
- узелковый периартерит,
- острая почечная недостаточность:
 - тубулярный и кортикальный некроз,
 - поликистоз почек,
 - диабетическая нефропатия.

307. Какие последствия имеет преэклампсия на организм матери?

Последствиями тяжелой преэклампсии могут быть:

- эклампсия,
- кровоизлияния мозга,
- сердечно-сосудистые нарушения,
- некроз печени,
- коагулопатии,
- острая почечная недостаточность.

308. Являются ли эclamптические судороги прямым показанием для кесарева сечения?

Нет. Некоторые авторы считают, что даже при брадикардии плода во многих случаях лучше контролировать состояние внутриутробного плода. Если нет акушерских противопоказаний, роды можно завершить через естественные родовые пути.

Другие же считают целесообразным абдоминальное родоразрешение.

309. Что такое эclamпсия?

Эclamпсия — клинически выраженный синдром полиорганной недостаточности, на фоне которого развивается один (или более) судорожный припадок. Эclamпсия этиологически не имеет отношения к другим патологическим состояниям у беременных, рожениц и родильниц с гестозом.

310. Что является наиболее тяжелым осложнением эclamпсии?

Одним из наиболее тяжелых осложнений эclamпсии является эclamптическая кома. Развитие ее сопровождается летальностью до 50% случаев.

311. Что такое кома?

Кома — бессознательное состояние с отсутствием реакции на внешнее раздражение. Эclamптическая кома развивается после приступа эclamпсии или же как самостоятельный симптом эclamпсии.

312. Перечислите предполагаемые профилактические мероприятия у беременных с эclamпсией?

- Профилактика судорожного состояния, с использованием сернокислого магния
- Внутривенное применение гидралазина, если диастолическое давление 110 мм рт.ст. или выше
- Отмена диуретиков и гиперосмотических средств
- Ограничение внутривенно вливаемых средств (жидкости)
- Родоразрешение.

12. Невынашивание беременности

313. Перечислите некоторые причины невынашивания беременности.

- Инфекционные заболевания матери
- Осложнения, связанные с беременностью
- Травматические повреждения

- Возраст матери, паритет родов
- Экстрагенитальная патология
- Изосерологическая несовместимость
- Аномалии развития женской половой сферы
- Нейроэндокринная патология
- Хромосомные аномалии.

314. Перечислите диагностические тесты, применяемые при обследовании женщин с привычным невынашиванием.

- Базальная температура
- Цитологическое исследование влагалищного отделяемого (КПИ)
- Динамическое определение ХГ в I триместре
- Определение уровня ПЛЛ (плацентарный лактоген)
- Определение эстриола
- Изучение экскреции прегнандиола, 17-КС
- УЗИ.

315. Отметьте клинические симптомы самопроизвольного выкидыша.

- Боли в надлобковой области
- Влагалищное кровотечение
- Дилатация шейки матки
- Исчезновение субъективных признаков беременности.

316. Определите стадии прерывания беременности.

- Угрожающий аборт
- Начавшийся аборт
- Аборт в ходу
- Неполный аборт
- Полный аборт.

317. Назовите виды аборта в зависимости от распространения инфекции.

- Неосложненный инфицированный
- Осложненный инфицированный
- Септический.

318. Что такое «привычный выкидыш»?

Трехкратное самопроизвольное прерывание беременности на сроке до 20 нед. (вес плода менее 500 г).

319. Что такое «повторные выкидыши»?

Двукратное прерывание беременности на сроке до 20 нед. (вес плода менее 500 г).

320. Что такое аборт?

Прерывание беременности до срока, при котором она может завершиться преждевременными или срочными родами, называют абортом.

321. Отметьте частоту самопроизвольных выкидышей.

- Риск одного самопроизвольного выкидыша составляет 15—40%
- Частота двукратного аборта — 2—3%
- Частота трехкратного аборта — < 1%.

322. Определите клинические симптомы понятия «Аборт в ходу».

- Раскрытие шейки матки более 3 см
- Разрыв плодных оболочек
- Кровотечение в течение 7 дней и более
- Продолжающиеся боли, схватки, несмотря на применяемые анальгетики.

323. Назовите методы удаления плодного яйца.

- Выскабливание матки
- Вакуум-аспирация
- Введение простагландинов
- Вибрация.

324. Определите клинические симптомы неразвивающейся беременности.

- Исчезновение субъективных признаков беременности
- Уменьшение размеров матки
- Отсутствие болей
- Кровомазанье
- Закрытая шейка матки
- Понижение концентрации β -ХГ.

325. Какова частота истмико-цервикальной недостаточности при невынашивании беременности?

Шеечная недостаточность наблюдается у 15,5—42,7% женщин.

326. Назовите частые причины органической истмико-цервикальной недостаточности.

- Предшествующие выскабливания полости матки
- Глубокие разрывы шейки матки.

327. Какие методы применяются для прерывания беременности?

На поздних сроках:

- Трансцервикальный;
- Трансабдоминальное интраамниальное введение гипертонических растворов;

- Расширение шейчного канала шейки матки и вскрытие плодного пузыря;
- Абдоминальное малое кесарево сечение;
- Влагалищное кесарево сечение;
- Введение простагландинов.

328. Перечислите ранние осложнения после искусственного аборта.

- Кровотечение
- Инфекция
- Перфорация матки
- Травма шейки матки
- Необходимость в повторном выскабливании
- Продолжающаяся беременность.

329. Какие осложнения могут возникнуть после искусственного прерывания беременности?

- Разрывы шейки матки
- Перфорация шейки матки
- Плацентарный полип
- Эндометрит.

330. Перечислите послеабортные патологические состояния, локализованные в малом тазе.

- Параметрит
- Воспаление придатков матки
- Пельвиоперитонит.

331. Опишите клиническую картину «классической» формы послеабортного эндометрита.

- Температура тела 38—40 °С
- Озноб
- Пульс 100—120 уд/мин
- Лейкоцитоз — 10—20·10⁹/л
- Увеличение СОЭ до 50 мм/ч
- Увеличение размеров матки
- Болезненность матки при пальпации
- Длительность от 3 до 10 дней
- Выделения с начала уже могут быть гнойными, с запахом.

332. Перечислите симптомы abortивной формы эндометрита.

- Температура до 38 °С, иногда 40 °С
- Озноб
- Пульс 90—120 уд/мин
- СОЭ увеличивается до 15—50 мг/г

- Лейкоцитоз $10—15 \cdot 10^9/\text{л}$
- Длительность от 2 до 4 дней
- Выделения кровянистые, реже гноевидные.

333. Что такое параметрит?

Параметрит — воспалительный процесс, локализованный в коллоидной клетчатке.

334. Что такое перичеллюлярный параметрит?

Воспалительный процесс локализуется в клетчатке, прилегающей с внутренней стороны к костям малого таза.

Перичеллюлярный параметрит протекает тяжело, длительно, с высокой температурой, ознобом, тахикардией. Локально развиваются инфильтраты.

335. Отметьте клиническое течение местного перитонита после прерывания беременности на поздних сроках.

- Бурное начало
- Температура $38,5—40^\circ\text{C}$
- Озноб
- Тахикардия
- Сухость языка
- Боли в мышцах
- Резкие боли внизу живота
- Перистальтика кишечника не сохранена
- Стул жидкий, учащенный
- Матка не увеличена
- Болезненность придатков
- Задний свод напряжен и болезненен.

336. В каком случае может возникнуть плацентарный полип?

Плацентарный полип возникает в том случае, когда в матке задерживаются остатки ворсистой оболочки, которые подвергаются организации, прорастают элементами соединительной ткани, исходящей из децидуальной оболочки, и сохраняются в матке, плотно прикрепившись к ее стенке.

13. Многоплодная беременность

337. Какова частота многоплодной беременности?

- У белокожих женщин — 1 на 100 беременностей
- У чернокожих женщин — 1 на 79 беременностей
- У азиаток — 1 на 155 беременностей.

Частота монозиготных двоен — 1 на 250 родов и не зависит от расы, возраста и паритета родов. Дизиготная двойня зависит от

расы, возраста, паритета родов и применяемых медикаментов. Если женщина сама из dizиготной двойни, шанс многоплодной беременности удваивается. При индуцированной беременности (гонадотропином) многоплодная беременность имеет место в 20—40% случаев. При индуцировании Кломифеном многоплодная беременность имеет место в 7—13% случаев.

338. Назовите механизмы, способствующие развитию многоплодной беременности.

Многоплодная беременность может наступить в результате оплодотворения двух или большего количества одновременно созревших яйцеклеток (полиовулия), а также при развитии двух или более эмбрионов из одной оплодотворенной яйцеклетки (полиэмбриония).

Близнецы, образовавшиеся из двух яйцеклеток, называются двуйцевыми (многаяцевыми), возникшие из одной — однойцевыми. Происхождение двуйцевых двоен объясняется одновременным созреванием двух или более фолликулов в одном яичнике. Возможно созревание двух и более фолликулов и овуляции в «обоих яичниках.

Третий механизм — это оплодотворение двух или более яйцеклеток, созревших в одном фолликуле.

Происхождение однойцевых близнецов объясняется различно: это бывает связано с оплодотворением яйцеклетки, имеющей два и более ядра. Каждое ядро соединяется с ядерным веществом сперматозоида и образуется зародышевый зачаток.

Единый эмбриональный зачаток в стадии дробления разделяется на две части, из каждой части образуется зародыш.

339. Как установить зиготность двойни, исследуя плаценту?

- Плоды с противоположным полом всегда dizиготны
- Если есть одна амниотическая сумка или два амниона, не разделенные одним хорионом на оболочки между плодами, то беременность многоплодная. Если два амниона разделены двумя хорионическими оболочками, плод в основном dizиготный, хотя может быть монозиготным. При многоплодной беременности патолого-гистологическое исследование плаценты обязательно.

340. Перечислите характерные особенности течения многоплодной беременности.

- **Высокий риск преждевременных родов.** От 22 до 54% новорожденных недоношенные и половина их имеет низкую массу тела. Многоплодная беременность составляет 10% преждевременных родов.

- **Высокая частота внутриутробной гипотрофии плода.** **Ассиметричная гипотрофия** встречается в 15—29% случаев. Гипотрофия обусловлена плацентарной недостаточностью и трансфузией плод-плод. Она чаще встречается при монозиготных двойнях
- **Повышение перинатальной смертности** — 10—15%, что в 3—11 раз выше, чем при одноплодной беременности. Риск выше у монозиготной двойни и при ассиметричной двойне. Многоплодная беременность составляет 10% всей перинатальной смертности
- **Самопроизвольные выкидыши.** Установлено, что УЗИ диагностируются только 50% двоен
- При многоплодной беременности в два раза чаще встречаются **врожденные пороки развития**
- **Высокая частота гипертензии**, связанная с беременностью, развивается в 3—5 раз чаще при многоплодной беременности
- **Анемия** — железодефицитная, у 40% пациенток отмечается понижение гематокрита
- **Высокая частота многоводия.** Наиболее часто встречается при монозиготных двойнях
- **Неправильные положения плода**
- **Асфиксия в родах, дистресс, дисадаптация новорожденных**
- **Отслойка плаценты** может произойти из-за резкого понижения внутриматочного давления после рождения первого плода.

341. Отметьте риск осложнений, связанный с монозиготными и дизиготными двойнями.

- Перинатальная смертность в 2,5 раза выше у монозиготных двоен
- Повышается частота развития анастомозов плацентарных сосудов, особенно по типу артерия-артерия
- Анастомозы по типу артерия-вена являются причиной синдрома трансфузии, что приводит к развитию внутриутробной гипотрофии с гиперфузией одного и многоводием второго плода.

342. Как диагностируется многоплодная беременность?

- Анамнез
- Обследование — размеры матки во II триместре беременности бывают больше гестационного срока. Должно учитывать то, что большие размеры матки могут быть связаны с многоводием, ошибкой даты месячных, миомой матки, макросомией плода, переполненным мочевым пузырем

- Прием Леопольда — информативен только в III триместре.
- Лабораторно — иногда высокие показатели α -фето протеина свидетельствует о наличии двойни
- УЗИ.

343. В чем сущность перинатального ухода при многоплодной беременности?

- Ранняя диагностика
- Антенатальное обследование через каждые 2 недели с 20—36 нед.
- Диета — дополнительные калории (+300 ккал/день), белки 80 г/день, 60—100 мг/день препаратов железа
- Постельный режим
- Профилактика преждевременных родов
- Наблюдение за развитием внутриутробного плода
- Наблюдение для предотвращения развития многоводия, внутриутробной гибели плода.

343. Как можно предотвратить преждевременные роды при многоплодной беременности?

Необходимо отметить, что высокая частота преждевременных родов при многоплодной беременности обусловлена перерастанием матки. Критическими периодами при многоплодной беременности являются 24—32 нед.

Довольно спорным остается вопрос о профилактическом применении оральных токолитиков. Швы на шейке матки бывают неэффективными. Пациенты обследуются в течение недели. Регистрируются маточные сокращения, боли в пояснице, давление в области малого таза, увеличение влагалищных выделений. Уровень плазмы превышает таковой у беременных при наличии одного плода. Повышается также сердечный выброс.

При токолизе повышается риск развития отека легких и других сердечных осложнений.

Рекомендуется применение сульфата магния, нифедипина или индометацина.

345. Как осуществляется наблюдение за внутриутробным развитием плода?

Ультразвуковое исследование должно проводиться каждый месяц. Очень важно вовремя диагностировать ассиметричную гипотрофию плода. Ассиметричный рост регистрируется при отставании веса плода на 20—25%, бипариетальный диаметр (разница) > 5 мм, окружность живота (разница) > 20 мм, окружность головки (разница) > 5%. Каждые две недели проведение нестрессового теста с биофизическим профилем плода

346. Какой подход предполагается при синдроме трансфузии при многоплодной беременности?

Выявление гипотрофии плода ультразвуковым исследованием предполагает диагностику синдрома трансфузии антенатально. В таких случаях плод, который меньше размерами, находится в более благоприятных условиях, чем тот, который больше (многоводие, застой).

Такая беременность ведется под контролем нескольких ультразвуковых исследований и нестрессовых тестов.

Регистрируется двигательная активность плода. Если нарастает отек плода, предлагается закончить роды операцией кесарево сечение. Многоводие у плода — реципиента становится причиной преждевременных родов при перерастяжении матки. Довольно эффективен терапевтический амниоцентез, который можно повторить несколько раз. Удаление дополнительной жидкости должно производиться очень медленно, чтобы не вызвать преждевременные роды или отслойку плаценты. Эффективно применение индометацина. Индометацин — ингибитор синтетазы простагландина — понижает продукцию мочи плода, уменьшает многоводие.

347. Что произойдет, если один из двойни погибнет внутриутробно?

Частота внутриутробной гибели плода при двойнях достигает 0,5—6,8%. Высокий риск составляют моноамниотические/монохорионические двойни. У оставшегося в живых плода возрастает частота структурных дефектов центральной нервной системы, кожи и почек. В этих случаях часто встречаются микроцефалии, некроз почек, церебральный паралич.

Необходимо постоянно контролировать коагуляционные способности матери. Нестрессовый тест должен проводиться каждую неделю или два раза в неделю.

Роды — исходя из акушерской ситуации.

348. Как происходит созревание легких при многоплодной беременности?

Созревание легочной ткани у двоен происходит на 3—4 нед. раньше, чем при одноплодной беременности. Зрелость в основном достигается к 32 нед. Соотношение лецитин/сфингомиелин (L/S) и риск гиалиновых мембран одинаков у обоих плодов.

349. Что должно учитываться в ведении родов при многоплодной беременности?

- Должен учитываться высокий риск осложнений в родах
- Продолжительный мониторинг обоих плодов
- Обеспечение опытным врачом, акушерской и анестезиологической бригадой

- Ожидаемые осложнения — дисфункция матки (слабость родовой деятельности), гипертензия беременности, неправильное положение плода, выпадение петель пуповины, отслойка плаценты, послеродовое кровотечение.

350. Перечислите наиболее распространенные положения плодов при многоплодной беременности.

- Головка-голова — 39%
- Головка-тазовый конец — 26%
- Тазово-тазовый — 9%
- Головка-поперечное положение — 8%
- Тазово-поперечное положение — 4%
- Другие — 2%.

351. Что такое сцепление близнецов (коллюзия)?

Редкое явление — 1 на 817 родов. Подбородок первого плода сцепляется с шеей второго, который в головном предлежании. Родоразрешение только абдоминальное.

352. Как влияет позиция плодов на метод родоразрешения?

- Если оба плода в головном предлежании, то роды обычно ведутся через естественные родовые пути
- Если первый плод не в головном предлежании, рекомендуется кесарево сечение. В других случаях выбор метода дискутабельный.

353. Как ведутся роды, если оба плода в головном предлежании?

После рождения первого плода пуповина остается закрепленной и не берется кровь. Только при фиксации головки второго плода выпускаются воды. Тактика при рождении второго плода выжидательная, если нет признаков отслойки плаценты. При слабости родовой деятельности применяется окситоцин. В большинстве случаев второй плод рождается через 15 мин после первого, в крайнем случае через 30 мин.

354. Как ведутся роды, при предлежании головка-тазовый конец?

В большинстве случаев роды ведутся влагалищным путем и в 50—70% случаев завершаются благополучно. Однако может развиться и дистресс-состояние плода, при этом предполагается немедленное абдоминальное родоразрешение или экстрекция плода за тазовый конец. Большинство авторов при негловном предлежании при массе плодов 1500—2000 г, предлагают родоразрешение путем кесарева сечения.

355. Какие могут возникнуть осложнения в послеродовом периоде при многоплодной беременности?

Так как при многоплодной беременности происходит перерастяжение матки, в послеродовом периоде наблюдается неадекватное сокращение матки. Наиболее частым осложнением является послеродовое кровотечение. В целях профилактики применяется окситоцин, метэргин и 15-метил- $F_{2\alpha}$ -простагландин. Массаж матки и наложение тяжести после рождения плаценты применяется во всех случаях. Для каждой пациентки необходимо иметь кровь соответствующей группы для переливания.

356. На чем основывается диагностика многоплодной беременности?

- Наличие двух и более плодов (по УЗИ), два сердцебиения, пальпация нескольких крупных частей плода
- Диспропорционально большие размеры матки
- Высокая активность плодов
- Большая от ожидаемого прибавка веса тела матери
- Гипохромная, нормоклеточная анемия матери.

357. Каковы клинические симптомы и признаки многоплодной беременности?

- Размеры матки больше ожидаемого гестационного срока (> 4 см)
- Прибавка веса тела матери, которая не связана с отеком и ожирением
- Многоводие
- Пальпация нескольких крупных частей
- Множество мелких частей
- Выслушивание сердцебиения в двух и более местах, разница между частотой сердцебиений в 8 ударов
- Пальпация одного или более плодов в области дна матки после рождения первого плода.

358. Назовите метод родоразрешения при многоплодной беременности в зависимости от положения и позиции плода.

- Если оба плода в головном предлежании, предпочтение отдается родоразрешению через естественные родовые пути, если при этом нет специальных показаний к кесаревому сечению
- Если один плод или оба в тазовом предлежании, то роды необходимо закончить кесаревым сечением.

359. Какими акушерскими осложнениями чревата многоплодная беременность?

- Выкидыши
- Перинатальная смертность

- Малая масса плодов: недоношенность
 - в/у задержка роста плода
- Аномалии развития плода
- Плодово-плодовое кровотечение: гиповолемия и анемия
 - гиперволемиа и повышение вязкости крови
 - мозговые нарушения
- Гипертензия, индуцированная беременностью
- Анемия беременных: острое кровотечение
 - дефицит железа
 - дефицит фолиевой кислоты
- Плацентарные нарушения: отслойка плаценты
 - предлежание плаценты
- Кровотечения матери: атония матки
 - кесарево сечение
- Нарушение плодово-плацентарного кровообращения:
 - выпадение пуповины
 - обвитие пуповины
 - предлежание петель пуповины
- Многоводие
- Осложненное течение родов: преждевременные роды
 - затяжные роды
- Неправильное положение плода.

360. Какие мероприятия нужно провести с началом родовой деятельности при многоплодной беременности?

- Обеспечение опытной бригадой акушеров и анестезиологов
- Приготовление 1 литра цельной крови, готовой к переливанию
- Приготовление жидкостей и систем для немедленного в/в вливания, в случае отсутствия кровотечения необходимо начать переливание раствора Рингера с декстрозой с частотой 60—120 мл/ч.

14. Переношенная беременность

361. Что такое переношенная беременность?

Это беременность, которая продолжается более 41—42 нед. или 287—294 дня. Около 10% беременностей длятся более 42 нед.

362. Является ли переношенная беременность фактором риска?

Да. При переношенной беременности повышается частота дистресс-состояния плода, составляя 3—5% на 43 нед. гестации.

363. Является ли переношенная беременность физиологической?
Переношенная беременность рассматривается как патологическое явление, обусловленное определенными признаками, зависящими от состояния организма матери и плода.

364. Что такое истинная переношенность?

Истинно переношенной считается беременность, которая продолжается 10—14 дней после ожидаемого срока родов (290—299 дней).

365. Что такое пролонгированная беременность?

Пролонгированной считается беременность, которая продолжается более 294 дней и заканчивается рождением доношенного ребенка без признаков перезрелости.

366. По каким критериям определяется переношенная беременность?

- Первый день последних нормальных месячных
- Ранняя диагностика изменения размеров матки
- Аускультация сердечных тонов фетоскопом на 18—20 нед.
- Регулярная регистрация роста матки
- Ультразвуковая диагностика плацентарной недостаточности, уменьшение количества вод, кальциноз плаценты, отсутствие дыхательных движений плода.

367. В чем причина переношенной беременности?

В большинстве случаев причина неясна. Иногда переношенная беременность ассоциируется с анэнцефалией, надпочечниковой гипоплазией, дефицитом сульфатазы плаценты.

368. Опишите обыкновенное состояние пациентов при переношенной беременности?

Большинство рожениц — первобеременные. Беременная замечает урежение характера и частоты движений плода. При влагалищном исследовании раскрытия шейки матки нет. Плод в основном в головном предлежании.

369. Какие признаки характерны для переношенной беременности?

- Уменьшение окружности живота
- Маловодие
- Снижение тургора кожи
- Высокое стояние дна матки
- Отсутствие нарастания или снижения массы тела беременной
- Ограниченная подвижность плода

- Увеличение плотности костей черепа плода
- Уменьшение родничков
- Изменение характера сердечных тонов плода.

370. Что нужно сделать после установления диагноза переносимости беременности?

Необходим тщательный контроль за состоянием плода, проведение КТГ (нестрессового теста) и определение биофизического профиля плода.

371. Какие признаки свидетельствуют о переносимости ребенка?

- Темно-зеленая окраска кожных покровов плодных оболочек, пуповины
- Мацерация кожи
- Уменьшение количества сыровидной смазки
- Уменьшение подкожной жировой клетчатки
- Снижение тургора кожи
- Длинные ногти пальцев рук
- Плохо выраженная конфигурация головки
- Плотные кости черепа.

372. Какие гормональные изменения происходят в организме матери при переносимости беременности?

- Резкое снижение эстрогенов, особенно эстриола
- Снижение прегнандиола.

373. Что является характерным признаком переносимости беременности по УЗИ?

- Уменьшение толщины плаценты
- Кальциноз
- Увеличение размеров плаценты
- Маловодие
- Отсутствие динамики увеличения бипариетального размера головки плода
- Утолщение костей черепа
- Крупные размеры плода.

374. Какова тактика врача, если принято решение о самостоятельном родоразрешении?

Пациентка поступает в родильный зал. Через каждые 4—6 часов применяется простагландиновый гель или свечи в трехкратной дозе. При раскрытии шейки матки производится амниотомия. Если роды не прогрессируют, в/в подключается питоцин или окситоцин. В этих случаях целесообразен постоянный мониторинг плода.

375. Какова частота кесаревых сечений при перенесенной беременности?

Около 15—20% первичных кесаревых сечений приходится на роды перенесенным плодом.

15. Миома матки и беременность

376. Влияет ли миома матки на течение беременности?

