ФЕДЕРАЛЬНРОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Кафедра акушерства и гинекологии № 1 с курсом ДПО.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ ДИСЦИПЛИНА ПО ВЫБОРУ «БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ПАТОЛОГИЯХ»

(6 курс лечебный факультет)

Ставрополь 2026

Введение.

В современном обществе женщины всё чаще откладывают рождение детей на более поздний возраст, что естественным образом увеличивает вероятность наличия у них хронических заболеваний к моменту наступления беременности. Экстрагенитальные заболевания (болезни сердечно-сосудистой системы, почек, эндокринной системы, анемии и др.) напрямую влияют на течение гестационного процесса. Современные исследования подтверждают, что структура материнской патологии существенно варьирует в зависимости от срока гестации и отражает различия в механизмах преждевременных родов. В частности, для ранних преждевременных родов характерна высокая частота инфекционно-воспалительных осложнений беременности . Это делает проблему не только акушерской, но и неонатальной, влияя на здоровье будущего поколения. Актуальность темы диктует смену парадигмы ведения беременности. Если раньше основной фокус был на акушере-гинекологе, то сейчас на первый план выходит мультидисциплинарный подход. Беременную с соматической патологией должны сопровождать не только акушеры-гинекологи, но и терапевты, кардиологи, нефрологи, хирурги и другие специалисты . Ещё одним аспектом актуальности является смещение фокуса на прегравидарную подготовку. Стабилизация хронических заболеваний до наступления беременности рассматривается как ключевой фактор сохранения здоровья женщины и ребёнка. Это требует раннего выявления патологии (например, в условиях женской консультации) и своевременного лечения .

Занятие 1

Тема 1: **Беременность при заболеваниях сердечно-сосудистой системы (ССС).**

1. Цель	Изучить пути снижения материнской и перинатальной смертности при тяжелых заболеваниях сердечно-сосудистой системы (ревматизме, пороках сердца).
2. Учебные вопросы	1.Актуальность, влияние на показатели МС, ПС. 2.Изменения ССС при беременности, влияние беременности на течение заболеваний ССС. Влияние СС патологии на течение беременности, родов. 3.Классификация гипертензивных состояний при беременности. ХАГ, ГАГ – основные дифференциально-диагностические критерии. 4.Принципы диспансерного наблюдения, осложнения беременности. 5. Врачебная тактика. Лечение гипертензивных расстройств при беременности. (клинические рекомендации) 6. Пути предупреждения МС и ПС. Роль врача первичного звена.

3.Задания для самостоятельной работы студентов:

Название задания	*Форма контроля*
1. Курация беременной с пороком сердца, гипертонической болезнью.	Протокол листа курации.
2. План дополнительного обследования для уточнения диагноза при заболеваниях сердца.	Протокол плана обследования, критерии нормы беременности.

3.Составить план родоразрешения при: а) активном ревматизме; б) комбинированном митрально-аортальном пороке; в) пороках с нарушениями кровообращения; г) неактивном ревматизме; д) недостаточности митрального клапана, $ХСН_0$.	Протокол плана ведения родов.
4. Составить план профилактического лечения при: а) неактивном ревматическом процессе; б) активном ревматическом процессе; в) при пороках сердца с нарушением кровообращения	Копии рецептов.
5. Составить план обследования беременных с гипертонической болезнью.	Дубликат плана обследования.

Задача № 1

Первобеременная 19 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу отсутствия менструации в течении двух месяцев.

Соматический анамнез отягощен: с 15-летнего возраста страдает ревматизмом, перенесла единственную атаку, после которой сформировался порок сердца. Состоит на диспансерном учете у ревматолога, ежегодно получает профилактическое противорецидивное лечение.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски; акроцианоза, сыпи нет. Перкуторные границы сердца в пределах нормы. При аускультации выявлено ослабление I тона, короткий убывающий систолический шум на верхушке. Пульс 76 в минуту, ритмичен, удовлетворительных свойств, АД 115/65 мм.рт.ст. Над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Живот мягкий, не увеличен, край печени у реберной дуги, отеков нет.

БИМАНУАЛЬНО: Тело матки в антефлексио-верзио, мягковатой консистенции, увеличено соответственно 6-7 неделям беременности, подвижно, безболезненно. Придатки не определяются, область их безболезненна.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Определите степень риска исхода беременности и родов.
4. Составьте перспективный план диспансерного наблюдения беременной врачом женской консультации.

Задача № 2

Повторнобеременная 35 лет поступила в отделение патологии беременных при сроке беременности 35-36 недель для подготовки к родоразрешению. В 13 лет перенесла единственную атаку ревматизма. Два года назад у пациентки появились одышка, приступы удушья, кашель с мокротою, перидически кровохарканье. Выявлен порок сердца - митральный стеноз, выполнена митральная комиссуротомия. Настоящая беременность вторая. Первая два года назад прервана путем артифициального аборта по медицинским показаниям. Течение настоящей беременности без акушерских осложнений, однако в течение последнего месяца отмечает периодические боли в сердце, одышку, сердцебиение.

ОБЪЕКТИВНО: Состояние беременной средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски, цианотический румянец. Область сердца визуально не изменена. Перкуторные границы сердца расширены: левая +1,5 см, верхняя + 1 см, верхушечный толчок смещен влево и вниз. При аускультации на верхушке определяется хлопающий I тон, тон открытия митрального клапана, систолический и диастолический шум; над аортой диастолический шум. АД 140/50 мм рт.ст. Пульс 102 в минуту, удовлетворительных свойств. Над всей поверхностью легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 28 в минуту. Печень не увеличена, безболезненна. Матка в нормотонусе, симметрична, безболезненна. ВДМ 30 см. ОЖ 87 см. Положение плода продольное, головное предлежание. Сердцебиение плода ритмичное, приглушенное 140 в минуту, слева ниже пупка.

ДАННЫЕ ВЛАГАЛИЩНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: Шейка матки расположена по проводной оси таза, длина ее 2,5 см, ткани шейки плотные, наружный зев закрыт. Через своды определяется предлежащая часть - головка, небольших размеров.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Составьте план родоразрешения.

4. Укажите ошибки, допущенные при диспансерном наблюдении в женской консультации.
5. Определите степень риска исхода беременности и родов.

Задача № 3

Первородящая 21 года доставлена в родильное отделение с регулярной родовой деятельностью. Соматический анамнез отягощен - с 14 лет страдает ревматизмом, сформировался порок сердца. На диспансерном учете по основному заболеванию не состояла, профилактического лечения не получала. Настоящая беременность первая, доношенная, на учете в женской консультации состоит с 7 недель. Профилактическое лечение в "критические" периоды беременности не проводилось. В течении последнего месяца отмечает сердцебиение, одышку при незначительней физической нагрузке, периодический кашель, кровохарканье.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ: Состояние при поступлении тяжелое. Положение вынужденное, полусидячее. Жалобы на удушье, чувство «нехватки воздуха», сердцебиение, кашель с пенистой мокротой. Кожные покровы бледные, влажные, акроцианоз. Область сердца визуально не изменена. Левая и верхняя граница сердца расширены +1,5 см. Тоны сердца приглушены, над верхушкой хлопающий I тон, диастолический шум. ЧСС 108 в минуту. Дыхание клокочущее, ЧДД 36 в минуту. Над всей поверхностью легких влажные разнокалиберные хрипы. Печень не увеличена. Родовая деятельность продолжается 5 часов. Воды не отходили. Схватки умеренной силы и болезненности по 40-45 сек., 3 схватки за 10 минут, вне схватки матка хорошо расслабляется. ВДМ 33 см., ОЖ 92 см .

Положение плода продольное, головное предлежание. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное, приглушенное, 160 в минуту, слева ниже пупка.

ДАННЫЕ ВЛАГАЛИЩНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: Шейка матки сглажена, края зева тонкие, мягкие, открытие 5-6 см. Плодный пузырь цел, выражен. Предлежит головка, прижатая ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Составьте план реанимационных мероприятий.
3. Составьте план родоразрешения.
4. Укажите ошибки, допущенные при диспансерном наблюдении.

5. Определите степень риска исхода беременности и родов.

Задача № 4

Беременная 24 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью продолжающейся в течении 3-х часов. Срок беременности 39-40 нед. С 17 лет страдает ревматизмом, последнее обострение в 20-летнем возрасте. Регулярно посещала женскую консультацию, наблюдается у ревматолога, получала профилактическое лечение в «критические» периоды беременности.

Общее состояние удовлетворительное. Пульс 80 в мин, ритмичный, хорошего наполнения. АД 115/75. ЧДД 18 в мин, дыхание глубокое. Верхушечный толчок усилен. Левая граница относительной сердечной тупости смещена на 2 см. На верхушке сердца выслушивается систолический шум. Над легкими везикулярное дыхание. Отеков нет. Печень не увеличена. ВДМ 36 см. ОЖ 92 см. Положение плода продольное. Предлежит головка, прижатая ко входу в таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 в мин.

Данные влагалищного исследования: Влагалище узкое. Шейка матки сглажена, края зева тонкие, мягкие, открытие 3-4 см. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижатая ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок слева. Мыс не достижим. Емкость таза удовлетворительная.

1.Сформулируйте клинический диагноз.

2.Составьте план родоразрешения.

3.Укажите ошибки, допущенные врачом женской консультации?

4.Определите степень риска исхода беременности и родов.

4.Вопросы для собеседования.

1. Охарактеризуйте актуальность проблемы сочетания беременности и патологии ССС, влияния на показатель МС и ПС.

2. Укажите частоту, структуру, причины поражения сердца у беременных.

3. Охарактеризуйте физиологические изменения сердечно-сосудистой системы при беременности.

4. Перечислите нагрузочные изменения ССС гемодинамического характера.

5. Перечислите нагрузочные факторы механического характера, влияющие на деятельность ССС.

6. Перечислите адаптационные изменения ССС при физиологической беременности.

7. Перечислите факторы, определяющие исход беременности и родов у беременных с заболеваниями сердца.

8. Охарактеризуйте влияние беременности на течение ревматического процесса, пороков сердца.

9. Охарактеризуйте влияние пороков сердца, ревматизма на течение беременности (осложнения течения беременности).

10.Дайте определения понятия «первый критический период» в течении беременности при ревматизме, пороках сердца; определите тактику врача.

11.Перечислите противопоказания к вынашиванию беременности при заболеваниях сердца.

12.Наметьте план лечение беременных с пороками сердца в зависимости от активности ревматического процесса и степени ХСН.

13.Перечислите степени «риска» беременности и родов при пороках сердца (по Л.В. Ваниной).

14.Дайте определение понятия «второй критический период» в течении беременности при пороках сердца; определите тактику врача.

15.Дайте определение понятия «третий критический период». Перечислите задачи дородовой госпитализации в ОПБ беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

16.Перечислите показания к досрочному родоразрешению при сердечно-сосудистых заболеваниях.

17.Причислите методы родоразрешения у беременных с заболеваниями сердца, факторы, определяющие их выбор.

18.Перечислите осложнения течения родов у женщин с заболеваниями сердца.

19.Перечислите показания к плановой и экстренной операции кесарева сечения при заболеваниях сердца.

20.Дайте определение понятий «четвертый и пятый критические периоды» гестационного процесса при сердечно-сосудистой патологии.

21.Составьте план ведения родов при сердечно-сосудистых заболеваниях.

22.Перечислите методы обезболивания родов при сердечно-сосудистой патологии.

23.Опишите изменения в плаценте при сердечно-сосудистых заболеваниях.

24.Перечислите влияния сердечно-сосудистой патологии на плод и новорожденного.

25.Укажите особенности течения и ведения послеродового периода у лиц с СС патологией.

26.Перечислите «критические» периоды в течении беременности у женщин с гипертонической болезнью.

27.Опишите реабилитационные мероприятия у родильниц с тяжелыми заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

28.Перечислите пути профилактики материнской смертности женщин с тяжелой патологией сердечно-сосудистой системы.

5.Тестовые задания.

Укажите номер правильного ответа

ТЕСТ 1. Наиболее частой формой патологии ССС у беременных является:

1. аортальные пороки
2. врожденные пороки «синего» типа
3. оперированное сердце
4. митральные пороки
5. трикуспидальные пороки

Укажите номера всех правильных ответов

ТЕСТ 2. К нагрузочным изменениям сердечно-сосудистой системы беременных гемодинамического характера относятся:

1. увеличение ОЦК
2. повышение венозного давления на нижних конечностях
3. увеличение ударного и минутного объемов сердца

4. депонирование крови в маточно-плацентарном бассейне
5. увеличение ЧСС.

Укажите номера всех правильных ответов

ТЕСТ 3. К нагрузочным изменениям сердечно-сосудистой системы беременных гемодинамического характера относят:

1. высокое стояние диафрагмы
2. увеличение объема внесосудистой жидкости
3. увеличение емкости ССС за счет маточно-плацентарного круга
4. увеличение работы сердца
5. поперечное положение сердца

Укажите номера всех правильных ответов

ТЕСТ 4. К нагрузочным изменениям сердечно-сосудистой системы беременных механического характера относят:

1. высокое стояние диафрагмы
2. прирост ОЦК
3. изменение формы грудной клетки
4. колебания АД
5. общая прибавка массы

Укажите номера всех правильных ответов

ТЕСТ 5. К адаптационным физиологическим изменениям сердечно-сосудистой системы у беременных относятся:

1. увеличение емкости сосудистой системы за счет маточно-плацентарного круга
2. депонирование крови в маточно-плацентарном бассейне
3. снижение общего периферического сосудистого сопротивления
4. высокое стояние диафрагмы
5. снижение вязкости крови

Установите соответствие

ТЕСТ 6. Установите соответствие

Физиологические изменения ССС:

1. нагрузочного характера
2. адаптационные изменения

Характер изменений:

а) увеличение массы тела

б) поперечное положение сердца

в) снижение вязкости крови

г) повышение венозного давления на нижних конечностях

д) прирост ОЦК

е) увеличение ЧСС

ж) снижение общего периферического

сопротивления

1 _ _ _, 2 _ _ _

Укажите номера всех правильных ответов

ТЕСТ 7. К типичным осложнениям беременности и родов при патологии ССС относят:

1. ХПН, хроническая гипоксия
2. аномалии родовой деятельности
3. многоводие
4. кровотечения
5. тромботические, тромбоэмболические осложнения

Укажите номер правильного ответа

ТЕСТ 8. К типичным осложнениям беременности при пороках сердца не относится:

1. невынашивание, недонашивание
2. гестоз
3. многоводие

4. ХПН, СЗРП
5. хроническая гипоксия плода

Установите соответствие

ТЕСТ 9. Установите соответствие

Факторы, влияющие на исход беременности при патологии ССС:

Факторы:

1. определяющие
2. вспомогательные

а) срок беременности

б) форма порока

в) сопутствующие заболевания

г) степень активности ревматического процесса

д) степень сердечной недостаточности

е) качество диспансерного наблюдения

ж) возраст беременной

1 _ _ _, 2 _ _ _

Установите правильную последовательность

ТЕСТ 10. Установите алгоритм действий врача в первом «критическом» периоде у беременных с заболеваниями ССС:

1. прерывание или пролонгирование беременности
2. курс лечения основного заболевания
3. установление терапевтического диагноза
4. выявление противопоказаний к вынашиванию беременности
5. клиническое обследование

Установите соответствие

ТЕСТ 11. Установите соответствие между степенью риска беременности и родов при пороках сердца и клиническими проявлениями патологии

Степень риска: Клинические критерии:

1. I степень а) легочная гипертензия I ст.
2. III степень б) $ХСН_{IIА}$

в) А0 (активность ревматизма)

г) $ХСН_0$

д) $А_2$ (активность ревматизма)

е) мерцательная аритмия

1_,_; 2_,_,_,_.

Установите соответствие

ТЕСТ 12. Установите соответствие между степенью риска беременности при пороках сердца и клиническими проявлениями патологии

Степень риска: Клинические критерии:

1. II степень а) ХСН I ст.
2. IV степень б) А3 (активность ревматизма)

в) А1(активность ревматизма)

г) легочная гипертензия II-III ст.

д) мерцательная аритмия

е) кардио-; атриомегалия

ж) $ХСН_{IIБ-III}$

1_,_; 2_,_,_,_,_.

