

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Ситуация

В приемный покой родильного дома обратилась первобеременная 28 лет в сроке беременности 25 недель.

Жалобы: На отеки стоп, голеней, кистей рук. При самостоятельном измерении АД до 148/98 мм рт.ст. Терапию не получает.

Анамнез заболевания

В течение недели отмечает появление отеков стоп, голеней, эпизоды повышения АД до 148/98 мм рт. ст., антигипертензивную терапию не получает, у терапевта не наблюдается.

Анамнез жизни

Соматический анамнез: Детские инфекции: ветряная оспа, корь. Хронические заболевания: отрицает.

Наследственность: мать – СД 2 типа, ожирение.

Гинекологический анамнез: не отягощен.

Акушерский анамнез: I беременность – данная, наступила самопроизвольно.

Течение настоящей беременности:

I триместр – 8-9 недель- угрожающий выкидыш- стационарное лечение (транексам, утрожестан, но-шпа), скрининг 1-го триместра – низкий риск ХА;

II триместр: без особенностей, скрининг 2-го триместра- низкий риск ХА.

с 23 недель отмечает появление отеков стоп, голеней, повышение АД до 148/98 мм. рт.ст., антигипертензивную терапию не получала.

Общая прибавка массы тела за беременность 10 кг.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное.

Рост 172. Вес 78. ИМТ 26.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски.

АД 145/92 мм рт.ст. Ps 84 уд/мин.

Матка при пальпации возбудима, безболезненна. Предлежит головка плода - прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, выслушано доптоном, 132-147 уд/мин.

Отеки стоп, голеней, кистей рук.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Шейка матки по проводной оси таза, длиной 2,0 см, мягкая. Цервикальный канал проходим для 1-го пальца. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода - над входом 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	5.0	-	5 - 7
Плотность	1.015	-	1,012 - 1,02
Глюкоза	-	mg/dl	(не обнаружено)
Белок	30 (2+)	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	Интерпретация
Лейкоциты / WBC	8.1	10 ⁹ /L	6,45 - 15,1	[-*-]
Эритроциты / RBC	4.1	10 ¹² /L	3,15 - 4,28	[-*-]
Гемоглобин / HGB	112	g/L	105 - 132	[-*-]
Гематокрит / HCT	0.257	L/L	0,286 - 0,375	[*--]
Средний объём эритроцита / MCV	79.7	fL	78 - 100	[-*-]
Среднее содержание гемоглобина в 1 эритроците / MCH	29.0	pg	27 - 34	[-*-]
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците / MCHC	34	g/dL	31 - 37	[-*-]
Тромбоциты / PLT	148	10 ⁹ /L	161 - 341	[*--]

Биохимический анализ крови + АЛТ, АСТ, ЛДГ

Параметр	Значение	Ед. измерения	Референсные значения
Общий белок	55.0	г/л	54,9 - 73,3
Глюкоза (в сыворотке)	4.7	ммоль/л	3,9 - 5
Мочевина	4,0	ммоль/л	1,3 - 4,8
Креатинин	82.8	мкмоль/л	38 - 84,7
Билирубин общий	4.8	мкмоль/л	3,4 - 21
Билирубин прямой	4.0	мкмоль/л	0 - 5,5
АЛТ	32.8	Ед/л	0 - 40
АСТ	30.7	Ед/л	0 - 40
Щелочная фосфатаза	98.5	Ед/л	39,4 - 102,6
Лактатдегидрогеназа (ЛДГ)	400.1	Ед/л	207 - 414

Соотношение SFLT-1/PLGF

Параметр	Значение	Референсные значения
SFLT-1/PLGF	157	35-80

Суточная протеинурия

Параметр	Значение	Единицы измерения	Референсные значения
Суточная потеря белка	2,0	г/л	<0,3

ВОПРОСЫ

1. Для дообследования и решения дальнейшей тактики ведения госпитализация данной пациентки должна быть осуществлена в отделение

родильное наблюдательное

- патологии беременности
- родильное физиологическое
- анестезиологии и реанимации

2. Обязательными лабораторными методами обследования в данном случае являются (выберите 4)

- общий анализ крови
- соотношение SFLT-1/PLGF
- анализ мочи по Нечипоренко
- бактериологический посев мочи
- биохимический анализ крови + АЛТ, АСТ, ЛДГ
- общий анализ мочи

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

- концентрации Д-димера
- общего билирубина
- концентрации С-реактивного белка
- суточной протеинурии

4. Для верификации диагноза и подбора антигипертензивной терапии, в данном случае, обязательным является консультация врача

- кардиохирурга
- ревматолога
- терапевта
- офтальмолога

5. Данной пациентке врач приемного отделения в качестве основного диагноза выставляет диагноз: Беременность 25 недель. Головное предлежание. Хроническая артериальная гипертензия. Отменив данный диагноз, Вы объясняете коллеге, что, учитывая вышеизложенные данные анамнеза и результаты клинко-лабораторного обследования, предполагаемый основной диагноз у данной пациентки

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

6. С целью улучшения перинатальных исходов у данной пациентки необходимо проведение профилактики РДС плода по схеме

- 4 дозы дексаметазона в/м по 4 мг через 8 часов
- 2 дозы дексаметазона в/м по 16 мг с интервалом 12 часов
- 2 дозы бетаметазона в/м по 12 мг с интервалом 24 часов
- 3 дозы бетаметазона в/м по 8 мг с интервалом 8 часов

7. Учитывая выставленный диагноз, пациентке показана плановая терапия артериальной гипертензии. Принято решение о назначении

- атенолола
- нифедипина
- метилдопы
- метопролола

8. Учитывая вышеизложенные данные, наиболее обоснованной тактикой ведения данной пациентки является

- пролонгирование беременности до доношенного срока
- оперативное родоразрешение путем операции кесарева сечения в экстренном порядке
- родоразрешение через естественные родовые пути
- **выжидательная тактика ведения беременности**

9. Для профилактики кровотечения у данной пациентки в послеоперационном периоде следует использовать

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

10. Учитывая данные анамнеза, данной пациентке, для профилактики преэклампсии, в сроке беременности 12+0 недель необходимо было назначить прием

- витаминов группы В в высокой дозировке
- блокаторов Са каналов и витамина Д
- низкомолекулярных гепаринов
- **ацетилсалициловой кислоты**

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

- **12**
- 18
- 8
- 26

12. Наиболее опасным для жизни, ассоциированным с тяжелой преэклампсией и высокой перинатальной смертностью, возможным осложнением преэклампсии у данной пациентки является

- транзиторная ишемическая атака
- тромбоз легочной артерии
- **HELLP-синдром**
- тромбоз вен нижних конечностей