При сочетании двух процессов — патологического (фибромиома матки) и физиологического (беременность и роды) происходит взаимосвязанное отрицательное влияние. Миома осложняет течение беременности, родов и послеродового периода. Беременность и роды обуславливают более выраженное морфологическое изменение опухоли.

377. Какова частота сочетания миомы матки и беременности?

Сочетание миомы матки и беременности колеблется от 0,5—3,9%.

378. В каком возрасте беременность чаще сочетается с миомой матки?

Средний возраст беременных при наличии миомы матки составляет 35 лет. Первобеременных, страдающих миомой матки, почти в 3 раза больше, чем повторнобеременных.

379. Как влияет беременность на рост миоматозных узлов?

Данные противоречивы. Многие авторы считают, что беременность способствует росту миоматозных узлов. Увеличение размеров опухоли обусловлено усилением кровенаполнения матки и наличием отека узлов, процессами гипертрофии и гиперплазии мышечной и соединительной ткани, наступающих в периоде гестации.

Существует мнение, что миоматозные узлы увеличиваются только в первую половину беременности, а после 20 нед. не изменяются в своих размерах или же происходит их уменьшение и полное клиническое исчезновение после родов.

380. Влияет ли паритет родов на локализацию миоматозного узла?

Подбрюшинная локализация встречается преимущественно у первобеременных, а межмышечная — у повторнобеременных первородящих. Подслизистая локализация и центральный рост внутримышечных узлов чаще наблюдается у первородящих с отягощенным акушерским анамнезом.

381. Влияет ли наличие миомы матки на экскрецию ХГ при беременности?

Уровень экскреции ХГ с мочой у беременных с миомой матки при нормальном течении беременности не отличается от такового у здоровых беременных.

382. Как меняется концентрация плацентарного лактогена (ПЛЛ) при наличии миомы матки?

У женщин с множественными миоматозными узлами при неосложненном течении беременности обнаружено постепенное возрастание концентрации ПЛЛ с 36—37 нед. беременности к сроку родов также, как у женщин без миомы матки. Однако среднее значение содержания гормона в два раза ниже показателей здоровых беременных.

383. Нарушается ли баланс прогестерона при наличии миомы матки?

По современным представлениям миома матки сопровождается абсолютной или относительной прогестероновой недостаточностью. Уровень прогестероновых рецепторов в лейомиоме значительно превосходит их уровень в окружающей миометрии. Прогестерон стимулирует миоматическую активность лейомиомы.

384. Изменяется ли содержание ФСГ и ЛГ при наличии миомы матки?

В течение беременности содержание ФСГ колеблется в значительных пределах. Содержание ЛГ очень высокое в ранние сроки беременности, оно резко падает с приближением срока родов. У женщин с миомой матки содержание в плазме крови ЛГ и ФСГ увеличено во всех фазах цикла.

385. Меняется ли уровень тестостерона при миоме матки?

У женщин с фибромиомой уровень тестостерона в овуляторной фазе выше, чем у здоровых женщин, но динамика изменения его содержания аналогична динамике здоровых женщин.

386. Какие изменения происходят в выработке тиреоидных гормонов при миоме матки?

В I триместре беременности наблюдается достоверное снижение уровня трийодтиронина по сравнению с небеременными женщинами. Во II и III триместрах содержание T_3 резко возрастает. Концентрация тироксина (T_4) начинает повышаться в I триместре, нарастает во II и высокий уровень гормона сохраняется до конца беременности.

387. Отметьте некоторые особенности клинического течения беременности при миоме матки.

- Угроза прерывания
- Самопроизвольные выкидыши
- Железо-дефицитная анемия
- Несвоевременное излитие околоплодных вод
- Гестозы
- ДВС.

388. Какова частота кесарева сечения у больных миомой матки?
От 40 до 75%.

389. Перечислите некоторые абсолютные показания к кесаревому сечению при миоме матки.

- Большие миомы, размеры и локализация которых являются препятствием для родоразрешения через естественные родовые пути
- Установленная до родов дегенерация узлов миомы
- Перекрут основания субсерозного узла с развитием перитонеальных явлений
- Миома матки, сопровождающаяся выраженными нарушениями функций смежных органов
- Подозрение на малигнизацию миоматозного узла.

390. Перечислите относительные показания к операции кесарева сечения при миоме матки.

- Множественная миома матки у возрастных первородящих
- Миома матки и плацентарная недостаточность (гипоксия и гипотрофия плода)
- Миома и длительное нарушение репродуктивной функции в анамнезе (индуцированная беременность, длительное бесплодие)
- Миома матки у женщин, перенесших ранее операцию на матке
- Пороки развития внутренних половых органов.

391. Перечислите показания к миомэктомии во время кесарева сечения.

- Субсерозные узлы на тонком основании в любом доступном месте матки
- Субсерозные узлы на широком основании (исключая расположение сосудистых пучков в нижнем сегменте)
- Наличие крупных узлов (более 10 см) количеством не более 5
- Удаление узла миомы, расположенного интрамурально либо с центрипетальным ростом и размерами более 10 см в диаметре (не более 1 узла)

- Удаление узлов миомы различной локализации при хорошем доступе к узлу, исключая интрамуральные размеры (менее 5 см).

392. Перечислите показания к надвлагалищной ампутации матки при миоме.

- Множественная миома матки с различными вариантами расположения крупных узлов (возраст женщины более 40 лет)
- Миома с инфицированием и некрозом узла
- Множественная миома с ранее произведенной консервативной миомэктомией (рецидив)
- Интрамуральное расположение узлов притопографически и технически трудном доступе для производства миомэктомии
- Расположение узлов миомы на сосудистых пучках.

393. Перечислите показания к экстирпации матки при миоме.

- Множественная миома с низким расположением миоматозных узлов, исходящих из шейки матки или переходящих на ее перешеек
- Малигнизация узла, установленная гистологически во время операции.

394. Перечислите самые частые осложнения послеродового периода при наличии миомы матки.

- Кровотечение
- Субинволюция матки
- Болезненность миоматозных узлов
- Эндометрит
- Некроз узлов.

395. Как протекает лактационный период у женщин с миомой матки?

Даже при физиологическом течении беременности и родов в раннем послеродовом периоде при наличии миомы матки наблюдается нарушение лактогенеза, лактопоэза и молокоотдачи.

396. Как меняется концентрация гормонов в послеродовом периоде у женщин с миомой матки?

У больных с фибромиомой матки значительно снижена концентрация окситоцина в сыворотке крови в послеродовом периоде. Имеет место:

- повышение концентрации Э_2 и свободного Э_3 ,
- снижение уровня прогестерона,
- снижение уровня пролактина.

16. Антенатальная охрана плода

397. Перечислите тесты, определяющие состояние внутриутробного плода.

- Определение эстриола в плазме крови
- Регистрация шевеления плода (актография)
- Нестрессовый тест
- Стрессовый тест
- Биофизический профиль плода
- Допплер-флюсиметрия.

398. В чем преимущества регистрации двигательной активности плода?

Регистрацию двигательной активности плода можно проводить без специальной подготовки, аппаратуры и самостоятельно.

399. Как оценивают двигательную активность плода?

Движения плода регистрируют ежедневно. Колебания активности на 10—15 единиц свидетельствует о дистресс-состоянии плода.

400. Как регистрируется нестрессовый тест?

Нестрессовый тест — частота сердечных сокращений регистрируется наружным монитором в течение 20—40 мин.

Учитывается:

- базальный ритм — 120—160 уд/мин,
- вариабельность — 6—10 уд/мин,
- акцелерации.

Из-за незрелости ЦНС на сроках беременности 30—32 нед. нестрессовый тест бывает нереактивным и неинформативным.

401. В чем суть контрактильного стрессового теста?

Это регистрация маточных сокращений и частоты сердечных сокращений плода. Маточные сокращения могут быть спонтанными и индуцированными, методом стимуляции сосков или в/в введением окситоцина. При адекватном стрессовом тесте регистрируются три средней амплитуды сокращения за 10 мин.

402. В каких ситуациях противопоказано проведение контрактильного стрессового теста?

При:

- предлежании плаценты,
- продольном рубце на матке,
- шейечной недостаточности,
- многоплодной беременности,
- преждевременных родах.

403. Какова частота мертворождений?

Частота мертворождений после 20 нед. при весе плода 500 г и более составляет 1%.

404. Влияет ли возраст матери на частоту мертворождений?

Да. У женщин 20—34 лет частота мертворождений составляет 8/1000 родов. Высокая частота — 19/1000 родов отмечена у женщин моложе 15 лет и 22/1000 родов в 40 и более лет.

405. Что чувствует женщина при внутриутробной гибели плода в III триместре беременности?

- Потеря веса
- Уменьшение объема живота
- Не ощущает шевелений плода
- Не чувствует себя беременной
- Происходит регрессия молочных желез.

406. Как устанавливается наличие мертвого плода?

Отсутствие сердцебиения констатируется ультразвуковым исследованием, двумя специалистами в отдельности в течение 3-х мин. Регистрируется отсутствие шевеления плода отмечается мацерация кожи, опухоль головки.

407. Как устанавливается наличие мертвого плода на рентгенограмме?

- Признак Spolding — пересечение теней костей черепа — признак смерти плода. Однако такая же картина наблюдается при выраженной двигательной активности плода и при маловодии
- Признак Halo — наличие внесосудистой жидкости между костями черепа и подкожной жировой клетчаткой. Иногда та же картина наблюдается при водянке плода
- Наличие внутрисосудистого газа — образуется при разложении крови. Данный признак появляется к 10 дню гибели плода
- Чрезмерный изгиб позвоночника плода.

408. Является ли отсутствие сердцебиения плода доказательством его гибели?

Нет. Аускультативные погрешности регистрируются при ожирении матери, многоводии, предлежании плаценты.

409. Какова частота установленных причин внутриутробной гибели плода?

- Гипертензия матери — 5—25%
- Медицинские осложнения — 5—10%

- Изоиммунизация — 3—15%
- Нарушения плодово-плацентарного кровообращения — 10—20%
- Врожденные пороки развития плода — 5—10%
- Инфекции — 5—10%.

410. Насколько часто сифилис является причиной внутриутробной гибели плода?

В начале XX-го века в 40% случаях причиной гибели плода являлся сифилис.

411. Нужно ли индуцировать роды при внутриутробной гибели плода?

Нет. В 75—90% случаях роды наступают спонтанно, в течение 2-х недель. Стимуляция родов проводится при отхождении околоплодных вод.

412. Какие осложнения ожидаются у матери, если роды не наступают спонтанно?

Умеренно выраженная коагулопатия через 2—4 недели, в дальнейшем развивается ДВС матери.

413. Какой самый информативный параметр определения начала коагулопатии?

Фибриноген. Постепенное его снижение наблюдается на 4-й нед. В дальнейшем ожидается его понижение на 20—85 мг/% ежедневно.

414. Что нужно предпринять, если при многоплодной беременности диагностируется гибель одного плода?

- При dizиготных двойнях предлагается консервативное ведение с продолжительной терапией коагулопатии
- При монозиготных двойнях путем сосудистых шунтов возможны тромботические почечные и мозговые повреждения.

415. Чем проводят индуцирование родов при внутриутробной гибели плода?

- Простагландины — влагалищные свечи, 20 мг PGE₂ до 28 нед. беременности. Побочные эффекты — тошнота, рвота, диарея, тахикардия, повышение температуры. Простагландины противопоказаны при астме, сердечных, почечных, печеночных заболеваниях, сахарном диабете, при наличии рубца на матке
- Простагландины применяются внутривенно, интраамниотически (F_{2α}), внутримышечно (в/м 15 methyl PGF_{2α})
- Амниоинфузия — применяется редко

- Окситоцин (Pitocin) — применяют в III триместре с одновременным введением простагландинов, осмотических дилататоров (ламинария).

416. Какие исследования производят после рождения плода?

- Измерения плода
- Исследования плаценты
- Аутопсия плода
- Рентген — исследование всего плода
- Фотография плода
- Хромосомный анализ
- Наличие пороков развития, мацерации или гипотрофии плода.

417. На что следует обращать внимание при исследовании мертвого плода?

- Внешний вид — мацерация, наличие мекония, кожные везикулы
- Задняя поверхность — целостность черепа, шеи, позвоночника
- Передняя поверхность — описание глаз, лица, брюшной стенки
- Диафрагмальная грыжа, пол плода
- Конечности — симметричность, пропорциональность

418. Какие периоды с точки зрения антенатального применения лекарственных средств существуют?

- Преконцептивный или предимплантационный
- Постимплантационный или период органогенеза, продолжающийся в течение I триместра беременности
- Развитие плода, продолжающееся в течение II и III триместров
- Роды
- Кормление грудью.

17. Плод — как объект родов

419. Какие периоды различают во внутриутробном развитии человека?

- Зародышевый (эмбриональный)
- Плодовый (фетальный).

420. Сколько длится эмбриональный период?

Эмбриональный период продолжается от момента оплодотворения до конца II месяца беременности.

421. Что происходит в эмбриональном периоде?

- Образуются зачатки важнейших органов и систем
- Формируется туловище, голова, лицо
- Зародыш приобретает черты человека.

422. Какой период внутриутробной жизни называется фетальным?

Фетальный период начинается с конца II — начала III месяца беременности и продолжается до рождения плода.

423. Что происходит в фетальном периоде?

- Быстрый рост плода
- Дифференцировка тканей
- Становление новых функциональных систем.

424. Что такое «критические» периоды?

Периоды, когда зародыш обладает повышенной чувствительностью к действию повреждающих факторов среды, называют «критическими».

425. Какие периоды внутриутробного развития являются критическими для плода?

- I — имплантация
- II — 3—7 нед. (образование зачатков органов и систем зародыша)
- III — 9—12 нед. (процесс формирования плаценты).

426. Когда появляются первые рефлексы плода?

- В 7,5 нед. появляются первые рефлексы
- С 10 нед. появляются рефлексы, вызванные раздражением участков кожи
- С 20—22 нед. — консолидация рефлексов и образование функциональных систем
- На 21 нед. — спонтанные сосательные рефлексы
- На 23 нед. — искательный рефлекс
- На 24 нед. — двигательная активность.

427. Когда формируется эндокринная система плода?

Зачатки гипофиза, яичников, надпочечников, щитовидной, поджелудочной желез образуются на I—II месяце в/утробного периода.

428. Когда формируются половые железы плода?

- В первой половине внутриутробного периода
- У плода женского пола на IV месяце беременности формируются примордиальные фолликулы
- V месяц — начинается рост некоторых фолликулов.

429. Когда начинается кроветворение плода?

Вскоре после имплантации.

430. Где образуются первые очаги кроветворения?

В стенках желточного мешка. Там же образуются мегалобласты и мегалоциты.

431. Когда начинается и угасает кроветворение в печени?

Начинается с 5—6 нед. и угасает с 20 нед. беременности.

432. Когда начинается кроветворная функция костного мозга?

С конца III месяца.

433. Когда начинается кроветворение в селезенке?

С IV месяца.

434. Перечислите периоды развития системы кровообращения внутриутробного плода.

- Желточный
- Аллантаидный
- Плацентарный.

435. Сколько длится период желточного кровообращения?

От момента имплантации до конца II нед. жизни зародыша.

436. Сколько длится период аллантаидного (хориального) кровообращения?

Начинается с конца II месяца и продолжается 8 нед.

437. Когда начинает функционировать плацентарное кровообращение?

С III месяца беременности.

438. Назовите анатомические особенности сердечно-сосудистой системы плода.

- Наличие овального отверстия между правым и левым предсердием
- Наличие артериального (боталлова) протока, соединяющего легочную артерию с аортой.

439. Что называется венозным (аранциевым) протоком?

Участок вены пуповины от пупочного кольца до нижней полой вены называется венозным (аранциевым) протоком.

440. Когда начинается активность гипофиза плода?

С 24—28 нед., когда гипофизом вырабатывается некоторое количество АКТГ.

441. Отметьте длину и вес тела внутриутробного плода в различные сроки беременности.

Срок беременности	Длина тела в см	Вес тела в г
I месяц	зародыш	—
II месяц	3—3,5	—
III месяц	8—9	20—25
IV месяц	16	110—120
V месяц	25—26	280—300
VI месяц	30	600—680
VII месяц	35	1000—1200
VIII месяц	40—42	1500—1700
IX месяц	45—48	2400—2500
X месяц	зрелый плод	

442. Перечислите признаки зрелости плода.

- Длина 50—52 см (48—57 см)
- Масса 3200—3500 г (2600,0—5000,0 г)
- Выпуклая грудь
- Пупочное кольцо находится на середине между лобком и мечевидным отростком
- Кожа бледно-розовая
- Длина волос на головке 2 см
- Ногти заходят за кончики пальцев
- Ушные и носовые хрящи упругие
- Яички опущены в мошонку, малые половые губы и клитор открыты большими половыми губами
- Активные движения, громкий крик.

443. Назовите швы черепа новорожденного.

- Сагитальный
- Лобный
- Венечный
- Ламбовидный.

444. Перечислите роднички черепа плода.

- Передний (большой)
- Задний (малый).

445. Что такое прямой размер (*diameter frontooccipitalis*) головки зрелого плода?

- Это расстояние от надпереносья (*glabella*) до затылочного бугра — 12 см
- Окружность головки, соответствующая прямому размеру — 34 см.

- 446. Что такое большой кривой размер (*diameter mentooccipitalis*)?**
- Это расстояние от подбородка до затылочного бугра 13—13,5 см
 - Окружность головки — 38—42 см.
- 447. Как определяется малый кривой размер (*diameter suboccipitobregmaticus*)?**
- От подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка — 9,5 см
 - Окружность головки — 32 см.
- 448. Как называется наибольшее расстояние между теменными буграми?**
Большой поперечный размер (*diameter biparietalis*) — 9,25—9,5 см.
- 449. Как называется расстояние между отдаленными точками венечного шва?**
Малый поперечный размер — 8 см.
- 450. Чему равен поперечный размер плечевого пояса (*diameter biparietalis*)?**
12 см.
- 451. Чему равна окружность плечевого пояса?**
35 см.
- 452. Чему равен поперечный размер ягодиц и их окружность?**
Поперечный размер — 9—9,5 см.
Окружность — 28 см.
- 453. Как определяется состояние плода сразу после рождения?**
Проводится оценка плода на 1-й, 5-й минуте жизни по шкале Апгар.
- 454. Назовите параметры шкалы Апгар.**
- Частота сердечных сокращений
 - Дыхательная активность
 - Мышечный тонус
 - Рефлекторная активность
 - Цвет кожи.
- 455. Как оценивается состояние новорожденного по шкале Апгар?**
Оценка проводится по 10-балльной системе:
- при оценке 8—10 — отличное состояние;
 - при оценке 5—7 — умеренная депрессия. Плод нуждается в тактильной стимуляции, кислороде;
 - при оценке 0—4 — состояние асфиксии. Необходима интубация, вентиляция легких.

456. Перечислите мероприятия, необходимые для плода сразу после рождения.

- Высушить кожу
- Обеспечить теплом
- Прочистить дыхательные пути.

457. Отметьте состояние дыхательной и сердечной системы новорожденного.

- Через 2 часа после родов частота дыхательных движений достигает 30—60 в минуту и как правило бывает нерегулярной
- Частота сердечных сокращений в среднем больше 100 уд/мин, иногда до 80 уд/мин
- Максимальное систолическое давление не превышает 80 мм рт. ст., а диастолическое давление — 50 мм рт. ст.
- Артериальное давление ниже 30 мм рт. ст. свидетельствует о слабой периферической перфузии и шоке.

458. Какой период жизни новорожденного называется транзитным?

Первые 6 часов после родов.

459. С чем связано появление кровянистых выделений из половых путей у новорожденных женского пола?

В норме причиной кровянистых выделений являются эстрогены матери. Физиологическое кровомазание проходит через 3 дня.

460. Какова частота дыхательных движений плода, начиная с 32—33 недели беременности?

С 32—33 нед. дыхательные движения плода становятся регулярными и происходят с частотой 30—70 движений в минуту.

461. Какие противопоказания существуют для проведения контрактильного теста плода?

- Предполагаемый разрыв матки
- Предыдущее корпоральное кесарево сечение
- Риск преждевременных родов
- Преждевременный разрыв плодных оболочек
- Преждевременные роды
- Многоплодная беременность
- Многоводие
- Несостоятельность шейки матки
- Риск кровотечения
- Предлежание плаценты
- Кровотечение из половых путей неясной этиологии.

462. С какой частотой необходимо проводить нестрессовый тест при высоком риске внутриутробной гибели плода?

Диагноз	Частота проведения теста
В предыдущем — внутриутробная гибель плода	еженедельно, начиная с 32—36 нед.
Инсулинзависимый диабет	еженедельно, начиная с 32—35 нед., в дальнейшем 2 раза в неделю
Гипертензия	еженедельно, начиная с 32—35 нед.
Почечная патология	еженедельно, начиная с 32—35 нед.
Коллагеноз	еженедельно, начиная с 28—35 нед.
Презклампсия	дважды в неделю при стабильном состоянии
Внутриутробная гипотрофия плода	дважды в неделю
Переношенная беременность	дважды в неделю, начиная с 41,5 нед.

463. Как определяется биофизический профиль плода?

Показатель	Нормально (2)	Не нормально (1)
Уровень амниотической жидкости	Карманная жидкость 1 см ³ и более	Маловодие
Нестрессовый тест	Реактивный	Не реактивный
Дыхание	Одно дыхательное движение, с длительностью 30 сек	Дыхательных движений нет
Движение конечностей	Три отдельных движения	Два и меньше движений
Тонус плода	По крайней мере одно сгибательное и разгибательное движение конечностей или туловища	Движений нет

464. Какие материнские осложнения дают основание для проведения электронного мониторинга плода?

Гипертензия беременности	В прошлом — внутриутробная гибель плода
Сахарный диабет	Коллагенозы
Изоиммунизация	Дыхательная недостаточность матери
Преждевременные роды	Отслойка плаценты
Амниоцентез	Предлежание плаценты
Лихорадка	
Анемия	

465. Какие осложнения со стороны плода дают основание для проведения электронного мониторинга плода?

- Наличие мекония в амниотической жидкости
- Внутриутробная гипотрофия плода
- Переношенная беременность
- Преждевременные роды
- Многоплодная беременность.

466. Свидетельствует ли частота сердечных сокращений о состоянии внутриутробного плода?

Да, свидетельствует.

		Частота сокращений за 1 мин
Базальная ЧСС	Нормальная	120—160
	Тахикардия: умеренная выраженная	161—180 181 и более
Транзиторные изменения ЧСС	Вариабельность Акцелерации	5—15 уд/мин (амплитуда) Повышаются на 15 или более
	Децелерации: • ранние • поздние • вариабельные	Понижение на 10—40 • понижение на 5—60 • понижение на 10—60 • иногда больше

467. Перечислите клинические и лабораторные критерии зрелого плода.

Клинические критерии:

- регистрация сердечных тонов плода с 20 нед. фетоскопом или с 30 нед. Допплер-флюссиметрией,
- установление размеров матки с 16 нед. гестации.

Лабораторные критерии:

- УЗИ,
- определение размера плода от головки до крестца с 6—12 нед. гестации,
- установление гестационного возраста до 24 нед. гестации

468. Отметьте пренатальные и перинатальные факторы риска мозгового паралича новорожденных.

- Длительный менструальный цикл
- Многоводие
- Преждевременная отслойка плаценты
- Интервал между беременностями < 3 месяцев или > 3 лет
- Масса плода при рождении < 2000 г
- Тазовое, лицевое или поперечное положение плода
- Тяжелые роды

- Малая масса плаценты
- Асфиксия.

469. Какие факторы могут предопределить умственное недоразвитие плода?

Пренатальные:

- хромосомные,
- мутация генов,
- множественные пороки развития,
- инфекции, диабет, недоношенность.

Материнские осложнения:

- сахарный диабет,
- тяжелая анемия,
- гипопроотеинемия.

Лекарственные:

- индометацин.

Плодо-пуповинные:

- хориоангиома,
- тромбоз вен хориона,
- плодово-материнская трансфузия,
- разрыв пуповины,
- истинные узлы пуповины,
- аневризма пуповинной артерии.