Укажите номер правильного ответа

ТЕСТ 13. Противопоказанием к вынашиванию беременности является следующая форма порока сердца:

1. дефект межпредсердной перегородки
2. митральный стеноз

3. недостаточность митрального клапана
4. пролапс митрального клапана
5. открытый артериальный проток

Укажите номера всех правильных ответов

ТЕСТ 14. Определите противопоказания к вынашиванию беременности при сердечно-сосудистой патологии:

1. дефект межпредсердной перегородки
2. аортальный стеноз
3. дефект межжелудочковой перегородки
4. недостаточность митрального клапана
5. недостаточность трикуспидального клапана

Укажите номера всех правильных ответов

ТЕСТ 15. Определите противопоказания к вынашиванию беременности при сердечно-сосудистой патологии:

1. активный ревматический процесс
2. дефект межпредсердной перегородки
3. недостаточность аортального клапана
4. недостаточность митрального клапана
5. наличие признаков хронической сердечной недостаточности

Дайте правильный цифровой ответ

ТЕСТ 16. Период максимальной гемодинамической нагрузки сосудистой патологии совпадает с гестационным сроком:

1. 16-18 нед.
2. 22-24 нед.
3. 32-34 нед.
4. 36-37 нед.
5. 39-40 нед.

Установите правильную последовательность

ТЕСТ 17. Установите алгоритм действий врача в третьем «критическом» периоде у беременных с пороками сердца:

1. определение срока и способа родоразрешения, родоразрешение
2. дородовая госпитализация в ОПБ
3. выявление и лечение акушерских осложнений
4. проведение курса лечения основного заболевания
5. уточнение терапевтического диагноза

Укажите номера всех правильных ответов

ТЕСТ 18. Показаниями к досрочному родоразрешению при заболеваниях сердечно-сосудистой системы являются:

1. форма порока
2. активность ревматического процесса (А1-А3)
3. наличие признаков сердечной недостаточности (ХСН I-III)
4. нарастание легочной гипертензии
5. гестоз

Укажите номера всех правильных ответов

ТЕСТ 19. Показаниями к досрочному родоразрешению при заболеваниях сердечно-сосудистой системы являются:

1. ХПН, СЗРП
2. многоводие
3. хроническая гипоксия плода
4. перенесенный отек легких
5. мерцательная аритмия

Установите соответствие

ТЕСТ 20. Установите соответствие

Способ родоразрешения:	Клинический критерий:
1. роды	а) активность ревматического процесса $А_3$
2. оперативные роды	б) бактериальный эндокардит
3. операция кесарева сечения	в) $ХСН_0$
г) ХСН II Б- III ст.	
д) ревматизм, $А_0$	
	е) ревматизм, $А_{1,2}$
ж) $ХСН_{I-IIА}$	

1 _ _ , 2 _ _, 3 _ _

Установите соответствие

ТЕСТ 21. Установите соответствие между способом родоразрешения и формой сердечно-сосудистой патологии

Способы родоразрешения:	Форма патологии:
1. роды	а) коартация аорты
2. кесарево сечение	б) аневризма аоры
в) недостаточность митрального клапана	
г) ДМПП	
д) полная атрио-вентрикулярная блокада	
е) открытый артериальный проток	

1_,_,_; 2_,_,_.

Укажите номер правильного ответа

ТЕСТ 22. Купирование отека легких у беременных с пороком сердца включает:

1. обеспечение проходимости дыхательных путей, борьба с гипоксией
2. снижение объема и давления в легочных капиллярах
3. усиление сократимости левого желудочка

4. профилактика и лечение осложнений
5. все выше перечисленное

Укажите номер правильного ответа

ТЕСТ 23. В послеродовом периоде у родильниц с тяжелыми пороками сердца отмечается:

1. обострение ревматического процесса
2. ухудшение функционального состояния миокарда
3. нарастание ХСН
4. развитие тромботических и тромбоэмболических осложнений
5. все выше перечисленное

Установите правильную последовательность

ТЕСТ 24. Ведение родильниц с тяжелыми пороками сердца предусматривает:

1. реабилитация в условиях специализированного отделения
2. подавление лактации
3. наблюдение и лечение в отделении интенсивной терапии
4. профилактика тромботических, тромбоэмболических осложнений
5. лечение основного заболевания

Занятие 2

Тема 2: **Беременность при эндокринной патологии (сахарный диабет – СД, заболевания щитовидной железы).**

1. Цель	Изучить пути снижения материнской смертности при патологии эндокринной системы.
2. Учебные вопросы	1.Актуальность, влияние на МС, ПС; СД - классификация. 2. Изменения обмена при беременности, влияние на течение СД. Изменения функции щитовидной железы при беременности, влияние на течение заболеваний. 3. Осложнения беременности, родов при СД, понятие «диабетическая фетопатия». 4.Синдром тиреотоксикоза, синдром гипотиреоза – клинико-диагностические критерии, особенности течения у беременных. Тиреотоксический, гипотиреоидный кризы – клинико-диагностические критерии. 5.«Критические» периоды, принципы диспансерного наблюдения, акушерская тактика. Клинические рекомендации МЗ РФ (протокол лечения). 6. Реабилитация; роль врача первичного звена, специалиста в профилактике МС ПС.

3.Практическая часть:

Задача № 1

Беременная 23 лет поступила в родильный дом с жалобами на отсутствие шевеления плода в течение двух суток. Настоящая беременность третья, срок 38 недель. В анамнезе 2 самопроизвольных аборта в ранние сроки беременности. С 15 лет страдает тяжелой формой сахарного диабета, получает инсулин. При настоящей беременности: неоднократно отмечались гипогликемические состояния. В последние две недели беспокоит жажда, повышенный аппетит, сухость во рту, отеки нижних конечностей, повышение АД. Сахар крови 14,2 - 18,6 ммоль/л, в моче сахар до 2 %, реакция на ацетон положительная (4+), белок - 0,5 г/л. Офтольмоскопия: резкое сужение артерий, отек сетчатки, мелкоточечные кровоизлияния.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, теплые, сухие. Пульс 80 в минуту, удовлетворительных свойств. АД 140/90 мм рт.ст. ЧДД 18 в минуту. Живот увеличен за счет беременности. ВДМ 43 см. ОЖ 100 см. Матка в нормотонусе, при пальпации легко возбудима, симметрична, безболезнена. Имеются признаки выраженного многоводия: симптом флюктуации положителен, пальпация частей плода затруднена. Положение плода продольное. Высоко над входом в малый таз определяется головка. Сердцебиение плода не прослушивается. Патологических выделений из гениталий нет.

ДАННЫЕ ВЛАГАЛИЩНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: Шейка матки расположена по проводной оси таза, укорочена до 1,5 см., ткани ее мягкие. Цервикальный канал свободно проходим для 3 см. Плодные оболочки целы, выраженное многоводие. Предлежит головка, высоко над входом в малый таз.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Составьте план родоразрешения, обоснуйте его.
4. Укажите ошибки, допущенные при диспансерном наблюдении.

Задача № 2

Повторнобеременная 25 лет, поступила в отделение патологии беременных при сроке 36 недель для подготовки к родоразрешению. С 11 лет страдает тяжелой формой сахарного диабета, получает инсулин. Периодически отмечались кетоацидотические комы. В анамнезе два самопроизвольных аборта в сроке 14 и 18 недель. Третья беременность в сроке 38-39 недель осложнилась антенатальной гибелью плода, имевшего признаки диабетической фетопатии; течение родов - первичной слабостью родовой деятельности. При настоящей беременности дважды находилась на лечении в эндокринологическом отделении, проводился подбор доз инсулина.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ: Жалобы на периодически возникающую жажду, сухость во рту. Сахар крови от 3,3 ммоль/л до 14,7 ммоль/л.

Кожные покровы обычной окраски, сухие, теплые. Пульс 80 в минуту, ритмичен, удовлетворительных свойств. АД 125/75 мм.рт.ст. Живот увеличен за счет беременности. ВДМ 43 см. ОЖ 100 см. Матка в нормотонусе, симметрична, безболезнена при пальпации. Имеются клинические признаки многоводия: пальпация частей плода затруднена, симптом флюктуации

положительный. Положение плода продольное, над входом в малый таз крупная мягкая часть, в дне матки - крупная, плотная баллотирующая часть округлой формы. Сердцебиение плода ритмичное, приглушенное, слева выше пупка160 в мин. По данным УЗИ: ПМП 4300,0гр., нарушение МППК II ст.
ДАННЫЕ ВЛАГАЛИЩНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: Шейка матки по проводной оси таза, длиной 3-3,5 см., ткани ее плотные на всем протяжении. Наружный зев закрыт. Через своды определяется крупная мягкая часть. Мыс недостижим.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Составьте план родоразрешения, обоснуйте его.

Задача № 3

Первобеременная 19 лет, обратилась в женскую консультацию с целью постановки на диспансерный учет. Срок беременности 10 недель. С 14 лет, страдает тяжелой формой сахарно¬го диабета, получает инсулин. Жалобы на жажду, сухость во рту, повышенный аппетит, полиурию. Кожа и слизистые бледные. Пульс 80 в мин. удовлетворительных свойств. АД 130/90 мм рт ст. Отеков нет. Сахар крови 15,8 ммоль/л.
В анализе мочи: сахар 2,6%, белок 1,99%, большое количе¬ство цилиндров. Консультация окулиста: артерии глазного дна спазмированы, вены расширены, множество свежих и старых мелкоточечных кровоизлияний.
1.Сформулируйте клинический диагноз.
2.Определите врачебную тактику.
3. Наметьте перспективный план диспансерного наблюдения беременной.

Задача № 4

Повторнобеременная 26 лет обратилась к врачу женской консультации с целью постановки на диспансерный учет по беременности. С 12 лет страдает тяжелой формой сахарного диабета, получает инсулин. У мужа также сахарный диабет в средне-тяжелой форме. Настоящая беременность четвертая, срок ее 7-8 нед. В анамнезе два самопроизвольных аборта в ранние сроки, одни преждевременные роды в 29-30 недель, ребенок умер.

Глюкоза крови 15,9 - 18,3 ммоль/л

В анализе мочи: сахар 3,5% , белок 1,7г/л.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Определите перспективный план диспансерного наблюдения данной беременной.
3. Определите врачебную тактику.

Задача №5.

Пациентка К., 27 лет, первобеременная, срок беременности 9 недель.

Обратилась в женскую консультацию для постановки на учёт. При сборе анамнеза выяснено, что с 20 лет страдает диффузным токсическим зобом (болезнь Грейвса), получала тиамазол в дозе 10 мг/сут. Самостоятельно прекратила приём препарата сразу после confirmation беременности (положительный тест), так как «боялась навредить ребёнку».

Жалобы: выраженная слабость, потливость, непереносимость жары, сердцебиение (ЧСС до 110 в мин), раздражительность, снижение массы тела на 4 кг за 3 недели, тремор рук, периодическое чувство «комка в горле».

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа влажная, тёплая. Щитовидная железа увеличена до II степени, эластичная, безболезненная. Глазные симптомы: лёгкий экзофтальм, симптом Грефе положительный. АД 130/70 мм рт. ст., ЧСС 112 в мин, ритм правильный. Тоны сердца громкие, систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Матка в тонусе не увеличена соответственно сроку.

Данные обследования:

- ТТГ — 0,005 мкМЕ/мл (норма 0,1–2,5 для I триместра)
- Св. Т4 — 38 пмоль/л (норма 10–22)
- Св. Т3 — 9,8 пмоль/л (норма 2,6–5,7)
- АТ к рецепторам ТТГ — 12 МЕ/л (норма <1)
- УЗИ ЩЖ: объём 28 мл, диффузно-неоднородная структура, кровоток усилен

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз. Обоснуйте.
2. Какие риски для матери и плода существуют при неконтролируемом тиреотоксикозе в I триместре?
3. Какова тактика ведения данной пациентки? Какие препараты показаны и в каких дозах?
4. Какие методы лечения тиреотоксикоза противопоказаны при беременности и почему?
5. Когда и как следует проводить контроль тиреоидного статуса у этой пациентки?

Задача № 6.

Пациентка М., 32 года, повторнородящая, срок беременности 28 недель.

Наблюдается в женской консультации по поводу беременности. С 18 лет страдает аутоиммунным тиреоидитом (АИТ), гипотиреоз. Постоянно принимает левотироксин натрия в дозе 100 мкг/сут. При наступлении беременности дозу препарата не меняла, к эндокринологу не обращалась.

Жалобы: повышенная утомляемость, сонливость, зябкость, запоры, отёчность лица по утрам, сухость кожи, выпадение волос, снижение памяти, «туман» в голове.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа сухая, холодная на ощупь. Лицо пастозное, периорбитальный отёк. Щитовидная железа не пальпируется (атрофическая форма АИТ). АД 100/65 мм рт. ст., ЧСС 62 в мин. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Высота стояния дна матки 26 см (отставание на 2 недели). Отёки голеней умеренные.

Данные обследования:

- ТТГ — 8,7 мкМЕ/мл (норма для II триместра 0,2–3,0)
- Св. Т4 — 8,1 пмоль/л (норма 10–22)
- АТ к ТПО — 580 МЕ/мл (норма <30)
- Общий анализ крови: Hb 98 г/л, эритроциты $3{,}4\times10^{12}$/л, цветовой показатель 0,85
- УЗИ плода: размеры соответствуют 26 неделям, признаки симметричной задержки роста плода (ЗРП) I степени

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз. Какие осложнения беременности уже развились?
2. Каковы причины декомпенсации гипотиреоза у данной пациентки?
3. Какова должна быть тактика коррекции дозы левотироксина? Рассчитайте ориентировочную дозу.
4. Какие риски для плода и новорождённого существуют при некомпенсированном гипотиреозе матери?
5. Какие дополнительные обследования необходимы для оценки состояния плода и функции щитовидной железы новорождённого?

Задача № 7.

Пациентка С., 35 лет, первобеременная, срок беременности 14 недель.

Обратилась с жалобами на периодическое ощущение «давления» в области шеи, небольшой дискомфорт при глотании. При целенаправленном опросе выяснено, что 2 года назад при профилактическом УЗИ выявлены множественные узлы в щитовидной железе, по поводу чего не обследовалась и не лечилась.

Объективно: состояние удовлетворительное. Щитовидная железа увеличена до II степени, в правой доле пальпируется плотный узел до 2,5 см, смещаемый при глотании, безболезненный. Регионарные лимфоузлы не увеличены. АД 115/70 мм рт. ст., ЧСС 78 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Матка увеличена соответственно сроку беременности.

Данные обследования:

- ТТГ — 1,8 мкМЕ/мл
- Св. Т4 — 14,2 пмоль/л
- АТ к ТПО — 15 МЕ/мл
- УЗИ ЩЖ: правая доля 28×24×22 мм, в нижней трети — изоэхогенный узел 24×20×18 мм с единичными кальцификатами и перинодулярным кровотоком; левая доля 22×18×16 мм, в сред ней трети — анэхогенное образование 8 мм (киста). Объём ЩЖ 22 мл.
- Тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) узла правой доли: цитологическая картина подозрительна на папиллярную карциному (Bethesda V)

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз. Обоснуйте необходимость дальнейшего обследования.
2. Каковы показания к ТАБ узлов щитовидной железы при беременности? Какие результаты цитологии требуют хирургического вмешательства?
3. Какова тактика ведения беременности при выявлении Bethesda V на 14 неделе? Возможно ли отсрочить операцию до послеродового периода?
4. Какие методы визуализации (МРТ, КТ, сцинтиграфия) допустимы при беременности, а какие противопоказаны?
5. Как влияет беременность на течение папиллярного рака щитовидной железы? Каков прогноз?

Задача № 8.

Пациентка Н., 29 лет, первобеременная, срок беременности 36 недель.

Доставлена в родильный дом с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, которые начались 2 часа назад. Из анамнеза: беременность протекала

без особенностей до 30 недель, когда появились и прогрессировали слабость, сердцебиение, потливость. К врачу не обращалась. За 2 недели до госпитализации отметила резкое ухудшение: появились тошнота, рвота, диарея, повышение температуры до 37,8°С, выраженное сердцебиение, чувство «нехватки воздуха».

Объективно: состояние средней тяжести, возбуждена. Кожа влажная, горячая. Температура 37,6°С. Щитовидная железа увеличена до III степени, при аускультации — систолический шум. Выраженный экзофтальм, симптом Мебиуса положительный. АД 150/60 мм рт. ст., ЧСС 140 в мин, ритм неправильный (мерцательная аритмия). ЧДД 24 в мин. Живот увеличен, матка в тонусе, регулярная родовая деятельность. Сердцебиение плода 180 в мин, ритмичное. Отёки голеней.

Данные обследования:

- ТТГ — менее 0,001 мкМЕ/мл
- Св. Т4 — 52 пмоль/л
- Св. Т3 — 14,5 пмоль/л
- ЭКГ: мерцательная аритмия, ЧСС 138 в мин, признаки перегрузки правых отделов сердца
- Общий анализ крови: лейкоциты 12,8×10⁹/л, СОЭ 28 мм/ч
- КЩС: метаболический ацидоз (pH 7,28, BE -8)

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз. Какое жизнеугрожающее состояние развилось у пациентки?
2. Каковы критерии диагностики тиреоидного шторма (криза)? Какова летальность при данном состоянии?
3. Составьте план неотложной терапии. Какие препараты и в каких дозах должны быть назначены немедленно?
4. Какова акушерская тактика? Возможно ли родоразрешение через естественные родовые пути?
5. Какие меры профилактики тиреоидного шторма должны были быть проведены на этапе женской консультации?
6. Каковы риски для плода и новорождённого в данной ситуации?

