

Диссертационный совет Д 14.23.665 при Кыргызском государственном медицинском институте переподготовки и повышения квалификации им. С. Б. Даниярова, соучредитель Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева.

Протокол № 3, от 16.06.2023 года, заседания экзаменационной комиссии.

Состав комиссии:

д.м.н., доцент Байгазаков А. Т., 14.01.01 – акушерство и гинекология, член диссертационного совета – эксперт;

д.м.н., профессор Каттаходжаева М. Х., 14.01.01 – акушерство и гинекология, член диссертационного совета – эксперт;

д.м.н., профессор Малгаждарова Б. С., 14.01.01 – акушерство и гинекология, член диссертационного совета – эксперт;

к.м.н., Стакеева Ч. А., 14.01.01 – акушерство и гинекология, ученый секретарь диссертационного совета.

Повестка заседания:

Прием кандидатского экзамена по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология от Торегельдиевой Чолпон Бокотаевны.

Слушали: Торегельдиеву Чолпон Бокотаевну.

Билет № 7

Вопрос: Переношенная беременность. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Ведение переношенной беременности. Индукция родов.

Ответ: Переношенная беременность (ПБ) — это беременность, продолжительность которой более 42 нед. ПБ может закончиться тяжёлым осложнением для матери и плода. В следствии морфологическими изменениями в плаценте развивается плацентарная недостаточность, приводящая гипоксии плода. Частыми осложнениями у ребенка являются синдром дыхательных расстройств, и внутриутробная аспирация околоплодными водами и может привести к интранатальной гибели плода. Этиология до конца не известно, но способствуют нейроэндокринные заболевания, ожирение, пороки развития плода (анэнцеалия). Патогенез определяется изменения в плаценте, которые в последующем отражается на состоянии плода. На поверхности плаценты видны белые инфаркты, кальцинаты, участки жирового перерождения. При нахождении в матке более 42 нед. теряется первородная смазка при этом идет непосредственный контакт с околоплодными водами и идет внутриутробная инфицирование плода;

Клиника – отсутствие клинической готовности зрелости шейки матки, уменьшение ОЖ после 40 нед (уменьшение околоплодных вод). Характерные признаки определяются его хронической гипоксией. Отмечается увеличение

или уменьшение двигательной активности плода. При УЗИ уменьшение толщины плаценты и наличие в ней структурных изменений (кальцинаты, старение плаценты);

Индукция родов — это искусственное начало родов можно проводить Окситоцином или жидким мизопростолом (200мг разводят на 200 мл воды и по 20 мл).

Оценка шейки матки по шкале Бишоп – модифицированный стандарт оценки степени зрелости шейки матки, наиболее часто используемый в клинической практике и основанный на характеристике четырех параметров (открытие, длина влагалищной части, консистенция, положение по отношению к оси таза) и положения головки плода.

Американская школа определяет отношение предлежащей части плода к плоскостям малого таза во время ее продвижения по родовым путям, используя понятие «Уровень малого таза» и выделяет следующие уровни:

- плоскость, проходящая через седалищные ости – уровень 0 (головка плода большим сегментом во входе в малый таз)
- плоскости, расположенные выше уровня 0, обозначают соответственно как уровни -1, -2, -3
- плоскости, расположенные ниже уровня 0, обозначают соответственно как уровни +1, +2, +3. При этом уровень +3 соответствует расположению головки на тазовом дне.

Вопрос: Родовой травматизм матери. Причины. Классификация. Разрывы промежности, влагалища и шейки матки.

Ответ: Родовой травматизм это:

- разрывы вульвы – это разрывы в области малых половых губ, клитора;
- травмы влагалища- обычно сочетаются с разрывом промежности;
- разрыв промежности- различают самопроизвольные и насильственные, возникающее при технических погрешностях при оказании ручного пособия;
- по глубине повреждения делятся на 3 ст.:
 - ст. разрыв кожи промежности и нижней трети влагалища;
 - ст. вышеперечисленное и мышцы тазового дна;
 - ст. более глубокое повреждение с вовлечением сфинктера прямой кишки;
- разрыв шейки матки- чаще происходит по направлению снизу вверх имеет 3 ст:
 - ст. с одной или с двух сторон длиной до 2 см.;
 - ст. протяжённость более 2 см., но до 1 см. до сводов;
 - ст. разрыв доходящей до сводов влагалища или переходящей;
- разрыв матки - нарушение ее целостности во время ее беременности или во время родов.

Классификация:

По времени происхождения:

- разрыв во время беременности;

- разрыв во время родов.

По потогенетическому признаку:

- самопроизвольные (механические);
- насильственные.

По клиническому течению:

- угрожающий разрыв;
- начинавший;
- совершившийся.

о характеру повреждения:

- трещина;
- неполный разрыв;
- полный разрыв.

5. По локализации:

- разрыв на дне;
 - на теле;
 - в нижнем сегменте;
 - отрыв матки от сводов влагалища.
- Выворот матки — это тяжёлая патология заключается в том дно матки начинает образовывать воронку, воронка постепенно выворачивается кабы наизнанку внутренняя поверхность обращена наружу. Происходит при гипотонии. Чрезмерном давлении на матку и резком подтягивании пуповины;
- Послеродовой свищ — относится к тяжёлым родовым травмам мочеполовые, кишечно-влагалищные) наличие их ведет к утрате трудоспособности;
- Расхождение или разрыв лонного сочленения — во время беременности происходит умеренное размягчение лонного сочленений таза. При сильном давлении головки плода на костное кольцо таза может привести к расхождению лонных костей особенно у женщин с узким тазом.