Инфекции:

- цитомегаловирус,
- токсоплазмоз,
- сифилис,
- врожденный гепатит,
- ветряная оспа,
- парвовирус-лептоспироз,
- болезнь Чанга.

Разное:

- врожденная лимфедема,
- синдром полисплении,
- врожденная нейробластома,
- разрыв кисты яичника,
- травма плода,
- крестцово-копчиковая тератома.

18. Нарушения внутриутробного развития плода

470. Что такое крупный плод?

Плод, массой 4000 г и более, считается крупным, а выше 5000 г — гигантом.

471. Какие внутренние факторы способствуют развитию крупного плода?

- Обменные нарушения (сахарный диабет)
- Конституциональные особенности родителей
- Возраст родителей
- Этническая принадлежность
- Время полового созревания женщины
- Нарушения менструальной функции
- Паритет родов.

472. Каковы диагностические критерии наличия крупного плода?

- Высота стояния дна матки более 38 см
- Окружность живота свыше 100 см
- УЗИ.

473. Что обеспечивает своевременную диагностику плодов с большой и малой массой тела?

- Определение гестационного срока
- Раннее клиническое обследование
- Ранняя УЗ диагностика.

474. Какова частота рождения плодов с малой массой тела?

Составляет 4—7% всех беременностей. Частота перинатальной смертности в 8—10 раз выше, чем у плодов со средней массой тела.

Наиболее часто встречающиеся осложнения:

- гипогликемия,
- гипокальциемия,
- гипотермия.

475. Назовите причинные факторы симметричной и асимметричной внутриутробной гипотрофии плода.

Симметричная гипотрофия:

- конституциональная,
- хромосомная,
- внутриутробная инфекция.

Асимметричная:

- гипертензия матери,
- почечные заболевания,
- сердечно-легочная патология,
- тяжелая анемия,
- многоплодная беременность,
- инфаркты плаценты.

476. Какова частота выявления врожденных пороков развития у плода с внутриутробной задержкой роста по УЗИ?

Аномалии развития при УЗИ обнаруживаются у 15% новорожденных с внутриутробной гипотрофией плода.

477. Какие тесты проводят для выяснения состояния плода?

- Мониторинг частоты сердечных сокращений
- Состояние околоплодных вод
- Систолическое (диастолическое) состояние пуповинной артерии.

478. Какому риску в родах подвергается плод с внутриутробной задержкой роста?

- Дистресс плода, как следствие недостаточности перфузионной функции плаценты
- Сдавление пуповины при резком снижении количества околоплодных вод
- Аспирация мекониумом.

479. Какие осложнения ожидаются при макросомии плода?

- Дистоция плечиков
- Травма
- Гипогликемия.

480. Определите доношенных новорожденных с синдромом задержки роста плода (СЗРП).

Доношенные новорожденные с СЗРП — это дети, родившиеся на 37 нед. беременности и позже, с меньшей массой тела для данного гестационного срока.

481. Определите недоношенных новорожденных с СЗРП.

Это дети, родившиеся преждевременно (до 37 нед.) с меньшей массой тела по гестационному возрасту.

482. Что такое симметричная форма СЗРП?

При симметричной форме СЗРП все органы плода равномерно уменьшены в размерах; отмечается пропорциональное уменьшение массы и длины плода. Развивается эта форма обычно в ранние сроки беременности и часто приводит к антенатальной гибели плода.

483. Что такое асимметричная форма СЗРП?

Возникает в III триместре беременности на фоне плацентарной недостаточности, вызванной различными экстрагенитальными заболеваниями и осложнениями беременности.

484. Перечислите материнские факторы СЗРП.

- Гипертония беременности
- Прибавка в весе менее 0,9 кг/месяц
- Отставание в увеличении высоты стояния дна матки (менее 4 см для данного гестационного срока)

- Пороки сердца
- Курение
- Проживание в высокогорной местности
- Наркомания и токсикомания
- Маленький рост матери
- Низкий социально-экономический уровень матери
- Анемия
- Масса тела до беременности менее 50 кг
- Рождение детей с СЗРП при предыдущих беременностях
- Хроническая гипертензия
- Болезни почек
- Многоплодная беременность
- Возраст матери (моложе 20 и старше 35 лет).

485. Перечислите плацентарные факторы СЗРП.

- Плацентарная недостаточность
- Отслойка плаценты
- Гемангиома
- Единственная пупочная артерия
- Инфаркт плаценты
- Аномалии прикрепления пуповины
- Тромбоз пупочных сосудов
- Бессосудистые формы
- Ишемический некроз ворсин
- Синцитиальные узелки.

486. Отметьте формы фетоплацентарной недостаточности при СЗРП.

- Компенсированная
- Субкомпенсированная
- Декомпенсированная.

487. Что такое малая масса тела новорожденного для данного гестационного срока?

Это те новорожденные, вес которых ниже на 10 перцентилей установленной нормы для соответствующего гестационного возраста.

488. Что такое большая масса тела новорожденного для данного гестационного срока?

Это новорожденные, вес которых выше на 90 перцентилей установленной нормы.

489. Что такое соответствие веса плода с гестационным сроком?

Новорожденные весом в пределах 10—90 перцентилей классифицируются как соответствующие гестационному возрасту.

490. Какие причины способствуют развитию плодов с малой массой тела?

- Конституциональные особенности матери
- Малая прибавка в весе матери
- Плодовые инфекции
- Врожденные пороки развития (хромосомные, кариоз аскулярные)
- Хромосомные аномалии (трисомии по типу 13 и 18). Трисомия 18 сопровождается задержкой роста внутриутробного плода и многоводием
- Синдром несовершенства остеогенеза
- Тератогенные факторы и лекарства:
 - противосудорожные средства (Фенитоин),
 - табак,
 - наркотики,
 - алкоголь
- Тяжелое недоедание
- Сосудистые заболевания
- Хроническая патология почек
- Хроническая гипоксия
- Анемия матери
- Аномалии плаценты и пуповины
- Многоплодная беременность
- Аномалии развития матки.

491. Как влияет курение матери на вес плода?

- Если мать выкуривает одну пачку сигарет в день, то вес новорожденного в среднем на 200 г ниже обычных величин
- Если женщина перестает курить в III триместре, вес новорожденных не отличается от средних величин.

19. Аномалии развития плода и плаценты

492. Перечислите возможные причины возникновения аномалий развития и врожденных заболеваний плода.

- Наследственная передача соответствующих признаков
- Хромосомные aberrации
- Вредные факторы среды
- Сочетание действия генетических и средовых факторов.

493. На каких сроках возникают пороки развития, причиной которых являются повреждающие факторы?

Чаще всего они формируются на сроках с 2—3 нед. до 4 нед. беременности.

494. Какова частота врожденных пороков развития плода?

- Частота врожденных пороков составляет 6%
- Причиной перинатальной смертности в 20% случаев являются врожденные пороки развития.

495. Какие категории пороков существуют?

- Агенезия или аплазия
- Гипогенезия или гипоплазия
- Гипергенезия
- Атрезия
- Сращение парных органов
- Персистирование эмбриональных частей или органов.

496. Как действует употребление алкоголя на организм беременной женщины?

Употребление алкоголя может привести к:

- дефициту фолиевой кислоты,
- дефициту тиамина,
- печеночной патологии,
- пневмонии,
- кетоацидозу,
- умственному недоразвитию плода.

497. Проходит ли алкоголь через плаценту?

Этиловый спирт проникает к плоду через плаценту в тех же концентрациях, которые употребляет мать.

498. При каком количестве употребления алкоголя у плода возникает алкогольный синдром?

При употреблении 120 мл чистого алкоголя в день у 1/3 плодов развивается алкогольный синдром. У другой 1/3 возникает фетоплацентарный токсический эффект.

499. Как влияет употребление кокаина на организм матери?

Употребление кокаина во время беременности приводит к:

- вазоконстрикции,
- тахикардии,
- резкому повышению артериального давления,
- невынашиванию беременности в I триместре (40% самопроизвольные выкидыши),
- недонашиванию беременности,
- внутриутробной гипотрофии плода,
- синдрому внезапной смерти новорожденных (у 15%).

500. Может ли кормить грудью женщина, которая употребляет алкоголь, кокаин или героин?

Все эти средства проходимы через плацентарный барьер и кормление грудью в этих случаях категорически противопоказано.

501. Назовите наиболее часто встречающиеся трисомии.
Трисомии по типу 13, 18, 21.

502. Что обозначают транслокации 15/21, 21/21, 21/22?
Синдром Дауна (трисомия по 21 хромосоме).

503. Опишите типичный внешний вид новорожденного с синдромом Дауна.

- Малый размер головы
- Уплощенный затылок
- Монголоидный разрез глаз
- Широкая вдавленная переносица
- Полуоткрытый рот
- Деформированные уши.

504. Что такое гидроцефалия?

Гидроцефалия — водянка головного мозга — возникает вследствие чрезмерного накопления жидкости в желудочках мозга.

505. На основании каких данных ставится диагноз гидроцефалии?

- Чрезмерная величина головки
- Несоответствие между размером головки и таза матери
- Головка плода не вставляется в процессе родов.

506. Какое количество жидкости накапливается в желудочках мозга?

Количество жидкости варьирует, иногда может достигать 2—3 л.

507. Что такое анэнцефалия?

Анэнцефалия — резкое недоразвитие полушарий мозга.

508. Что такое акрания и гемикрания?

- Акрания — отсутствие крыши черепа
- Гемикрания — недоразвитие черепной крыши.

509. Что такое мозговая грыжа?

Мозговая грыжа — выпячивание мозга в области большого родничка, затылка или переносицы.

510. Каким образом проявляется спинно-мозговая грыжа (spina bifida)?

- Локализация чаще всего — в поясничной области
- Через отверстие из центрального канала может выпячиваться спинной мозг, покрытый мозговыми оболочками и стонченной кожей.

511. Что такое пузырный занос (mola hydatidosa)?

Пузырный занос — заболевание плодного яйца.

512. Чем характеризуется пузырьный занос?

Ворсинки хориона превращаются в пузырьки, заполненные светлой жидкостью.

513. Какие формы пузырьного заноса по степени пролиферации и анаплазии существуют?

- Доброкачественная
- Потенциально злокачественная
- Злокачественная.

514. Что происходит при полном пузырьном заносе?

Перерождение всех ворсин хориона. Встречается в первые месяцы беременности.

515. Как характеризуется частичный пузырьный занос?

Пузырчатому превращению подвергается большая или меньшая часть ворсин плаценты. Возникает в более поздние сроки беременности.

516. Какие клинические симптомы характерны при пузырьном заносе?

- Кровотечение из матки
- Отсутствие достоверных признаков беременности
- Несоответствие между сроком беременности и величиной матки
- Частое возникновение токсикозов беременных.

517. Что такое хориокарцинома (хорионэпителиома)?

Хориокарцинома — это быстрорастущая злокачественная опухоль, которая развивается из клеток хориона. Отличается быстротой возникновения метастазов.

518. Какие клинические симптомы характеризуют хориокарциному?

- Ациклические кровянистые выделения
- Узловатость, увеличение матки
- Повышение температуры
- Анемия
- Кашель
- Множество метастазов.

519. Дайте клиническую классификацию гестационной трофобластической болезни.

Пузырный занос:

- полный,
- частичный.

Гестационные трофобластические опухоли:

- инвазивный занос,
- хориокарцинома,
- опухоль плаценты.

520. Дайте клиническую классификацию трофобластических опухолей.

- **Неметастатические**
- **Метастатические опухоли низкого риска:**
 1. хорионический гонадотропин
 - в моче < 100000 IU/ 24 ч или
 - в плазме < 40000 mIU/ml;
 2. продолжительность симптомов менее 4 месяцев;
 3. без предшествующей химиотерапии;
 4. прерывание беременности (занос, эктопическая беременность, самопроизвольный выкидыш)
- **Опухоли высокого риска:**
 1. хорионический гонадотропин
 - в моче > 100000 IU/24 ч или
 - в плазме > 40000 mIU/ml;
 2. продолжительность симптомов более 4 месяцев;
 3. мозговые и печеночные метастазы;
 4. неудачная предшествующая химиотерапия;
 5. предшествующая доношенная беременность.

521. Какие патогенные факторы могут стать причиной пороков развития и заболеваний плода?

- Перегревание
- Переохлаждение
- Радиация
- Патогенные микробы
- Вирусы
- Алкоголь
- Наркотики.

20. Инфекции при беременности

522. Какие инфекции передаются половым путем?

Вирусы:

- *molluscum contagiosum*,
- папилломавирус человека (HPV),
- гепатит В,
- вирус иммунодефицита человека (HIV),
- простой герпес — тип 2,
- цитомегаловирус.

Хламидии:

- *chlamydia trachomatis*,
- иммунотипы L₁, L₂, L₃,
- иммунотипы B, D, K.

Микоплазмы:

- *mycoplasma hominis*,
- *mycoplasma genitalium*,
- *ureaplasma urealyticum*.

Грибки:

- *candida albicans*.

Спирохеты:

- *treponema pallidum*.

Бактерии:

- *neisseria gonorrhoeae*,
- *haemophilus ducreyi*,
- *calymmatobacterium granulomatis*,
- *streptococcus pyogenes*,
- *gardnerella vaginalis*.

Паразиты:

- *trichomonas vaginalis*,
- *phthirus pubis*,
- *sarcoptes Scabici*.

523. Как воздействуют патогенные факторы на организм матери и новорожденного в послеродовом периоде?

Патогенные факторы	Мать	Новорожденный
Простой герпес	Местное обострение, раздражение	Местная и разлитая инфекция
Человеческий папилломавирус	Обострение кондилом	Ларингеальный полипоз
Гепатит В	Хронические носители	Острый и хронический гепатит
Вирус иммунодефицита человека	Изменения во всех органах	СПИД
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Синдром Fitz-Hugh-Curtis	Офтальмия, пневмония
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	Хориоамнионит	Хроническое заболевание легких, недоношенность, пневмония
<i>Mycoplasma hominis</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i>	Эндометриит	Септицемия
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> , F-N-C – синдром гонококковый перигепатит у женщин с анамнезом гонорреального сальпингита	Бактериемия	Офтальмия

Патогенные факторы	Мать	Новорожденный
Стрептококки группы В	Эндометрит	Менингит, пневмония
<i>Gardnerella vaginalis</i>	Эндометрит Бактериемия Вагинит	— пневмония
<i>Sarcoptes Scabici</i>	Чесотка	Чесотка

524. Какие внутриматочные и трансплацентарные инфекции передаются половым путем?

Половые инфекции:

- цитомегаловирус,
- вирус иммунодефицита человека,
- простой герпес,
- *treponema pallidum*.

Хориоамниониты:

- простой герпес,
- генитальный микоплазмоз,
- стрептококки группы В,
- *neisseria gonorrhoeae*.

525. Какое лечение токсоплазмоза приемлемо при беременности?

- Если у матери установлено наличие токсоплазмоза, необходимо начать лечение спирамицином. Ежедневная суточная доза составляет 3 г (три недели)
- *Spiramycin* позволяет снижать частоту врожденного токсоплазмоза почти на 60%
- Для профилактики фетопатии применяется комбинация каждый день с *sulfadiazine* 1 г — 4 раза в день
- *Pyrimethamine* применяется после 14 нед. беременности
- Фолиевая кислота — 6 г 3 раза в неделю
- Применение *Pyrimethamine* и *spiramycin* рекомендуется, если инфицирование имело место до 28 нед. гестации
- *Pyrimethamine* с *clindamycin* с успехом применяется при лечении токсоплазменного энцефалита и СПИДа. Но данное сочетание не рекомендуется применять при беременности.

526. Как лечить врожденный токсоплазмоз?

В течение 6 месяцев применяется терапия с фолиевой кислотой. Еще 6 месяцев ежемесячно проводится терапия с пирацином.

527. Каков риск передачи токсоплазменной инфекции от матери плоду?

Инфекция у матери на сроках	Инфекция у плода
6—16 нед.	4%
17—25 нед.	20%
25 нед. и более	60%

528. Какова частота вирусной инфекции при беременности?

Около 1—5% всех беременностей осложняются вирусной инфекцией.

529. Какова частота цитомегаловирусной инфекции в структуре врожденных пороков?

Частота поражения цитомегаловирусом от 0,5 до 1,5%.

Культура вируса в моче, носоглотке или из шейки матки выявляется у 3—5% беременных женщин.

530. Что из себя представляет герпес-вирусная инфекция?

Герпес-вирусы имеют широкую распространенность в природе, обладают двойной спиралью ДНК. Каждый из этих вирусов распространяется при близком контакте.

531. Назовите 6 видов вирусов, которые инфицируют человека.

- Простой герпес-вирус 1 (HVS-1)
- Простой герпес-вирус 2 (HVS-2)
- Цитомегаловирус (CMV)
- *Varicella zoster virus* (VZV)
- Вирус Epstein-Barr (EBV)
- Герпес-вирус человека тип 6 (HHV-6)

532. Какой тропизм у вируса?

Разные виды герпеса имеют свой тропизм. HVS-1 и HVS-2 преимущественно инфицируют гениталии, кожу лица или эпителий.

533. Какая разница между первичным инфицированием и первичным генитальным герпесом?

Начальная инфекция имеет место, когда человек впервые заражается HVS-1 или HVS-2 — специфичным вирусом.

Начальная инфекция может быть очень вариабельной и асимптомной. Классическое проявление генитального герпеса наблюдается примерно у 1/3 инфицированных. Многие больные могут иметь болезненные «первичные», но неначальные проявления герпеса. HVS-1 и HVS-2 вирусы имеют долгое воздействие на

тентную фазу и поражают ганглионы клеток. «Первичный» генитальный герпес длится 12—21 день, сопровождается зудом, головной болью, асептическим менингитом. Цикл первичного герпеса длится 2—4 дня.

534. Что из себя представляют герпетические высыпания?

Герпетические высыпания обычное явление при привычной инфекции, когда поражается область рта, особенно губы. Причиной высыпания могут быть общие заболевания, повышение температуры, хирургическая манипуляция и другие стрессовые состояния.

535. Что такое герпетическая продрома?

Активация HSV-инфекции проявляется гиперэстезией, жжением, зудом, колющими, пронизывающими болями.

536. В чем разница между HSV-1 и HSV-2 вирусами?

Эти вирусы отличаются строением генома. В HSV-1 вирусах обнаруживаются гликопротеины G-1, а в HSV-2 гликопротеины G-2.

HSV-1 и HSV-2 вирусы поражают одни и те же участки тела, но HSV-2 вызывает более тяжелые клинические симптомы и частые рецидивы.

537. Может ли человек, инфицированный герпес-вирусом, не знать об этом?

Да. Серологические тесты подтверждают, что 1/3 сексуально активной части взрослого населения имеют положительную реакцию. Менее 5% имеют в анамнезе HSV-инфекцию.

538. Опишите кожные проявления герпетической инфекции.

Кожные высыпания сравнивают с каплями росы на лепестках розы. В везикулах содержится чистая, прозрачно-желтоватая жидкость. Основа везикулы эритематозна. Такие проявления обычны для генитальной области. Герпетические цервициты характеризуются участками серовато-белого некроза, которые по ошибке воспринимаются как рак шейки матки.

539. Насколько заразительна герпес-инфекция?

Степень заразительности зависит от иммунной системы организма, наличия травмы. Инфицируются около 50% при прямом контакте.

540. Может ли распространиться герпетическая инфекция без контакта с герпетической сыпью?

Да. Исследования показывают, что 25% инфицированных контактировали с партнерами с асимптомным проявлением герпеса.

541. Какие два вируса могут быть идентифицированы в репродуктивной системе с раковыми клетками в шейке, во влагалище и вульве?

HVS-2 и папилломавирус человека.

542. Перечислите осложнения при HVS-1 и HVS-2 инфицировании для матери и плода.

- Выкидыш
- Преждевременные роды
- Внутриутробная инфекция
- Неонатальная инфекция.

Неонатальная инфекция редко может привести к:

- внутриутробной гипотрофии плода,
- кальцинозу,
- микроцефалии,
- дисплазии сетчатки,
- спастическому параличу,
- судорогам.

543. Каков метод родоразрешения при Herpes simplex вирусной инфекции?

Кесарево сечение. Если даже за неделю до родов получается положительная серологическая проба, рекомендуется абдоминальное родоразрешение.

544. Какие лабораторные методы используются для диагностики вируса простого герпеса?

- Культивирование вируса
- Выделение антигенов:
 - иммунофлюоресцентный,
 - иммунопероксидазный,
 - иммуноферментный
- Обнаружение вирусного генома
- Электронная микроскопия
- Серологические методы.

545. С какой частотой встречается внутриутробная HVS-2 инфекция?

Частота внутриутробной HVS-2 инфекции составляет 5%.

546. Какими клиническими формами проявляется неонатальный герпес?

- Локальная форма с поражением кожи и слизистых оболочек
- Локальная форма с поражением ЦНС (энцефалиты)
- Диссеминированная форма.

547. Как вести беременность у пациенток с генитальным герпесом?

- Тщательный сбор анамнеза
- Вирусологическое подтверждение герпесоподобных генитальных поражений во время хотя бы одного обострения HSV-инфекции у всех женщин, планирующих беременность, а также у их партнеров
- Тщательное клиническое обследование родовых путей, промежности, вульвы перед началом родов для выявления возможных герпетических очагов повреждения, о которых не знает пациентка.

548. Каков риск инфицированности цитомегаловирусом при беременности?

Риск инфекции составляет 1—4%, латентный период длится 4—8 нед. У иммунизированных матерей внутриутробная инфекция составляет 0,5—1,5%. При первичной инфекции риск внутриутробной инфекции составляет 30—40%, из них 85—95% р плода инфекция бывает латентной, скрытой, а в 5—15% имеет клиническое проявление.

549. Какие бывают осложнения беременности при цитомегаловирусе?

- Самопроизвольные выкидыши
- Внутриутробная инфекция
- Перинатальная инфекция.

550. Какие поздние осложнения могут возникнуть при внутриутробной инфекции при цитомегаловирусе?

- Нарушения иннервации
- Хориоретинит
- Аномалии роста зубов
- Внутриутробная гипотрофия плода
- Микроцефалия и хориоретиниты
- Неонатальная смерть плода
- Кожная сыпь
- Смерть в течение первых двух лет жизни
- Пороки развития, умственная недоразвитость (60%).

551. Дайте характеристику перинатальной инфекции при цитомегаловирусе.

- Инкубационный период 4—12 нед.
- Риск пневмонии в 1—2 года
- Тромбопения, нейропения, гепатоспленомегалия у недоношенных новорожденных
- Пороки развития нервно-мышечной системы.

552. Каковы проявления врожденного токсоплазмоза?

ЦНС	Другие осложнения
Микроцефалия	Воспаление сетчатки (хориоретинит)
Гидроцефалия	Гепатомегалия
Кальциноз участков мозга	Желтуха
Недоразвитие мозга	Анемия и тромбоцитопения
Энцефалит	Пневмония
Умственное недоразвитие	

553. Каков риск инфицирования плода при краснухе?

- До 10 нед. — 90%
- 23—26 нед. — 25%
- После 36 нед. — 100%.

554. Какова частота врожденных пороков при краснухе?

- До 10 нед — 90%
- 11—16 нед. — 20%
- После 17 нед. — 0%.

555. Перечислите осложнения, возникающие у плода, при заболевании матери краснухой в различные сроки беременности.

Срок инфицирования	Последствия для плода
3—7 нед.	Смерть плода и аборт
2—6 нед.	Катаракта, микрофтальмия, ретинопатия
5—7 нед.	Пороки сердца
5—12 нед.	Поражения внутреннего уха и слуха
8—9 нед.	Пороки развития молочных зубов

556. Отметьте акушерские осложнения при ветряной оспе (*Varicella zoster*).

- Преждевременные роды
- Ветрянка матери, установленная до 20 нед., в 3—9% приводит к внутриутробной инфекции
- Если мать заразилась до родов, инфицируются 10—20% плодов, смертность составляет 35% (от пневмонии).

557. Отметьте клинические проявления врожденной ветряной оспы.