4.Вопросы для собеседования.

1. Укажите актуальность проблемы, частоту, структуру основных форм эндокринной патологии у беременных.
2. Дайте определение понятия «сахарный диабет».

3. Опишите физиологические изменения углеводного и жирового обмена при беременности, факторы, их вызывающие.
4. Охарактеризуйте влияние беременности на течение сахарного диабета.
5. Охарактеризуйте влияние сахарного диабета на течение беременности, типичные осложнения беременности.
6. Опишите изменения фетоплацентарного комплекса при СД.
7. Охарактеризуйте влияния СД на состояние плода, дайте определение понятия «диабетическая фетопатия».
8. Опишите механизм влияния СД на плод, признаки диабетической фетопатии.
9. Дайте определение понятия «первый критический период» при СД, определите тактику врача.
10. Перечислите противопоказания к вынашиванию беременности при СД.
11. Дайте определения понятия «второй критический период» при СД, охарактеризуйте течение СД и тактику врача.
12. Дайте определение понятия «третий критический период» при СД, охарактеризуйте его течение, тактику врача.
13. Определите сроки родоразрешения в зависимости от формы СД.
14. Перечислите показания к плановой ОКС при СД.
15. Перечислите типичные осложнения течения родов при СД.
16. Дайте определения понятий «четвертый и пятый критический периоды», охарактеризуйте течение СД, тактику врача.
17. Опишите принципы ведения родов при СД.
18. Опишите клиническую картину гипогликемической комы у беременной, родильницы, укажите методы оказания первой медицинской помощи.
19. Опишите клиническую картину кетоацидотической комы у беременной, родильницы, укажите методы оказания первой медицинской помощи.
20. Опишите роль гормонов щитовидной железы и ее функциональное состояние при физиологической беременности.
21. Охарактеризуйте основные формы патологии щитовидной железы – диффузный токсический зоб, гипотиреоз.
22. Укажите влияние беременности на течение заболеваний щитовидной железы.
23. Укажите влияние патологии щитовидной железы на течение беременности (осложнения беременности).
24. Охарактеризуйте «критические периоды» беременности при заболеваниях щитовидной железы, динамику заболеваний.

25. Перечислите противопоказания к вынашиванию беременности при заболеваниях щитовидной железы.
26. Перечислите показания к досрочному родоразрешению при патологии щитовидной железы.
27. Опишите клиническую картину тиреотоксического криза, неотложную помощь.
28. Опишите клиническую картину гипотиреоидного криза, неотложную помощь.
29. Перечислите пути профилактики материнской и перинатальной смертности при эндокринной патологии.

5.Тестовые задания.

Укажите номер правильно ответа

ТЕСТ 1. Сахарный диабет – заболевание, для которого характерно:
1. дефицит инсулина
2. нарушение утилизации глюкозы, увеличение глюконеогенеза, гипергликемия
3. нарушение всех видов обмена
4. сосудистые изменения, полиорганная недостаточность
5. все вышеперечисленное

Установите правильную последовательность

ТЕСТ 2. Установите правильную последовательность измнений в организме при сахарном диабете:
1. генерализованное поражение сосудистой стенки
2. дефицит инсулина
3. нарушение всех видов обмена
4. полиорганная недостаточность
5. нарушение утилизации глюкозы, гипергликемия

Укажите номера правильных ответов

ТЕСТ 3. Физиологическая беременность характеризуется следующими изменениями:
1. повышением толерантности к глюкозе
2. снижением чувствительности к инсулину
3. усиленным распадом инсулина
4. понижением толерантности к глюкозе

5. увеличением содержания свободных жирных кислот

Укажите номер правильно ответа

ТЕСТ 4. Контринсулярным действием обладают все гормоны фетоплацентарного комплекса, кроме:

1. плацентарный лактоген
2. эстрогены
3. хорионический гонадотропин
4. прогестерон
5. кортикостероиды

Установите соответствие

ТЕСТ 5. Установите соответствие между формой сахарного диабета и клиническими проявлениями:

Форма диабета:	Проявления:
1. сахарный диабет I типа	а) нормогликемия
2. латентный диабет	б) жажда, полиурия
	в) повышение аппетита
1. __,__,__,__.	г) изменение пробы на толерантность
2.__,__.	к глюкозе
	д) гипергликемия
	е) потеря массы

Укажите номера всех правильных ответов

ТЕСТ 6. В группу потенциального сахарного диабета входят лица, у которых:

1. оба родителя больны диабетом
2. родившие маловесных детей
3. ожирение, глюкозурия
4. клинические признаки диабета
5. родившие детей с массой более 4000 гр.

Укажите номера всех правильных ответов

ТЕСТ 7. В группу потенциального диабета входят лица, у которых:

1. второй из близнецов, из которых один болен
2. мертворождение с гиперплазией островкового аппарата
3. рождение детей с СЗРП
4. один родитель болен, а у другого наследственная предраположенность

5. рождение детей с пороками развития

Установите соответствие

ТЕСТ 8. Установите соответствие между формой сахарного диабета и клинико-лабораторными критериями

Форма:	Критерии:
1. легкая	а) гипергликемия > 12,21 ммоль/л
2. средне-тяжелая	б) гипергликемия не выше 7,7 ммоль/л
3. тяжелая	в) лабильное течение
1__;2__;3__,__,__,__.	г) кетоацидоз
	д) сосудистые осложнения
	е) гипергликемия 7,7-12,21 ммоль/л

Установите соответствие

ТЕСТ 9. Установите соответствие между «критическим» периодом и характером изменений в организме беременной

«Критический» период:	Изменения:
1. первый	а) тенденция к гипогликемии
2.второй	б) снижение толерантности к глюкозе
1. __,__,__,__.	в) повышение толерантности к глюкозе
2.__,__,__,__.	г) кетоацидоз
	д) снижение потребности в инсулине
	е) повышение потребности в инсулине
	ж) срок 6-16 недель
	з) срок 24-35 недель

Укажи те номер правильного ответа

ТЕСТ 10. В третьем «критическом» периоде у беременных с сахарным диабетом могут наблюдаться следующие изменения:

1. снижение потребности в инсулине
2. повышение уровня инсулина за счет плодового
3. повышение потребности в инсулине
4. повышение концентрации контринсулярных гормонов

5. все вышеперечисленное

Установите соответствие:

ТЕСТ 11. Установите соответствие между критическим периодом и характером изменений

Период:	Изменения:
1. четвертый	а) наклонность к гипогликемии
2. пятый	б) снижение продукции контринсулярных гормонов
1. __,__,__,__.	в) гипергликемия, ацидоз
2.__,__.	г) повышение продукции контринсулярных гормонов
	е) усиленное потребление глюкозы

Укажите номера всех правильных ответов

ТЕСТ 12. К типичным осложнениям беременности при сахарном диабете относятся:

1. невынашивание и недонашивание беременности
2. многоводие
3. инфекция мочеполовых путей
4. маловодие
5. гестоз

Укажите номера всех правильных ответов

ТЕСТ 13. К типичным осложнениям беременности при сахарном диабете относятся:

1. ХПН, диабетическая фетопатия
2. ХПН, СЗРП
3. хроническая гипоксия плода
4. пороки развития плода
5. антенатальная гибель плода

Укажите номер правильного ответа

ТЕСТ 14. Наиболее частым осложнением родов при сахарном диабете является:

1. выпадение петель пуповины

2. слабость родовой деятельности
3. хориоамнионит
4. преждевременная отслойка плаценты
5. интранатальная гибель плода

Укажите номера всех правильных ответов

ТЕСТ 15. К типичным осложнениям родов при сахарном диабете относятся:

1. раннее излитие вод
2. слабость родовой деятельности
3. чрезмерная родовая деятельность
4. родовой травматизм матери и плода
5. клинически узкий таз

Укажите номера все правильных ответов

ТЕСТ 16. К типичным осложнениям родов для матерей при сахарном диабете относятся:

1. интранатальная гибель плода
2. высокая частота оперативного родоразрешения
3. гипотоническое кровотечение
4. хориоамнионит
5. интранатальная гибель плода

Укажите номера всех правильных ответов

ТЕСТ 17. К типичным осложнениям послеродового периода при сахарном диабете относятся:

1. дистоция плечиков
2. гипогалактия
3. послеродовые гнойно-воспалительные заболевания
4. клинически узкий таз
5. ранняя неонатальная смертность

Укажите номер правильного ответа

ТЕСТ 18. Противопоказаниями к сохранению беременности при сахарном диабете, является все, кроме:

1. диабет у обоих родителей
2. инсулинорезистентность
3. макросомия при предыдущей беременности

4. тяжелая форма сахарного диабета с прогрессирующими сосудистыми осложнениями
5. сочетание с туберкулезом

Укажите номера всех правильных ответов

ТЕСТ 19. Укажите осложнения беременности при сахарном диабете:

1. преэклампсия
2. многоводие
3. диабетическая фетопатия
4. аномалии развития плода
5. перенашивание беременности

Установите соответствие

ТЕСТ 20. Установите соответствие изменений потребности в инсулине у беременной по триместрам:

1. 1-й триместр	а) увеличивается
2. 2-й триместр	б) уменьшается
3. 3-й триместр	в) не изменяется

1_ 2_3_

Укажите номера всех правильных ответов

ТЕСТ 21. Укажите сроки госпитализации беременных с сахарным диабетом в «критические» периоды:

1. до 12 нед. беременности
2. 24-28 нед.
3. 34-35 нед
4. 40 нед.
5. все ответы верны

Установите правильную последовательность

ТЕСТ 22. Установите правильную последовательность звеньев патогенеза диабетической фетопатии:

1. гипергликемия плода
2. гипергликемия матери
3. макросомия
4. гиперинсулинемия у плода
5. усиление гликогенеза и образование жира у плода

Установите правильную последовательность

ТЕСТ 23. Установите правильную последовательность мероприятий при рождении ребенка с диабетической фетопатией:

1. оксигенотерапия
2. введение глюкозы
3. отсасывание содержимого из полости рта
4. определение уровня глюкозы
5. согревание новорожденного

Укажите номер правильного ответа

ТЕСТ 24. Для новорожденного с диабетической фетопатией характерны следующие клинические признаки:

1. крупная масса к сроку гестации (макросомия)
2. кушингоидный внешний вид, ожирение
3. чрезмерное развитие плечевого пояса
4. гипертрихоз
5. все вышеперечисленное

Укажите номер правильного ответа

ТЕСТ 25. Для новорожденных с диабетической фетопатией характерно все, кроме:

1. склонность к РДСН
2. признаки морфофункциональной незрелости
3. синдром угнетения ЦНС
4. признаки эксикоза
5. мышечная гипотония

Укажите номера всех правильных ответов

ТЕСТ 26. Для новорожденных с диабетической фетопатией характерно:

1. гипертрофия островков Ленгерганса, гипогликемия
2. эксикоз
3. миокардиопатия
4. нарушение всех видов обмена
5. гемолиз эритроцитов

Укажите номера всех правильных ответов

ТЕСТ 27. Для новорожденных с диабетической фетопатией характерно:
1. жировая дистрофия печени
2. уменьшение массы мозга и зобной железы
3. СЗРП
4. высокая частота пороков развития
5. возникновение очагов экстрамедуллярного кроветворения

Укажите номер правильного ответа

ТЕСТ 28. Для периода адаптации у новорожденных с диабетической фетопатией характерно все, кроме:
1. склонность к гипогликемии
2. ускорение периода адаптации
3. неустойчивая гемодинамика
4. незрелость, СДР
5. склонность к интеркурентным заболеваниям

Установите правильную последовательность

ТЕСТ 29. Установите правильную последовательность реанимационных и лечебных мероприятий у новорожденных с диабетической эмбриофетопатией:
1. введение раствора глюкозы
2. согревание новорожденного
3. отсасывание содержимого из полости рта, оксигенотерапия
4. введение препаратов для лечения СДР
5. определение уровня глюкозы в крови новорожденного.

Установите соответствие

ТЕСТ 30. Установите соответствие между акушерской тактикой и клинической ситуацией

Акушерская тактика:	Форма патологии:
1. пролонгирование беременности	а) ювенильный сахарный диабет
2. прерывание беременности	б) компенсированное течение
	в) средне-тяжелая форма
	г) прогрессирующие сосудистые осложнения
1. __,__,__;	д) гестационный диабет
2. __,__,__.	е) инсулинорезистентная форма

Укажите номера всех правильных ответов

ТЕСТ 31. Показаниями к прерыванию беременности при сахарном диабете являются:

1. сахарный диабет у обоих супругов
2. тяжелая форма диабета
3. лабильное течение
4. гестационный диабет
5. сочетание с активным туберкулезом

Укажите номера всех правильных ответов

ТЕСТ 32. Показаниями к прерыванию беременности при сахарном диабете являются:

1. латентный диабет
2. сочетание с резус-конфликтом
3. повторные случаи антенатальной гибели или пороков развития
4. прогрессирующие сосудистые осложнения (ретинопатия)
5. ювенильный сахарный диабет

Установите правильную последовательность

ТЕСТ 33. Установите алгоритм действий врача при диспансерном наблюдении беременных с сахарным диабетом:

1. выбор адекватного метода родоразрешения
2. госпитализация в «критические» периоды
3. выбор рационального срока родоразрешения (досрочное родоразрешение)
4. полная компенсация течения диабета
5. оценка состояния плода, нормализация МППК

Установите правильную последовательность

ТЕСТ 34. Назовите последовательность наступления патологических изменений сетчатки при сахарном диабете:

1. пролиферирующая ангиоретинопатия
2. кровоизлияния в сетчатку
3. отслойка сетчатки
4. непролиферирующая ангиоретинопатия
5. амовроз

Укажите номера всех правильных ответов

ТЕСТ 35. Показания к операции кесарева сечения при сахарном диабете:

1. гигантский плод
2. многоводие
3. тяжелая преэклампсия
4. прогрессирующая гипоксия плода
5. тазовое предлежание плода

Укажите номера всех правильных ответов

ТЕСТ 36. Показаниями к операции кесарева сечения при сахарном диабете являются:

1. лабильное течение, кетоацидоз
2. сосудистые осложнения (ретинопатия)
3. СЗРП
4. функционально узкий таз
5. аномалии родовой деятельности, не поддавшиеся лечению

Установите соответствие

ТЕСТ 37. Установите соответствие между сроком родоразрешения и акушерскими ситуациями

Сроки родоразрешения:	Акушерская ситуация:
1. раннее срочное родоразрешение (38 недель)	а) тяжелая форма диабета
2. досрочное родоразрешение (36-37 недель)	б) прогрессирующая гипоксия
3. родоразрешение ранее 36 недель	в) легкая форма диабета
	г) угроза жизни матери
	д) угроза жизни плода
	е) средне-тяжелая форма диабета

1. __,__; 2. __,__; 3.__,__.

Укажите номер правильного ответа

ТЕСТ 38. В группу риска развития гестационного сахарного диабета можно отнести всех перечисленных ниже пациенток, кроме:

1. беременных с глюкозурией
2. имевших в анамнезе роды крупным планом
3. беременных с гестозом
4. женщин с избыточной массой тела
5. пациенток, родители или близкие родственники которых больны сахарным диабетом

Укажите номер правильного ответа

ТЕСТ 39. Назовите наиболее частое осложнение беременности при сахарном диабете:

1. многоводие
2. гестоз
3. досрочное прерывание беременности
4. пороки развития плода
5. макросомия

Укажите номер правильного ответа

ТЕСТ 40. Основным условием вынашивания беременности при сахарном диабете является:

1. полная компенсация сахарного диабета до и во время беременности
2. соблюдение диеты, способствующей нормализации углеводного обмена
3. тщательный контроль за состоянием плода
4. контроль за содержанием сахара в крови
5. отсутствие глюкозурии

Дайте правильный цифровой ответ

ТЕСТ 41. Частота операций кесарева сечения среди беременных с сахарным диабетом:

1. 10%
2. 20%
3. 30%
4. 40%
5. 50%

Занятие 3

Тема 3: **Беременность при патологии печени. Желтухи, обусловленные беременностью.**

1. Цель	Изучить пути снижения материнской и перинатальной смертности при заболеваниях печени.
2. Учебные вопросы	1.Актуальность, влияние на показатели МС, ПС. 2.Изменения функции печени при беременности, влияние беременности на течение заболеваний печени. 3.Вирусные гепатиты: А(ВГА), В (ВГВ), С (ВГС). Основные клинико-диагностические критерии. Особенности течения у беременных. 4. Холестатический гепатоз (ХГ) беременных – причины, клинико-диагностические критерии. Острый жировой гепатоз беременных (ОЖГБ) - этиология, патогенез, патоморфология, клиническая картина, диагностические критерии. 5.Осложнения беременности и родов при вирусных гепатитах, ХГ и ОЖГБ; акушерская тактика, принципы терапии(протоколы лечения). 6.HELLP-синдром – патогенез, патоморфология. Клинико-диагностические критерии; осложнения беременности, акушерская тактика(клинические рекомендации). 7.Пути профилактики МС и ПС, роль врача первичного звена, инфекциониста.