Вопрос: Гиперплазия эндометрия. Классификация. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Лечение гиперпластических процессов эндометрия.

Ответ: Чрезмерное разрастания внутреннего слоя полости матки в основном ее железистого компонента чаще из-за большого количества эстрогенов и дефицита прогестерона причиной может быть дисбаланс гормонов, аборт, выскабливание стенок матки, вмс, эндометрит.

Виды:

1. железистая;
2. кистозная;
3. полиповидная;
4. аденоматозная;
 - типическая;
 - ецидивизирующая.

Клиника: НМЦ виде обильных кровянистых выделений со сгустками или со скудными выделениями из половых путей виде мази.

Лечение зависит от возраста пациентки. ЗГТ, РВА с целью получения аспирата из полости матки для исключения онкологических процессов.

Дополнительные вопросы:

Вопрос: Ведение беременности в первом триместре при появлении кровянистых выделений из половых путей.

Ответ: это зависит от характера выделений, в случаи обильных кровянистых выделений не зависимо от желания женщины показано операция РВА с целью избежания более тяжёлых осложнений угрожаемое жизни беременной. А в случаи незначительных кровянистых выделений из половых путей виде мази рекомендуется прогестерон и психо эмоциональный покой.

Вопрос: HELLP-синдром, этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.

Ответ: HELLP-синдром относится к одному из самых тяжелых вариантов поражения печени и острой печеночной недостаточности, связанной с беременностью: перинатальная смертность достигает 34%, а летальность у женщин до 25%.

Диагноз «HELLP-синдром» выставляется на основании следующих признаков:

1. Hemolysis – свободный гемоглобин в сыворотке и моче вследствие распада эритроцитов; для диагностики гемолиза, помимо визуальной картины сыворотки крови, необходимо наличие обломков эритроцитов – шизоцитов в мазке крови;
2. Elevated Liverenzymes – повышение уровня АсАТ, АлАТ;
3. Low Platelets – тромбоцитопения.

В зависимости от набора признаков выделяют полный HELLP-синдром и парциальные его формы:

- ELLP-синдром – при отсутствии гемолитической анемии;
- HEL-синдром – при отсутствии или незначительной выраженности тромбоцитопении.

ТАКТИКА

Мероприятия Объем помощи

Уровень ОЗ Третичный уровень!!!

При невозможности перевода, пациентка должна вестись совместно с консультантами высокого уровня!

Обследование

1. **ВАЖНО!!!** Массивный внутрисосудистый гемолиз (Hemolysis), определяется по бурому цвету мочи, но встречается только у 10%пациенток!!!
(17)

Поэтому необходимо дополнительное обследование:

2. Патологический мазок крови с наличием фрагментарных эритроцитов (шизоцитов), норма 0 – 0,27%;
3. Уровень ЛДГ > 600 МЕ/л;

4. Уровень непрямого билирубина > 12 г/л;
5. Снижение уровня гаптоглобина
6. А также уровень АлАТ и АсАТ, глюкоза крови, развернутый анализ крови с подсчетом количества тромбоцитов, МНО, АЧТВ, фибриноген, продукты расщепления фибрина, креатинин, суточная потеря белка.

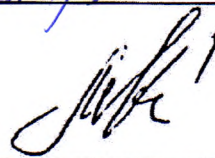
- Лечение
1. Базовая терапия;
 2. Сохранение функции почек;
 3. Сохранение достаточной кислородной способности крови;
 4. Контроль и регулирование жидкостного баланса, предупреждение или лечение отека легких;
 5. Коррекция коагулопатии;
 6. Профилактика внутричерепного кровоизлияния и отека головного мозга.

Постановили: считать, что Торегельдиева Чолпон Бокотаевна сдала кандидатский экзамен по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология с оценкой «отлично».

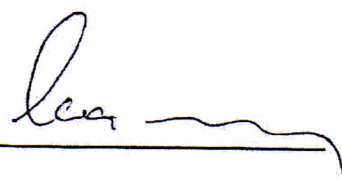
д.м.н., доцент Байгазаков А. Т.,
14.01.01 – акушерство и гинекология,
член диссертационного совета – эксперт



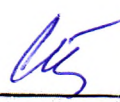
д.м.н., профессор Каттаходжаева М. Х.,
14.01.01 – акушерство и гинекология,
член диссертационного совета – эксперт



д.м.н., профессор Малгаждарова Б. С.,
14.01.01 – акушерство и гинекология,
член диссертационного совета – эксперт



к.м.н. Стакеева Ч. А.,
14.01.01 – акушерство и гинекология,
ученый секретарь диссертационного совета



Дата: 16.04.2023 г.

Подпись Стакеевой Ч. А. заверяю
зав. общим отделом
И. К. АХУНСАЕВ АТЫНДАГЫ КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫ
КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ИМИ И. К. АХУНСАЕВА