- Задержка внутриутробного развития плода
- Кожные рубцы
- Недоразвитие суставов
- Мышечная дистрофия
- Пороки развития пальцевых фаланг
- Запоздалое психомоторное развитие

- Микроцефалия
- Дистрофия коры головного мозга
- Катаракта
- Хориоретинит
- Микроофтальмия
- *Herpes zoster* новорожденных.

558. Какие барьеры обеспечивают защиту плода от восходящей инфекции нижних отделов половых путей при беременности?

- Вязкость цервикальной слизи
- Хориоамниотические оболочки (закрывают внутренний зев канала шейки матки с 16 нед. беременности).

559. Какое влияние имеют микоплазмы нижних отделов половых путей на организм матери и плода?

- *Mycoplasma hominis* — вызывает раннюю послеродовую лихорадку
- *Ureaplasma urealyticum* — врожденную или раннюю пневмонию новорожденных.

560. Какие последствия может иметь на исход беременности неизлеченный материнский сифилис?

- Аборт во II триместре беременности
- Рождение ребенка с признаками врожденного сифилиса
- Рождение внешне здорового ребенка, у которого признаки инфекции появляются в течение первых 6 месяцев
- Рождение ребенка без явных признаков инфекции; признаки появляются в детском или подростковом возрасте
- Отсутствие инфицирования плода (при застарелом сифилисе).

561. Каким образом проявляется внутриутробная микоплазменная инфекция у новорожденных?

В виде:

- пневмонии,
- менингита,
- конъюнктивита,
- подкожных абсцессов.

562. Как протекает послеродовой период при хламидийной инфекции?

- Эндометрит
- Субфебрилитет
- Лейкоцитоз
- Субинволюция матки
- Расхождение швов после оперативных вмешательств.

563. Что такое внутриутробное инфицирование плода?

Внутриутробное инфицирование плода можно определить как механический перенос микробного агента от матери к плоду через плаценту.

564. Какие факторы определяют конечный результат перинатальных инфекционных заболеваний?

- Срок беременности
- Вирулентность микробного агента
- Восприимчивость матери и плода к инфекции
- Степень созревания плаценты.

565. Что такое внутриутробная инфекция?

Под понятием «внутриутробная инфекция» подразумевается поражение плода, связанное с инфекционным процессом, который развивается в его организме до или после рождения. При этом заражение плода от матери происходит до рождения, гематогенным путем через плаценту или путем ретроградного распространения возбудителя из половых органов женщины.

566. Какие микробные агенты способны вызвать внутриутробные инфекции?

Вирусы	Простейшие	Бактерии
Rubella virus Cytomegalovirus Herpes simplexvirus	Toxoplasma gondii Plasmodia ssp. Herpes simplexvirus	Difteria monocytogenes Treponema pallidum Mycobacterium
Variola Epstein-Barr virus Polivirus	Herpes simplexvirus Filaria ssp.	Tuberculosis Mycobacterium leprae
Virus hepatitis B Non A-non B virus Measles virus Rabie virus Mumps virus		

567. Что такое TORCH-агенты?

- *Toxoplasmosis*
- *Rubella*
- *Cytomegalovirus*
- *Herpes simplex*

и другие (сифилис, асептический менингит, энтеровирусные инфекции).

568. Чем характеризуется TORCH-синдром?

У взрослых инфекция имеет тенденцию к субклиническому течению. Несмотря на наличие специфических IgG, может произойти активация латентной инфекции.

Возбудители этой группы обычно вызывают клинически не распознаваемое заболевание, которое может быть выявлено только чувствительными серологическими методами.

Врожденные инфекции, вызванные этими возбудителями, приводят к раннему образованию IgM-антител у плода.

Возбудители характеризуются специфическим тропизмом к определенным органам и системам плода, преимущественно к глазам, ЦНС, сердцу и ретикулоэндотелиальной системе.

569. Когда начинается развитие иммунной системы плода?

С момента зачатия. Стволовые клетки в корковом веществе тимуса идентифицируются на 6—8-нед. беременности, а IgM и IgG, которые продуцируются В-лимфоцитами, идентифицируются в периферической крови плода на 12 нед. беременности.

570. Перечислите достоверные клинические признаки сифилиса плода.

- Остеохондрит
- Милиарные сифиломы внутренних органов
- Обнаружение в пораженных органах бледных трепонем.

571. Что такое врожденный сифилис?

Врожденный сифилис — это инфекционное заболевание, заражение которым происходит внутриутробно от больной сифилисом матери.

572. Какими путями проникают в организм плода бледные трепонемы?

Бледные трепонемы проникают в организм плода через плаценту начиная с 10 нед. беременности тремя путями:

- через пупочную вену,
- через лимфатические щели пупочных сосудов,
- через поврежденную плаценту с током крови матери.

573. Что такое генитальный кандидоз?

Генитальный кандидоз — грибковое заболевание слизистых оболочек и кожи мочеполовых органов, вызываемое дрожжеподобными грибами рода *Candida*.

574. Какие факторы повышают риск заболевания урогенитальным кандидозом?

- Физиологическое состояние организма (возраст, гормональный статус, беременность)
- Эндокринные заболевания
- Новообразования, инфекционные заболевания, истощение
- Медикаментозные факторы
- Гормональные контрацептивы.

575. Какие препараты рекомендуются для лечения беременных с урогенитальным кандидозом?

Рекомендуемые препараты: клотримазол, миконазол, изоконазол, натамицин.

576. Какие симптомы характеризуют кандидозный вульвит и вульвовагинит?

- Увеличение количества отделяемого из влагалища
- Необычно белый, с бляшками цвет влагалищного отделяемого
- Зуд, чувство жжения или раздражения в области наружных половых органов
- Усиление вульвовагинального зуда в тепле
- Повышенная чувствительность слизистой к воде и моче
- Усиление зуда и болезненных ощущений после полового акта
- Неприятный запах, усиливающийся после полового сношения.

577. Какими путями происходит заражение ВИЧ - инфекцией?

Основные пути заражения:

- половой,
- парентеральный,
- трансплацентарный.

578. Какие симптомы характерны для СПИДа в ранних стадиях?

- Лихорадка невыясненной этиологии
- Общая слабость
- Головная боль
- Повышенная утомляемость
- Уменьшение массы тела.

579. Что такое саркома Капоши?

Саркома Капоши является одной из форм течения СПИДа. Заболевание начинается с появления эритематозных или геморрагических пятен, узловатых инфильтратов различной величины. Различают 4 формы саркомы Капоши:

- спорадическая,
- эпидемическая,
- иммуносупрессивная,
- злокачественная.

21. Беременность и экстрагенитальная патология

580. Перечислите формы ожирения.

- Обменно-алиментарная
- Церебральная
- Эндокринно-обменная.

581. Какие степени тяжести миопии различают?

- Слабая степень — до 3 дптр
- Средняя степень — от 3 до 6 дптр
- Высокая степень — свыше 6 дптр.

582. Влияет ли острый гастрит на течение беременности?

Острый гастрит при неосложненном течении не оказывает отрицательного влияния на беременность и ее исход.

583. Как ведут роды при язвенной болезни желудка?

Роды ведут через естественные родовые пути.

При язвенном кровотечении в I периоде показано срочное кесарево сечение.

584. Как проявляется острая жировая дистрофия печени (Синдром Шихена)?

- Болезнь возникает в III триместре беременности
- Тяжелая печеночно-клеточная недостаточность
- Геморрагический синдром
- Поражение почек
- Желтуха
- Кровавая рвота
- Боли в животе
- Вялость
- Сонливость
- Тахикардия.

585. Какие виды анемии при беременности различают?

Приобретенные:

- железodefицитная анемия — результат дефицита железа,
- мегалобластная анемия — недостаток фолиевой кислоты,
- приобретенная гемолитическая анемия,
- апластическая или гипопластическая анемия.

Врожденные:

- таласемия,
- серповидно-клеточная анемия,
- наследственная гемолитическая анемия.

21.1. Заболевания сердечно-сосудистой системы и беременность

586. В каких случаях у беременных чаще всего развивается недостаточность кровообращения?

- Приобретенные пороки сердца
- Врожденные пороки сердца
- Болезни миокарда
- Хронические заболевания легких.

587. На каких сроках беременности чаще наблюдаются нарушения кровообращения?

- В конце II триместра
- В родах
- В послеродовом периоде.

588. Опишите начальные признаки недостаточности кровообращения у беременных.

- Одышка (более 20 дыхательных движений/мин)
- Кашель с отделением мокроты
- Периодическая тахикардия (до 100 уд/мин)
- Экстрасистолия
- Отеки на ногах.

589. Какой порок сердца является наиболее опасным при беременности?

Легочная гипертензия.

590. Отметьте жалобы больных при гипертензии малого круга кровообращения.

- Одышка при небольшом физическом напряжении
- Ночная одышка с ортопноэ
- Цианотичность
- Худоба.

591. Чем отличаются отеки при позднем токсикозе беременных от сердечных отеков?

Сердечным отекам предшествует увеличение размеров печени.

592. Чем клинически проявляется острая левожелудочковая недостаточность?

- Сердечная астма
- Отек легких.

593. Чем клинически проявляется правожелудочковая недостаточность?

Застой крови в венах большого круга кровообращения.

594. Как проводится родоразрешение женщин с заболеваниями сердца?

Преимущественно через естественные родовые пути. При компенсированном кровообращении выключения потуг не требуется.

595. При каких нарушениях кровообращения рекомендуется выключение потуг?

- Недостаточность кровообращения I и II А ст. у первородящих
- II А ст. у повторнородящих

- II Б ст. во время беременности, перешедшая к сроку родов в I и II А ст.
- Нарушения кровообращения во время родов
- Приступы коронарной недостаточности во время беременности или во время родов.
- Высокая легочная гипертензия
- Мерцательная аритмия
- Компенсированный порок, если II период родов затягивается дольше 30—40 мин.

596. При каких состояниях рекомендовано кесарево сечение?

- Недостаточность кровообращения II Б, III ст., сохранившаяся к сроку родов независимо от заболевания, вызвавшего декомпенсацию
- Септический эндокардит
- Острая сердечная недостаточность
- Высокая легочная гипертензия, сочетающаяся с недостаточностью кровообращения II Б — III ст.

597. В каких случаях после родов не следует класть тяжесть на живот роженицы?

- Стеноз легочной артерии
- Тетрада Фалло
- Септальные дефекты
- Открытый артериальный проток
- Митральный стеноз
- Комплекс Эйзенменгера.

598. В каких случаях после родов следует класть тяжесть на живот роженицы?

- Аортальная недостаточность
- Митральная недостаточность.

599. Определите критические сроки после родов у рожениц с заболеваниями сердца.

- С первых часов до 3—5 дня
- Конец первой недели.

600. Является ли активный ревматический процесс противопоказанием для сохранения беременности?

Да, особенно при остром и подостром течении заболевания.

601. Как производится родоразрешение при недостаточности кровообращения I или II А стадии при активном ревматическом процессе?

- Через естественные родовые пути с исключением путей с применением акушерских щипцов

- При тяжелой декомпенсации кровообращения, обострении ревмокардита может возникнуть необходимость в абдоминальном родоразрешении.

602. Что такое митральный стеноз?

Приобретенный порок сердца. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. Митральный стеноз вызывает переполнение малого круга кровообращения, а при беременности уже создаются условия для застоя крови в легких.

603. На каких сроках беременности технически доступна митральная комиссуротомия?

- При любом сроке беременности. Лучше ее производить на 10—11 или 16—18 нед.
- Позже 28 нед. беременности операция нежелательна.

604. Что такое пролапс митрального клапана?

Это состояние, при котором одна, чаще задняя, или обе створки митрального клапана выбухают в полость левого предсердия во вторую половину систолы.

605. Что является характерным клиническим проявлением пролапса митрального клапана?

Мезодиастолический щелчок, сочетающийся при наличии митральной недостаточности с поздним систолическим шумом.

606. Какой способ родоразрешения предпочтительнее при пролапсе митрального клапана?

Роды через естественные родовые пути.

607. Что такое недостаточность клапана аорты?

При недостаточности вследствие несмыкания створок клапана во время диастолы часть крови из аорты течет в обратном направлении в левый желудочек, поскольку давление в аорте в этот период превышает давление в желудочке.

Нормальный минутный объем крови вначале поддерживается за счет тахикардии.

608. Какие жалобы предъявляют больные с аортальной недостаточностью?

- Сильные толчки сердца
- Пульсация сосудов шеи
- Головокружение
- Обмороки
- Боль в области сердца
- Бледность кожи
- Пульсация сонных и периферических артерий

- Быстрый, скачущий пульс
- Повышение диастолического давления
- Снижение диастолического давления.

609. Что такое тетрада Фалло?

- Сужение легочной артерии
- Высокий дефект межжелудочковой перегородки
- Декстропозиция аорты
- Гипертрофия миокарда правого желудочка.

610. Перечислите важнейшие симптомы при тетраде Фалло.

- Цианоз
- Одышка
- Потеря сознания.

611. Какой прогноз беременности и родов при тетраде Фалло?

Неблагоприятный, если женщина не оперирована до беременности.

612. Что такое синдром Эйзенмейгера?

Характеризуется теми же аномалиями развития сердца, что и тетрада Фалло:

- дефект межжелудочковой перегородки,
- декстропозиция аорты,
- гипертрофия правого желудочка сердца, но
- легочная артерия не сужена.

613. Какой риск при беременности у женщин с синдромом Эйзенмейгера?

Материнская смертность от внезапной гипоксемии достигает 50—70%. Этим женщинам предлагается прерывание беременности до конца I триместра.

614. При каких нарушениях сердечно-сосудистой системы показано прерывание беременности?

- Легочная гипертензия — материнская смертность превышает 50%
- Синдром Эйзенмейгера
- Синдром Марфана с сердечно-сосудистыми заболеваниями
- Кардиомиопатия.

615. Как влияет заболевание сердечно-сосудистой системы матери на плод?

- Нарушение оксигенации плода
- Преждевременные роды
- Гипотрофия плода
- Самопроизвольные выкидыши.

616. Что такое предродовая кардиопатия?

Кардиопатия неизвестной этиологии. Развивается во II половине гестации или в раннем послеродовом периоде. В группу риска входят многорожавшие женщины старше 30 лет и беременные с преэклампсией.

617. Какие факторы влияют на риск развития материнского тромбоза?

- Сама беременность
- Постельный режим
- Возраст матери
- Митральный стеноз
- Кесарево сечение
- Операции в области малого таза
- Подавление лактации эстрогенами
- Травмы нижних конечностей
- Долгое путешествие на автомобиле или самолетом.

618. Что является наиболее частым осложнением сосудистой системы при беременности?

Тромбоз глубоких вен.

21.2. Заболевание почек у беременных

619. Какова частота гломерулонефрита у беременных?

0,1—0,2%.

620. Какие формы гломерулонефрита различают?

- Острый
- Хронический.

621. Какое клиническое течение имеет острый гломерулонефрит?

- Циклическое
- Ациклическое.

622. Как клинически проявляется циклическая форма гломерулонефрита?

- Внезапность начала
- Резкое ухудшение состояния самочувствия
- Головная боль
- Высокая температура
- Олигурия
- Отеки на лице
- Повышение артериального давления
- Бледность кожных покровов
- Изменение цвета мочи.

623. Как клинически проявляется ациклическая форма гломерулонефрита?

- Постепенное начало
- Недомогание
- Головная боль
- Пастозность мягких тканей
- Некоторое повышение артериального давления
- Гематурия.

624. Какая форма гломерулонефрита чаще встречается у беременных?

Хроническая.

625. Перечислите формы протекания хронического гломерулонефрита?

- Гипертоническая
- Нефротическая
- Латентная.

626. Как характеризуется гипертоническая форма гломерулонефрита?

- Повышение артериального давления (стабильное или неустойчивое)
- Изменение глазного дна
- Увеличение левого желудочка сердца
- Акцент II тона на аорте
- Гематурия
- Протеинурия
- Цилиндрурия.

627. Какова частота гипертонической формы гломерулонефрита?

7%.

628. Какие симптомы свойственны нефротической форме хронического гломерулонефрита?

- Протеинурия
- Гипопротеинемия
- Отеки
- Гиперхолестеринемия
- Нормальное артериальное давление.

629. Какова частота нефротической формы гломерулонефрита?

5%.

630. Какова характеристика смешанной формы гломерулонефрита?

- Умеренное снижение общего белка крови
- Разная степень выраженности отека лица, ног, рук

- Повышенное артериальное давление
- Может развиваться приступ эклампсии.

631. Какова частота смешанной формы гломерулонефрита?
25% у беременных.

632. Какая форма хронического гломерулонефрита чаще встречается у беременных?
Латентная.

633. Какие исследования необходимо провести беременным при гломерулонефрите?

- Измерение артериального давления
- ЭКГ
- Определение состояния глазного дна
- Мочевина
- Креатинин
- Остаточный азот
- Холестерин
- Высота титра антистрептолизина
- Высота титра антигиалуронидазы.

634. Какие акушерские осложнения чаще сочетаются с гломерулонефритом?

- Поздний токсикоз
- Эклампсия
- Внутриутробная гибель плода
- Перинатальная смертность
- Преждевременная отслойка плаценты
- Гипофибринемическое кровотечение
- Внутриутробная гипотрофия плода.

635. Какие степени акушерского риска различают у беременных с гломерулонефритом?

- I степень — минимальный риск с латентной формой гломерулонефрита
- II степень — выраженный риск с нефротической формой гломерулонефрита
- III степень — максимальный риск с гипертонической и смешанной формами хронического гломерулонефрита
- С острым гломерулонефритом и обострением хронического гломерулонефрита
- С почечной недостаточностью.

636. Какова частота пиелонефрита при беременности?
6—12%.

637. На каких сроках беременности чаще происходит обострение пиелонефрита?

На 22—28 нед., когда резко возрастает уровень половых и кортикостероидных гормонов.

638. Какие симптомы характерны для острого пиелонефрита?

- Повышение температуры до 38—40 °С
- Озноб
- Головная боль
- Боли в конечностях
- Боли в пояснице.

639. Какие методы исследования необходимы для диагностики хронического пиелонефрита?

- Количественный анализ осадка мочи
- Бактериологический анализ мочи
- Проба Зимницкого
- Исследование глазного дна
- ЭКГ
- Измерение артериального давления.

640. Какой акушерской патологией чаще сопровождается течение пиелонефрита?

- Поздний токсикоз
- Невынашивание беременности
- Внутриутробное инфицирование плода.

641. Какие степени риска различают у беременных с пиелонефритом?

- I степень — с неосложненным пиелонефритом
- II степень — с хроническим пиелонефритом, существовавшим до беременности
- III степень — с пиелонефритом и гипертензией или азотемией, пиелонефритом единственной почки.

642. Какой метод родоразрешения предпочтителен при пиелонефрите?

Родоразрешение необходимо произвести влагалищным путем.

643. На каких сроках после родов обычно развивается пиелонефрит?

На 4—6 — 12—14 сутки.

644. Что такое поликистоз почек?

Это тяжелая двусторонняя аномалия развития. Заболевание имеет доминантный тип наследования. Паренхима почки полностью замещена множественными кистами различной величины.

645. Какие стадии хронической почечной недостаточности выделяют?

I стадия — доклиническая (латентная)

II стадия — компенсированная почечная недостаточность

III стадия — декомпенсированная почечная недостаточность.

646. Что такое бессимптомная бактериурия?

Бессимптомная бактериурия не сопровождается ни локальной, ни общей симптоматикой. Выраженная бактериурия бактериологически характеризуется наличием 100 000 или более бактериальных тел уропатогенного вида в 1 мл мочи по меньшей мере в двух последовательных пробах при полном опорожнении мочевого пузыря или в одной пробе, взятой катетером.

647. Какова частота бактериурии у беременных?

2—10%.

648. Что такое острый цистит?

Воспаление мочевого пузыря. Характеризуется дизурией и (или) дискомфортом в надлонной области, частыми позывами к мочеиспусканию и иногда гематурией.

649. Какова частота острого цистита у беременных?

Острые циститы наблюдаются примерно у 1% беременных.

21.3. Сахарный диабет и беременность

650. Какова частота сахарного диабета у беременных?

- 2—4%
- Инсулинзависимый диабет — 0,2—0,4%.

651. Какая классификация диабета при беременности принята в настоящее время? (Модифицирование классификации по White).

- A. Низкая толерантность к глюкозе до беременности, бессимптомное течение. Лечение возможно без применения лекарств
- B. Начинается после 20 лет, продолжительность 10 лет
- C. Начинается в 10—19 лет, продолжительность 10—19 лет
- D. Начинается до 10 лет, длится 20 лет и более; хроническая гипертензия, ретинопатия
- F. Почечная патология
- H. Заболевание коронарных сосудов сердца, атеросклероз
- R. Пролиферативная ретинопатия
- T. Трансплантация почек.

652. С какими осложнениями протекает беременность у женщин, страдающих сахарным диабетом до беременности?

- Перинатальная смерть
- Крупный плод
- Врожденные пороки
- Гипотрофия и низкая масса плода
- Инфекции мочевыводительных путей в течение беременности и после родов
- Почечные или гипертензивные осложнения (преэклампсия)
- Ухудшение состояния из-за беременности.

653. При каком состоянии ставится диагноз сахарный диабет беременности?

Гликемия в голодном состоянии ≥ 105 мг/мл или показатели, полученные OGTT, выше нормы (OGTT-ORAL — Glukose Tolerance Test).

654. Когда диагностируется низкая толерантность к глюкозе?

Гликемия на 120 мин превышает 140 мкг/100 мл (7,8 ммоль/л) и других изменений показателей нет.

655. Перечислите основные факторы риска сахарного диабета беременных?

Личный анамнез:

- больные с сахарным диабетом в семье,
- ожирение,
- возраст старше 35 лет,
- возраст старше 40 лет.

Акушерский анамнез (в прошлом):

- сахарный диабет беременности,
- макросомия (> 90 перцентилей),
- мертвый плод,
- неонатальная заболеваемость,
- дети с врожденными пороками развития,
- полигидрамнион (многоводие),
- более трех самопроизвольных выкидышей,
- преэклампсия при предыдущей беременности,
- преждевременные роды.

Анамнез настоящей беременности:

- прибавка в весе,
- полигидрамнион,
- повторяющаяся инфекция мочеполовой системы,
- повторяющаяся глюкозурия и/или кетонурия,
- крупный плод (> 90 перцентилей),
- аномалии плода.

656. Какие исследования необходимо провести для оценки состояния внутриутробного плода при сахарном диабете?

- Количественные определения β -ХГ
- УЗИ:
 - на 8—12 нед.,
 - на 20—22 — «—,
 - на 28—30 — «—,
 - на 36—37 — «—
- Допплер-флюсиметрия
- Амниоцентез, если требуется родоразрешение до 38 нед. беременности. Для определения соотношения лецитин/сфингомиелин и количества фосфатидил глицерола
- КТГ — начиная с 37 нед. через каждые 4—5 дня.

657. На каких сроках требуется обязательная госпитализация пациенток?

- В-С класс — после 38 нед.
- D класс — с 37 нед.
- F, R классы — с 36 нед.

658. Какой способ родоразрешения применяется у беременных с сахарным диабетом?

- Класс D — родостимуляция, если намечаются роды крупным плодом
- Класс F, R — абдоминальное родоразрешение с 38 нед.

659. Какие степени тяжести сахарного диабета различают?

- Легкая — I степень
- Среднетяжелая — II степень
- Тяжелая — III степень.

660. Какое состояние считается легкой формой заболевания?

Легкая форма — нет и не было кетоза, уровень сахара натощак (выше 7,8 ммоль/л) удается снизить с помощью диетотерапии.

661. Что такое среднетяжелая форма сахарного диабета?

- Сахар натощак не превышает 12,2 ммоль/л
- Кетоновые тела отсутствуют, терапия инсулином в дозе не более 60 Ед. в сутки
- Тяжелых сосудистых и других осложнений нет.

662. Чем характеризуется тяжелая форма сахарного диабета?

- Высокая гликемия натощак (более 12,2 ммоль/л)
- Наличие осложнений: кетоз, инсулинорезистентность, аллергия к инсулину, ретинопатия, нефроангиопатия. Имеется необходимость введения инсулина в дозе, превышающей 60 Ед. в сутки.

663. Какие особенности имеет течение позднего токсикоза у беременных с сахарным диабетом?