3.Практическая часть:

Задача № 1.

Повторнобеременная 34 лет, срок беременности 35–36 недель, доставлена в родильный дом с жалобами на интенсивные боли в эпигастрии и правом

подреберье, тошноту, однократную рвоту, головную боль. Заболела остро в течение последних 6 часов. Беременность протекала на фоне отеков, артериальной гипертензии (максимальные цифры АД 160/110 мм рт. ст.), протеинурии до 3 г/л. При поступлении: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, иктеричность склер. АД 150/100 мм рт. ст., пульс 96 уд/мин. Живот напряжен, резко болезненный при пальпации в правом верхнем квадранте. Матка в нормальном тонусе, сердцебиение плода 140 уд/мин, ритмичное. Моча темного цвета («цвета кока-колы»).

Лабораторные данные: тромбоциты 78×10⁹/л, АсАТ 240 МЕ/л, АлАТ 210 МЕ/л, ЛДГ 980 МЕ/л, общий билирубин 42 мкмоль/л (непрямой 18 мкмоль/л), гаптоглобин снижен, в мазке крови — шизоциты 1,2%, фибриноген 2,8 г/л, МНО 1,1. Креатинин 98 мкмоль/л, диурез сохранен.

Вопросы:

Сформулируйте клинический диагноз.

Какие диагностические критерии подтверждают это состояние?

Какова акушерская тактика?

Какие осложнения возможны при данном состоянии?

Задача № 2

Первобеременная 28 лет, срок беременности 34 недели, поступила с жалобами на выраженную слабость, тошноту, многократную рвоту, желтушность кожных покровов и склер, кожный зуд, боли в правом подреберье. Заболела постепенно в течение недели, состояние прогрессивно ухудшалось. Из анамнеза: беременность протекала без особенностей до 33 недель. При поступлении: состояние средней тяжести, выраженная иктеричность, единичные петехии на коже. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 88 уд/мин. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Матка в нормальном тонусе, сердцебиение плода 150 уд/мин.

Лабораторные данные: тромбоциты 145×10⁹/л, АсАТ 380 МЕ/л, АлАТ 420 МЕ/л, ЛДГ 520 МЕ/л, общий билирубин 120 мкмоль/л (прямой 85 мкмоль/л), щелочная фосфатаза 380 Ед/л, глюкоза 2,8 ммоль/л, аммиак 68 мкмоль/л, фибриноген 1,2 г/л, МНО 1,8, АЧТВ удлинен. Протеинурия отсутствует. АД нормальное. УЗИ печени: диффузное повышение эхогенности, признаки жировой инфильтрации.

Вопросы:

Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

Какие клинико-лабораторные признаки отличают это состояние от HELLP-синдрома?
Какова акушерская тактика?
Какие методы интенсивной терапии показаны?

Задача № 3.
Беременная 26 лет, срок 30 недель, обратилась с жалобами на желтушность кожных покровов, темную мочу, светлый стул, интенсивный кожный зуд, усиливающийся в ночное время. Из анамнеза: зуд появился на 26 неделе, желтуха — на 28 неделе. Беременность первая, протекала без особенностей до 26 недель. АД 115/75 мм рт. ст., протеинурии нет. Печень при пальпации не увеличена, безболезненная. Матка в нормальном тонусе, сердцебиение плода 145 уд/мин.
Лабораторные данные: тромбоциты 220×10^9/л, АсАТ 85 МЕ/л, АлАТ 92 МЕ/л, ЛДГ 320 МЕ/л, общий билирубин 68 мкмоль/л (прямой 48 мкмоль/л), желчные кислоты 95 мкмоль/л (норма < 10), щелочная фосфатаза 420 Ед/л, ГГТП 180 Ед/л. Маркеры вирусных гепатитов (HBsAg, anti-HCV, anti-HAV IgM) — отрицательны. Аутоиммунные маркеры (ANA, AMA, anti-LKM) — отрицательны. УЗИ печени и желчевыводящих путей: без структурных изменений, конкрементов нет.
Вопросы:
Сформулируйте клинический диагноз.
Какие заболевания необходимо исключить в первую очередь?
Какова тактика ведения беременности при данном состоянии?
Какие риски существуют для плода?

Задача № 4
Родильница 30 лет, 2-е сутки после операции кесарева сечения, выполненной в сроке 37 недель по поводу тяжелой преэклампсии. В послеоперационном периоде отмечалась стабилизация АД на фоне антигипертензивной терапии. Однако через 24 часа после родоразрешения состояние ухудшилось: появились боли в правом подреберье, тошнота, желтушность склер, моча приобрела темный цвет. АД 140/90 мм рт. ст. Диурез снизился до 25 мл/ч.

Лабораторные данные: тромбоциты 62×10^9/л (снижение с 120×10^9/л), АсАТ 310 МЕ/л, АлАТ 280 МЕ/л, ЛДГ 1100 МЕ/л, общий билирубин 58 мкмоль/л (непрямой 22 мкмоль/л), гаптоглобин резко снижен, шизоциты 2,1%,

креатинин 145 мкмоль/л (рост с 88 мкмоль/л), фибриноген 1,8 г/л, МНО 1,4. Свободный гемоглобин в плазме повышен.

Вопросы:

Сформулируйте клинический диагноз.

Каков патогенез данного состояния?

Какова тактика интенсивной терапии?

Какие дифференциальные диагнозы необходимо рассмотреть?

4.Вопросы для собеседования.

1. Изменения функции печени при физиологической беременности.
2. Влияние беременности на течение вирусных гепатитов.
3. Влияние вирусных гепатитов на течении беременности .
4. Вирусный гепатит А-клинико-диагностические критерии, особенности у беременных.
5. Вирусный гепатит В-клинико-диагностические критерии. особенности у беременных.
6. Вирусный гепатит С-клинико-диагностические критерии; особенности у беременных.
7. Акушерская тактика при вирусных гепатитах.
8. Пути профилактики МС и ПС; роль врача первичного звена и инфекциониста.
9. Холестатический гепатоз беременных-причины, клинико-диагностические критерии.
10. Врачебная тактика при холестатических гепатозах: лечение.
11. ОЖГБ-этиология,патогенез.
12. ОЖГБ-стадии,клиническое течение.
13. ОЖГБ-клинико-диагностические критерии.
14. Осложнения беременности и родов при ОЖГБ; влияние на плод.
15. Акушерская тактика при ОЖГБ.
16. HELLP-синдром-этиология,патогенез,патоморфология.
17. HELLP-синдром-клиническая картина, стадии.
18. Клинико-диагностические критерии HELLP-синдрома
19. Акушерская тактика при HELLP-синдроме, осложнения беременности и родов.
20. Пути предупреждения МС и ПС при желтухах, обусловленных беременностью.

21. Изменения мочевыделительной системы при физиологической беременности.
22. Влияние беременности на течение заболеваний почек.

5.Тестовые задания.

Тестовые задания с одним правильным ответом

1. Какой срок гестации чаще всего соответствует развитию HELLP-синдрома?

А) 12–20 недель

Б) 20–28 недель

В) 28–37 недель

Г) 37–40 недель

2. Какова частота HELLP-синдрома среди всех беременностей?

А) 0,01%

Б) 0,1%

В) 1%

Г) 5%

3. Какое количество тромбоцитов является диагностическим критерием HELLP-синдрома?

А) < 150 000 клеток/мкл

Б) < 100 000 клеток/мкл

В) < 50 000 клеток/мкл

Г) < 200 000 клеток/мкл

4. Какие ферменты печени используются для диагностики HELLP-синдрома?

А) Щелочная фосфатаза и ГГТ

Б) АЛТ и АСТ

В) ЛДГ и креатинкиназа

Г) Амилаза и липаза

5. Какой показатель ЛДГ свидетельствует о гемолизе при HELLP-синдроме?

А) Превышение верхней границы нормы в 1,5 раза

Б) Превышение верхней границы нормы в 2 раза

В) Снижение ниже нормы

Г) Любое отклонение от нормы

6. Какой уровень билирубина в сыворотке подтверждает гемолиз при HELLP-синдроме?
А) ≥ 0,5 мг/дл
Б) ≥ 1,2 мг/дл
В) ≥ 2,5 мг/дл
Г) ≥ 5,0 мг/дл

7. Какой синдром является наиболее частой причиной желтухи у беременных?
А) HELLP-синдром
Б) Острая жировая дистрофия печени
В) Вирусные гепатиты
Г) Внутрипечёночный холестаз беременных

8. Какой механизм передачи характерен для гепатита А?
А) Парентеральный
Б) Фекально-оральный
В) Половой
Г) Трансплацентарный

9. Какой риск внутриутробного заражения гепатитом В при инфицировании матери в III триместре?
А) 10%
Б) 25%
В) 50%
Г) 75%

10. Какой риск внутриутробного заражения гепатитом С?
А) 1%
Б) 6%
В) 15%
Г) 30%

11. При каком уровне материнской ДНК ВГВ в конце второго триместра показана противовирусная терапия для профилактики инфицирования новорождённого?
А) > 2 log10 копий/мл

Б) > 4 log10 копий/мл
В) > 6 log10 копий/мл
Г) > 8 log10 копий/мл

12. Какой препарат является препаратом выбора для противовирусной терапии при беременности?
А) Энтекавир
Б) Пегилированный интерферон
В) Тенофовир
Г) Рибавирин

13. Когда должна быть начата противовирусная терапия для профилактики инфицирования новорождённого?
А) В первом триместре
Б) В конце второго — начале третьего триместра
В) В третьем триместре перед родами
Г) После родов

14. Что вводится новорождённому при обнаружении HBsAg у матери?
А) Только вакцина против гепатита В
Б) Только иммуноглобулин
В) Иммуноглобулин и вакцина против гепатита В
Г) Противовирусные препараты

15. Какие симптомы характерны для HELLP-синдрома?
А) Боль в верхней части живота, тошнота, рвота, головная боль
Б) Бессимптомное течение
В) Только гипертензия
Г) Только протеинурия

16. Какой процент случаев HELLP-синдрома приходится на послеродовый период?

А) 10%
Б) 20%
В) 30%
Г) 50%

17. Какое осложнение HELLP-синдрома встречается в 0,9–1,6% случаев?
А) Эклампсия
Б) Кровотечение из печени (субкапсулярная гематома/разрыв)
В) Отслойка плаценты
Г) Острое повреждение почек

18. Какой препарат назначается для профилактики судорог при HELLP-синдроме?
А) Диазепам
Б) Магния сульфат
В) Фенитоин
Г) Лабеталол

19. При каком сроке гестации магния сульфат обеспечивает нейропротекцию плода?
А) < 28 недель
Б) < 32 недель
В) < 34 недель
Г) < 37 недель

20. Какие препараты используются для лечения тяжёлой гипертензии при HELLP-синдроме?
А) Лабеталол, гидралазин, нифедипин
Б) Эналаприл, каптоприл
В) Атенолол, метопролол
Г) Клонидин, метилдопа

21. Какой уровень АД является показанием для немедленного введения антигипертензивных препаратов?
А) САД ≥140 мм рт. ст. и/или ДАД ≥90 мм рт. ст.
Б) САД ≥150 мм рт. ст. и/или ДАД ≥100 мм рт. ст.
В) САД ≥160 мм рт. ст. и/или ДАД ≥110 мм рт. ст.
Г) САД ≥180 мм рт. ст. и/или ДАД ≥120 мм рт. ст.

22. Какой уровень тромбоцитов свидетельствует о развитии тяжёлой преэклампсии?

А) < 150 000/мкл
Б) < 100 000/мкл
В) < 50 000/мкл
Г) < 200 000/мкл

23. Что является возможным индикатором гемолиза при преэклампсии?
А) Повышение гематокрита
Б) Снижение гематокрит
В) Нормальный гематокрит
Г) Повышение лейкоцитов

24. Какие изменения в периферической крови свидетельствуют о гемолизе при тяжёлой преэклампсии?
А) Шизоцитоз, сфероцитоз
Б) Лейкоцито
В) Тромбоцитоз
Г) Эритроцитоз

25. Какое различие в эпидемиологии HELLP-синдрома и преэклампсии?
А) HELLP-синдром чаще у первородящих
Б) HELLP-синдром чаще у повторнородящих
В) HELLP-синдром одинаково часто у первородящих и повторнородящих
Г) HELLP-синдром не зависит от паритета

26. Какие заболевания имитируют HELLP-синдром?
А) Острая жировая дистрофия печени беременных, ТТП, а-ГУС
Б) Гепатит А, гепатит Е
В) Холецистит, панкреатит
Г) Аппендицит, пиелонефрит

27. Какой уровень ADAMTS 13 позволяет установить диагноз ТТП?
А) < 50%

Б) < 30%
В) < 20%
Г) < 10%

28. Через какое время после родоразрешения при отсутствии регресса HELLP-синдрома следует диагностировать другие варианты ТМА?
А) 12–24 часа
Б) 24–48 часов
В) 48–72 часа
Г) 7 дней

29. Какой фактор плаценты купирует симптомы преэклампсии после родоразрешения?
А) Плацентарный лактоген
Б) Растворимая fms-подобная тирозинкиназа-1 (sFlt-1)
В) Хорионический гонадотропин
Г) Эстрогены

30. Какой показатель свидетельствует о поражении печени при тяжёлой преэклампсии?
А) Повышение уровня альбумина
Б) Снижение концентрации альбумина
В) Повышение уровня глюкозы
Г) Снижение уровня креатинина

Тестовые задания с несколькими правильными ответами
31. Какие из перечисленных критериев входят в Теннессийскую классификацию HELLP-синдрома?
А) Гемолиз
Б) Повышение печёночных ферментов
В) Тромбоцитопения
Г) Лейкоцитоз

32. Какие из перечисленных критериев подтверждают гемолиз при HELLP-синдроме?
А) Шизоциты в мазке периферической крови
Б) Билирубин ≥1,2 мг/дл

В) ЛДГ ≥2 раза выше нормы
Г) Тромбоцитоз

33. Какие из перечисленных осложнений характерны для HELLP-синдрома?
А) Эклампсия
Б) Отслойка плаценты
В) Острое повреждение почек
Г) Отек легких
Д) ДВС-синдром

34. Какие из перечисленных лабораторных исследований необходимы при подозрении на HELLP-синдром?
А) Развёрнутый анализ крови с подсчётом тромбоцитов
Б) Печёночные ферменты (АЛТ, АСТ)
В) ЛДГ, билирубин
Г) Креатинин, мочевая кислота
Д) Коагулограмма

35. Какие из перечисленных вирусных гепатитов передаются парентеральным путём?
А) Гепатит А
Б) Гепатит В
В) Гепатит С
Г) Гепатит Е

36. Какие из перечисленных факторов являются показаниями к назначению противовирусной терапии при ХГВ у беременных?
А) Уровень ДНК ВГВ > 6 log10 копий/мл во втором триместре
Б)Рождение ребёнка, инфицированного ВГВ, с предшествующей неэффективной иммунопрофилактикой
В) Преждевременные роды в анамнезе
Г) Наличие HBeAg

37. Какие из перечисленных препаратов могут использоваться для профилактики инфицирования новорождённого при ХГВ?

А) Тенофовир
Б) Телбивудин
В) Ламивудин
Г) Энтекавир

38. Какие из перечисленных признаков относятся к клиническим проявлениям HELLP-синдрома?
А) Боль в эпигастрии
Б) Тошнота и рвота
В) Головная боль
Г) Недомогание
Д) Бессимптомное течение

39. Какие из перечисленных состояний входят в дифференциальный диагноз HELLP-синдрома?
А) Острая жировая дистрофия печени беременных
Б) Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура
В) Атипичный гемолитико-уремический синдром
Г) Системная красная волчанка
Д) Гестационный пиелонефрит

40. Какие из перечисленных мероприятий показаны при HELLP-синдроме?
А) Экстренное родоразрешение
Б) Профилактика судорог магния сульфатом
В) Лечение тяжёлой гипертензии
Г) Выжидательная тактика до 40 недель
Д) Мониторинг в первые 48 часов после родов

Занятие 4

Тема 4: **Беременность при острой хирургической патологии, заболеваниях почек.**

1. Цель	Изучить пути снижения материнской и перинатальной смертности при острой хирургической патологии, заболеваниях почек.
2. Учебные вопросы	1.Острый аппендицит, острый панкреатит – частота, особенности клиники у беременных, диагностика. 2.Острая кишечная непроходимость – классификация, предрасполагающие факторы у беременных. 3.Изменения мочевыделительной системы при беременности. Влияние беременности на течение заболеваний почек. Влияние патологии почек на течение беременности. 4.Особенности клиники при заболеваниях почек у беременных. 5. Принципы диспансерного наблюдения, «критические» периоды. 6. Лечение, реабилитация родильниц. 7. Пути предупреждения МС, ПС; роль врача первичного звена и специалиста(клинические протоколы).

