

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Ситуация

В приемный покой Перинатального Центра (стационар III уровня) обратилась пациентка 35 лет со сроком беременности 35 недель.

Жалобы

На умеренные схваткообразные боли внизу живота (каждые 7-10 мин) с иррадиацией в поясницу, обильные слизистые выделения из влагалища.

Анамнез заболевания

Вышеуказанные жалобы появились в течение последних 8 часов. Пациентка состоит на учете в женской консультации, последний прием у акушера - 4 недели назад.

Анамнез жизни

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

Хронические заболевания: хронический цистит, ремиссия. Субклинический гипотиреоз, мед. компенсация.

Гинекологический анамнез: 2015г – конизация шейки матки по поводу CIN I, без осложнений.

Акушерский анамнез:

I беременность – своевременные самопроизвольные роды, ребенок 3200 граммов, 53 см, послеродовый период протекал без осложнений;

II беременность – преждевременные самопроизвольные роды в 35 недель, ребенок 2500 граммов, 50 см, здоров, послеродовый период протекал без осложнений;

III беременность – самопроизвольный выкидыш в 7 недель, без выскабливания;

IV беременность – преждевременные самопроизвольные роды в 36 недель, ребенок 2600 граммов, 50 см, здоров, послеродовый период протекал без осложнений;

V беременность – данная, наступила самопроизвольно.

Течение беременности:

срок беременности определен по menses и КТР плода на I скрининге (совпадает).

I триместр – токсикоз, амбулаторная терапия. Скрининг 1-го триместра – низкий риск, ультразвуковой скрининг 2 триместра – длина шейки матки 25мм, установлен акушерский пессарий.

Прием препаратов: эутирокс 50мкг, фолиевая кислота 400мкг/сут (до 14 недель), йодомарин 250мкг/сут (по настоящее время), Гексикон (суппозитории вагинально, № 10 в 29 недель – признаки аэробного вагинита по данным микроскопии отделяемого из влагалища).

Общая прибавка массы тела за беременность 8 кг.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное.

Рост 164 см, масса тела 65 кг.

АД 115/70 мм.рт.ст., PS 85 уд/мин, тоны сердца ритмичные, дыхание везикулярное.

t тела 36.7°C.

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

Матка при пальпации возбудима. Шевеления плода ощущает хорошо, активные.

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

Пальцевое влагалищное исследование

Шейка матки по проводной оси таза, укорочена до 0,5 см, мягкая. Цервикальный канал проходим для 2 пальцев свободно. Плодный пузырь цел, предлежит головка плода – прижата ко входу в малый таз. Мыс недостижим, экзостозов в малом тазу нет. Выделения светлые, слизистые, обильные.

Определение pH влагалищного отделяемого

pH 3.7

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

УЗИ плода

Срок беременности 35 недель 2 дня. Размеры плода соответствуют сроку беременности, предполагаемая масса плода 2600 грамм, 58,3 перцентиль. УЗ-маркеров врожденных пороков развития у плода не обнаружено. Шейка матки 15 мм, расширение внутреннего зева 5 мм. Количество околоплодных вод – нормальное количество.

ВОПРОСЫ

1. К необходимому в данной ситуации первичному методу обследования относится

- измерение базальной температуры
- пальцевое влагалищное исследование
- определение pH влагалищного отделяемого
- осмотр шейки матки в зеркалах

2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- кардиотокография
- амниоскопия
- УЗ-доплерометрия плода
- УЗИ плода

3. В качестве основного диагноза данной пациентки можно выставить

- Угрожающие поздние преждевременные роды
- Преждевременное излитие околоплодных вод
- Истмико-цервикальная недостаточность
- Угрожающие ранние преждевременные роды

4. Для подтверждения диагноза у данной пациентки преждевременного излития околоплодных вод необходимо проведение теста с определением

- матриксной металлопротеиназы 8
- провоспалительного интерлейкина 6
- фетального фибронектина
- плацентарного α -микроглобулина-1

5. Данной пациентке дежурным врачом назначено проведение профилактики РДС плода 24 мг дексаметазона внутримышечно. Отменив данные назначения, вы объясняете коллеге, что профилактика РДС плода проводится

- преднизолоном в таблетированной форме
- с использованием внутривенной формы введения дексаметазона
- до 34 недели беременности
- половинной дозировкой кортикостероидов (12 мг)

6. Беременная рассказывает, что в предшествующую беременность проводился токолиз атозибаном и просит назначить ей данный препарат, однако, проведение токолиза атозибаном у данной пациентки не показано в связи

- с недостаточной продолжительностью регулярных схваток
- с недостаточным раскрытием шейки матки
- с наличием субклинического гипотиреоза в анамнезе
- со сроком беременности 35 недель

7. Назначение утрожестана у данной пациентки

- не показано, учитывая срок беременности
- не показано, учитывая наличие акушерского пессария
- показано, учитывая укорочение шейки матки
- показано, учитываяотягощенный акушерский анамнез по преждевременным родам

8. При развитии регулярной родовой деятельности тактика ведения данной пациентки заключается в

- экстренном оперативном родоразрешении путем кесарева сечения
- родоразрешении через естественные родовые пути
- пролонгировании беременности до доношенного срока
- срочном оперативном родоразрешении путем кесарева сечения

9. При ведении родов через естественные родовые пути у данной пациентки во втором периоде возможно применение

- полостных акушерских щипцов
- метода Кристеллера
- утеротоников
- рутинной эпизиотомии

10. Обезболивание в родах у данной пациентки

- возможно, с предпочтительным использованием наркотических анальгетиков
- возможно, с предпочтительным использованием эпидуральной аналгезии
- не показано, в связи с высоким риском развития аномалий родовой деятельности
- не показано, в связи с четвертыми предстоящими родами

11. В случае отсутствия спонтанного излития околоплодных вод в родах, у данной пациентки целесообразно проведение амниотомии _____ шейки матки и на фоне эпидуральной аналгезии

- при полном открытии
- на 3-4 сантиметрах открытия
- на 5-6 сантиметрах открытия
- на 7-8 сантиметрах открытия

12. В данном случае, при рождении недоношенного ребенка показано

- отсроченное пережатие пуповины (30-120 секунд)
- очень раннее пересечение пуповины (первые 10 секунд)
- позднее отсроченное пережатие пуповины (более 120 секунд)
- раннее пересечение пуповины (10-30 секунд)