- Раннее проявление первых признаков (26—28 нед.)
- Быстрота развития
- Стойкость симптомов
- Длительность течения
- Неустойчивый эффект от проводимой терапии
- Гипертензия.

664. Какими факторами определяется состояние и развитие внутриутробного плода?

- Типы тяжести сахарного диабета
- Компенсация сахарного диабета
- Наличие, характер, длительность осложнений беременности, их лечение
- Тактика ведения беременности и родов
- Характер применяемых средств и методов лечения беременной.

665. Что является прогностическим признаком антенатальной смертности плодов при сахарном диабете?

Отсутствие увеличения потребности в инсулине во второй половине беременности. Это указывает на неблагополучие в состоянии плода.

666. Какова тактика ведения беременности у больных с сахарным диабетом в сочетании с поздним гестозом?

При отсутствии эффекта от лечения позднего токсикоза стационаре на протяжении 1—2 недель, а при тяжелых формах гестоза — в течение 3—5 дней встает вопрос о досрочном прерывании беременности.

667. При каких акушерских ситуациях рекомендуется заканчивать роды операцией кесарева сечения?

- Слабость родовой деятельности
- Нарастающий безводный период (свыше 6 часов)
- Нарастание симптомов позднего токсикоза
- Прогрессирующие симптомы нарушения жизнедеятельности плода
- Симптомы начавшейся асфиксии плода
- Крупный плод и другие акушерские осложнения.

668. Назовите наиболее частые неонатальные осложнения при сахарном диабете.

- Родовая травма
- Респираторный дистресс-синдром

- Гипогликемия
- Гипокальциемия
- Гипомагниемия
- Гипербилирубинемия
- Врожденные пороки.

21.4. Травма и беременность

669. Какое воздействие оказывает травма на беременность?

Травма является одной из первичных причин смертности у женщин в возрасте 15—45 лет. Перинатальная смертность от мелких травм составляет 0,5%, от больших травм — достигает 61% и 80% — при наличии шока.

670. Каков исход беременности при тупых и острых травмах?

Тупая травма — исход:

- отслойка плаценты,
- разрыв матки,
- разрыв плодных оболочек и преждевременные роды.

Острая травма — исход:

- разрыв матки,
- перфорация матки,
- разрыв плаценты,
- повреждение пуповины.

671. Какой подход требуется травмированной беременной?

- **Специальный.** При беременности происходят анатомофизиологические изменения, которые могут стереть характерную клиническую картину шока.
- **Анемия.** Гематокрит 35% может рассматриваться как наличие кровотечения, между тем, это физиологическая норма при беременности.
- **Гиперволемиа.** Пациент может потерять больше крови, прежде чем клинически установится гипотензия и понадобится больше жидкости для переливания.
- **Анатомический.** Беременная матка своим весом давит на все соседние органы, поднимается диафрагма. При диагностике необходимо учесть анатомические особенности беременного организма.

672. Какая помощь необходима травмированной беременной, у которой начались судороги?

- Провести магниезиальную, противосудорожную терапию
- Сканирование черепа.

673. Кроме традиционных, какие еще факты должны учитываться при работе с травмированной беременной?

- Выяснение даты последних месячных
- Клиническое исследование и УЗИ
- Регистрация сердечной активности плода
- Состояние шейки матки, плодных оболочек, наличие кровотечения
- Клиническая диагностика ДВС
- Выявление ретроплацентарной гематомы.

674. Отметьте показания к кесаревому сечению при травме матери.

- Повреждение матки
- Механическое сдавление беременной матки
- Риск асфиксии плода
- Повреждение грудного и поясничного отделов позвоночника
- Продолжающийся материнский шок
- Смерть плода не является показанием к кесаревому сечению.

675. Показано ли кесарево сечение пациенткам, которые до родов перенесли травму со срединной лапаротомией?

Нет. Даже в раннем послеоперационном периоде предпочтение отдается родам через естественные родовые пути.

676. Являются ли показаниями к кесаревому сечению переломы тазовых костей?

Подход должен быть индивидуальным. Если повреждение произошло за 8 нед. до срока родов, предпочтительнее абдоминальное родоразрешение.

677. Перечислите показания к гистерэктомии при травме матери.

- Разрыв матки в сочетании с другими повреждениями
- Массивное кровотечение из матки или широких связок, не перестающее после лигирования *aa ovarii*.

678. Перечислите показания к посмертному кесареву сечению.

Смерть матери и регистрация сердечной активности плода.

679. Через какое время после смерти матери можно произвести кесарево сечение?

Через 5 мин после остановки сердца.

680. Отметьте основные причины смерти рожениц при травме.

- Эмболия околоплодными водами
- Сердечно-легочная недостаточность.

21.5. Злокачественные новообразования и беременность

681. Имеет ли беременность воздействие на обычное течение злокачественного процесса?

Нет, за исключением меланомы.

682. Действует ли злокачественный процесс на развитие плода?

Неоплазма сама по себе не влияет на плод. Но на плод воздействует применяемая терапия.

683. Как воздействуют терапевтические средства лечения на плод?

Радиационная терапия в I триместре вызывает выкидыши, задержку роста плода, нарушение физического развития. Все химиотерапевтические средства тератогенны и мутагенны и противопоказаны в I триместре беременности.

684. Могут ли в будущем забеременеть пациентки, получившие химиотерапию?

Да. В большинстве случаев яичники или овоциты не повреждаются и беременность в будущем возможна.

685. Как часто рак сочетается с беременностью?

Очень редко. В основном, это рак молочной железы, лейкемия, лимфомы, меланомы, карцинома шейки матки, опухоли костей.

686. С какой частотой сочетается инвазивная карцинома шейки матки и карцинома *in situ* с беременностью?

- Карцинома шейки: 1 на 2000—2500 беременностей
- Карцинома *in situ*: 1 на 750 беременностей.

687. Назовите характерные симптомы при сочетании карциномы шейки матки и беременности.

- Кровотечение
- Обильное влагалищное отделяемое
- Кровотечение после полового сношения
- Боли в малом тазу.

688. Как диагностируется шейная неоплазия при беременности?

Так же, как и у небеременных. Производится биопсия.

689. Нужно ли прервать беременность для проведения лечения карциномы шейки матки?

Да. Если болезнь обнаружена в I или II триместрах, рекомендуется прерывание беременности. Если болезнь диагностируется в III триместре, предпочтительна выжидательная тактика до созревания легочной ткани плода и его жизнеспособности.

690. Действует ли метод родоразрешения на распространение метастазов при карциноме шейки матки?

Метод родоразрешения не играет решающей роли. Если есть необходимость в гистерэктомии, рекомендуется кесарево сечение.

691. Как следует поступать при обнаруживании кисты яичника во время беременности?

Большая часть кист яичника исчезает во II триместре беременности. Если киста персистирует, растет в размерах, предлагается лапаротомия во II триместре. В 2—5% случаев обнаруживается злокачественное новообразование.

692. В чем исходная разница между раком молочной железы у беременных и небеременных женщин?

Благоприятный исход при раке молочной железы у небеременных достигает 50%, но при беременности 15—20%.

693. Необходим ли аборт беременным с раком молочной железы?

Для пациентов с локализованным процессом аборт не является необходимым. В других случаях предлагаются паллиативные методы лечения.

694. Можно ли допустить беременность у женщин, перенесших мастэктомию?

Да, можно.

695. Могут ли кормить грудным молоком женщины с раком молочной железы?

Большинство врачей не допускают грудного вскармливания при раке молочной железы.

21.6. Нарушения нервной системы у беременных

696. Что может явиться причиной недостаточности кровоснабжения коры головного мозга?

- Артериосклероз
- Церебральный эмболизм
- Спазм сосудов по гипертензивному типу.

697. Что может явиться причиной нарушения кровоснабжения головного мозга?

- Артериовенозные пороки
- Разрыв аневризмы.

698. Какая клиническая картина характерна при цереброваскулярных нарушениях?

- Головные боли
- Нарушение зрения

- Обмороки
- Гемиплегия
- Нарушение речи
- Кома.

699. Как влияет беременность на частоту мигрени?

Частота хронических мигренеподобных головных болей у беременных понижается на 50—80%.

700. Какие симптомы характерны для мигрени при беременности?

- Мигрень в прошлом
- Боли в висках
- Тошнота
- Рвота
- Головокружение
- Обмороки
- Заторможенное состояние.

701. Что такое миастения?

Миастения — заболевание нервной и мышечной системы, характеризующееся мышечной слабостью и патологической утомляемостью.

702. Какие клинические симптомы характерны для миастении?

- Повышенная утомляемость мышечной системы
- Глазодвигательные расстройства
- Птоз
- Диплопия.

703. Как проявляется миастенический криз?

- Затруднение дыхания
- Одышка (паралич дыхательной мускулатуры)
- Тахикардия
- Психомоторное возбуждение, переходящее в вялость
- Апатия
- Парез кишечника, сфинктеров.

704. Какой путь родоразрешения является методом выбора при прогрессирующей миастении?

При прогрессирующем течении миастении во время беременности показано абдоминальное родоразрешение.

21.7. Хирургические заболевания и беременность

705. Как должны планироваться абдоминальные вмешательства при беременности?

- Если операция плановая, её лучше отложить до конца беременности

- Ежегодно 2% беременных подвергаются хирургическим вмешательствам при беременности.

706. Ускоряет ли хирургическое вмешательство срок родов?

Нет. Но причины, вызвавшие срочное хирургическое вмешательство (перитонит, сердечно-сосудистый коллапс), сами по себе провоцируют преждевременные роды.

707. Что является самым частым хирургическим осложнением при беременности?

Аппендэктомия.

708. С какой частотой диагностируется аппендицит при беременности?

У беременных аппендицит встречается с той же частотой, как и у не беременных. Перфорированный отросток слепой кишки является причиной материнской смертности в 1%, гибели плода в 35% случаях.

709. Перечислите ситуации, когда боли в левом верхнем квадранте усиливаются при беременности.

- **Разрыв селезенки.** Беременность, наступившая после перенесенной малярии, может явиться предрасполагающим фактором разрыва селезенки
- **Гиперволемия, анемия** приводят к гиперспленизму и повышают риск самопроизвольного разрыва
- **Разрыв аневризмы артерии селезенки.** 25% этой редкой патологии встречается у беременных.

710. С чем могут быть связаны боли в правом верхнем квадранте при беременности?

- Холецистит
- Гепатит
- Пиелонефрит.

711. Какова частота внематочной беременности?

Частота внематочной беременности колеблется от 2 до 8,7% от общего числа гинекологических заболеваний.

712. Что может послужить причиной эктопической беременности?

- Нарушение проходимости и сократительной деятельности маточных труб
- Оперативные вмешательства на органах малого таза
- Половой инфантилизм
- Гормональные нарушения
- Эндометриоз яичников

- Применение гормональных препаратов
- Применение внутриматочных контрацептивов.

713. Какие формы по локализации внематочной беременности различают?

- Трубная
- Яичниковая
- Брюшная
- Комбинированная.

714. Как характеризуется клиническая картина апоплексии яичника?

- Острое начало
- Резкие боли в середине менструального цикла
- Резкие боли внизу живота
- Иррадиация болей в прямую кишку, промежность
- Бледность кожных покровов
- Частый пульс
- Низкое артериальное давление.

22. Роды через естественные родовые пути

715. В чем преимущество влагалищного родоразрешения для матери?

- Более низкая заболеваемость
- Меньшие осложнения
- Меньший срок госпитального обслуживания.

716. В чем преимущество влагалищного родоразрешения для плода?

- Меньший дыхательный дистресс
- Низкая частота ятрогенной недоношенности.

717. Какие исследования производятся при влагалищном родоразрешении?

- Состояние плода
- Положение плода
- Эффективность раскрытия шейки матки.

718. Какой вид родоразрешения предпочтителен при преждевременных родах?

- Большинство авторов считает, что роды через естественные родовые пути при головном предлежании плода не более травматичны, чем кесарево сечение
- Считается необходимым для бережного родоразрешения сохранение плодных оболочек, своевременная эпизиотомия.

719. Какие маточные ткани продуцируют простагландины при беременности?

- Миометрий синтезирует первичный PGI_2 (простациклин) и $\text{PGF}_{2\alpha}$
- Амнион и хорион синтезируют главным образом PGE_2 , децидуа- $\text{PGF}_{2\alpha}$ и немного PGE_2
- Концентрация $\text{PGF}_{2\alpha}$ и их метаболитов PGFM повышаются в плазме матери с началом родов.

720. Какие исследования необходимо провести с началом родов?

- Анамнез
- Температура, пульс, частота дыхательных движений, артериальное давление
- Анализ мочи с определением белка и глюкозы
- Обследование брюшной полости (эхография)
- Пальпация матки (по Леопольду—Лазаревичу)
- Определение интенсивности, периодичности маточных сокращений
- Если отходят воды, определить их состояние: цвет, запах
- Влагиалищное исследование.

721. Перечислите периоды родов.

- Период раскрытия начинается с первыми регулярными схватками и заканчивается полным раскрытием наружного зева шейки матки
- Период изгнания начинается с момента полного раскрытия шейки матки и заканчивается вместе с рождением ребенка
- Последовый период начинается с момента рождения ребенка и заканчивается изгнанием последа.

722. Сколько фаз выделяют в первом периоде родов?

- Латентная
- Активная
- Фаза замедления.

723. Что происходит во время схваток в мускулатуре тела матки?

- Сокращение мышечных волокон — контракция
- Смещение сокращающихся мышечных волокон, изменение их взаимного расположения — ретракция.

724. Что такое дистракция?

Сокращающиеся мышечные волокна тела матки оттягивают круговую (циркулярную) мускулатуру шейки матки в стороны и вверх. Отмечается увеличивающееся со схватками укорочение и расширение канала шейки матки.

✓ 725. **Что такое пограничное или контракционное кольцо?**

С развитием сильных схваток начинает обозначаться граница между сокращающимся полым мускулом (верхний сегмент) и растягивающимся нижним сегментом матки. Эта граница называется пограничным или контракционным кольцом.

✓ 726. **Как происходит сглаживание и раскрытие канала шейки матки у первородящих?**

Вначале раскрывается внутренний зев, постепенно расширяется канал шейки матки, канал шейки матки имеет форму воронки, укорачивается и сглаживается шейка матки, остается закрытым только наружный зев.

✓ 727. **Как происходит сглаживание и раскрытие канала шейки матки у повторнородящих?**

- Наружный зев раскрывается почти одновременно с раскрытием внутреннего зева и сглаживанием шейки матки
- Раскрытие зева происходит постепенно. Вначале зев пропускает кончик одного пальца, затем — два пальца (3–4 см) и более.

✓ 728. **Что такое пояс соприкосновения?**

Место охвата головки стенками нижнего сегмента называется поясом соприкосновения.

✓ 729. **Что такое проводная точка?**

Проводной точкой называется та, которая находится на предлежащей части, первой опускается во вход таза, идет впереди во время внутреннего поворота и первой показывается из половой щели.

✓ 730. **Дайте характеристику синклитического вставления.**

Синклитическое вставление головки является нормальным. Вертикальная ось головки стоит перпендикулярно к плоскости входа в малый таз, а сагитальный шов находится на одинаковом расстоянии от симфиза и промонтория.

731. Какова характеристика асинклитического вставления?

- Переднее — вертикальная ось головки стоит в плоскости входа в малый таз не строго перпендикулярно, а сагитальный шов располагается ближе к промонторию
- Заднее — сагитальный шов бывает ближе к симфизу.

732. Назовите разгибательные головные предлежания.

Частота их составляет от 0,5 до 1% всех родов.

- Переднеголовное
- Лобное
- Лицевое.

73. В каких ситуациях возникают разгибательные предлежания?

- Снижение тонуса и некоординированные сокращения матки
- Узкий таз
- Расслабление мускулатуры тазового дна
- Малые или очень большие размеры плода
- Отвислый, дряблый живот
- Боковое смещение матки
- Врожденная опухоль щитовидной железы плода
- Тугоподвижность атлантозатылочного сустава.

734. Отметьте причины возникновения лобного предлежания?

- Анатомически и клинически узкий таз
- Снижение тонуса матки и брюшного пресса
- Боковое отклонение матки
- Малые размеры плода
- Укорочение пуповины.

735. Назовите причины возникновения лицевого предлежания.

- Узкий таз
- Ассиметричное сокращение правой и левой половины матки
- Понижение ее тонуса.

736. Что является проводной точкой при лицевом предлежании?

Подбородок.

737. Что является проводной точкой при лобном предлежании?

Лоб. При прорезывании головки образуются две точки флексации: верхняя челюсть и затылочный бугор.

738. Что такое высокое прямое стояние головки?

Высоким прямым стоянием головки называют такое, при котором сагитальный шов расположен в прямом размере входа в малый таз.

739. Назовите виды высокого прямого стояния головки.

- Передний вид — затылок плода обращен к лобку
- Задний вид — затылок плода обращен к крестцовому мысу.

740. Что такое низкое поперечное стояние головки?

Положение головки сагитальным швом в поперечном размере полости таза (среднее поперечное стояние головки) или даже в его выходе (низкое, или глубокое поперечное стояние головки).

741. Что такое паритет родов?

Это количество родоразрешений живым или мертвым плодами весом не менее 500 г.

✓ 742. Какую скорость раскрытия шейки матки в родах?

- Скорость раскрытия шейки матки составляет в норме 1 см/ч
- После полного раскрытия шейки матки скорость продвижения головки по родовому каналу возрастает до 4 см/ч.

743. Какие методы используются в родах для раскрытия шейки матки?

- Простагландины
- Релаксанты
- Резиновые катетеры
- Гигроскопические дилататоры.

744. Назовите некоторые причины пролонгированной латентной фазы родов.

- Седативные средства, применяемые до конца латентной фазы
- Применение общей анестезии до начала активной фазы родов
- Роды, которые начинаются при не готовой шейке матки (закрытая, длинная, ригидная)
- Диспропорция размеров плода и таза.

745. В чем основная причина затяжных родов?

- Причиной затяжных родов в 50% случаях является диспропорция размера плода и женского таза.

746. Что такое стремительные роды?

- Стремительное раскрытие шейки матки — у первородящих со скоростью 5 см/ч, у повторнородящих — 10 см/ч
- А также быстрое продвижение предлежащей части плода по родовым путям.

747. Перечислите осложнения стремительных родов.

- Преждевременная отслойка плаценты
- Гипотоническое кровотечение
- Высокая перинатальная смертность
- Разрыв мягких родовых путей.

✓ 748. Охарактеризуйте нормальную сократительную деятельность матки.

- Схватки интенсивнее в области дна, чем в области нижнего сегмента матки
- В среднем интенсивность схваток достигает 24 мм. В активной фазе родов давление составляет 40—60 мм
- Схватки хорошо синхронизированы
- Базальное давление матки вне схваток составляет 12—15 мм
- Частота схваток прогрессирует от 1 через каждые 3—5 мин до 1 через каждые 2—3 мин в течение активной фазы.

- Продолжительность эффективной схватки составляет 60 с
- Ритм и сила схваток регулярные.

749. Перечислите показания к эпизиотомии.

- Угрожающий разрыв тканей
- Тазовое предлежание
- Акушерские щипцы
- При необходимости — ускорение II периода родов.

750. Какие мышцы повреждаются при эпизиотомии?

- При срединной эпизиотомии — *m. transversus superficialis*
- При этом может произойти разрыв до ректального сфинктера (III степень) и слизистой прямой кишки (IV степень).

751. В чем преимущество эпизиотомии и ее отрицательный эффект?

Эпизиотомия предотвращает возможный разрыв промежности, но в то же время более болезненно проходит послеродовой период. Может привести к сексуальной дисфункции, болям при половом сношении.

752. Отметьте положительные и отрицательные стороны применения срединной медиолатеральной эпизиотомии.

Её легче и менее болезненно производить, меньше разрывов и повреждений прямой кишки. Эффективна при больших размерах плода, при наложении щипцов.

753. Отметьте некоторые показания для наложения акушерских щипцов.

- Дистресс-состояния плода
- Сердечно-сосудистые заболевания матери
- Гипертензия
- Нервная дисфункция.

754. В каких ситуациях применяется вакуум-экстрактор?

Вакуум-экстрактор можно применять при:

- высоком стоянии головки,
- состоянии, когда остается неясной позиция плода,
- полном раскрытии шейки матки.

755. Отметьте осложнения вакуум-экстрактора.

- Родовая опухоль на головке плода
- Желтуха новорожденного.

756. Что такое обвитие пуповины?

- Обвитие пуповины вокруг шейки плода встречается в 25% родов
- Обвитие может быть вокруг шеи, туловища, плечиков.

757. Назовите газовый состав крови.

Газовый состав крови	Артериальная кровь	Венозная кровь
pH	7,26	7,34
pCO ₂	45,98	35,66
pO ₂	16,86	28,49
BE	-6,0	-5,03

758. Что такое передние и задние воды?

Околоплодные воды, находящиеся в плодном пузыре ниже пояса соприкосновения, называются передними водами. Часть околоплодных вод, располагающихся выше пояса соприкосновения, носит название задних вод.

759. Назовите три основных типа регуляции сократительной деятельности матки.

- Миогенная
- Нейрогенная
- Эндокринная.

760. Отметьте частоту патологической сократительной активности матки.

Наблюдается примерно у 15% рожениц.

761. Что такое дискоординация родовой деятельности (ДРД)?

ДРД — это неадекватное повышение базального тонуса матки, нарушение ритма, частоты, уменьшение силы схваток, повышение их болезненности.

762. Отметьте основные причины развития аномалии родовой деятельности.

- Нарушение миотропной регуляции сократительной деятельности матки (при гипоплазии матки, пороках ее развития, наличии миоматозных узлов, рубцовые изменения миометрия, после кесарева сечения, перфорация, энуклеации миоматозных узлов после перенесенных воспалительных процессов)
- Нарушение функционального равновесия между симпатической и парасимпатической вегетативной нервной системой.

763. Как характеризуется патологический прелиминарный период?

- Болезненные сокращения матки без структурных изменений шейки матки
- Неодинаковые интервалы между сокращениями матки. Частота сокращений не уменьшается, сила схваток не увеличивается
- Сохранение повышенного тонуса миометрия между отдельными сокращениями матки
- Нарушения психоэмоциональной сферы.

764. Назовите наиболее частое осложнение дискоординации сокращений мышц матки.

Несвоевременное излитие околоплодных вод.

Основная причина развития этого осложнения — резкое неравномерное, скачкообразное повышение внутриматочного давления.

765. Что такое дискоординация сократительной деятельности матки (ДСДМ)?

ДСДМ — возникшая во время беременности и продолжающаяся в родах — дискоординация родовой деятельности матки.

766. Что такое вторичная ДСДМ?

ДСДМ — развившаяся в процессе родового акта.

767. Отметьте основные клинические симптомы первичной ДСДМ.

- Патологический прелиминарный период
- Отсутствие должной биологической готовности организма к родам
- Перенашивание беременности
- Отсутствие прижатия предлежащей части к входу в малый таз
- Дородовое излитие околоплодных вод.

768. Перечислите симптомы вторичной ДСДМ.

- Дистоция шейки матки
- Формирование функционального неполноценного плоского плодного пузыря
- Повышение базального тонуса миометрия (между схватками)
- Замедленное раскрытие шейки матки
- Затрудненное продвижение плода.

769. Что такое дистоция шейки матки?

Это функциональная патология, являющаяся следствием нарушения крово- и лимфообращения из-за некоординированного сокращения и недостаточного расслабления мышечных пучков, неодинаково (различно) расположенных в миометрии.

770. В чем причина дистоции плечиков?

- Дистоция плечиков происходит в том случае, если рождение плечевого пояса происходит большим размером плода
- Пути устранения — рождение заднего плечика, эпизиотомия.

771. Когда можно ожидать дистоцию плечиков?

При весе плода более 4500 г, при диабете матери, дискоординации родовой деятельности.

772. Назовите осложнения со стороны плода при дистоции плечиков.

Длительная гипоксия, связанная с давлением пуповины, повреждение брахиального сплетения, перелом ключицы, предплечья.

773. Опишите состояние шейки матки при ее дистоции.