3.Практическая часть:

Задача 1.

Беременная 24 лет, срок гестации 22 недели, доставлена в стационар с жалобами на боли в животе, тошноту, однократную рвоту, повышение температуры тела до 37,8 °C. Боли начались около 10 часов назад в эпигастральной области, затем сместились в правую подвздошную область и в правый бок. При осмотре: живот увеличен за счёт беременной матки, пальпация в правом фланке и правой подвздошной области болезненна, симптомы раздражения брюшины сомнительны из-за растянутой матки. Лейкоцитоз 14,2 × 10^9/л, палочкоядерных нейтрофилов 12%. По данным УЗИ

— признаки воспалительных изменений червеобразного отростка, свободной жидкости в правой подвздошной области нет.

Вопросы

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие анатомо-физиологические особенности беременности затрудняют диагностику острого аппендицита?
3. Какой объём обследования необходим для уточнения диагноза?
4. Какова хирургическая тактика при остром аппендиците у беременной?
5. Какие акушерские осложнения возможны при остром аппендиците и после аппендэктомии?
6. Нужна ли профилактика респираторного дистресс-синдрома плода (РДС) и токолитическая терапия?

Задача 2.

Беременная 30 лет, срок 30 недель, жалуется на интенсивные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку, тошноту, многократную рвоту, горечь во рту. Приступ возник после погрешности в диете (жирная пища). Температура 38,1 °C. При осмотре: умеренная желтушность склер, живот мягкий, болезненный в правом подреберье, положительные симптомы Мерфи и Кера. В анализе крови: лейкоцитоз 16,0 × 10^9/л, билирубин общий 45 мкмоль/л, АЛТ 120 Ед/л, АСТ 98 Ед/л, щелочная фосфатаза 320 Ед/л. По УЗИ: желчный пузырь увеличен, стенка утолщена до 5 мм, конкременты в полости пузыря, расширение внутрипечёночных желчных протоков.

Вопросы

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие факторы предрасполагают к развитию желчнокаменной болезни и холецистита при беременности?
3. Какие методы диагностики допустимы при беременности и какова их информативность?
4. Определите хирургическую тактику. Показана ли холецистэктомия во время беременности?
5. Какие акушерские и перинатальные риски существуют при остром холецистите?
6. Какова профилактика рецидивов и осложнений в послеродовом периоде?

Задача 3.

Беременная 28 лет, срок 26 недель, поступила с жалобами на схваткообразные боли в животе, вздутие, отсутствие стула в течение 2 суток, неотхождение газов, тошноту, рвоту с примесью желчи. Ранее перенесла аппендэктомию и лапаротомию по поводу спаечной болезни. При осмотре: живот вздут, асимметричен, пальпация умеренно болезненна, перистальтика усилена, местами «шум плеска». Температура 37,2 °С. Лейкоцитоз 12,8 × 10^9/л. На обзорной рентгенографии брюшной полости (с экранированием матки) — множественные чаши Клойбера, пневматоз кишечника.

Вопросы

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие виды кишечной непроходимости наиболее часто встречаются при беременности?
3. Какие методы диагностики допустимы и информативны?
4. Какова лечебная тактика при острой кишечной непроходимости у беременной?
5. Какие акушерские осложнения возможны?
6. Как проводится дифференциальная диагностика с другими острыми состояниями в животе у беременных?

Задача 4.

Беременная 32 лет, срок 32 недели, доставлена с жалобами на резкие опоясывающие боли в верхней половине живота, иррадиирующие в спину, многократную рвоту, не приносящую облегчения, вздутие живота. Заболевание связывает с приёмом жирной пищи. Температура 37,5 °С. При осмотре: кожные покровы бледные, влажные, живот вздут, резко болезненный в эпигастрии и левом подреберье, перистальтика ослаблена. АД 100/60 мм рт. ст., пульс 110 уд/мин. В анализе крови: лейкоцитоз 18,0 × 10^9/л, амилаза 680 Ед/л, липаза 920 Ед/л, глюкоза 9,8 ммоль/л, кальций общий 1,9 ммоль/л. По УЗИ: поджелудочная железа увеличена, отёчна, вокруг — свободная жидкость. По данным МРТ — признаки отёчного панкреатита, желчный пузырь с конкрементами.

Вопросы

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие этиологические факторы острого панкреатита наиболее значимы при беременности?
3. Какие методы диагностики и оценки тяжести панкреатита применимы у беременных?

4. Какова лечебная тактика при остром панкреатите у беременной?
5. Когда показано хирургическое вмешательство?
6. Какие акушерские тактики и сроки родоразрешения?

Задача 5.

Беременная К., 24 года, первобеременная, срок беременности 24 недели. Обратилась в женскую консультацию с жалобами на повышение температуры тела до 38,5°С, озноб, резкую боль в правой поясничной области с иррадиацией в паховую область, учащенное болезненное мочеиспускание. Заболела остро 2 дня назад. Из анамнеза: хронических заболеваний почек не отмечала, анализы мочи в течение беременности были нормальными. При осмотре: состояние средней тяжести, температура 38,3°С, ЧСС 98 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Симптом поколачивания резко положительный справа. Общий анализ мочи: лейкоциты 40-50 в поле зрения, бактериурия +++, белок 0,3 г/л. Общий анализ крови: лейкоциты $14,2\times10^9$/л, СОЭ 32 мм/ч.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз и укажите код по МКБ-10.
2. Какие факторы предрасполагают к развитию инфекции мочевых путей именно на этом сроке беременности?
3. Какие акушерские и перинатальные риски связаны с этим заболеванием?
4. Составьте план обследования и определите место госпитализации (до/после 22 недель).
5. Каковы принципы антибактериальной терапии у данной пациентки?

Задача 6.

Беременная М., 28 лет, повторнобеременная, срок беременности 16 недель. При плановом обследовании в женской консультации жалоб активно не предъявляет. Общее состояние удовлетворительное, АД 115/75 мм рт. ст. При бактериологическом исследовании мочи (посев выполнен дважды с интервалом 48 часов) выделен один и тот же штамм *E. coli* в количестве 10^5 КОЕ/мл. Общий анализ мочи: лейкоциты 3-4 в поле зрения, белок отсутствует. В анамнезе — эпизод острого цистита 3 года назад.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз на основании клинических рекомендаций.

2. Требуется ли антибактериальная терапия при бессимптомной бактериурии у беременных? Обоснуйте ответ.
3. Какие препараты и в какие сроки применяются для лечения бессимптомной бактериурии в I и II триместрах?
4. Каков риск развития пиелонефрита без лечения?
5. Когда показана фитотерапия, и может ли она заменить антибактериальную терапию?

Задача 7.

Беременная С., 32 года, срок беременности 26 недель. В анамнезе — хронический пиелонефрит в течение 5 лет, обострения 1–2 раза в год. При настоящей беременности обострений не было до настоящего момента. Обратилась с жалобами на тупую боль в левой поясничной области, повышение температуры до 37,8°С, общую слабость, снижение аппетита. При осмотре: состояние удовлетворительное, температура 37,7°С, АД 120/80 мм рт. ст. Симптом поколачивания слабоположительный слева. Общий анализ мочи: лейкоциты 25-30 в поле зрения, бактериурия ++, белок 0,15 г/л. Общий анализ крови: лейкоциты 10,8×10⁹/л, СОЭ 24 мм/ч. УЗИ почек: расширение чашечно-лоханочной системы слева, эхогенность паренхимы умеренно повышена.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз. Как определить степень риска для беременной с хроническим пиелонефритом?
2. Каковы принципы госпитализации при обострении хронического пиелонефрита?
3. Обоснуйте выбор антибактериальной терапии. Какие препараты противопоказаны при беременности?
4. Какие акушерские осложнения наиболее вероятны при данной патологии?
5. Нужно ли проводить профилактику внутриутробной гипоксии плода?

Задача 8.

Беременная Н., 30 лет, срок беременности 30 недель. В течение 5 дней получала амбулаторно амоксициллин/клавуланат по поводу острого пиелонефрита справа. Несмотря на лечение, сохраняются лихорадка до 39°С с ознобами, боль в правой поясничной области, олигурия (диурез 400 мл/сутки). При осмотре: состояние тяжелое, температура 38,8°С, ЧСС 110

уд/мин, АД 100/65 мм рт. ст. Симптом поколачивания резко положительный справа. Общий анализ крови: лейкоциты 19×10⁹/л со сдвигом влево, креатинин 145 мкмоль/л. УЗИ почек: резкое расширение чашечно-лоханочной системы справа, мочеточник расширен до уровня средней трети. Данные посева мочи еще не готовы.

Вопросы:

1. Оцените эффективность проводимой терапии. Каковы критерии отсутствия эффекта?
2. Какая тактика ведения пациентки показана в данной ситуации? Какое вмешательство необходимо для восстановления оттока мочи?
3. Какие лабораторные показатели указывают на риск острого почечного повреждения?
4. Какова дальнейшая тактика антибактериальной терапии при отсутствии эффекта от стартового препарата?
5. Какова тактика родоразрешения при данной патологии?

4.Вопросы для собеседования.

1. Острый аппендицит и беременность, особенности клинического течения.
2. Острый панкреатит – факторы, способствующие развитию; особенности течения у беременных.
3. Острая кишечная непроходимость – классификация, факторы, способствующие развитию.
4. Особенности клиники острой кишечной непроходимости у беременных.
5. Влияние острой хирургической патологии на течение беременности и родов.
6. Врачебная тактика при острой хирургической патологии.
7. Пути предупреждения МС и ПС при острой хирургической патологии.
8. Влияние заболеваний почек на течение беременности.
9. Классификация заболеваний мочевыделительной системы у беременных.
10. Гестационный пиелонефрит-факторы, клиника, тактика.
11. Острый гломерулонефрит-клиника, диагностические критерии, тактика.
12. Хронический гломерулонефрит – формы, клинико-диагностические критерии, тактика.
13. Противопоказания к вынашиванию беременности при заболеваниях почек.

14. Принципы диспансерного наблюдения беременных с заболеваниями мочевыделительной системы.
15. Беременность и единственная почка.
16. Беременность при трансплантированной почке.
17. Пути предупреждения МС и ПС при заболеваниях мочевыделительной системы; роль врача первичного звена и узкого специалиста.

5.Тестовые задания.

1. Какая острая хирургическая патология является наиболее частой причиной экстренной лапаротомии неакушерского генеза при беременности?

1. Острый холецистит
2. Острый аппендицит
3. Острый панкреатит
4. Кишечная непроходимость

2. Как изменяется типичное расположение червеобразного отростка при увеличении матки во II–III триместрах беременности?

1. Смещается кверху и кнаружи
2. Смещается книзу и кнутри
3. Расположение не меняется
4. Смещается влево

3. Какой симптом обладает наибольшей диагностической ценностью при остром аппендиците у беременных?

1. Болезненность в точке МакБерни
2. Симптом Мёрфи
3. Симптом Михельсона (усиление боли в правом боку в положении на правом боку)
4. Симптом Ортнера

4. В чём ограничение общего числа лейкоцитов при диагностике острого аппендицита у беременных?

1. Физиологический лейкоцитоз беременных затрудняет интерпретацию
2. При беременности лейкоциты всегда снижены
3. Показатель абсолютно надёжен
4. При беременности лейкоциты не изменяются

5. Согласно клиническим рекомендациям, какова максимальная длительность динамического наблюдения при остром аппендиците у беременных?

1. 6 часов
2. 12 часов
3. 24 часа
4. 48 часов

6. В чём основное ограничение лапароскопической диагностики острого аппендицита во II триместре беременности?

1. Полностью запрещена
2. Карбоперитонеум может оказывать неблагоприятное влияние на плод
3. Ограничений нет
4. Возможна только под общим наркозом

7. Каков принцип выбора хирургического доступа при остром аппендиците у беременных?

1. Всегда срединная лапаротомия
2. В зависимости от размеров матки и расположения отростка, при необходимости — выше
3. Всегда доступ МакБерни
4. Всегда лапароскопия

8. В какое отделение должна быть госпитализирована пациентка с подозрением на острый аппендицит при беременности?

1. В акушерское
2. В гинекологическое
3. В хирургическое (в многопрофильный стационар с условиями для реанимации новорождённых)
4. В гастроэнтерологическое

9. Каково наиболее тяжёлое последствие поздней диагностики острого аппендицита при беременности?

1. Самопроизвольный выкидыш
2. Перфорация отростка и разлитой перитонит
3. Пороки развития плода
4. Гестационная гипертензия

10. В каком сроке беременности лапароскопическая аппендэктомия относительно безопасна?

1. Только в I триместре
2. Только во II триместре
3. В I и II триместрах
4. Во всех триместрах одинаково безопасна

11. Какой основной патофизиологический механизм развития острого холецистита при беременности?

1. Усиление сократительной активности жёлчного пузыря
2. Холестаз и повышение литогенности жёлчи
3. Расширение жёлчных протоков
4. Рефлюкс панкреатического сока

12. Каковы типичные симптомы острого холецистита при беременности?

1. Боль в правом нижнем квадранте
2. Боль в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку
3. Боль в левом нижнем квадранте
4. Боль вокруг пупка

13. Какой симптом указывает на острый холецистит?

1. Болезненность в точке МакБерни
2. Положительный симптом Мёрфи
3. Симптом Ровзинга
4. Симптом Пастернацкого

14. Какое инструментальное исследование является методом выбора при остром холецистите у беременных?

1. КТ
2. МРТ
3. УЗИ органов брюшной полости
4. Рентгенография

15. Согласно клиническим рекомендациям, какова предпочтительная тактика при остром холецистите у беременных?

1. Только после родов
2. Раннее оперативное вмешательство (сразу после установления диагноза)

3. После 36 недель
4. Только при развитии осложнений

16. Какой способ операции наиболее предпочтителен при остром холецистите до 20 недель беременности?
1. Открытая холецистэктомия
2. Лапароскопическая холецистэктомия
3. Чрескожная холецистостомия
4. Консервативная терапия

17. Что НЕ относится к абсолютным показаниям к операции при остром холецистите у беременных?
1. Перитонит
2. Острый гнойный холангит
3. Механическая желтуха
4. Умеренный дискомфорт в правом подреберье

18. Какое из мероприятий консервативной терапии острого холецистита при беременности является правильным?
1. Длительное голодание
2. Голод 1–2 дня, инфузионная терапия, спазмолитики
3. Немедленное назначение морфина
4. Рутинное назначение желчегонных средств

19. Какова рекомендуемая тактика при остром холецистите в III триместре при отсутствии экстренных показаний?
1. Немедленная операция
2. Консервативная терапия, операция после родов
3. Чрескожная холецистостомия
4. Прерывание беременности с последующей операцией

20. Какое малоинвазивное вмешательство возможно при неэффективности консервативной терапии и холедохолитиазе у беременных?
1. Немедленная лапаротомия
2. Чрескожная пункция жёлчного пузыря под УЗИ-контролем или чрескожное чреспечёночное дренирование
3. Медикаментозный литолиз

4. Экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия

21. Какова наиболее частая причина острого панкреатита при беременности?
1. Алкоголь
2. Жёлчнокаменная болезнь (билиарный панкреатит)
3. Гиперлипидемия
4. Травма

22. Каковы наиболее типичные клинические проявления острого панкреатита при беременности?
1. Боль в правом нижнем квадранте
2. Боль в эпигастрии или верхних отделах живота — постоянная или приступообразная
3. Боль в левом нижнем квадранте
4. Разлитая боль по всему животу

23. Каков ключевой критерий дифференциальной диагностики острого панкреатита с ранним токсикозом беременных?
1. Интенсивность боли
2. Сохранение диспепсических симптомов после 12 недель
3. Желтуха
4. Лихорадка

24. Какое инструментальное исследование при остром панкреатите у беременных строго ограничено?
1. УЗИ
2. МРТ/МРХПГ
3. КТ
4. Эндосонография

25. Какой период беременности наиболее опасен для проведения КТ?
1. 1–8 недель
2. 9–15 недель
3. 16–24 недели
4. 25–36 недель

26. Какие препараты допустимы при лёгкой форме острого панкреатита?

