

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Ситуация

В приемный покой перинатального центра самотеком обратилась первобеременная 30 лет в сроке беременности 38 недель 5 дней.

Жалобы: На отеки голеней, стоп и кистей рук. На амбулаторном приеме отмечено повышение АД до 145/90 мм рт.ст. По назначению врача ЖК однократно приняла таблетку нифедипина 10 мг, с положительным эффектом. Однако, через 6 часов при самостоятельном измерении АД в домашних условиях отметила уровень АД 140/85 мм рт.ст.

Анамнез заболевания: Вышеотмеченное повышение АД выявлено впервые в жизни. В течение беременности целевые значения АД не превышали 130/85 мм рт.ст.

Анамнез жизни

Соматический анамнез: Детские инфекции: ветряная оспа, краснуха.

Хронические заболевания: отрицает.

Наследственность: у отца – инфаркт миокарда в 62 года.

Гинекологические заболевания: отрицает.

Акушерский анамнез: I беременность – данная, наступила самопроизвольно.

Течение беременности: I триместр – без особенностей, скрининг 1-го триместра – в норме, II триместр: без особенностей. ОГТТ в 26 недель беременности – в норме. Скрининг 2-го триместра- в норме. III триместр: в 38-39 недель – впервые отметила повышение АД до 145/90 мм. рт. ст. на приеме у врача ЖК. После однократного приема нифедипина снижения АД не отмечено. Общая прибавка массы тела за беременность 14 кг.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное.

Рост 168. Вес 96. ИМТ 34.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски.

АД 142/86 мм рт.ст. Ps 80 уд/мин.

Матка при пальпации слегка возбудима, безболезненна. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, выслушано доптоном, 128-140 уд/мин.

Отеки стоп, голеней, кистей рук.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. P.V.: шейка матки отклонена кзади, длиной 1,5 см, умеренно размягчена.

Наружный зев закрыт. Через влагалищные своды определяется головка плода – прижата ко входу в малый таз. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

Общий анализ мочи

Параметр	Значение	Единица измерения	Референсные значения
Цвет	YELLOW	-	-
рН мочи	5.5	-	5-7
Плотность	1.019	-	1,012-1,02
Глюкоза	-	mg/dl	(не обнаружено)
Белок	0.04	g/l	<20
Билирубин	-	mg/dl	(не обнаружено)
Уробилин	NORMAL	mg/dl	NORMAL
Кровь	-	mg/dl	(не обнаружено)
Кетоновые тела	-	mg/dl	(не обнаружено)
Нитриты	-	-	(не обнаружено)
Лейкоциты	-	Leu/uL	(не обнаружено)

Общий анализ крови

Параметр	Результат	Ед.изм	Референсные значения
Лейкоциты/WBC	7.28	10 ⁹ /L	6,45-15,1
Эритроциты/RBC	3.29	10 ¹² /L	3,15-4,28
Гемоглобин/HGB	118	g/L	105-132
Гематокрит/HCT	0.348	L/L	0,286-0,375
Средний объём эритроцита/MCV	76.2	fL	78-100
Среднее содержание гемоглобина в 1 эритроците /MCH	24.0	pg	27-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците /MCHC	31.5	g/dL	31-37
Тромбоциты/PLT	182	10 ⁹ /L	161-341

Биохимический анализ крови

Параметр	Значение	Ед.измерения	Референсные значения	Интерпретация
Общий белок	58.8	г/л	54,9-73,3	[-*-]
Глюкоза(в сыворотке)	5.0	ммоль/л	3,9-5	[--*]
Мочевина	4.8	ммоль/л	1,3-4,8	[--*]
Креатинин	69.8	мкмоль/л	38-84,7	[-*-]
Билирубин общий	5.4	мкмоль/л	3,4-21	[-*-]
Билирубин прямой	4.2	мкмоль/л	0-5,5	[-*-]
АЛТ	25.8	Ед/л	0-40	[-*-]
АСТ	34.5	Ед/л	0-40	[-*-]
Щелочная фосфатаза	83.9	Ед/л	39,4-102,6	[-*-]
Лактатдегидрогеназа(ЛДГ)	400.1	Ед/л	207-414	[-*-]

Маркеры преэклампсии

Параметр	Значение	Реф.значения
SFLT-1/PLGF	13,06	35-80

Суточная протеинурия

Показатель	Значение	Ед.измерения	Реф.значения
Суточная потеря белка	0,261	г/л	< 0,3

ВОПРОСЫ

1. Для дальнейшего дообследования и выбора тактики лечения госпитализация данной пациентки должна быть осуществлена в отделение

- родильное физиологическое
- родильное наблюдательное
- анестезиологии и реанимации
- патологии беременности

2. Среди лабораторных методов обследования данной пациентки для постановки диагноза необходимо получить результат (выберите 4)

- биохимического анализа крови
- гемостазиограммы с определением уровня Д-димера
- маркеров преэклампсии
- общего анализа мочи
- общего анализа крови
- анализа мочи по Нечипоренко

3. Необходимым лабораторным методом исследования для дифференциальной диагностики гипертензивного состояния в данном случае является определение

- суточной протеинурии
- концентрации общих желчных кислот
- коэффициента атерогенности
- липопротеидов низкой плотности

4. После получения данных проведенного обследования данной пациентке можно выставить основной диагноз: Беременность 38 недель 5 дней. Головное предлежание. Отеки беременных

- Хроническая артериальная гипертензия
- Гестационная артериальная гипертензия
- Тяжелая преэклампсия
- Умеренная преэклампсия

5. Для дифференциальной диагностики гипертензивного состояния у данной пациентки необходима консультация врача

- общего хирурга
- офтальмолога
- нейрохирурга
- терапевта

6. Критерием для начала антигипертензивной терапии у данной пациентки является

- результат суточной протеинурии $\geq 0,1$ г/л
- появление головных болей
- наличие отеков беременных
- АД 145/90 мм рт.ст.

7. Данной пациентке врач приемного отделения в качестве препарата для быстрого купирования эпизода артериальной гипертензии назначил Лозартан по 25 мг внутрь. Отменив данные назначения, Вы объясняете коллеге, что в данном случае препаратом выбора является

- нифедипин
- магния сульфат
- метилдопа
- бисопролол

8. После постановки диагноза было принято решение о необходимости базовой антигипертензивной терапии. Препаратом первой линии, в данном случае, является

- метопролол
- нифедипин
- атенолол
- **метилдопа**

9. Наиболее обоснованной тактикой ведения данной пациентки является

- кесарево сечение в экстренном порядке
- пролонгирование беременности
- **преиндукция родов**
- кесарево сечение в срочном порядке

10. При родах через естественные родовые пути для профилактики кровотечения у данной пациентки следует использовать

- мизопростол
- метилэргометрин
- **окситоцин**
- карбетоцин

11. Учитывая высокий риск развития преэклампсии, в случае планирования следующей беременности, необходимо обсудить с пациенткой и рекомендовать ей прием ацетилсалициловой кислоты начиная с ____ недель беременности

- 10
- 25
- 18
- **12**

12. Нередко, у пациенток с гестационной артериальной гипертензией отмечается присоединение протеинурии и развитие преэклампсии. Дополнительным диагностическим инструментом для дифференциальной диагностики гипертензивного расстройства беременности и оценки риска развития преэклампсии у данной пациентки явилось определение

- уровня альфа-фетопротеина
- **маркеров преэклампсии**
- уровня желчных кислот
- пульсационного индекса маточных артерий