Шейка матки: толстая, ригидная, плохо растяжима, плотновата, неравномерно утолщенная.

774. Какое клиническое течение вторичной ДСДМ?

По тяжести клинического течения различают три степени вторичной ДСДМ:

- ДСДМ I°,
- ДСДМ II° — спастическая сегментарная дистоция,
- ДСДМ III° — тотальная дистоция.

775. Чем характеризуется ДСДМ II°?

ДСДМ II° характеризуется:

- одновременным сокращением продольно и циркулярно расположенных гладко-мышечных пучков в матке,
- преобладанием длительного сокращения циркулярных мышц нижнего сегмента и шейки матки.

776. Перечислите особенности клинической картины ДСДМ II°.

- Схватки:
 - болезненные,
 - спастические
- Тахикардия
- Повышение артериального давления
- Гиперемия кожи лица
- Прекращение самостоятельного мочеиспускания
- Повышение температуры тела.

777. Опишите состояние влагалища и шейки матки при ДСДМ II°.

- Повышенный тонус мышц тазового дна
- Сужение просвета влагалища
- Незрелая шейка матки: плотные края, неравномерная отечность, сокращение краев шейки матки во время схватки
- Влагалищные выделения содержат примесь крови.

778. Какие осложнения могут возникнуть у матери при неправильном ведении родов при ДСДМ?

- Родовой шок
- Эмболия околоплодными водами
- Разрыв матки
- Преждевременная отслойка плаценты
- Нарушения отделения и выделения плаценты
- ДВС-синдром, гиперкоагуляция.

779. Какие осложнения возникают у плода при ДСДМ II°?

- Гипоксия
- Ацидоз

- Нарушения мозгового кровообращения
- Кровоизлияния
- Повреждение нервных сплетений
- Развитие патологии тазобедренных суставов.

780. Охарактеризуйте ДСДМ III°.

- Полный и длительный спазм циркулярно расположенных мышечных волокон
- Высокий тонус матки
- Тотальная дистоция шейки и нижнего сегмента матки.

781. Какова клиническая характеристика ДСДМ III°?

- Спастические, болезненные схватки
- Развитие тетануса
- Постоянные тупые боли в пояснице
- Родовой шок
- Учащение пульса
- Повышение артериального давления
- Развитие сосудистой дистонии
- Отсутствие самостоятельного мочеиспускания
- Безучастное состояние роженицы
- Контракционное кольцо на уровне пупка
- Возможно неправильное вставление головки.

782. Опишите состояние влагалища и шейки матки при ДСДМ III°.

- Напряжение мышц тазового дна
- Спастическое сужение влагалища
- Отечность, утолщенность краев зева
- Тетанус мышц
- Ригидность шейки матки
- Уменьшение скорости раскрытия зева.

783. Перечислите наиболее частые осложнения у рожениц при ДСДМ III°.

- Несвоевременное излитие околоплодных вод
- Разрывы шейки матки, влагалища, промежности, матки
- Преждевременная отслойка плаценты
- Эмболия околоплодными водами
- Гипотоническое или атоническое кровотечение
- Тромбоэмболия
- Родовой шок.

784. Отметьте наиболее частые осложнения у плода и новорожденного при спастической тотальной дистонии.

- Нарушения мозгового кровообращения III°
- Обширные кровоизлияния

- Гипоксия
- Асфиксия
- Глубокая аспирация околоплодными водами
- «Шнурующее» сдавление плода
- Интра- или постнатальная смерть плода.

22.1. Стимуляция родов

✓ 785. Назовите показания к родостимуляции.

- Пролонгированная беременность
- Сахарный диабет
- Изоиммунизация
- Преэклампсия
- Преждевременный разрыв плодных оболочек
- Хроническая гипертензия
- Плацентарная недостаточность
- Внутриутробная гипотрофия плода.

✓ 786. Отметьте абсолютные противопоказания к родостимуляции.

- Несоответствие размеров головки плода и таза женщины (узкий таз)
- Предлежание плаценты
- Рубец на матке после классического корпорального разреза, миомэктомии со вскрытием полости матки
- Поперечное положение плода.

787. Перечислите относительные противопоказания к родостимуляции.

- Тазовое предлежание
- Полигидрамнион
- Многоплодная беременность
- Возрастная первобеременная
- Недоношенность.

✓ 788. Назовите материнские осложнения при родостимуляции.

- Неэффективность родостимуляции
- Рефрактерность матки и затяжные роды:
 - роды и тетанические схватки,
 - разрыв шейки матки,
 - преждевременная частичная отслойка плаценты
- Внутриматочная инфекция
- Послеродовое кровотечение.

✓ 789. Перечислите возможные осложнения со стороны плода при родостимуляции.

- Выпадение пуповины
- Гипоксия плода

- Низкие оценки по шкале Апгар
- Асфиксия.

790. Как определяется степень зрелости шейки матки?

При осложненной беременности, угрожающей здоровью матери (тяжелые гестозы, заболевания почек, сердечно-сосудистые заболевания), плоду (гипотрофия, перенашивание беременности, сахарный диабет у матери), а также при внутриутробной гибели плода, анэнцефалии возникает необходимость искусственного вызывания родовой деятельности (родовозбуждение) до предполагаемого срока при доношенной (переношенной) беременности. Основными критериями успеха родовозбуждения являются наличие готовности женского организма к родам. Перед родами шейка матки размягчается на всем протяжении, включая внутренний зев. Влаглищная часть шейки матки укорачивается до 1,5—2 см. Канал шейки матки выпрямляется, плавно переходя в область внутреннего зева. Диаметр его составляет 2—2,5 см. Для удобства оценки степени зрелости шейки матки созданы различные шкалы с оценкой по баллам, где каждый признак оценивается от 0 до 2 баллов, а по их сумме — степень зрелости шейки матки.

Признаки	Баллы		
	0	1	2
Консистенция шейки матки	Плотная	Размягчена, но в области в/з уплотнена	Мягкая
Длина шейки, сглаженность	Больше 2 см	1—2 см	Меньше 1 см, или сглажена
Пропускимость канала, зева	Наружный зев закрыт или пропускает кончик пальца	Канал проходим для одного пальца	Больше 1 см. При сглаженности более 2 см
Положение шейки матки	Кзади	Кпереди	Серединное

По сумме баллов 0—2 шейку следует считать незрелой, 3—4 — недостаточно зрелой, 5—8 — зрелой.

22.2. Роды при узком тазе

791. Что является основным показателем сужения таза?

Размер истинной конъюгаты. Если он меньше 11 см, таз является узким.

792. Что такое анатомически узкий таз?

При анатомически узком тазе укорочены все размеры или хотя бы один из них.

793. Назовите часто встречающиеся формы узкого таза.

- Общеравномерносуженный
- Поперечносуженный
- Плоский — простой плоский таз
- Плоскорихитический таз
- Общесуженный плоский таз.

794. Назовите редко встречающиеся формы узкого таза.

- Кососмещенный и кососуженный таз
- Ассимиляционный
- Воронкообразный
- Кифотический
- Спондилитический
- Остеомалятический
- Таз, суженный экзостозами и костными опухолями.

795. Что такое функционально или клинически узкий таз?

- Функционально узким является такой таз, который представляет затруднения или препятствия для течения данных родов.

796. Чем характерен общеравномерносуженный таз?

- Равномерным уменьшением всех размеров.
- Чаще встречается у женщин небольшого роста, с правильным телосложением.

797. Какова характеристика простого плоского таза?

- При простом плоском таза:
 - крестец приближен к симфизу,
 - уменьшены все прямые размеры малого таза.

798. Какие особенности имеет биомеханизм родов при общеравномерносуженном таза?

- Вступая во вход таза одним из косых размеров, головка сгибается, проходя плоскость узкой части полости малого таза — максимально сгибается
- Малый родничок головки приближен к проводной оси таза
- Стреловидный шов всегда располагается в одном из косых размеров входа в таз
- Область подзатылочной ямки вплотную не соприкасается с симфизом вследствие узости лонного угла.

799. Какими особенностями отличаются роды при простом плоском таза?

- Головка вступает во вход в таз стреловидным швом в поперечном размере
- Происходит умеренное разгибание головки.

800. Где располагается родовая опухоль при простом плоском тазе?

На предлежащей теменной кости плода.

801. Чем характеризуется плоскорохитический таз?

- Встречается у женщин, перенесших рахит
- Крылья подвздошных костей развернуты
- Увеличено расстояние между передневерхними остями подвздошных костей.
- Уменьшение истинной конъюгаты
- Уплотнение и отклонение кзади крестца, кпереди — копчика
- Иногда наличие добавочного мыса
- Размеры выхода малого таза увеличены.

802. Чем характеризуется поперечносуженный таз?

- Прямые размеры таза остаются неизменными
- Поперечные — уменьшены.

803. Какие особенности имеет биомеханизм родов при поперечносуженном тазе?

- Вставление головки во входе в малый таз происходит прямым размером
- Головка плода не выполняет внутреннего поворота.

804. Какие осложнения наблюдаются в родах при функционально узком тазе?

- Преждевременное и раннее излитие околоплодных вод
- Слабость родовой деятельности
- Затяжные роды
- Эндометрит в родах
- Гипоксия плода
- Разрыв матки при перерастяжении нижнего сегмента
- Сдавление мягких тканей предлежащей частью и образование мочеполовых и прямокишечно-влагалищных свищей.

805. Наличие каких симптомов свидетельствует о несоответствии размеров таза и головки?

- Длительное стояние головки над входом в таз
- Положительный симптом Вастена
- Нарушение мочеиспускания вследствие перерастяжения нижнего сегмента или прижатия мочеиспускательного канала плода.
- Некоторое перерастяжение нижнего сегмента матки.

23. Несвоевременное излитие околоплодных вод

✓ 806. На каком сроке гестации можно говорить о преждевременном излитии околоплодных вод и какова его частота?

«Преждевременное» — означает излитие околоплодных вод до родового акта на любом сроке беременности. Частота преждевременного излития околоплодных вод составляет 10—12%.

✓ 807. Как диагностируется преждевременное излитие околоплодных вод?

- Осмотр в зеркалах
- Исследование влагалищного отделяемого
- Исследование цервикального канала
- Измерение pH содержимого влагалища и канала шейки матки
- УЗИ
- Определение фибронектина влагалища.

✓ 808. Что нужно определить для оценки состояния плода при несвоевременном излитии околоплодных вод?

- Предлежание плода
- Локализация плаценты
- Аномалии развития плода
- Биофизический профиль плода.

✓ 809. Какой тест является вспомогательным для прогноза родов при преждевременном родовом излитии околоплодных вод?

Биофизический профиль плода. Определение лейкоцитов и С-реактивного белка (СРБ) не является необходимостью.

✓ 810. Какой материнский риск сопутствует преждевременному излитию околоплодных вод?

Увеличение риска инфицирования, амниониты, послеродовые эндометриты, повышение частоты кесаревых сечений, связанных с дистресс-состоянием плода, неправильные положения плода.

✓ 811. Какой плодовой риск преждевременного излития околоплодных вод?

Сепсис, пневмония, патология пуповины, гипоплазия легких.

✓ 812. Назовите наиболее частое осложнение для плода при преждевременном родовом излитии околоплодных вод.

Респираторный дистресс-синдром, риск инфекции.

313. Является ли С-реактивный белок показателем инфекции при преждевременном излитии околоплодных вод?

- СРБ не является четким показателем наличия инфекции. Однако уровень СРБ коррелирует с частотой гистологического амнионита
- Отрицательный СРБ является показателем отсутствия инфекции.

314. Какую роль играют антибиотики при дородовом излитии околоплодных вод?

Применение ампициллина приводит к понижению риска неонатальной и материнской инфекции. Для специфических инфекций необходимы дополнительные исследования.

315. Какие материнские и акушерские осложнения чаще всего определяют предрасположение к несвоевременному излитию околоплодных вод?

- Инфекция матери (мочеполовая система, сексуально-трансмиссивные заболевания)
- Внутриматочная инфекция
- Шеечная недостаточность
- Предыдущая многоплодная беременность
- Многоводие
- Недоедание (дефицит веса)
- Отягощенный анамнез при предыдущей беременности.

316. Как вести преждевременные роды на сроках 27—30 недель?

1. Токолитическая терапия (β -миметики, сульфат магния, антагонисты Са, индометацин, тербуталин)
2. Профилактика антибиотиками
3. Амниоинфузия (< 30 нед.)
4. Бетаметазон или интраамниальное введение α -тироксина (250—500 мкг)
5. Применение витамина К или фенobarбитала.

317. Как вести преждевременные роды на сроках 31—33 недель при несвоевременном излитии околоплодных вод?

- В большинстве случаев рекомендуется выжидательная тактика:
 - 1) стимуляция созревания легочной ткани — бетаметазон, 12 мг в/м (2 дня),
 - 2) бактериальный посев из цервикального канала, влагалища, мочи,
 - 3) применение антибиотиков широкого спектра действия
- Профилактика внутричерепного кровоизлияния витамином К или фенobarбиталом. Витамин К назначается: 10 мг в/м, в последующем — 20 мг в день. Фенobarбитал — 300 мг в/в, через 15 мин ту же дозу повторить. Если через 48 часов не наступают роды, лечение продолжается в дозе 250 мг/сут в/в.

✓ **818. Как вести беременность при преждевременном излитии околоплодных вод на сроках 34—36 недель?**

- Рекомендуется родостимуляция. В 80% случаев спонтанные роды начинаются через 24—48 часов.
- Для профилактики сепсиса применяются антибиотики:
 - ампициллин — 2,0 г в/в (разовая доза), в последующем по 1 г через каждые 4 часа до родов,
 - пенициллин — в/м или в/в 600 мг через каждые 6 часов или эритромицин — в/в 500 мг через каждые 6 часов.

24. Преждевременные роды

819. Что такое преждевременные роды?

Преждевременные роды — это периодические, частые схватки с болями или без боли, с нарастающей дилатацией шейки матки начиная со II триместра до 37-недельного срока беременности.

820. Что может послужить пусковым механизмом для начала преждевременных родов?

В большинстве случаев причина преждевременных родов идиопатична. Около 50% пациенток с началом преждевременных схваток не имеют раскрытия шейки матки. Пусковым механизмом начала преждевременных родов являются дегидратация, инфекция мочевых путей, системные инфекционные заболевания, вагиниты, цервициты.

821. Какие симптомы характерны для преждевременных родов?

- Регулярные маточные схватки с болями или без боли, через каждые 15 мин
- Давление внизу живота
- Чувство усталости, боли в спине
- Изменения во влагалищном отделяемом
- Нарастающие боли в брюшной полости.

822. Какие факторы повышают риск преждевременных родов?

- Искусственные выкидыши (2 или больше в I триместре беременности или один выкидыш во II триместре)
- Низкий социально-экономический статус
- Курение
- Преждевременные роды в анамнезе
- Кровотечение
- Врожденные аномалии
- Хориоамнионит
- Несвоевременное излитие околоплодных вод
- Отслойка плаценты
- Предлежание плаценты

- Смерть плода
- Аномалии матки
- Возрастные беременные
- Юные беременные
- Наличие в анамнезе операции на шейке матки
- Инфекции мочеполовых путей
- Вагиниты
- Многоводие
- Многоплодная беременность
- Системная инфекция
- Схватки с высокой частотой и низкой амплитудой.

823. По каким диагностическим критериям определяются преждевременные роды?

- Гестационный срок менее 36 нед.
- Две схватки в течение 10 мин
- Нарастающее раскрытие шейки матки
- Целые околоплодные оболочки
- Отсутствие признаков отслойки плаценты или ее предлежания.

824. Какие симптомы свидетельствуют о начале преждевременных родов?

- Маточные сокращения (схватки)
- Скорость раскрытия шейки матки не менее 2 см в час
- Преждевременное излитие околоплодных вод
- Влажалищное кровотечение
- Изменение характера влажалищного отделяемого.

825. Какие лабораторные исследования необходимы при преждевременных родах?

- Анализ крови
- Анализ мочи, бактериальный посев мочи
- УЗИ
- Амниоцентез (для определения соотношения лецитин/сфингомиелин)
- Определение электролитов, глюкозы
- Свертывающая система крови.

826. Перечислите патологические состояния со стороны матери, когда предотвращение преждевременных родов нецелесообразно.

- Тяжелая гипертензия (хроническая гипертензия, эклампсия, тяжелая преэклампсия)
- Сердечно-легочные заболевания (отек легких, дыхательная недостаточность, тахикардия)
- Кровотечение (отслойка или предлежание плаценты, ДВС-синдром).

827. Перечислите те состояния плода, при которых преждевременное прерывание беременности считается целесообразным.

- Гибель плода
- Дистресс-состояние плода
- Внутриматочная инфекция (хориоамниотиты)
- Многоводие
- Эритробластоз плода
- Тяжелая внутриутробная гипотрофия плода.

828. Какие акушерские осложнения могут спровоцировать преждевременные роды?

- Тяжелая гипертензия
- Плацентарная недостаточность
- Отслойка нормально расположенной плаценты
- Преждевременный разрыв плодных оболочек
- Многоводие или маловодие
- Многоплодная беременность
- Короткий промежуток между беременностями (<3 месяцев)
- Предшествующие аборты
- Разрывы шейки матки при предыдущих родах
- Абдоминальное родоразрешение в анамнезе
- Конизация шейки матки
- Пороки развития матки
- Шеечная недостаточность.

829. Какие последствия имеют преждевременные роды?

Преждевременные роды повышают риск неонатальной заболеваемости и смертности, так как повышается частота легочной незрелости, мозжечкового кровоизлияния, дистресс-синдрома новорожденных, нарастающая легочная гипертензия, бронхопальмонарная дисплазия. У недоношенных новорожденных нарастает риск сепсиса, некротического энтероколита. В основном эти неонатальные осложнения наблюдаются у новорожденных, родившихся в сроке до 28 нед. беременности.

830. Как предотвратить и лечить преждевременные роды?

Отстранение факторов риска, постельный режим, применение парентеральных и оральных токолитиков. Токолитики используются до 34-недельного срока беременности.

831. Какие противопоказания имеют применения токолитиков?

- Сильное кровотечение
- Отслойка плаценты
- Эклампсия
- Внутриутробная смерть плода
- Хориоамнионит
- Легочная гипертензия

- Материнский гипертириоз
- Непереносимость токолитиков
- Зрелость плода
- Аномалия плода не совместима с жизнью
- Выраженная внутриутробная гипотрофия плода.

832. Отметьте парентеральные средства лечения преждевременных родов?

- Внутривенно применяются β -агонисты (ритодрин и тербуталин):
 - ритодрин — 50—350 мд/мин,
 - тербуталин — 10—50 мд/мин
- Сульфат магния — 4—6 г сухого вещества вводится в течение 20 мин и его введение продолжается до прекращения схваток в дозе 2—4 г/ч.
- Введение α -агонистов и сульфата магния продолжается 24 часа.
- Тербуталин применяется и подкожно в дозе 0,25 мг через каждые 3—4 ч.

833. Какие оральные токолитики применяются при преждевременных родах?

- Тербуталин — 5 мг через каждые 4—6 ч
- Ритодрин — 10—20 мг через каждые 4—6 ч.

834. Назовите побочные действия токолитиков.

- Гипотензия
- Отек легких
- Сердечная аритмия
- Загрудинные боли
- Тахикардия
- Миокардиальная ишемия
- Гипергликемия
- Гипогликемия.

835. Отметьте правила ведения беременных, которые получают токолитики и сульфат магния.

- У пациентов, получающих β -агонисты, необходимо повышение гематокрита, электролитов, особенно калия, глюкозы. Необходимо выяснить наличие ишемии сердца, сердечных приступов, аритмий, непереносимости β -агонистов
- Определение количества электролитов, глюкозы проводится каждые 6—24 часа или по необходимости
- При введении сернокислого магния необходимо периодически измерять артериальное давление, исследовать глубокие рефлексy, выделенное количество мочи. При сердечной или дыхательной недостаточности вводится одна ампула 10% глюконата кальция.

836. Назовите частые осложнения, характерные для недоношенных новорожденных.

- Ретинопатия недоношенности
- Хроническое заболевание легких (бронхолегочная дисплазия).

837. Отметьте двигательную неспособность недоношенных новорожденных в зависимости от веса плода.

- 12—42% — при весе 500—800 г
- 9—21% — при весе 750—1000 г
- 7—16% — при весе 1000—1500 г
- Ретинопатия — при весе 1000—1500 г частота слепоты составляет 0,3—1%
- При весе менее 1000 г слепота встречается у 5—11% новорожденных
- Хроническое заболевание легких (бронхолегочная дисплазия).

838. Каков риск развития болезни гиалиновых мембран в зависимости от гестационного возраста?

Гестационный возраст (в нед)	Частота развития болезни гиалиновых мембран
26—28	60—80
28—30	30—60
30—32	20—30
32—34	10—15

839. Какие методы применяются для профилактики болезни гиалиновых мембран?

- Стимуляцию созревания легочной ткани проводят интраамниональным введением тироксина и пролактина
- Для снижения частоты болезни гиалиновых мембран при преждевременных родах применяются стероиды
- Применяются две дозы бетаметазона в/м с интервалом в 24 ч
- Наибольшая эффективность наблюдается в 30—34 нед., менее эффективно воздействие стероидов на сроках 27—30 нед. После 34 нед. стероидная терапия не применяется.

840. Какие лабораторные тесты свидетельствуют о недоношенности (незрелости) плода?

- Низкий коэффициент лецитин/сфингомиелин в околоплодных водах, бронхиальных, желудочных аспиратах
- Высокие концентрации α -фетопротеина в крови
- Низкий уровень иммуноглобулина G.

841. Какие признаки являются характерными для диагностики недоношенных детей?

- Рождение до 37 нед. беременности, с массой тела до 2500 г
- Относительно большая головка

- Преобладание мозговой части черепа над лицевой
- Низкое расположение пупочного кольца
- Относительно короткие нижние конечности
- Мышечная гипотония
- Сниженная функция сосания, глотания, дыхания.
- Склонность к гипотермии.

842. Какова частота выживаемости недоношенных новорожденных?

Гестационный срок в нед,	Живорождение
23	0—7
24	0—50
25	0—29
26	56—57
27	56—100
28	88—91

Начиная с 25—30 нед. выживаемость новорожденных повышается на 0,9—3,0% в день.

25. Роды при тазовом предлежании плода

843. Как часто встречается тазовое предлежание при доношенной беременности? Колеблется ли частота тазовых предлежаний при преждевременных родах?

- После 37 нед. беременности около 5—7% плодов находятся в тазовом предлежании. На сроках 21—24 нед. в тазовом предлежании находятся 33% плодов
- На 29—32 нед. — 14% плодов находятся в тазовом предлежании.

844. Назовите факторы, способствующие тазовому предлежанию.

- **Материнские** — аномалии матки, наличие перегородки, дву-рогая матка, опухоли таза
- **Плодовые** — аномалия околоплодных вод (полигидрамнион, олигогидрамнион), аномалии плода (анэнцефалия или гидроцефалия), нейромышечные нарушения плода (миотоническая дистрофия).

845. Назовите виды тазового предлежания.

- Полное тазовое — 50—70%
- Ножное — 20—25%
- Смешанное — 5—10%.