1. Морфин в больших дозах
2. Спазмолитики (дротаверин, папаверин) и анальгетики
3. НПВС
4. Тетрациклин

27. Какой антибактериальный препарат может рассматриваться во II и III триместрах при остром панкреатите?

1. Тетрациклин
2. Метронидазол
3. Фторхинолоны
4. Аминогликозиды

28. Каково показание к заместительной терапии ферментами поджелудочной железы при панкреатите у беременных?

1. Всем пациентам с панкреатитом
2. Стеаторея с диареей, снижение массы тела, снижение фекальной эластазы-1
3. Только при жирной пище
4. Только в I триместре

29. С какими акушерскими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику острого панкреатита при беременности?

1. Внутрипечёночный холестаз беременных
2. HELLP-синдром
3. Острая жировая дистрофия печени беременных
4. Все перечисленные

30. Какова цель назогастральной декомпрессии при остром панкреатите у беременных?

1. Профилактика аспирации
2. Разгрузка желудка и поджелудочной железы
3. Нутритивная поддержка
4. Путь введения лекарств

31. Каков главный принцип анестезиологического обеспечения при операциях по поводу острой хирургической патологии у беременных?

1. Приоритет акушерских задач

2. Обеспечение безопасности матери и защиты плода, избегание угнетения плода
3. Всегда общий наркоз
4. Всегда регионарная блокада

32. Какие меры необходимы для профилактики преждевременных родов после хирургического вмешательства при беременности?

1. Рутинное назначение окситоцина
2. Токолитическая терапия, мониторинг сократительной активности матки и состояния плода
3. Немедленная индукция родов
4. Специальных мер не требуется

33. В чём основное преимущество лапароскопии перед лапаротомией при острой хирургической патологии у беременных?

1. Меньшая длительность операции
2. Малая травматичность, быстрое восстановление, большая точность диагностики
3. Отсутствие рисков
4. Возможность применения в любом сроке

34. С какими акушерскими состояниями необходимо дифференцировать «острый живот» при беременности?

1. Преждевременная отслойка плаценты
2. Разрыв матки
3. Угрожающие преждевременные роды
4. Все перечисленные

35. Каков принцип выбора антибиотиков в периоперационном периоде при острой хирургической патологии у беременных?

1. Любые широкоспектральные антибиотики
2. Препараты, безопасные для плода (цефалоспорины, пенициллины)
3. Избегать антибиотиков
4. Только аминогликозиды

36. Какой доступ обычно используется при диагностической лапаротомии по поводу острого аппендицита у беременных?

1. Нижнесрединная лапаротомия

2. Разрез Волковича–Дьяконова (при необходимости со смещением в зависимости от размеров матки)
3. Верхнесрединная лапаротомия
4. Поперечный разрез

37. Какой препарат следует добавить при переходе пациента с острым панкреатитом на полное энтеральное питание?

1. Антибиотик
2. Полиферментные препараты (панкреатические ферменты)
3. Противодиарейные средства
4. Слабительные

38. Как следует изменить давление карбоперитонеума при холецистэктомии у беременных для уменьшения воздействия на матку?

1. Оставить стандартным
2. Снизить давление карбоперитонеума
3. Повысить давление карбоперитонеума
4. Отказаться от карбоперитонеума

39. Какие специалисты должны входить в мультидисциплинарную команду при острой хирургической патологии у беременных?

1. Только хирург и акушер-гинеколог
2. Хирург, акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, неонатолог
3. Только акушер-гинеколог
4. Только хирург

40. Какие методы лечения возможны при билиарном панкреатите с холедохолитиазом у беременных?

1. Только консервативная терапия
2. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией или лапароскопическая холецистэктомия с литоэкстракцией
3. Немедленная лапаротомия
4. Только антибиотики

41. Изменение длины и объёма почек при беременности:

1. Не изменяются
2. Длина увеличивается примерно на 1–2 см, объём — примерно на 30%
3. Длина уменьшается, объём уменьшается

4. Увеличивается только правая почка
5. Увеличиваются только при многоплодной беременности

42. Особенности изменения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) при беременности:
1. Снижается в первом триместре, восстанавливается в третьем
2. Остаётся неизменной на протяжении всей беременности
3. Увеличивается на 40–50% уже в первом триместре и сохраняется до родов
4. Увеличивается только в родах
5. Не отличается от небеременных

43. Нормальный диапазон сывороточного креатинина при беременности:
1. Такой же, как у небеременных женщин (44–97 мкмоль/л)
2. Выше, чем у небеременных
3. Ниже, чем у небеременных (обычно <70–80 мкмоль/л)
4. Повышается только в третьем триместре
5. Колеблется в очень широких пределах, не имеет референсного значения

44. Основные причины расширения почечных лоханок и мочеточников при беременности:
1. Только механическое сдавление
2. Только релаксирующее действие прогестерона на гладкую мускулатуру
3. Сочетание механического сдавления (увеличенной маткой) и действия прогестерона
4. Только действие эстрогенов
5. Связано с инфекцией

45. Верхняя граница физиологической протеинурии при беременности обычно определяется как:
1. 0 г/сут
2. <300 мг/сут
3. <500 мг/сут
4. <1 г/сут
5. <3 г/сут

46. Согласно клиническим рекомендациям, критерий диагностики бессимптомной бактериурии при беременности:

1. Высевание любой бактерии из средней порции мочи
2. Двукратное высевание одного и того же штамма из средней порции мочи с колониеобразующей активностью $\geq 10^5$ КОЕ/мл
3. Лейкоциты в общем анализе мочи >10 в п/зр
4. Наличие симптомов дизурии
5. Высевание $\geq 10^3$ КОЕ/мл

47. Наиболее частый возбудитель острого гестационного пиелонефрита:

1. Staphylococcus aureus
2. Escherichia coli
3. Klebsiella pneumoniae
4. Proteus mirabilis
5. Candida albicans

48. Риск развития острого пиелонефрита при нелеченой бессимптомной бактериурии при беременности составляет примерно:

1. 1–2%
2. 5%
3. 20–40%
4. 60%
5. 80%

49. Показание к госпитализации при остром пиелонефрите беременных, НЕ входящее в перечень:

1. Высокая лихорадка (>38°C)
2. Рвота, делающая невозможным приём препаратов внутрь
3. Признаки сепсиса
4. Впервые выявленная бессимптомная бактериурия
5. Подозрение на паранефральный абсцесс

50. Острый пиелонефрит при беременности чаще всего возникает:

1. В первом триместре (до 12 недель)
2. Во втором триместре (13–27 недель)
3. В третьем триместре (после 28 недель) и в раннем послеродовом периоде

4. В родах
5. Одинаково часто во всех триместрах

51. Основной риск пиелонефрита при беременности для плода:
1. Только риск крупного плода
2. Повышение риска преждевременных родов, низкой массы тела при рождении и перинатальной смертности
3. Только риск пороков развития плода
4. Не влияет на плод
5. Только риск задержки внутриутробного роста плода

52. Согласно клиническим рекомендациям МЗ РФ, при остром пиелонефрите беременных предпочтительны антибактериальные препараты:
1. Тетрациклины
2. Фторхинолоны
3. Цефалоспорины (например, цефтриаксон) или ампициллин
4. Аминогликозиды (гентамицин)
5. Левомицетин

53. Антибактериальные препараты, которых следует избегать при инфекции мочевыводящих путей у беременных:
1. Ампициллин
2. Цефуроксим
3. Нитрофурантоин (в конце беременности)
4. Фторхинолоны и тетрациклины
5. Пенициллины

54. Порог выраженной почечной недостаточности, при котором беременность у пациенток с ХБП считается особо опасной, обычно соответствует уровню сывороточного креатинина до беременности:
1. 100 мкмоль/л
2. 150 мкмоль/л
3. 200 мкмоль/л
4. 300 мкмоль/л
5. 400 мкмоль/л

55. Согласно клиническим рекомендациям, к противопоказаниям к беременности при хроническом гломерулонефрите НЕ относится:

1. Нефротический синдром
2. Артериальная гипертензия, резистентная к адекватной гипотензивной терапии
3. Сывороточный креатинин ≥200 мкмоль/л
4. Изолированная протеинурия <1 г/сут при нормальной функции почек
5. Прогрессирующее ухудшение функции почек

56. Наиболее надёжный показатель для дифференциации обострения ХБП и преэклампсии во время беременности:

1. Степень повышения артериального давления
2. Количественная оценка протеинурии
3. Динамика сывороточного креатинина и соотношение ангиогенных факторов (например, sFlt-1/PlGF)
4. Степень отёков
5. Уровень мочевой кислоты

57. Препараты выбора для гипотензивной терапии при беременности у пациенток с ХБП:

1. Ингибиторы АПФ
2. Блокаторы рецепторов ангиотензина II
3. Метилдопа, лабеталол или нифедипин
4. Диуретики
5. β-блокаторы (атенолол)

58. Антигипертензивные препараты, абсолютно противопоказанные при беременности:

1. Метилдопа
2. Лабеталол
3. Нифедипин
4. Ингибиторы АПФ и БРА II
5. Гидралазин

59. Основная цель назначения низких доз ацетилсалициловой кислоты при беременности у пациенток с ХБП:

1. Профилактика инфекций мочевыводящих путей

2. Профилактика преэклампсии
3. Снижение сывороточного креатинина
4. Лечение протеинурии
5. Профилактика тромбоза почечных вен

60. Беременность у пациенток с терминальной стадией ХБП (ХБП 5 стадии), получающих диализ:
1. Абсолютно невозможна
2. Частота успешных исходов крайне низкая, требуется увеличение частоты и интенсивности диализа
3. Не требует изменения схемы диализа
4. Не несёт дополнительного риска для матери
5. Не требует мультидисциплинарного ведения

61. Типичные проявления острого гломерулонефрита при беременности НЕ включают:
1. Гематурию
2. Протеинурию
3. Артериальную гипертензию
4. Олигурию
5. Выраженную гипокалиемию

62. Критерии диагностики нефротического синдрома у беременных с хроническим гломерулонефритом:
1. Протеинурия >0,5 г/сут, отёки
2. Протеинурия >3,5 г/сут, гипоальбуминемия, отёки, гиперлипидемия
3. Только протеинурия >1 г/сут
4. Гематурия + протеинурия + артериальная гипертензия
5. Только гипоальбуминемия

63. Основные риски для плода при хроническом гломерулонефрите и беременности НЕ включают:
1. Преждевременные роды
2. Задержку внутриутробного роста плода
3. Крупный плод
4. Перинатальную смертность
5. Осложнения, связанные с преэклампсией

64. Наиболее значимые серологические показатели активности волчаночного нефрита при беременности:

1. Только уровень комплемента С3
2. Повышение титра антител к дс-ДНК и снижение комплемента
3. Только антинуклеарный фактор (АНФ)
4. Только сывороточный креатинин
5. Только протеинурия

65. Иммуносупрессивные препараты, безопасные при беременности у пациенток с волчаночным нефритом:

1. Циклофосфамид
2. Микофенолата мофетил
3. Гидроксихлорохин и глюкокортикостероиды (по показаниям)
4. Метотрексат
5. Лефлуномид

66. Основной риск нефротического синдрома при беременности с выраженной гипоальбуминемией (<20 г/л):

1. Только отёки у матери
2. Тромбоэмболические осложнения и задержка роста плода
3. Только крупный плод
4. Только гестационный сахарный диабет
5. Особых рисков нет

67. Особенности применения глюкокортикостероидов при беременности у пациенток с гломерулонефритом:

1. Абсолютно противопоказаны при беременности
2. Могут применяться для контроля активности заболевания, но требуют мониторинга гликемии и артериального давления
3. Только в послеродовом периоде
4. Не отличаются от применения вне беременности
5. Только внутривенное введение

68. Метод выбора для диагностики почечной колики при беременности:

1. Обзорная рентгенография органов брюшной полости
2. Внутривенная урография

3. Ультразвуковое исследование и магнитно-резонансная урография
4. КТ-урография
5. Ретроградная пиелография

69. Препараты первой линии для купирования острого приступа почечной колики при беременности:

1. Нестероидные противовоспалительные препараты (например, диклофенак)
2. Опиоидные анальгетики (например, морфин, трамадол)
3. Спазмолитики (например, папаверин)
4. Парацетамол
5. Ибупрофен

70. Основной риск применения НПВС при беременности:

1. Пороки развития плода (в первом триместре)
2. Маловодие и преждевременное закрытие артериального протока плода (в третьем триместре)
3. Только желудочно-кишечные реакции у матери
4. Отсутствие риска для плода
5. Только послеродовые кровотечения

71. Показания к хирургическому вмешательству при мочекаменной болезни у беременных НЕ включают:

1. Стойкую почечную колику, не поддающуюся купированию
2. Обструкцию, приводящую к ухудшению функции почек
3. Сепсис
4. Бессимптомный камень почки <5 мм
5. Двустороннюю обструкцию или обструкцию единственной почки

72. Основная цель установки мочеточникового стента или чрескожной нефростомы при беременности:

1. Радикальное удаление камня
2. Устранение обструкции и дренирование мочи
3. Профилактика инфекции
4. Замена литотрипсии
5. Только для диагностики

73. Безопасные сроки выполнения уретероскопии с литотрипсией при беременности:

1. Только в первом триместре
2. Только в третьем триместре
3. В любом триместре, однако в третьем триместре техническая сложность возрастает
4. Только после родов
5. Абсолютно противопоказана при беременности

74. Ключевые критерии дифференциации преэклампсии и обострения ХБП НЕ включают:

1. Временные характеристики повышения артериального давления
2. Динамику протеинурии
3. Исходный уровень сывороточного креатинина
4. Возраст пациентки
5. Соотношение ангиогенных факторов (PlGF, sFlt-1)

75. Преэклампсия обычно развивается после какого срока беременности?

1. После 12 недель
2. После 16 недель
3. После 20 недель
4. После 28 недель
5. После 32 недель

76. Основное значение соотношения антиангиогенных факторов (sFlt-1/PlGF) в дифференциации преэклампсии и обострения ХБП:

1. Полностью заменяет клиническую оценку
2. Помогает в дифференциации, особенно при перекрытии клинических симптомов
3. Используется только для послеродовой диагностики
4. Не имеет дифференциально-диагностической ценности
5. Используется только для определения пола плода

77. Какое из перечисленных проявлений при нарастании протеинурии у беременной с ХБП более характерно для преэклампсии, а не для обострения основного заболевания?

1. Постепенное увеличение протеинурии в течение нескольких недель

2. Внезапное нарастание протеинурии с резким повышением артериального давления и снижением тромбоцитов
3. Только протеинурия без других изменений
4. Стабильный уровень сывороточного креатинина
5. Нормальный уровень комплемента

78. Согласно приказу МЗ РФ №736, абсолютным показанием к прерыванию беременности при заболеваниях почек является:
1. Только бессимптомная бактериурия
2. Любая форма хронического гломерулонефрита
3. Хроническая почечная недостаточность (сывороточный креатинин >200 мкмоль/л или прогрессирующее повышение)
4. Односторонний камень почки
5. Только солитарная киста почки

79. Показания к прерыванию беременности у пациенток с ХБП НЕ включают:
1. Прогрессирующее ухудшение функции почек
2. Неконтролируемую тяжёлую артериальную гипертензию
3. Тяжёлую преэклампсию с поражением органов-мишеней у матери
4. ХБП 1–2 стадии до беременности со стабильной функцией почек
5. Тяжёлый нефротический синдром с тромбоэмболическими осложнениями

80. Решение о сроках и способе родоразрешения при ХБП и беременности должно основываться на:
1. Только акушерских показаниях
2. Только стадии заболевания почек
3. Оценке мультидисциплинарной команды (акушер-гинеколог, нефролог, неонатолог) с учётом состояния матери и плода
4. Фиксированном плановом кесаревом сечении на 39 неделе
5. Только желании пациентки

Занятие 5

Тема 5: **Болезни крови и беременность. Беременность при острых инфекционных заболеваниях.**

1. Цель	Изучить пути снижения материнской и перинатальной смертности при заболеваниях крови, острых инфекционных заболеваниях.
2. Учебные вопросы	1.Анемиии: железодефицитная, апластическая, мегалобластная; клинико-лабораторные диагностические критерии; влияние на течение беременности; акушерская тактика. 2.Гемобластозы: острый и хронический миелобластный лейкоз, лимфогранулематоз – клинико-лабораторные диагностические критерии. 3.Геморрагические диатезы: болезнь Верльгофа, болезнь Виллебранта – клинико- диагностические критерии, влияние на течение беременности. 4.Грипп, COVID-19, острые бактериальные пневмонии у беременных – эпидемиология, влияние на показатели МП и ПС.; особенности течения при беременности. 5.Врачебная тактика при анемиях и заболеваниях крови у беременных. 6.Современные методы диагностики вирусных инфекций, методы лечения у беременных; вакцинация.

