

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Ситуация

На плановый осмотр к акушеру-гинекологу в женскую консультацию по месту жительства обратилась первобеременная 26 лет со сроком беременности 19-20 недель.

Жалобы

На резкое увеличение размеров живота, прибавление массы тела за последние 2 недели на 5 кг.

Анамнез заболевания

С ранних сроков наблюдается в женской консультации, ранее на скрининге первого триместра диагностирована монохориальная диамниотическая двойня, увеличение воротникового пространства первого плода (ТВП 3,4 см).

Акушерский анамнез: 1-я беременность – данная, наступила самопроизвольно.

Гинекологический анамнез: синдром поликистозных яичников, год назад произведена клиновидная резекция яичников.

Течение беременности: Данная беременность 1-я, наступила спонтанно, срок беременности определен по дате начала последней менструации и КТР плода на I скрининге (совпадает). Беременность до настоящего времени протекала без осложнений, скрининг 1-го триместра – монохориальная диамниотическая двойня, высокий риск хромосомной патологии плодов. На сроке 15 недель проводилось стационарное лечение по поводу угрозы прерывания беременности. Общая прибавка массы тела за беременность + 10 кг.

Соматический анамнез: Детские инфекции: ветряная оспа, краснуха, ОРВИ - редко. Хронические заболевания отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное.

Рост 173 см, масса тела 76 кг.

АД 110/60 мм.рт.ст., PS 83 уд/мин, тоны сердца ясные, ритмичные, дыхание везикулярное, t=36,6°C.

Живот в доступных пальпации отделах – безболезненный, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Матка при пальпации невозбудима. ЧСС плодов: 1-го плода – 145-156 уд/мин, 2-го плода – 138-139 уд/мин. Шевеления плодов ощущает хорошо, активные.

Пельвиометрия: D. spinarum 26 см, D. cristarum 28 см, D. trochanterica 31 см, C. externa 19 см.

Ультразвуковое исследование и доплерометрия

Беременность 18-19 недель. Монохориальная диамниотическая двойня. Первый плод слева, в продольном головном положении. Размеры первого плода соответствуют 18 нед. 3 дн. Фето-плацентарный кровоток не нарушен. Максимальный вертикальный карман первого плода 14,2 см. Второй плод справа, в поперечном положении. Размеры второго плода соответствует 16 нед. 2 дн. Мочевой пузырь второго плода не определяется. Нарушение фето-плацентарного кровотока – тип 3А. Максимальный вертикальный карман первого плода второго плода – ангидрамнион. Дискордантность по массе плодов составляет 32%. Маточно-плацентарный кровоток в норме.

Цервикометрия

Длина цервикального канала 35 мм, расширения внутреннего зева нет.

ВОПРОСЫ

1. Для постановки диагноза данной пациентке необходимо провести

- доплерометрию и цервикометрию
- амниоцентез, определение кариотипа плодов
- ультразвуковое исследование и доплерометрию
- ультразвуковое исследование и плацентометрию

2. К методам обследования, которые необходимо провести у данной пациентки, с целью прогнозирования преждевременных родов относят

- измерение церебрально-плацентарного соотношения
- оценку толщины плаценты, визуализированной при экспертном ультразвуковом обследовании
- измерение скорости в средней мозговой артерии плодов
- цервикометрию

3. Предполагаемым диагнозом у данной пациентки является: Беременность 18-19 недель. Монохориальная диамниотическая двойня

- Селективная задержка роста второго плода 2 типа. Синдром анемии-полицитемии
- Фето-фетальный трансфузионный синдром IV стадия Quintero. Селективная задержка роста второго плода 2 типа
- Синдром обратной артериальной перфузии. Селективная задержка роста второго плода 2 типа
- Фето-фетальный трансфузионный синдром III стадия Quintero. Селективная задержка роста второго плода 2 типа

4. Вероятным признаком развития фето-фетального трансфузионного синдрома при проведении скрининга первого триместра в данной ситуации является

- дискордантность по количеству околоплодных вод плодов
- увеличение воротникового пространства первого плода (ТВП=3,4 см)
- дискордантность по массе тела 25%
- «нулевой» кровоток в артерии пуповины второго плода

5. Оптимальной тактикой ведения пациентки на данном этапе является

- госпитализация в стационар третьего уровня
- госпитализация в родильный дом
- динамическое наблюдение в амбулаторных условиях
- проведение ультразвукового исследования через 2 недели

6. Оптимальной тактикой ведения данной пациентки в условиях стационара является проведение

- антибактериальной терапии с целью коррекции многоводия/маловодия плодов
- хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности
- фетоскопии, лазерной коагуляции сосудистых анастомозов плаценты
- амниоинфузии с целью коррекции ангидрамниона второго плода

7. При проведении фетоскопической лазерной коагуляции сосудистых анастомозов плаценты заключительным этапом операции является проведение

- цервикометрии
- фетометрии
- амниоредукции
- септостомии

8. После оперативного лечения фето-фетального трансфузионного синдрома необходимо проведение ультразвукового исследования с целью

- проведения цервикометрии
- клинико-лабораторного обследования
- плацентометрии
- оценки эффективности терапии

9. На 2 сутки после проведения оперативного лечения у пациентки была диагностирована неразвивающаяся беременность плода-донора. Дальнейшая тактика ведения данной пациентки заключается в

- консервативном ведении беременности
- прерывании беременности
- проведении фетоскопии, селективной лазерной коагуляции сосудов пуповины плода
- проведении фетоскопии, селективной лазерной коагуляции сосудистых анастомозов плаценты

10. При неразвивающейся беременности плода-донора после проведения фетоскопии, и нормально протекающей беременности до доношенного срока, рекомендуемый метод родоразрешения

- через естественные родовые пути
- путем операции кесарево сечение в плановом порядке
- через естественные родовые пути путем наложения акушерских щипцов
- через естественные родовые пути с использованием вакуум-экстракции плода

11. Оптимальной кратностью посещения женской консультации беременной с многоплодием является

- 1 раз в 5 недель
- 1 раз в 2 недели
- 1 раз в 3 недели
- 1 раз в 4 недели

12. Фето-фетальный трансфузионный синдром осложняет течение монохориальной многоплодной беременности в _____ % случаев

- 25-30
- 5-25
- 35-50
- 5