846. **На сколько высока частота перинатальной смертности при родах естественным путем при тазовом предлежании?**
 Перинатальная смертность в 13 раз выше при тазовых предлежаниях, а заболеваемость выше в 5—7 раз.
847. **Назовите основные четыре причины повышения перинатальной смертности при тазовом предлежании.**
- Множественные врожденные пороки
 - Гипоксия
 - Родовой травматизм
 - Недоношенность.
848. **Какова частота врожденных пороков при головных и тазовых предлежаниях плода?**
 Около 2—3% новорожденных в головном предлежании имеют пороки развития. При тазовом предлежании — 6—18%.
849. **Что является основной причиной смерти плода при тазовых предлежаниях при доношенной беременности?**
- Разрыв мозжечка
 - Повреждение позвоночника плода.
850. **Какой процент плодов имеют чрезмерное разгибание головки в родах при тазовом предлежании?**
 3—5%. Угол между позвоночником и головкой составляет 105°.
851. **По какому по возможности околоплодные оболочки оставляют неразрывными при тазовом предлежании?**
 Давление мембран может способствовать раскрытию шейки матки, предотвратить выпадение пуповины.
852. **На сколько часто тазовое предлежание осложняется выпадением пуповины?**
 При полном тазовом предлежании выпадение пуповины составляет 0,5%, при смешанном предлежании — 4—5%, при ножном предлежании — 10%.
853. **Какие критерии необходимо определить для влагалищного родоразрешения при тазовом предлежании?**
- Данные УЗИ — определение наличия аномалий плода, место локализации плаценты, массы плода, типа тазового предлежания
 - Самостоятельное родоразрешение возможно при весе плода 2500—3800 г
 - Пельвиометрия:
 - поперечный размер входа в малый таз $\geq 11,5$ см, диагональный размер = 10,5 см,

- поперечный размер полости ≥ 10 см, диагональный размер = 11,5 см
- Квалификация акушера, ведущего роды
- Определение наличия или отсутствия материнских и плодовых показаний к кесаревому сечению, предлежание плаценты, слабость родовой деятельности.

854. Что такое ручное пособие при тазовом предлежании?

Это освобождение ручек и последующей головки. Показанием является замедленное изгнание плода.

855. Назовите способы извлечения плода за тазовый конец.

- Извлечение за паховый сгиб
- Извлечение за ножку (ножки).

856. Перечислите показания к операции извлечения плода за тазовый конец.

- Тяжелые заболевания роженицы
- Угрожающая гипоксия плода
- Выпадение петель пуповины
- Отсутствие условий для кесарева сечения
- После операции классического поворота плода за ножку
- Слабость родовой деятельности
- Преждевременная отслойка плаценты.

857. Какие осложнения могут наблюдаться при экстракции плода?

- Запрокидывание ручек
- Разгибание головки
- Поворот головки подбородком кпереди
- Травмы родового канала и плода.

858. Что такое наружный поворот?

- Наружное изменение предлежащей части плода с тазового на головное. Успех этой операции высок в начале III триместра беременности. К 37 нед. — 10% плодов вновь возвратится к тазовому предлежанию. Поворот после 37 нед. успешно завершается в 50% случаях. На успешность операции влияют размеры плода, количество околоплодных вод. Около 3% плодов, которым произведен наружный поворот после 37 нед., самопроизвольно возвращается к тазовому предлежанию к моменту родов
- Наружный поворот является риском для плода. Повышается частота отслойки плаценты, патологии пуповины
- Применение общей анестезии приводит к повышению риска частоты смерти. Противопоказаниями являются отслойка и низкое расположение плаценты, материнская гипертензия, наличие рубца на матке, многоплодная беременность, недостаточность маточно-плацентарного кровообращения.

859. Как часто происходит самостоятельный поворот плода с тазового на головной конец?

С 19 до 36 нед. около 75% плодов самостоятельно меняют свое положение. С 37 нед. самостоятельный поворот возможен только у 13% плодов. Коленно-локтевое положение беременной в течение 15 мин через каждые 2 часа в течение 5 дней, повышает шанс самостоятельного поворота плода.

860. На каком сроке гестации окружность живота плода равна окружности головки?

На 36 нед.

861. Что такое задержка головки плода в родах?

При тазовом предлежании, при неполном раскрытии шейки матки может произойти задержка головки, что способствует росту перинатальной заболеваемости и смертности. Частота задержки головки при тазовых предлежаниях составляет 88/1000 родов.

862. Что такое разрезы Dehressen (гистеростоматия)?

При неполном раскрытии шейки матки и задержке головки производят насадки на шейке матки. Они располагаются на 2, 6, 10 часах. Насадки применяют и в родах в головном предлежании, если имеет место дистресс-состояние плода.

26. Влагалищные роды после кесарева сечения

863. Зависит ли частота благоприятного исхода родов от показаний предыдущего кесарева сечения? Можно ли этих рожениц пустить на пробные роды?

- Для пациентов с нерецидивирующими осложнениями (тазовое предлежание, дистресс плода, отслойка плаценты) успех при родах через естественные родовые пути составляет 80—85%
- При рецидивирующих причинах (диспропорция таза, слабость родовой деятельности) благоприятный исход отмечен только у 70%. Даже эти 70% не оправдывают тактику повторного кесарева сечения. Этим пациентов должны пускать на пробные роды. Даже при крупном плоде исход родов благоприятный у 50% рожениц.

864. Каковы предпосылки для успешного родоразрешения естественным путем после кесарева сечения?

- После кесарева сечения успешно заканчиваются 81% самостоятельных родов
- Если до кесарева сечения в анамнезе были роды, то успешно заканчиваются 87% родов. Успех гарантирован, если в ро-

дах не возникает необходимости применения окситоцина, если вес плода меньше, чем при предыдущих родах.

865. Возможно ли пациентку с несколькими абдоминальными родами пустить на пробные роды через естественные родовые пути?

Да. В литературе есть данные о том, что 344 пациентки после двух и более кесаревых сечений прошли пробные роды, 70% родов закончились успешно (при двух рубцах). После двух и более кесаревых сечений это отмечается у 3% родильниц. Подход к ведению родов должен быть таким, как при однократном кесаревом сечении.

866. Безопасны ли роды естественным путем после кесарева сечения при многоплодной беременности?

Основательных исследований нет. Но в каждом случае подход должен быть индивидуальным.

867. Является ли повторное кесарево сечение методом выбора при родоразрешении?

По мнению многих исследователей при многоплодной беременности уровень перинатальной смертности существенно выше по сравнению с таковым при беременности одним плодом. Однако эта тенденция скорее связана с осложнениями, возникшими при преждевременных родах, а не с проблемами родовой деятельности. Данные литературы свидетельствуют о том, что многоплодная беременность не является показанием к кесареву сечению. Должны быть использованы четкие критерии безопасного ведения влагалищных родов, если первый плод находится в головном предлежании.

При отсутствии других противопоказаний нельзя исключать попытку влагалищных родов.

868. Какое отношение имеют акушеры-гинекологи к пробным родам?

Ведение родов должно вестись под мониторным контролем. Классический разрез является противопоказанием к родам через естественные родовые пути.

869. Всегда ли необходимо повторное кесарево сечение при тазовых предлежаниях плода?

Критерием для влагалищного родоразрешения при тазовых предлежаниях служат: наличие одного плода, предполагаемая масса тела плода 1500—3000 г.

Состояния, исключающие попытку пробных родов, следующие: классическое кесарево сечение в анамнезе, клинически узкий таз, крупный плод, акушерские осложнения.

870. Каково ведение беременных с дородовым спонтанным разрывом плодных оболочек (ДРПО) после одного кесарева сечения в анамнезе?

Тактика ведения беременных с ДРПО без кесарева сечения в анамнезе не лишена противоречий. Введение окситоцина для стимуляции приводит к снижению инфицированности матери и плода. У беременных с кесаревым сечением использование окситоцина для стимуляции родов может вызвать разрыв матки. Консервативное ведение родов при ДРПО после кесарева сечения приводит к снижению частоты повторного кесарева сечения. Подобная тактика снижает частоту осложнений, связанных с родостимуляцией.

871. Возможно ли применение региональной анестезии?

Да. Теоретические утверждения о том, что применение анестезии стирает классическую картину разрыва матки, не оправданы на практике. Есть много сообщений о том, что несмотря на эпидуральную анестезию пациентки при разрыве матки отмечают чувство боли. При разрыве матки около 75% женщин не отмечают болевого симптома. Наиболее частые симптомы разрыва — это дистресс плода, изменение характера схваток, понижение внутриматочного давления. При применении эпидуральной анестезии повышения заболеваемости не отмечено.

872. Можно ли применять простагландины в родах?

Да. Применение простагландинов не противопоказано.

873. Можно ли применять окситоцин в родах с предыдущим кесаревым сечением?

Да. Многие авторы считают, что применение окситоцина не усугубляет состояние матери и плода. Показания к применению те же, что и при обычном, неосложненном анамнезе.

974. Что такое разрыв матки?

Необходимо установить истинный разрыв матки.

Истинный разрыв бывает внезапным, с болью, потерей крови и гибелью плода. Такое состояние может быть и без наличия рубца на матке.

Частичный разрыв может протекать асимптомно и редко сопровождается гибелью матери и плода. Часто асимптомные разрывы (окна) диагностируются при повторном кесаревом сечении.

875. Есть ли разница в частоте разрывов при различных видах разрезов на матке?

Разница в частоте частичных разрывов невелика — 1—2%.

Частота частичных разрывов при классическом и низком поперечном разрыве колеблется от 0,4 до 4%.

Из 20 случаев гибели плода — 17 бывают при классическом разрезе.

376. Есть ли другие осложнения при влагалищных родах после кесарева сечения кроме возможного разрыва матки?

Нет. Наблюдается понижение частоты осложнений при родах через естественные родовые пути после кесарева сечения.

27. Абдоминальное родоразрешение

377. Что такое кесарево сечение?

Кесарево сечение — это абдоминальное родоразрешение (путем иссечения стенок матки) плодом весом 500 г и более.

378. Когда появились первые исторические данные об абдоминальном родоразрешении?

Описание операции относится к 715 г. в Риме. Операция производилась, если женщина умирала в родах, для спасения жизни плода. Название произошло от латинского глагола *caedere* — разрезать, рассекать.

Абдоминальное родоразрешение называли «*partus caesareus*».

Легенда о том, что Юлий Цезарь был рожден абдоминальным путем не имеет основания.

379. Что является самым частым осложнением после кесарева сечения?

Эндометрит. Частота его варьирует от 5 до 85% (в среднем — 35%). Имеет место при:

- затяжных родах,
- многочисленных влагалищных исследованиях,
- при длительном безводном промежутке.

380. Что является наиболее частой причиной материнской смертности после кесарева сечения?

Частота кесаревых сечений за последние 10—15 лет возросла от 5 до 20%, в некоторых странах частота повторных чревосечений достигает 25%. Наиболее частой причиной материнской смертности после кесарева сечения являются кровотечения и инфекция. Частота инфекционных осложнений после кесарева сечения в 8 раз выше, чем после вагинальных родов.

При профилактическом применении антибиотиков снижается частота инфекции при «первичном» кесаревом сечении.

381. Сколько раз можно рожать абдоминальным путем?

Приемлемым считается три-четыре раза, после чего пациентам предлагается стерилизация маточных труб.

382. Отметьте соотношение (в %) показаний к кесаревому сечению.

- Дистоция шейки матки — 29%
- Неправильное положение плода — 15%

- Дистресс плода — 5%
- Кровотечение — 5%
- Смешанные материнско-плодовые показания — 45%.

883. Назовите относительные показания к кесаревому сечению.

Показания делятся на **материнские** и **плодовые**.

Плодовые:

- поперечное положение плода,
- тазовое предлежание,
- многоплодная беременность,
- крупный плод > 4000 г,
- угрожающая гипоксия плода,
- выпадение пуповины.

Материнские:

- предыдущее хирургическое вмешательство на матке, особенно со вскрытием полости, аномалии матки,
- врожденная перегородка или в прошлом пластическая операция влагалища,
- переломы таза, опухоли таза,
- состояние матери, не позволяющие пускать ее на долгие самостоятельные роды,
- токсемия,
- сердечно-сосудистые заболевания.

884. Что является противопоказанием для кесарева сечения?

- Наличие клинических проявлений инфицирования матери (в первую очередь в родовых путях)
- Сомнительная жизнеспособность плода (глубокая недоношенность, гипоксия, уродства).

885. В чем преимущества низкого поперечного разреза?

- Легкое течение послеоперационного периода
- Меньшее число осложнений, связанных с раной
- Минимальное кровотечение
- Быстрое вставание.

886. Чем отличается разрез по Пфаненштилю от низкого поперечного разреза?

Низкий поперечный разрез производится на 3 см ниже линии, соединяющей *spina iliaca ant. superior*, проходит ниже волосистой линии лобка, чем и снижает риск кровотечения.

887. Какие виды разрезов применяются при кесаревом сечении?

- Поперечный разрез на нижнем сегменте
- Продольный (классический)

- Низкий вертикальный
- Низкий поперечный.

888. Что является противопоказанием к кесаревому сечению на нижнем маточном сегменте?

- Плохой доступ нижнего сегмента матки при наличии спаек или аномалии развития матки
- Угрожающий разрыв матки
- Необходимость удаления матки после извлечения плода, в связи с наличием опухоли, варикозного расширения вен в области нижнего сегмента.

889. В каких ситуациях производится корпоральное кесарево сечение?

- При необходимости манипулировать плодом
- При поперечном положении плода
- При затрудненном доступе нижнематочного сегмента.

890. Какая анестезия применяется при кесаревом сечении?

Анестезия — общая или региональная. При срочной операции применяют общую анестезию, так как для эпидуральной анестезии необходимо больше времени. Однако при общей анестезии высок риск аспирации желудочным содержимым.

891. Как ведется третий период при пробных родах, после предыдущего кесарева сечения?

Во всех случаях ведения родов после кесарева сечения у женщин с рубцом на матке необходимо проводить контрольное ручное обследование стенок послеродовой матки и при диагностировании разрыва прибегнуть к срочной лапаротомии.

892. Через сколько времени рекомендуется повторная беременность после кесарева сечения?

Как и после влагалищных родов, через 3—6 месяцев, когда женщина почувствует эмоциональную и физическую готовность к следующей беременности.

893. Перечислите вероятные причины, способствующие асфиксии у детей, родившихся путем кесарева сечения.

- Характер и тяжесть акушерской и экстрагенитальной патологии
- Депрессивное влияние на плод и новорожденного фармакологических средств
- Физиологическая неподготовленность новорожденного к внеутробному существованию вследствие выключения биомеханизма родов

- Осложнения, возникающие при проведении анестезиологического пособия (гипоксия, гипотония, токсическое влияние наркотических веществ на роженицу, аллергическое влияние) или операции.

894. Отметьте наиболее частое осложнение беременности у женщин с рубцом на матке.

Невынашивание беременности.

895. Какие методы используются для определения состояния рубца после кесарева сечения?

- Гистерография
- Гистероскопия
- УЗИ.

896. Назовите комплекс исследований женщин с рубцом на матке для решения вопроса о родоразрешении.

- Тщательный сбор анамнеза
- Исследование рубца на матке вне и во время беременности
- Паритет родов
- Наличие детей
- Течение настоящей беременности
- Клиническое обследование беременной
- УЗИ
- Исследование гормонов фетоплацентарного комплекса
- КТГ
- Анализы крови, мочи
- Бактериологический анализ влагалищного содержимого
- Осмотр беременной перинатологом и анестезиологом.

897. Перечислите некоторые отдаленные осложнения после повторного кесарева сечения.

- Альгоменоррея
- Болевой синдром в области рубца
- Нарушение функции кишечника
- Дизурические расстройства
- Снижение трудоспособности.

898. Что является противопоказанием к кесаревому сечению в нижнем маточном сегменте?

- Плохая доступность нижнего сегмента матки при наличии спаек или аномалии развития матки
- Угрожающий разрыв матки
- Необходимость удаления миндалин после извлечения плода в связи с наличием опухоли, варикозного расширения вен в области нижнего сегмента.

28. Третий период родов и послеродовое кровотечение

399. Что такое третий период родов?

Третий период начинается от момента после рождения плода и кончается рождением последа. Пролонгированный третий период длится более 30 мин.

300. Какая тактика ведения родов рекомендуется после рождения плода?

Выжидательная. Следить за самопроизвольным отделением плаценты, наличием кровотечения.

301. Что нужно предпринять, если плацента не отделяется самостоятельно?

Через 30 мин выжидания рекомендуются мануальные способы отделения и выделения плаценты. С применением антисептических растворов (Betadine) производится ручное отделение и выделение последа. В некоторых случаях может возникнуть необходимость кюретажа. Эти пациенты подвержены риску развития эндометритов.

302. Что нужно сделать, если уже проверена целостность плаценты?

Обычно вводится окситоцин (питоцин). Проверяют целостность мягких родовых путей. При наличии разрывов их зашивают.

303. Что такое послеродовое кровотечение?

Потеря крови более чем 500 мл в периоде родов считается кровотечением. Кровотечение является причиной материнской смертности в 8%.

304. Что является причиной послеродового кровотечения?

В основном причиной кровотечения является атония матки, нарушения свертывания крови (коагулопатии). Парралельно с установлением причины кровотечения необходимо вести борьбу за жизнь родильницы (переливание жидкостей и крови).

305. Как определяется причина кровотечения?

При пальпации матки. Если она мягкая, дряблая — это признак атонии. Перерастяжение матки (многоплодная беременность, многоводие, крупный плод) при чрезмерном применении окситоцина, серноокислого магнезия или хориоамнионите.

306. Каков подход врача при атонии матки?

Применяется массаж матки, внутривенное введение окситоцина, опорожнение мочевого пузыря. Внутримышечное введение метилэрговина — 0,2 мг. Если кровотечение продолжается, то

применяется 15-метил-F_{2α} - простагландин внутримышечно или же проводится прямое внутриматочное введение простагландина.

907. Что нужно сделать, если матка плотная, но кровотечение продолжается?

Не обходимо искать другие причины. Провести дополнительную проверку мягких родовых путей. При целостности родовых путей провести обследование, кюретаж. Проверить коагуляционную способность крови. При обнаружении дефекта в стенке матки произвести лапаротомию.

908. Что нужно сделать, если ожидается аномалия плацентации?

Рекомендуется проведение кюретажа для удаления большего количества тканей. Необходимо применение окситоцина. Эти пациенты составляют группу высокого риска по развитию эндометритов.

909. Что нужно предпринять, если после консервативной тактики кровотечение продолжается?

Хирургическое вмешательство — лигирование *a. uterina* с двух сторон. В экстремальных ситуациях применяется гистерэктомия.

910. Какие коагулопатии ожидаются в III периоде родов?

- Диссеминированное внутрисосудистое свертывание
- Изменение протромбинового времени.

Определяют:

- количество тромбоцитов,
- продукты распада фибрина.

911. Что такое выворот матки?

Это состояние, когда дно матки выворачивается наружу. Это сопровождается гипотонией матки и при имплантации плаценты на дне матки.

Частота — 1 на 200 родов.

912. Что нужно сделать при вывороте матки?

Для выправления матки необходимо применение анестезии и токолитиков. После выправления необходимо наложить тяжесть на дно матки, пока не восстановится тонус матки.

913. Перечислите основные причины геморрагического шока у рожениц и родильниц.

- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- Предлежание плаценты
- Разрыв матки
- Гипо- и атония матки.

914. Какие фазы выделяются в течение синдрома ДВС?

- I. Гиперкоагуляция
- II. Гипокоагуляция без генерализованной активации фибринолиза
- III. Гипокоагуляция с генерализованной активацией фибринолиза
- IV. Полное несвертывание крови.

915. Перечислите клинические признаки геморрагического шока.

Слабость	Бледность
Головокружение	Запавшие глаза
Жажда	Тахикардия
Тошнота	Слабый пульс
Сухость во рту	Гипотензия
Потемнение в глазах	Снижение диуреза

916. Что является главным фактором в развитии необратимого шока?

Гиповолемия.

917. Перечислите клинические симптомы геморрагического шока по степени тяжести.

- I. **Дефицит ОЦК до 15%**
 - АД более 100 мм рт. ст.
 - Пульс 80—90 уд/мин
 - Гемоглобин 90 г/л и выше
 - Состояние легко обратимо.
- II. **Дефицит ОЦК до 30%**
 - Состояние средней тяжести
 - Слабость, головокружение
 - Заторможенность
 - Бледность
 - АД ниже 80—90 мм рт. ст.
 - Пульс 110—120 уд/мин
 - Снижение диуреза
 - Гемоглобин 80 г/л и ниже.
- III. **Дефицит ОЦК 30—40%**
 - Состояние тяжелое
 - Резкая заторможенность
 - Бледность
 - Периферический цианоз
 - АД ниже 60—70 мм рт. ст.
 - Понижение температуры тела
 - Тахикардия 130—140 уд/мин
 - Олигурия.
- IV. **Дефицит ОЦК более 40%**
 - Угнетение всех жизненных функций
 - Отсутствие сознания

- Пульс на периферических артериях не определяется
- Дыхание частое, поверхностное
- Гипорефлексия
- Анурия.

918. Что такое гипотоническое кровотечение?

Гипотоническим называют кровотечение, вызванное снижением тонуса матки в последовом и раннем послеродовом периодах.

919. Что такое атоническое кровотечение?

Это результат полной потери тонуса миометрия. Атония — это пролонгированная тяжелая недостаточность сократительной функции миометрия.

920. Перечислите стадии геморрагического шока по степени тяжести.

- Компенсированный
- Декомпенсированный обратимый
- Необратимый.

921. Что такое шоковый индекс?

Это отношение частоты сердечных сокращений (ЧСС) к величине систолического артериального давления.

922. Что является нормой показателя шокового индекса?

В норме, при ЧСС 60 уд/мин, систолическом давлении 120 мм рт. ст., этот показатель равен 0,5—0,54.

923. Перечислите объем кровопотери во время физиологических родов и при акушерских патологиях.

Процесс	Объем кровопотери, мл
• Физиологические роды	100—350
• Операция акушерских щипцов	150—450
• Ушивание разрывов влагалища	300—500
• Ручное отделение плаценты	300—800
• Выскабливание матки	250—500
• Рождение мертвого плода	200—1500
• Кесарево сечение	600—1500
• Предлежание плаценты	1000—2000
• Разрыв матки по рубцу	200—2000
• Гипотония матки	800—2500

924. Каковы первоочередные задачи инфузионно-трансфузионной терапии?

- Нормализация центральной гемодинамики, тканевой перфузии
- Устранение гиповолемии и восстановление ОЦК (и плазмы, и глобулярного объема)

- Нормализация метаболических процессов
- Коррекция нарушений гемостаза
- Профилактика осложнений в связи с переливанием крови, ее компонентов и кровезаменителей.

925. Какие факторы определяют индивидуальную реакцию на кровопотерю?

- Анемия
- Поздний токсикоз беременных
- Гиповолемия
- Хроническая гипоксия
- Хронический ДВС-синдром
- Врожденный дефект гемостаза
- Затяжные роды
- Чрезмерное утомление
- Экстрагенитальная патология.

926. Какая кровопотеря считается патологической?

Патологической следует считать кровопотерю, начиная с 0,6—0,8% от массы тела при нормальных исходных показателях.

927. Какие клинические, лабораторные, инструментальные методы обследования применяются для оценки тяжести геморрагического шока?

- Артериальное давление и частота пульса
- Шоковый индекс Альговера
- Частота дыхания и аускультация легких
- Центральное венозное давление
- Гемоглобин, гематокрит
- Биохимические показатели, ионограмма плазмы крови
- КОС и газы крови
- Гемиостазиограмма
- ЭКГ
- Осмометрия плазмы
- Почасовой уровень плазмы
- Почасовой диурез.

928. Какая зависимость установлена между объемом кровопотери, объемом инфузионно-трансфузионной терапии (ИТТ), гемотрансфузии, соотношением коллоидов и кристаллоидов?

Кровопотеря в % от массы тела	Общий объем ИТТ (%) от объема кровопотери	Гемотрансфузия в %	Коллоиды/ Кристаллоиды
1,0—1,5	150—180	50—80	1:1
1,5—2	180—220	70—110	1:1—1:1,2
> 2	200—250	80—120	1:1,2—1:1,5

929. Как определяются критерии безопасности при гемодилюционной терапии в акушерской практике?

- Гематокрит не ниже 0,25 г/л
- Гемоглобин не ниже 70 г/л
- Величина коллоидно-осмотического давления не ниже 150 мм рт. ст.

930. Какие факторы повышают риск акушерских кровотечений?

- Предлежание плаценты
- Отслойка плаценты
- Эктопическая беременность
- Пузырный занос
- Эпизиотомия
- Осложненные влагалищные роды
- Выходные щипцы
- Кесарево сечение или гистерэктомия
- Разрыв матки.