3.Практическая часть:

Задача №1.

Пациентка К., 27 лет, первобеременная, срок беременности 24 недели.

Жалобы на выраженную слабость, головокружение, одышку при умеренной физической нагрузке, извращение вкуса (желание есть мел), ломкость ногтей и выпадение волос. Из анамнеза: обильные менструации до беременности,

хронический гастрит. При осмотре: кожные покровы бледные, тахикардия до 98 в мин, АД 110/70 мм рт. ст. Матка в нормальном тонусе, соответствует сроку гестации. Данные обследования: Hb — 78 г/л, эритроциты — $3{,}0\times10^{12}$/л, ЦП — 0,7, ферритин сыворотки — 9 мкг/л, сывороточное железо — 6,5 мкмоль/л, ОЖСС повышена.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие критерии подтверждают железодефицитный характер анемии?
3. Составьте план лечения согласно клиническим рекомендациям МЗ РФ (препараты, дозы, путь введения).
4. Какие целевые показатели гемоглобина необходимо достичь к моменту родов?
5. Какова тактика ведения беременности и родоразрешения?

Задача №2.

Пациентка М., 32 года, повторнобеременная (2-е роды), срок 34 недели. В анамнезе — идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП), вне беременности — ремиссия без терапии. При плановом осмотре: единичные петехии на нижних конечностях, кровоточивости нет. Анализ крови: тромбоциты — 62×10^9/л, Hb — 112 г/л, лейкоциты — $6{,}8\times10^9$/л, СОЭ — 18 мм/ч. Антитела к тромбоцитам повышены. Исключены гестационная тромбоцитопения, HELLP-синдром, ДВС (АЧТВ, МНО, фибриноген в норме). УЗИ плода: рост и развитие соответствуют сроку.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какова дифференциально-диагностическая тактика?
3. Показания к медикаментозной терапии и выбор препаратов (с учётом срока беременности).
4. Какова тактика родоразрешения и анестезиологического пособия при уровне тромбоцитов 62×10^9/л?
5. Каков риск неонатальной тромбоцитопении и как он учитывается?

Задача №3.

Пациентка Т., 29 лет, первобеременная, срок 38 недель. Из анамнеза: отец страдает гемофилией А, у пациентки — активность фактора VIII 35% (носительство). Беременность протекала без осложнений, но отмечались гематомы после в/м инъекций. При поступлении: жалоб нет, АД 120/80 мм рт. ст., матка в нормальном тонусе. Лабораторно: АЧТВ удлинён (42 с),

активность FVIII — 32%, тромбоциты, фибриноген, МНО — в норме. Планируется родоразрешение.

Вопросы:

1. Каков риск геморрагических осложнений у матери и новорождённого?
2. Какова тактика подготовки к родам (целевой уровень FVIII, препараты)?
3. Выбор способа родоразрешения и анестезии.
4. Какие методы интра- и послеродовой профилактики кровотечения применяются?
5. Как проводится обследование новорождённого и неонатальная тактика?

Задача №4.

Пациентка Р., 30 лет, первобеременная, срок 18 недель. Диагноз хронического миелолейкоза (ХМЛ, фаза хроническая) установлен 3 года назад, постоянно принимала иматиниб 400 мг/сут. В связи с незапланированной беременностью препарат самостоятельно отменила на 6-й неделе. Самочувствие удовлетворительное. Анализ крови: лейкоциты — 28×10^9/л, Hb — 98 г/л, тромбоциты — 320×10^9/л, в лейкоцитарной формуле — сдвиг влево до миелоцитов, базофилия. Молекулярно-генетическое исследование: BCR-ABL1 — 12% (IS). УЗИ плода: развитие соответствует сроку, патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Оцените риск для матери и плода при отмене иматиниба.
2. Какие терапевтические опции возможны при ХМЛ во II–III триместре?
3. Какова тактика ведения беременности и мониторинга?
4. Какие акушерские осложнения наиболее вероятны?
5. Как планировать родоразрешение и послеродовую тактику?

Задача №5.

Беременная К., 28 лет, срок беременности 22 недели, обратилась в женскую консультацию на 2-й день заболевания с жалобами на повышение температуры тела до 38,9°С, выраженную слабость, головную боль, миалгии, сухой кашель, заложенность носа. Из анамнеза: беременность вторая, протекает без осложнений. Эпидемиологический анамнез: в семье муж болеет гриппом (лабораторно подтвержден грипп A(H1N1) 2 дня назад). При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, зев гиперемирован, в легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту, SpO_2 97%. АД 110/70

мм рт.ст., пульс 96 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Матка в нормальном тонусе, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 148 уд/мин.
В женской консультации проведен экспресс-тест на грипп — положительный на грипп типа А. Пациентке рекомендована госпитализация.
Вопросы:

1. Обоснуйте необходимость госпитализации данной пациентки согласно клиническим рекомендациям МЗ РФ.
2. Какой противовирусный препарат показан данной пациентке? Укажите схему его назначения и обоснуйте выбор с учетом срока беременности.
3. Какие препараты для лечения гриппа противопоказаны при беременности? Приведите примеры.
4. Какие акушерские осложнения наиболее вероятны при гриппе в I и II триместрах?

Задача №6.
Беременная Н., 34 года, срок беременности 35 недель, доставлена в приемное отделение инфекционного госпиталя бригадой СМП с жалобами на одышку в покое, сухой кашель, повышение температуры тела до 38,2°С, слабость. Заболела 5 дней назад, лечилась амбулаторно, но состояние прогрессивно ухудшалось. Из анамнеза: беременность третья, роды — 2. ИМТ до беременности 31 кг/м². Хронических заболеваний нет.
При осмотре: состояние тяжелое, ЧДД 28 в минуту, SpO_2 92% при дыхании атмосферным воздухом. АД 120/80 мм рт.ст., пульс 102 уд/мин. В легких выслушиваются двусторонние влажные хрипы в нижних отделах. ПЦР-тест на SARS-CoV-2 положительный. По данным КТ грудной клетки: двусторонняя полисегментарная пневмония, объем поражения 45%.
Вопросы:

1. Определите степень тяжести COVID-19 у данной пациентки. Какие критерии вы использовали?
2. В какое отделение должна быть госпитализирована пациентка? Какие требования предъявляются к стационару для беременных с COVID-19?
3. Какова должна быть целевая сатурация при проведении оксигенотерапии у беременных с COVID-19?
4. Показано ли данной пациентке родоразрешение в настоящее время? Обоснуйте ответ.

Задача №7.

Беременная С., 26 лет, срок беременности 30 недель, вызвала врача на дом на 1-й день заболевания. Жалобы на повышение температуры до 37,8°С, умеренную слабость, насморк, першение в горле. При осмотре: состояние удовлетворительное, зев умеренно гиперемирован, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту, SpO_2 98%. АД 115/75 мм рт.ст. Живот мягкий, матка в нормальном тонусе. Эпидемиологический анамнез: в женской консультации, которую посещала пациентка 3 дня назад, зарегистрирована вспышка ОРВИ среди сотрудников.

Пациентка спрашивает, нужно ли ей принимать противовирусные препараты и можно ли ей сделать прививку от гриппа в будущем.

Вопросы:

1. Относится ли данная пациентка к группе риска тяжелого течения гриппа и ОРВИ? Обоснуйте ответ.
2. Нужно ли назначать данной пациентке противовирусную терапию? Если да, то какую?
3. Какие меры неспецифической профилактики следует рекомендовать пациентке и членам ее семьи?
4. Можно ли вакцинировать беременных против гриппа? Какие рекомендации МЗ РФ существуют по иммунизации беременных?

Задача №8.

Беременная А., 39 лет, срок беременности 32 недели, находится на стационарном лечении в специализированном отделении для беременных с COVID-19 (подтвержден ПЦР-тестом) в течение 6 дней. Из анамнеза: ИМТ 33 кг/м², гестационный сахарный диабет (диета). На момент поступления: SpO_2 95%, КТ-объем поражения 25%.

За время наблюдения состояние ухудшилось: SpO_2 снизилась до 91%, ЧДД 26 в минуту, появилась одышка при минимальной физической нагрузке. По данным КТ (повторно): объем поражения легких увеличился до 50%. Лабораторно: Д-димер 1800 нг/мл (значительно повышен), СРБ 78 мг/л, ферритин 450 мкг/л. Данные КТГ: сердцебиение плода 158 уд/мин, ритмичное, вариабельность достаточная, децелераций нет.

Вопросы:

1. Оцените динамику состояния пациентки. Какие факторы риска прогрессирования инфекции у нее имеются?
2. Какие лечебные мероприятия должны быть назначены или скорректированы в связи с ухудшением состояния?

3. Имеются ли показания к досрочному родоразрешению? Какие факторы необходимо учитывать при принятии решения?
4. Какие ошибки в ведении беременных с тяжелой COVID-19 отмечены в методических рекомендациях МЗ РФ?

4.Вопросы для собеседования.

1. Железодефицитная анемия и беременность – клинико-диагностические критерии.
1. Мегалобластная, апластическая анемия – диагностические критерии.
2. Ведение беременности при анемиях.
3. Современные методы лечения анемии у беременных(клинические протоколы).
4. Острый и хронический миелобластный лейкоз – особенности клиники у беременных.
5. Лимфогранулематоз – классификация, клинико-диагностические критерии, особенности течения у беременных.
6. Влияние беременности на течение гемобластозов.
7. Влияние гемобластозов на течение беременности; противопоказания к вынашиванию беременности.
8. Геморрагический диатез – болезнь Верльгофа – клинико-диагностические критерии.
9. Геморрагический диатез – болезнь Виллебранта – клинико-диагностические критерии.
10. Течение беременности и родов при геморрагических диатезах; профилактика осложнений.
11. Острый аппендицит и беременность, особенности клинического течения.
12. Острый панкреатит – факторы, способствующие развитию; особенности течения у беременных.
13. Острая кишечная непроходимость – классификация, факторы, способствующие развитию.
14. Особенности клиники острой кишечной непроходимости у беременных.
15. Влияние острой хирургической патологии на течение беременности и родов.
16. Врачебная тактика при острой хирургической патологии.
17. Пути предупреждения МС и ПС при острой хирургической патологии.

18. Острые пневмонии(бактериальные, вирусные), особенности течения у беременных.
19. Лечение гриппа и пневмоний у беременных(клинические протоколы)
20. Covid-19 и беременность; особенности клинического течения.
21. Лечение Covid-19 у беременных.
22. Влияние вирусных инфекций на течение беременности и родов; акушерская тактика.
23. Современные методы диагностики вирусных инфекций у беременных.
24. Вакцинация беременных и родильниц.
25. Пути предупреждения МС и ПС при острых вирусных инфекциях.

5.Тестовые задания.

1. Наиболее частая экстрагенитальная патология при беременности:
   1. Железодефицитная анемия
   2. Тромбоцитопения
   3. Гемофилия
   4. Лейкоз

2. Критерий анемии у беременных во II триместре (г/л):
   1. <110
   2. <105
   3. <100
   4. <95

3. Критерий анемии в I триместре (г/л):
   1. <110
   2. <105
   3. <100
   4. <95

4. Критерий анемии в III триместре (г/л):
   1. <110
   2. <105
   3. <100
   4. <95

5. Основной механизм развития ЖДА при беременности:

1. Повышенное потребление железа плодом
2. Гемолиз
3. Нарушение синтеза глобина
4. Дефицит фолиевой кислоты

6. Суточная потребность в железе у беременной в III триместре (мг):
1. 1–2
2. 3–4
3. 5–6
4. 7–8

7. Препарат выбора для лечения ЖДА при беременности (перорально):
1. Сульфат железа + фолиевая кислота
2. Гидроксид железа III (сахарат)
3. Парентеральное железо
4. Эритропоэтин

8. Показание к парентеральному введению железа при беременности:
1. Непереносимость пероральных препаратов
2. Нарушение всасывания
3. Необходимость быстрого эффекта
4. Все перечисленное

9. Целевой уровень гемоглобина при лечении ЖДА у беременных (г/л):
1. 100
2. 110
3. 120
4. 130

10. Осложнение беременности, наиболее характерное для тяжёлой ЖДА:
1. Преэклампсия
2. Плацентарная недостаточность и ЗРП
3. Гестационный диабет
4. Многоводие

11. Профилактика ЖДА у беременных с факторами риска начинается:
1. С 8–10 недель

2. С 12–14 недель
3. С 20 недель
4. С 30 недель

12. При ЖДА средней степени тяжести гемоглобин (г/л):
1. 90–109
2. 70–89
3. <70
4. 110–119

13. Наиболее частая причина тромбоцитопении при беременности:
1. Гестационная тромбоцитопения
2. ИТП
3. HELLP-синдром
4. ДВС

14. Гестационная тромбоцитопения обычно проявляется:
1. В I триместре
2. Во II триместре
3. В III триместре
4. В родах

15. Уровень тромбоцитов при гестационной тромбоцитопении обычно ($\times 10^9$/л):
1. 100
2. 70–100
3. 50–70
4. <50

16. При ИТП у беременной безопасный уровень тромбоцитов для родоразрешения через естественные родовые пути ($\times 10^9$/л):
1. 30
2. 50
3. 70
4. 100

17. Препарат первой линии при ИТП у беременных:

1. Преднизолон
2. Внутривенный иммуноглобулин
3. Ритуксимаб
4. Спленэктомия

18. Наследственная тромбофилия, наиболее часто связанная с тромбозами при беременности:
1. Мутация фактора V (Лейден)
2. Дефицит протеина С
3. Дефицит антитромбина III
4. Мутация протромбина G20210A

19. Профилактика тромбозов у беременных с тромбофилией проводится:
1. НМГ
2. Аспирином
3. Варфарином
4. Клопидогрелем

20. НМГ отменяют перед плановым кесаревым сечением за (часов):
1. 12
2. 24
3. 36
4. 48

21. HELLP-синдром включает:
1. Гемолиз, повышение ферментов печени, тромбоцитопению
2. Гемолиз, тромбоцитоз, повышение АЛТ
3. Анемию, лейкоцитоз, тромбоцитопению
4. Гемолиз, повышение билирубина, лейкопению

22. При HELLP-синдроме наиболее часто требуется:
1. Немедленное родоразрешение
2. Консервативная терапия до 37 недель
3. Только плазмаферез
4. Только гепарин

23. Тромбоцитопения при HELLP-синдроме обычно (×10⁹/л):

1. <100
2. <150
3. <200
4. <250

24. Наиболее опасное осложнение тромбофилии при беременности:
    1. ТЭЛА
    2. Преэклампсия
    3. ЗРП
    4. Все перечисленное

25. Лейкоз при беременности чаще всего диагностируется:
    1. В I триместре
    2. Во II триместре
    3. В III триместре
    4. В послеродовом периоде

26. Наиболее частое гематологическое осложнение беременности при лейкозе:
    1. Анемия
    2. Тромбоцитопения
    3. Нейтропения
    4. Все перечисленное

27. Химиотерапия при остром лейкозе во II–III триместре:
    1. Противопоказана
    2. Возможна с учётом риска для плода
    3. Разрешена только после 32 недель
    4. Заменяется лучевой терапией

28. При хроническом миелолейкозе у беременных препарат выбора:
    1. Иматиниб
    2. Интерферон-α
    3. Гидроксикарбамид
    4. Дазатиниб

29. Лимфома Ходжкина при беременности чаще всего лечится:
    1. ABVD во II–III триместре

2. Только лучевой терапией
3. Отсрочкой до послеродового периода
4. Спленэктомией

30. Миеломная болезнь при беременности:
1. Частая патология
2. Редкая, требует мультидисциплинарного подхода
3. Не влияет на течение беременности
4. Всегда требует прерывания

31. Апластическая анемия при беременности характеризуется:
1. Панцитопенией
2. Изолированной анемией
3. Тромбоцитозом
4. Лейкоцитозом

32. Лечение апластической анемии при беременности:
1. Трансфузии + циклоспорин
2. Только трансфузии
3. Спленэктомия
4. Антитимоцитарный глобулин в I триместре

33. При тяжёлой анемии (Hb <70 г/л) перед родоразрешением необходимо:
1. Трансфузия эритроцитарной массы
2. Только пероральное железо
3. Отсрочка родов
4. Кесарево сечение в экстренном порядке

34. При тромбоцитопении $<50\times10^9$/л перед кесаревым сечением показано:
1. Трансфузия тромбоцитарной массы
2. Введение преднизолона
3. Введение иммуноглобулина
4. Все перечисленное

35. Наиболее опасное осложнение в родах при болезни Виллебранда:
1. Кровотечение
2. Тромбоз