Риск разрыва матки повышается при:

- наличии рубца на матке,
- высоком паритете родов,
- гиперстимуляции,
- затяжных родах,
- внутриматочных вмешательствах,
- повороте головки в акушерских щипцах,
- крупном плоде,
- многоплодной беременности,
- многоводии,
- проводниковой анестезии с гипотензией,
- галогенизирующих средствах,
- затяжных родах,
- быстрых родах,
- хориоамнионитах,
- эмболии околоплодными водами,
- тяжелом внутрисосудистом гемолизе,
- сепсисе с эндтоксемией,
- массивной трансфузии,
- тяжелой преэклампсии и эклампсии,
- врожденных коагулопатиях.

931. Что такое эмболия околоплодными водами (ЭОВ)?

ЭОВ — самая тяжелая патология в родах и в послеродовом периоде. Возникает при наличии сообщения амниотической полости с материнским кровотоком и при преобладании гидростатического давления в полости амниона и в межворсинчатом пространстве.

932. Каковы показатели среднего давления в межворсинчатом пространстве?

- В состоянии покоя — 9,8 мм рт.ст.
- В амниотической полости — 7,4 мм рт.ст.
- Во время схваток давление в межворсинчатом пространстве составляет 38,2, в амниотической полости — 18,7 мм рт.ст.
- При нормальном течении родов околоплодные воды не попадают в сосудистое русло материнского организма. Если давление в межворсинчатом пространстве становится ниже давления в амниотической полости, создается реальная угроза проникновения околоплодных вод в материнский кровоток.

933. Какие факторы (во время беременности и родов) обуславливают проникновение околоплодных вод в материнские сосуды?

Возможные пути проникновения:

- трансплацентарный,
- трансцервикальный,
- трансмуральный.

934. Перечислите состояния, которые являются факторами риска, способствующими проникновению околоплодных вод в сосудистое русло матери.

- Травмы шейки матки
- Отслойка и предлежание плаценты
- Ручное обследование и выделение последа из полости матки
- Слабая дискоординированная родовая деятельность
- Дородовое излитие вод
- Преждевременные роды
- Токсикозы беременных
- Гипертония и гипотония
- Усталость роженицы
- Гормональная недостаточность.

28.1. Послеродовой период

935. Какой период времени называется послеродовым?

Это время от момента выделения последа и последующие 6—8 нед. В этот период происходит физиологические, анатомические и эндокринологические изменения в организме. Восстанавливается менструальный цикл.

936. Когда регистрируются отрицательные тесты β -ХГ после родов?

Через две недели после родов.

937. Как происходит восстановление матки в прежних размерах?

Обычно через 1 неделю матка уменьшается на 50%, через 2 недели полностью возвращается в пределы малого таза. Инволюция происходит за счет маточных сокращений.

938. Что такое субинволюция матки?

Отсутствие или медленное восстановление матки в прежних размерах часто бывает связано с наличием остатков плаценты в полости матки или инфекцией.

939. Какие изменения в весе беременной ожидаются после родов?

В 50% случаев 11 кг веса теряется сразу после рождения плода, потери околоплодных вод и выхода последа. Через неделю наблюдается еще потеря 2,5—3,5 кг. Исходный вес женщины, который она имела до беременности, достигается через 2—3 месяца после родов.

940. Почему у некоторых женщин начинается сильный озноб после родов?

Непроизвольный озноб связан с переменной комнатной температурой, внутривенной гидратацией, мышечным истощением, потерей температуры тела.

941. Какие эндокринные механизмы подготавливают молочные железы к лактации?

Повышение уровня эстрогенов, прогестерона, плацентарного лактогена, инсулина способствуют развитию и росту молочных желез. После родов происходит снижение выработки этих гормонов и повышение циркулирующего пролактина, что и инициирует продукцию молока. Только через 3—4 месяца после родов происходит снижение пролактина до уровня, который был до беременности. Продукция молока поддерживается через 4 месяца не вполне понятной гипоталамо-гипофизарно-альвеолярной реакцией.

942. Как можно прекратить лактацию?

Прекращение грудного кормления приводит к понижению окситоцина и постепенно сводит на нет гипоталамо-гипофизарно-альвеолярные взаимоотношения. Возможно применение повязок, прикладывание льда, прием бромокриптина (агонист рецептора дофамина).

943. Опишите действие лекарственных средств, которые подавляют лактацию.

Бромокриптин воздействует на лактацию, ингибируя секрецию пролактина. Бромокриптин может вызвать гипотензию, головную боль, тошноту. Гипотензия регистрируется у 40% женщин, но симптоматична только у 1%. Ребаунд-эффект лактации ожидается только у 40% пациенток, но устраняется тем же бромокриптином через 1 нед. Продолжительность применения составляет 14 дней. Для подавления лактации применяют эстрогены, как с тестостероном, так и без него. Наблюдается повышение риска тромбозов вен в послеродовом периоде, особенно в возрасте старше 25 лет.

944. Каковы преимущества грудного вскармливания?

В состав грудного молока входят IgA, IgG, IgM, лактоферин и лизоцимы. Аминокислоты молока и железо перевариваются организмом ребенка легче, чем при искусственном вскармливании. Грудное вскармливание также экономично для женщины.

945. Какие основные причины повышения температуры в послеродовом периоде?

Это инфекция, которая приводит к эндометриту. Распространение инфекции к широким связкам приводит к параметриту. Может развиваться тромбофлебит вен малого таза. Одной из причин является наличие в матке остатков плацентарной ткани. В этом случае рекомендуется легкий кюретаж через 2—4 часа после приема антибиотиков. Инфекцию в области промежности можно ожидать при эпизиотомии. Инфекция грудных желез — маститы, которые в основном бывают двусторонними, вызванные *Staphylococcus aureus*. Односторонний неэпидемический мастит тоже вызывает *Staphylococcus aureus*, но в основном инфекция проникает через трещины на сосках. Односторонний мастит поражает 1% женщин в течение 3—4 нед. Женщина продолжает кормить грудью. Температура при мастите повышается до 38,5 °С, но это длится недолго. Высокая температура после родов может быть связана с пиелонефритом, респираторной инфекцией. У 1% причиной высокой температуры является тромбоз эмболизм.

946. Назовите патогенные микробы, которые являются причиной послеродовой инфекции.

- Причиной большинства инфекций является нормальная флора желудочно-кишечного и генитального тракта: Бактероиды, Пептострептококки и Клостридии часто смешиваются с анаэробами. Анаэробы включают в себя: грамм-положительные кокки и *E. coli*
- Применяют пенициллин, цефалоспорины, гентамицин. Большинство бактериоидов высоко чувствительны к клиндамицину.

947. Насколько часто встречается послеродовая депрессия?

У 70—80% женщин отмечается легкая преходящая депрессия на 3—4 день после родов, которая проходит самостоятельно.

948. Что такое синдром Шихана? Насколько часто он встречается?

Послеродовое кровотечение может сопровождаться гипотензией и привести к ишемии и некрозу гипофиза. Отмечаются незначительные, трудноуловимые симптомы после родов, такие как тошнота, слабость и усталость. Одним из признаков является понижение лактации, что связано с понижением выработки пролактина. Последний свидетельствует о гипофизарной не-

достаточности. Могут отмечаться симптомы гипотиреоза, гипoadренализма, гипогонадотропизма.

949. Когда восстанавливается менструальный цикл?

Это зависит от того, кормит ли женщина грудью или нет. У 40% не кормящих матерей месячные наступают через 6 недель, у 90% — через 24 недели после родов. Если мать кормит, то только у 15% через 6 недель восстанавливается цикл.

950. Чем характеризуется послеродовой эндометрит?

- На третий день после родов отмечается повышение температуры от 38,8 до 39,4 °С
- Тахикардия
- Размягченность матки
- Лохии с характерным запахом.

951. Перечислите некоторые осложнения, которые могут иметь место в послеродовом периоде.

- Послеродовая кардиомиопатия
- Гемолитическая уремия
- Послеродовая эклампсия
- Послеродовый психоз.

952. Какова частота наступления беременности в течение лактационной аменореи?

Приблизительно 8%.

953. Какие методы контрацепции применяются в послеродовом периоде?

- Презервативы
- Механические влагалищные средства
- Оральные контрацептивы
- Импланты
- ВМС (внутриматочные спирали).

954. Перечислите лекарственные средства, которые безопасны для применения при лактации.

- Гепарин
- Дигиталис
- Дипиридамол
- Пенициллин
- Эритромицин
- Хлороквин
- Хлорал гидрат (действует на ЦНС)
- Амитриптилин (действует на ЦНС)
- Фенитоин (действует на ЦНС)
- Карбамазепин (действует на ЦНС)

- Индометацин в малых дозах
- Кодеин
- Инсулин
- Кортикотропин.

955. Перечислите лекарственные средства, строго противопоказанные к применению при лактации.

- Оральные контрацептивы
- Ранитидин (антигистамин)
- Диметидин
- Иммуносупрессанты
- Хлортамедон (диуретик)
- Хлортиазид (диуретик)
- Амидарон (диуретик)
- Пириметамин (антибиотик)
- Изониазид (антибиотик)
- Йод и другие радиоактивные продукты
- Метимазол (антитиреоидный препарат)
- Мепробамат (действует на ЦНС)
- Литиум (действует на ЦНС).

956. Какие изменения происходят в половых органах в послеродовом периоде?

Через неделю после родов раскрытие маточного зева составляет 1 см. Через 6—12 нед. после родов происходит реэпителизация шейки матки. Стромальный отек и эндоцервикальная гиперплазия продолжают до 3 месяцев. Инволюция матки передней брюшной стенки происходит через 6—7 нед. после родов.

957. Сколько жидкости теряет женщина в послеродовом периоде?

В течение первой недели женщина теряет 2 л жидкости. В последующие 5 недель она дополнительно теряет 1,5 л жидкости.

958. Когда повышается гематокрит?

Повышение гематокрита наблюдается через 3—7 дней после родов.

959. Когда восстанавливается объем циркулирующей крови?

Через 3 недели после родов происходит снижение объема циркулирующей крови от 5—6 литров до 4 литров.

960. Каким изменениям подвергаются гипоталамо-яичниковые взаимосвязи?

- Сразу после родов наблюдается быстрое падение концентраций плацентарных гормонов
- Лютеинизирующий гормон достигает своих обычных концентраций на второй неделе после родов

- Исчезновение влияния β -ХГ регистрируется между 11 и 16 днями после родов
- Через три часа после родов концентрация 17- β -эстрадиола снижается на 10%
- Эстрогены плазмы на 19—21 день у некармлиющих женщин не достигают своего исходного уровня
- У кормящих матерей концентрация эстрогенов достигает своего исходного уровня на 60—80 день после родов.

961. Как изменяется концентрация пролактина после родов?

В течение беременности концентрация пролактина возрастает почти в 10—15 раз. Если женщина кормит грудью 1—3 раза в день, концентрация пролактина достигает своих прежних величин через 6 месяцев после родов. Если кормит 6 раз в день, концентрация пролактина остается высокой в течение одного года.

962. Когда происходит первая овуляция после родов?

Сроки зависят от грудного кормления. Около 10—15% некармлиющих матерей овулируют через 6 недель после родов и 30% — через 90 дней после родов.

963. Перечислите симптомы патологического лактостаза?

- Температура тела 38—38,5 °С
- Равномерное нагрубание молочных желез
- Болезненность молочных желез
- Симптомы возникают со 2-х по 6-е сутки.

964. Опишите клинические симптомы серозного мастита.

- Острое начало
- Температура 38,5—39 °С
- Озноб
- Слабость
- Головные боли
- Боли в молочной железе
- Гиперемия в области поражения
- Увеличение объема молочной железы.

965. Что является показанием к подавлению лактации у больных с маститом?

- Быстро прогрессирующий процесс
- Гнойный мастит с тенденцией к образованию новых очагов
- Вялотекущий, резистентный к терапии гнойный мастит
- Флегманозный и гангренозный мастит
- Мастит при наличии заболеваний других органов и систем.

966. Как проявляется сепсис после родов?

- Септицемия
- Септикопиемия.

967. Что такое септицемия?

Септицемия — это наличие в кровеносном русле и во всем организме бактерий и их токсинов, которые в течение длительного времени периодически поступают в общий ток крови.

968. Перечислите абсолютные противопоказания к применению оральных контрацептивов в послеродовом периоде.

- Тромбофлебит или тромбоэмболические нарушения
- Перенесенный в прошлом тромбофлебит
- Патология мозговых и коронарных сосудов
- Карцинома молочной железы
- Карцинома эндометрия
- Эстроген-зависимая неоплазия
- Неясные кровотечения из половых путей
- Аденома, карцинома печени
- Нарушения функции печени.

969. Перечислите относительные противопоказания к применению оральных контрацептивов.

- Мигрень и васкулярные головные боли
- Сердечная и почечная дисфункция
- Гестационный диабет или предиабет
- Гипертензия
- Депрессия
- Варикозная болезнь вен
- Возраст > 35 лет
- Гепатит или мононуклеоз в течение предыдущего года
- Астма
- Язвенный колит
- Холеостатическая желтуха в течение беременности.

970. Перечислите абсолютные противопоказания к применению внутриматочных противозачаточных средств?

- Активная, рецидивирующая инфекция органов малого таза
- Подозрение на беременность
- Дисфункциональные маточные кровотечения
- Малигнизация шейки и тела матки.

971. Какие противопоказания считаются относительными к применению внутриматочных противозачаточных средств?

- Венерические заболевания, множество половых партнеров, диабет, гнойный цервицит
- СПИД
- Внематочная беременность в анамнезе
- Хирургическая пластика маточных труб в анамнезе
- Эндометриоз
- Лейомиома матки.

29. Акушерские операции

972. Перечислите показания к перинео- и эпизиотомии.

- Роды у женщин с высокой промежностью или резко ригидными тканями
- Угроза центрального разрыва промежности
- Тяжелое состояние беременной
- Угроза гипоксии плода.

973. Отметьте некоторые показания для рассечения шейки матки.

- Ригидность, заращение наружного маточного зева
- Заболевания матери
- Угроза гипоксии плода.

974. Отметьте показания для разрыва плодного пузыря.

- Кровотечение при частичном предлежании плаценты
- Многоводие
- Наложение щипцов перед операцией
- Поворот плода перед операцией
- При полном раскрытии зева матки
- При фиксации предлежащей части во входе в таз.

975. Что такое акушерский поворот?

Это акушерская операция, при которой изменяется неблагоприятное для течения родов положение или предлежание плода на благоприятное и, притом, всегда продольное.

976. Назовите разновидности акушерского поворота.

- Наружный
- Комбинированный наружно-внутренний.

977. Перечислите формы акушерского поворота.

- Поворот плода на ножку
- Поворот плода на ножки
- Поворот плода на ягодицы
- Поворот плода на головку.

978. Что такое поворот по Брекстон Гиксу?

Это наружно-внутренний акушерский поворот при неполном раскрытии и маточного зева. Раскрытие зева матки не меньше, чем 5 см.

979. Перечислите показания к наложению кожно-головных щипцов.

- Кровотечение при частичном предлежании плаценты
- Мертвый плод.

980. Что такое операция метрейриза?

Сущность метрейриза заключается в том, что в полость матки вводятся резиновый баллон, наполняют стерильным физиологическим раствором.

981. Отметьте показания к операции метрейриза.

- Поздний искусственный аборт по медицинским показаниям
- Неполное предлежание плаценты при несильном кровотечении
- Преждевременное или раннее излитие околоплодных вод при поперечном положении недоношенной беременности

982. Что является целью применения акушерских щипцов?

Целью наложения акушерских щипцов является искусственное извлечение плода за головку при необходимости срочно завершить второй период родов.

983. Перечислите показания к наложению щипцов.

- Гипоксия плода
- Слабость родовой деятельности
- Тяжелые формы гестоза
- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- Экстрагенитальные заболевания.

984. Назовите возможные осложнения при операции наложения акушерских щипцов.

- Соскальзывание щипцов
- Повреждение мягких родовых путей
- Разрыв матки
- Образование влагалищно-пузырного свища
- Повреждение корешков седалищного нерва.

985. Что такое вакуум-экстракция плода?

Вакуум-экстракция — акушерская родоразрешающая операция извлечения плода, производимая с помощью вакуум-экстрактора.

986. Перечислите показания к операции вакуум-экстракции.

- Слабость родовой деятельности
- Выпадение петель пуповины
- Затянувшийся второй период родов.

987. Отметьте противопоказания к операции вакуум-экстракции.

- Несоответствие между размерами таза матери и головки плода
- Гидроцефалия
- Лицевое предлежание
- Лобное предлежание
- Выраженная преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- Тяжелая форма гестоза
- Экстрагенитальные заболевания
- Малая масса плода.

988. Перечислите плодоразрушающие акушерские операции.

- Эмбриотомия
- Краниотомия
- Клейдотомия
- Декапитация
- Эвисцерация, спондилотомия.

989. Что такое краниотомия?

Краниотомия складывается из трех моментов:

- прободение головки (перфорация),
- разрушение и удаление мозга,
- извлечение плода при помощи краниокласта.

990. Перечислите показания к краниотомии.

- Резкое несоответствие между размерами таза роженицы и плода
- Угроза для жизни или здоровья женщины в связи с родами.

991. Какие условия необходимы для краниотомии?

- Раскрытие зева не меньше 5—6 см
- Таз не должен быть абсолютно узким
- Головка должна быть фиксирована во входе в таз
- Истинная конъюгата больше 6,5 см.

992. Какие осложнения могут быть при краниотомии?

- Травматизация родовых путей матери
- Разрывы промежности.

993. Что такое клейдотомия?

Операция рассечения ключиц с целью уменьшения объема плечевого пояса.

994. Перечислите показания к клейдотомии.

Затруднение рождения плечевого пояса через тазовое кольцо вследствие сужения последнего или больших размеров плода.

995. Что является показанием к операции эмбриотомии?

Запущенное поперечное положение плода.

996. Какие условия необходимы для эмбриотомии?

- Раскрытие зева не менее, чем на 6 см
- Истинная конъюгата не меньше 6,5 см
- Вскрытый плодный пузырь
- Возможность достижения и охвата шейки плода.

997. Что такое декапитация?

Декапитация — обезглавливание. Операция, состоящая в отделении головки от туловища, с последующим извлечением туловища и головки.

30. Анестезия в акушерстве

998. Как провести анестезиологическую подготовку беременных к родам?

- Анамнестические данные
- Обследование дыхательных путей
- Обследование позвоночника
- Положение плода
- Прогрессирование родов для выбора метода анестезии
- Определение анестезиологического риска.

999. Имеет ли значение состояние плода при анестезиологическом пособии?

В первую очередь необходимо учитывать частоту сердечных сокращений, наличие гипотрофии, переносимости, пороков сердца, чтобы не нанести вред внутриутробному плоду.

1000. Что должен учитывать анестезиолог при пособии в родах?

Эпидуральная анестезия может применяться только при прогрессирующих родах и когда время родоразрешения предсказуемо. Эпидуральная анестезия применяется при раскрытии шейки матки на 4 см. В некоторых случаях для снятия боли анестезиологическое пособие оказывается и в латентной фазе.

1001. Какие методы анестезии допустимы в родах?

- Психопрофилактическая подготовка — гипноз
- Внутренние опиаты и седативные средства
- Региональная анестезия — эпидуральная, каудальная, парацервикальная
- Интраспинальные опиаты
- Ингаляционные анестетики.

1002. Назовите осложнения при эпидуральной анестезии в родах.

- Боли
- Головные боли (идушие снизу вверх)
- Судороги
- Аллергическая реакция
- Неврологическая реакция.

1003. Назовите противопоказания эпидуральной анестезии в акушерстве.

- Нарушения коагулопатии
- Индивидуальный подход к пациенткам с хроническими болями.

1004. Есть ли разница в течении родов при эпидуральной анестезии?

Разница в I периоде не наблюдается. II период родов в среднем удлиняется на 20—25 мин. Несмотря на длительность II периода,

в состоянии матери и плода разительных изменений не отмечается. Так как в большинстве случаев применение эпидуральной анестезии сопровождается наложением акушерских щипцов, отношение к эпидуральной анестезии остается дискутабельным.

1005. Какое анестезиологическое пособие предпочтительнее при кесаревом сечении?

- Общая анестезия в основном применяется в экстренных случаях.
- Региональная анестезия — в обычных ситуациях рекомендуется применение спинальной и эпидуральной анестезии.

1006. Есть ли разница в состоянии плода при региональной и общей анестезии?

Обычно состояние новорожденных оценивается по шкале Апгар, кислотно-щелочному состоянию (рН пуповины), неврологическому статусу.

- а) При общей анестезии регистрируются более низкие оценки по шкале Апгар. Чем дольше время между применением общей анестезии и моментом родов, тем ниже оценки по шкале Апгар
- б) При плановом кесаревом сечении клинически не установлена разница рН (КЩС) при применении общей и региональной анестезии
- в) Неврологические симптомы намного лучше при региональной анестезии.

1007. Какие осложнения ожидаются при общей анестезии?

- Неудачная интубация
- Аспирация
- Анафилаксия
- Тошнота, рвота, боли в горле.

1008. Какие меры предпринимаются для профилактики аспирации желудочным содержимым?

- Беременным не рекомендуется принимать пищу с началом родов.
- За 30 мин до анестезии применение антацидов.
- При плановых операциях на ночь и утром до операции применение H_2 -блокаторов.
- С применением метоклопрамида понижается уровень (количество) желудочного сока.

1009. Какой вид анестезии более безопасен?

Более безопасна региональная анестезия. В структуре материнской смертности чаще имеет место общая анестезия.

1010. Что такое аналгезия?

Аналгезия — это потеря восприятия боли. Аналгезия может быть:

- локальной,
- региональной,
- системной.

1011. Что такое анестезия?

Анестезия — это полная потеря чувственного восприятия. В акушерстве применяется:

- региональная (эпидуральная, спинальная),
- общая анестезия (эндотрахеальная интубация).

1012. Перечислите виды региональной анестезии.

- Крестцовый эпидуральный блок
- Каудальный блок
- Субарахноидальный блок
- Дуоденальный блок
- Парацервикальная анестезия.

1013. Какие виды анестезиологического пособия применяются во II периоде родов?

- Эпидуральная
- Субарахноидальная
- Пудентальная.

1014. Какой вид анестезии применяется при срочном кесаревом сечении?

Предпочтение отдается общей анестезии.

1015. Отметьте токсические дозы широко применяемых местных анестетиков.

Препарат	Токсическая доза, мг/кг
Лидокаин	5
Бупивакаин	1,5
Хлоропрокаин	10
Тетракаин	1

1016. По каким показаниям используется эпидуральная анестезия при кесаревом сечении?

- Оперативные вмешательства у больных, страдающих различными легочными заболеваниями (эмфизема легких, бронхиальная астма)
- При поражении печени, почек
- Заболевания, при которых противопоказано применение мышечных релаксантов (миотония, миастения)
- Операции, когда желательна управляемая гипотония.

1017. В каких случаях противопоказана эпидуральная анестезия при кесаревом сечении?

- Инфекционные заболевания:
 - местная инфекция кожных покровов,
 - остеомиелит,
 - туберкулез поясничного отдела позвоночника,
 - септицемия
- Шок любой этиологии
- Гипотония, когда артериальное давление ниже 80 мм рт. ст.
- Нарушения свертывающей системы крови
- Антикоагулянтная терапия
- Заболевания ЦНС
- Повышенная чувствительность к местным анестетикам
- Деформация позвоночника, боли в спине
- Атриовентрикулярная блокада выше II степени
- Отказ пациентки от процедуры.

1018. Какие особенности имеет послеоперационный период при эпидуральной анестезии?

- Отсутствие депрессии дыхания
- Отсутствие депрессии сердечно-сосудистой деятельности
- Эффективность устранения боли
- Сохранение психической и моторной активности больной.

1019. В чем разница между анестезиологическим пособием в акушерстве и хирургии?

- Наличие плода
- Показания
- Длительность — акушерская анестезия может длиться 12 часов и более
- Анальгетики не должны действовать на сократительную деятельность матки
- Начало и продолжительность родов всегда непредсказуемы
- Риск аспирации желудочным содержимым очень высок.

1020. Перечислите некоторые факторы риска анестезиологического пособия.

- Выраженное ожирение или анатомические аномалии лица и шеи
- Короткая шея
- Бронхиальная астма
- Анестезиологические осложнения в прошлом.