3. Преэклампсия
4. Инфекция

36. При гемофилии у беременной наиболее вероятно:
1. Кровотечение в родах
2. Тромбоз
3. Анемия
4. Тромбоцитопения

37. Профилактика кровотечения в III периоде родов при заболеваниях крови:
1. Активное ведение III периода
2. Выжидательная тактика
3. Только наружный массаж матки
4. Только утеротоники

38. При ДВС-синдроме в акушерстве первоочередно:
1. Устранение причины
2. Гепарин
3. Трансфузия плазмы
4. Антифибринолитики

39. Беременность при хроническом ДВС-синдроме требует:
1. Мониторинга гемостаза
2. Профилактики тромбозов
3. Плазмафереза
4. Все перечисленное

40. Мультидисциплинарный подход при заболеваниях крови у беременных включает:
1. Акушера-гинеколога
2. Гематолога
3. Анестезиолога-реаниматолога
4. Все перечисленное

41. Согласно клиническим рекомендациям МЗ РФ по гриппу у взрослых, беременные относятся к группе риска тяжёлого течения и осложнений:
1. только в I триместре

2. только во II триместре
3. во II–III триместрах (2–3-й триместр)
4. на протяжении всей беременности

42. В обновлённых клинических рекомендациях по гриппу (2025) инкубационный период гриппа составляет:
1. от 10–12 часов до 7 суток
2. от 1 до 4 суток (в среднем около 48 часов)
3. от 5 до 10 суток
4. от 2 до 7 суток

43. В отношении вертикальной передачи COVID-19, согласно методическим рекомендациям МЗ РФ (версия 19):
1. доказана возможность внутриутробного инфицирования как в период беременности, так и в родах
2. доказательств внутриутробного инфицирования плода при перинатальной передаче не получено
3. передача происходит только в родах
4. передача происходит только в I триместре

44. Согласно методическим рекомендациям по COVID-19, риск перинатальной передачи при COVID-19 у матери связан с:
1. только с вирусной нагрузкой
2. главным образом со способом родоразрешения
3. убедительных доказательств внутриутробной передачи нет
4. только при кесаревом сечении

45. Наиболее частое тяжёлое осложнение гриппа у беременных:
1. нефрит
2. пневмония
3. миокардит
4. энцефалит

46. В клинических рекомендациях по гриппу (2025) в перечень клинических проявлений добавлено:
1. кожная сыпь
2. желудочно-кишечные симптомы (часто при инфекции H1N1)
3. отёчность суставов

4. увеличение лимфоузлов

47. Согласно методическим рекомендациям МЗ РФ по COVID-19, при подозрении на COVID-19 у беременной и необходимости визуализации органов грудной клетки предпочтительно:
1. рентгенография грудной клетки
2. КТ грудной клетки
3. УЗИ лёгких
4. МРТ

48. Основной лабораторный метод диагностики COVID-19 у беременных:
1. вирусологический посев
2. ПЦР с обратной транскрипцией в реальном времени (ПЦР-РТ)
3. иммунофлуоресцентный метод
4. экспресс-тест на антиген

49. В отношении диагностики гриппа у беременных верно:
1. начинать противовирусную терапию только после лабораторного подтверждения
2. отрицательный экспресс-тест исключает диагноз гриппа
3. противовирусную терапию не следует откладывать до лабораторного подтверждения, так как это задерживает лечение
4. ПЦР-диагностика рекомендована только госпитализированным

50. Согласно обновлённым рекомендациям по гриппу (2025), охват ПЦР-диагностикой расширен до:
1. только госпитализированных
2. только групп высокого риска
3. всех пациентов с симптомами
4. только тяжёлых пациентов

51. Какой лабораторный показатель у пациентов с COVID-19 указывает на риск тяжёлого течения:
1. лимфоцитоз
2. значимое повышение D-димера
3. тромбоцитоз
4. повышение гемоглобина

52. Что является показанием к госпитализации беременной с COVID-19:

1. $SpO2 \geq 95\%$
2. частота дыхания < 20 в минуту
3. собственно беременность
4. только тяжёлое течение

53. Чувствительность экспресс-тестов для диагностики гриппа составляет около:

1. 90–100%
2. 50–70%
3. 20–30%
4. 10–15%

54. При каком состоянии беременной с гриппом обязательна госпитализация:

1. температура 37,5 °C
2. лёгкая заложенность носа
3. пневмония
4. лёгкая слабость

55. Оптимальное время начала противовирусной терапии гриппа у беременных:

1. в течение 48 часов от начала заболевания
2. в течение 7 суток от начала заболевания
3. только после лабораторного подтверждения
4. при утяжелении состояния

56. Согласно обновлённым рекомендациям по гриппу (2025), из списка рекомендованных препаратов исключён:

1. осельтамивир
2. кагоцел
3. занамивир
4. рибавирин

57. При противовирусной терапии COVID-19 у беременных рекомендованы:

1. гидроксихлорохин
2. ремдесивир
3. лопинавир/ритонавир

4. интерферон альфа

58. Согласно методическим рекомендациям по COVID-19, рекомендуемая длительность курса нирматрелвира/ритонавира:
1. 3 дня
2. 5 дней
3. 10 дней
4. 14 дней

59. Рекомендуемая схема применения ремдесивира у беременных с COVID-19:
1. в 1-й день 200 мг, далее по 100 мг/сут, суммарно не более 10 дней
2. в 1-й день 400 мг, далее по 200 мг/сут, курс 5 дней
3. по 100 мг ежедневно, курс 14 дней
4. однократно 600 мг

60. В отношении противокашлевых препаратов у беременных с гриппом верно:
1. ацетилцистеин безопасен при беременности
2. амброксол противопоказан в I триместре и в период лактации
3. бромгексин безопасен на протяжении всей беременности
4. все противокашлевые препараты противопоказаны при беременности

61. Согласно обновлённым рекомендациям, применение ацетилцистеина при беременности:
1. допустимо во II–III триместрах
2. противопоказано при беременности и в период лактации
3. противопоказано только в I триместре
4. безопасно на протяжении всей беременности

62. Показание к применению глюкокортикостероидов у беременных с COVID-19:
1. все подтверждённые случаи
2. лёгкое течение
3. тяжёлое/крайне тяжёлое течение
4. только амбулаторные пациенты

63. Согласно методическим рекомендациям по COVID-19, инфицирование COVID-19 в раннем сроке беременности (до 12 недель):

1. является медицинским показанием к искусственному прерыванию беременности
2. не является медицинским показанием к прерыванию беременности
3. требует обязательного прерывания беременности
4. решается по желанию пациентки

64. Что верно в отношении акушерской тактики при COVID-19:

1. COVID-19 сам по себе является показанием к кесареву сечению
2. COVID-19 сам по себе не является показанием к кесареву сечению
3. всем пациенткам показано кесарево сечение
4. всем пациенткам показана индукция родов

65. Показание к экстренному кесареву сечению у беременной с COVID-19:

1. все тяжёлые пациентки
2. гипоксемия, не корригируемая ИВЛ, или прогрессирование дыхательной недостаточности
3. все подтверждённые случаи
4. срок беременности ≥ 37 недель

66. Цель экстренного кесарева сечения при COVID-19 на сроке 20–23 недели:

1. спасение жизни плода
2. спасение жизни матери
3. спасение жизни матери и плода
4. прерывание беременности

67. Цель экстренного кесарева сечения при COVID-19 на сроке ≥ 24 недель:

1. только спасение жизни матери
2. только спасение жизни плода
3. спасение жизни матери и плода
4. профилактика вертикальной передачи

68. Почему при COVID-19 на сроке < 20 недель экстренное кесарево сечение, как правило, не рекомендовано:

1. плод нежизнеспособен
2. беременная матка ещё не влияет на сердечный выброс

3. слишком высокий риск операции
4. нет показаний

69. При каком состоянии беременной с COVID-19 не рекомендуется немедленное кесарево сечение:
1. прогрессирование дыхательной недостаточности
2. альвеолярный отёк лёгких
3. лёгкая/средняя гипоксия, поддающаяся коррекции
4. рефрактерный инфекционно-токсический шок

70. Согласно методическим рекомендациям по COVID-19, после перенесённой инфекции инвазивные диагностические процедуры следует отложить не менее чем на:
1. 7 дней
2. 14 дней
3. 21 день
4. 28 дней

71. Решение о сроках родоразрешения при COVID-19 у беременной должно приниматься:
1. только акушером-гинекологом
2. только инфекционистом
3. мультидисциплинарной командой (акушер-гинеколог, инфекционист, анестезиолог, реаниматолог)
4. только самой пациенткой

72. Выбор способа родоразрешения при COVID-19 у беременной должен основываться на:
1. собственно диагнозе COVID-19
2. обычных акушерских показаниях
3. вирусной нагрузке
4. сроке беременности

73. Согласно рекомендациям МЗ РФ, оптимальное время вакцинации против гриппа при беременности:
1. только в I триместре
2. во II и III триместрах (в группах высокого риска — с I триместра)

3. только перед родами
4. на протяжении всей беременности

74. Какие вакцины против гриппа могут применяться при беременности:
1. живые аттенуированные
2. инактивированные
3. рекомбинантные живые
4. все типы

75. Согласно рекомендациям, вакцинация против COVID-19 при беременности:
1. рекомендована с 22 недель беременности и в период грудного вскармливания
2. категорически противопоказана
3. только после родов
4. только живыми вакцинами

76. Наиболее частое тяжёлое осложнение со стороны матери при COVID-19:
1. тромбоэмболия
2. гипертония
3. анемия
4. гипотиреоз

77. Показан ли мониторинг коагулограммы при COVID-19 у беременных:
1. да, обязателен
2. нет, не показан
3. только в I триместре
4. только после родов

78. Тактика при гриппе у беременной с температурой 38,5 °C:
1. парацетамол + противовирусная терапия + обильное питьё
2. только аспирин
3. только антибиотики
4. ничего не делать

79. Может ли COVID-19 вызывать преждевременные роды:
1. да, риск повышен

2. нет, не влияет
3. только при кесаревом сечении
4. только в I триместре

80. Что является ключевым в тактике ведения беременности при гриппе и COVID-19:

1. мультидисциплинарный подход с участием акушера-гинеколога, инфекциониста и реаниматолога
2. наблюдение только акушером-гинекологом
3. самолечение
4. отказ от терапии

Основная литература

Печатные издания	Электронные издания
1. Акушерство : учеб. / под ред.: В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1056 с.	1. Айламазян, Э. К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян [и др.]. - 10-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-6698-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. – URL:https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466988.html - Режим доступа : по подписке. 2. Акушерство : учебник / под ред. В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1056 с. - ISBN 978-5-9704-7201-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. – URL:https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970472019.html - Режим доступа : по подписке.

Дополнительная литература

Печатные издания	Электронные издания
1. Схема истории родов (пояснительная записка к ней) : учеб. пособие для студ. 4, 6 курсов леч. и пед. факультетов, ординаторов / В. А. Аксененко, Л. Н. Можейко, Н. А. Жернова, А. А. Лукашевич. – Ставрополь : СтГМУ, 2019. – 152 с. – Ссылка на книгу 2. Экстрагенитальная патология и беременность Часть 1: учеб.пособие для студентов 4,5,6 курсов лечебного и педиатрического факультетов и ординаторов / Аксененко В.А., Можейко Л.Н., Аксененко Д.В., Сорокина Е.Ю. – Ставрополь. Изд-во: СтГМУ, -2026.-,80 с. - Ссылка на книгу 3.Экстрагенитальная патология и беременность Часть 2: учеб.пособие для студентов 5,6 курсов лечебного и педиатрического факультетов и ординаторов / Аксененко В.А., Можейко Л.Н., Аксененко Д.В., Сорокина Е.Ю., Дубовой А.А. – Ставрополь. Изд-во: СтГМУ, -2026.-88 с. - Ссылка на книгу	1. Айламазян, Э. К. Акушерство. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Э. К. Айламазяна, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 608 с. - 608 с. - ISBN 978-5-9704-6104-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461044.html - Режим доступа : по подписке. 2. Радзинский, В. Е. Акушерство. Руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. Радзинского В. Е. , Костина И. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 736 с. - ISBN 978-5-9704-6029-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL:https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460290.html - Режим доступа : по подписке.

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет», необходимых для освоения дисциплины

1. Каталог профессиональных медицинских ресурсов, раздел «Акушерство и гинекология» http://www.medlinks.ru/speciality.php?topic=60
2. Форум общения врачей по разделам акушерства и гинекологии Русского медицинского сервера https://forums.rusmedserv.com/forumdisplay.php?f=2
3. Медицинское обозрение http://medscape.ru представляет для обзора оригинальные журнальные статьи медицинские тематики
4. Каталог профессиональных медицинских ресурсов http://webmed.irkutsk.ru включает ссылки на наиболее авторитетные тематические сайты, журналы, общества, а также полезные документы и программы.
5. Научная электронная база научных медицинский журналов, рецензируемых ВАК http://elibrary.ru
6. База данных медицинских и биологических публикаций http://ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez
7. Клинические рекомендации МЗ РФ «Акушерство и гинекология» (протоколы лечения). https://cr.minzdrav.gov.ru/

Периодические издания

- Научно-практический журнал Акушерство и гинекология https://www.aig-journal.ru/
- Журнал акушерства и женских болезней https://journals.eco-vector.com/jowd
- Научно-практический медицинский рецензируемый журнал Доктор.ру http://www.medicina-journal.ru/ (тематические выпуски «Гинекология»)
- Журналы «Женская консультация» и «Гинекология» https://omnidoctor.ru/library/izdaniya-dlya-vrachey/zhenskaya-konsultatsiya-gazeta/ https://omnidoctor.ru/library/izdaniya-dlya-vrachey/ginekologiya/
- Журнал Акушерство, гинекология и репродукция http://www.gynecology.su/jour/index
- Русский медицинский журнал: https://www.rmj.ru/
- Биомедицинский журнал: http://www.medline.ru/
- Free Medical Journals: http://www.freemedicaljournals.com/
- Consilium Medicum: https://con-med.ru/

Темы рефератов
по дисциплине

1. Беременность и врождённые пороки сердца: тактика ведения и риски материнской смертности.
2. Артериальная гипертензия у беременных: дифференциальная диагностика между хронической АГ и преэклампсией.
3. Беременность после протезирования клапанов сердца: антикоагулянтная терапия и профилактика тромбоэмболий.
4. Эндокринная система и обмен веществ
5. Сахарный диабет 1 типа и беременность: современные подходы к инсулинотерапии и мониторингу гликемии.
6. Гестационный сахарный диабет: критерии диагностики, акушерская тактика и отдалённые последствия для матери и ребёнка.
7. Заболевания щитовидной железы при беременности: гипотиреоз, тиреотоксикоз и йододефицитные состояния.
8. Ожирение и беременность: риски, особенности родоразрешения и анестезиологического пособия.
9. Почки и мочевыделительная система
10. Хроническая болезнь почек и беременность: критерии обратимости, риск преэклампсии и сроки родоразрешения.
11. Инфекции мочевыводящих путей у беременных: бессимптомная бактериурия, гестационный пиелонефрит и профилактика рецидивов.
12. Система крови и гемостаз
13. Анемия беременных: железодефицитная, фолиеводефицитная и гемолитическая — дифференцированный подход к коррекции.
14. Тромбофилии и беременность: наследственные и приобретённые формы, антикоагулянтная профилактика в разные триместры.
15. Дыхательная система и инфекции
16. Бронхиальная астма при беременности: контроль заболевания, обострения и влияние на перинатальные исходы.
17. Беременность при хронических вирусных гепатитах В и С: вертикальная передача, тактика ведения и лечение.
18. Междисциплинарные и организационные аспекты
19. Прегравидарная подготовка женщин с экстрагенитальной патологией: алгоритмы обследования и стабилизации заболевания до зачатия.
20. Мультидисциплинарный подход к ведению беременности при тяжёлой соматической патологии: роль терапевта, кардиолога, нефролога и акушера-гинеколога.

Критерии и шкалы оценки

оценка «отлично» - структура и содержание реферата полностью соответствует требованиям, использовано не менее 10 современных дополнительных литературных источников; проведен полный сравнительный анализ и синтез материала, сделаны собственные выводы и рекомендации;

оценка «хорошо» - структура реферата соответствует установленным требованиям, использовано не менее 7-8 современных дополнительных литературных источников, сравнительный анализ неполный, сделаны собственные выводы;

оценка «удовлетворительно» - нарушение структуры построения реферата, содержание неполное, использовано менее 5 дополнительных литературных источников, отсутствуют самостоятельный анализ и синтез материала, собственные выводы;

оценка «неудовлетворительно» - нарушена структура, содержание не соответствует требованиям, использованы только учебная литература, отсутствуют анализ, синтез материала, выводы.