

ГБОУ ВПО «Дагестанская Государственная Медицинская Академия»
Кафедра акушерства и гинекологии ФПК ППС с курсом репродуктивной эндоскопии

Докладчик- первый проректор , зав. каф. акушерства и
гинекологии ФПК ППС ДГМА, проф., д.м.н. Омаров Н.С-М.

ПРЕЭКЛАМПСИЯ

Клинический разбор

T.O.T.E

Test- Operation- Test- Exit

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Беременная Г.

Возраст - 34 года

Поступила - 30.01.16 г 02 : 30 мин.

Жалобы

Изжога, тошнота, головная боль.

Анамнез

Беременность -III, предстоят роды-III.

I- В 2008г- срочные роды живым, доношенным плодом муж. пола с массой тела- 3600гр

II- 2011г.- родоразрешена путем операции кесарева сечения в сроке 35-36 недель; плод муж. пола, живой, с массой тела- 2240гр. Показания к оперативному родоразрешению:

ПОНРП. Преэклампсия.

III-2016г.- данная беременность. Со слов, I триместр осложнился ранним токсикозом. Длительность преэклампсии- 2 недели с тах.подъемами АД до 190/120мм.рт.ст, сопровождающиеся субъективной симптоматикой в виде головной боли, тошноты, изжоги.

С 16.01.16г по 29.01.16г.находилась на стационарном лечении по месту жительства с *Ds: Беременность 30-31 нед. Преэклампсия умеренная. Рубец на матке после к/с.*

Была выписана домой, со слов беременной, в связи с улучшением состояния.

Объективный статус

На момент поступления состояния беременной средней степени тяжести.

Кожные покровы бледно-розовые, пастозные.

Т тела- 36,6°С .

Сог- тоны ясные ,ритмичные.

АД-140/100 мм.рт.ст.

130/100 мм.рт.ст.

Рабочие цифры АД- 110/70 мм.рт.ст., 120/80мм.рт.ст.

Ps- 76уд/мин

Дыхание свободное, через нос.

В легких аускультативно- везикулярное дыхание; ЧДД- 20 в мин

Со стороны других органов и систем- без особенностей.

ПМТ- 17кг

ИМТ-28

Акушерский статус

ОЖ-90см ВДМ-29см.

Размеры таза- 26-29-31-21, индекс Соловьева-14см.

Плод в продольном положении, тазовом предлежании.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное. ЧСС плода в пределах 140-145 уд.в мин.

⌘ Влагалищное исследование:

НПО развиты правильно. Влагалище рожавшей, шейка матки сохранена, кзади. Наружный зев пропускает кончик пальца. Предлежащая часть тазовый конец.

Предварительный диагноз

• Беременность 33-34 недель. ОАА .
Рубец на матке после КС.
Преэклампсия. Тазовое
предлежание плода.

Комментарии и замечания по данному этапу:

- ❧ Предварительный диагноз «Преэклампсия» выставлен некорректно, не соответствует классификации клинического протокола «Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия» от 2015г.
- ❧ Основываясь на жалобах, данных анамнеза и объективного осмотра, целесообразно было выставить диагноз «Тяжелая преэклампсия»

Временной интервал для проведения интенсивной терапии выбран верно. Согласно протоколу, комплексная интенсивная терапия преэклампсии в данной ситуации должна была быть длительностью не более 4 часов с последующей оценкой ее состояния и возможным пересмотром тактики. Любое ухудшение состояния на фоне проводимой терапии является показанием для досрочного родоразрешения.

-

⌘ На данном этапе в отделении был выработан план проведения комплексной интенсивной терапии преэклампсии в течении 4-6 часов. При отсутствии эффекта- экстренное досрочное родоразрешение путем операции кесарево сечения.

✂ Беременная относилась к группе высокого материнского и перинатального риска (факторы риска: преэклампсия тяжелой степени, отслойка плаценты в предыдущей беременности, рубец на матке), но судить о проведенной прегравидарной подготовке, профилактике преэклампсии на догоспитальном этапе невозможно ввиду не информативности документов амбулаторного звена.

Прегравидарная подготовка и профилактика преэклампсии должна, согласно нормативным документам (приказ МЗ РФ №572н от 01.11.12, клинический протокол « Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия.»от 2015г.), должна быть следующей:

- 1.** Комплексное обследование, включая общеклинические и специальные лабораторно-инструментальные методы исследования. Неотъемлемым является исключение наследственных форм тромбофилий, антифосфолипидного синдрома, эндокринных нарушений. При выявлении экстрагенитальной патологии, хронических очагов инфекции необходимо проведение соответствующей терапии.
- 2.** Устранение отрицательных эмоций в быту и на производстве. Сбалансированное рациональное питание.

3. Прогестагены, начиная с 16-го дня цикла вероятного зачатия и при подтверждении беременности до 16-18 недель беременности. Дюфастон в суточной дозе 20мг, перорально.
4. Фолиевая кислота за 3 месяца до предполагаемого зачатия и в случае наступления беременности продолжить прием в I триместре. Суточная профилактическая доза- 400мкг (рекомендации ВОЗ).
5. Профилактика преэклампсии у женщин из группы риска также включает прием ацетилсалициловой кислоты с 12 недель беременности в дозе 75мг/сут; прием препаратов Са- не более 600мг/сут при сбалансированном рациональном питании и сниженном содержании ионов Са в крови.

План обследования

- ОАК cito
- ОАМ cito
- Биохимический анализ- АЛТ, АСТ, ЩФ, Креатинин, Мочевина, Общий белок, ЛДГ, Глюкоза, Холестерин cito
- Электролитный состав крови- Na, Ca, K, Cl
- Коагулограмма cito
- Анализ мочи по Нечипоренко
- Проба Зимницкого
- Кровь на Д-димер, ВА, АТ к β 2-гликолипопротеину, фосфолипидам, фосфатидилхолину, кардиолипиновые АТ
- Анализ мочи на суточную протеинурию
- УЗИ, доплерометрия cito
- КТГ плода cito
- Консультация терапевта, окулиста
- ЭКГ, СМАД

Результаты лабораторно-инструментальных исследований:

Общий анализ крови

30.01.16г.

Показатели	Результат	Референсные значения
Гемоглобин	146г/л	110-140г/л
Гематокрит	44%	32-41%
Цветной показатель	0,9	0,85-1,15
Эритроциты	$4,6 \cdot 10^{12}/л$	$3,6-5,2 \cdot 10^{12}/л$
Тромбоциты	$285 \cdot 10^9/л$	$150-400 \cdot 10^9/л$
Лейкоциты	$8,3 \cdot 10^9/л$	$4,5-10,5 \cdot 10^9/л$
СОЭ	28мм/ч	До 45 мм/ч

Общий анализ мочи

30.01.16г.

Показатели	Результат
Цвет	Светло-желтый
Удельный вес	1000
Белок	1,0 г/л
Лейкоциты	2-3 в поле зрения
Эпителий	4-6 в поле зрения
Эритроциты	единичные

Коагулограмма

30.01.16г.

Показатели	Результат		Референсные значения
Ф "А"	6,1 г/л		2-4 г/л
ПТИ	100%		80-120%
АЧТВ	47сек		30-40сек

Биохимическое исследование крови

Показатели	Результат	Референсные значения
Общий белок	48г/л	65-85г/л
Мочевина	5,8ммоль/л	2,5-8,8 ммоль/л
Креатинин	110мкмоль/л	53-106 мкмоль/л
Глюкоза	3,9ммоль/л	3,5-5,5 ммоль/л
АЛТ	60 Ед/л	<35 Ед/л
АСТ	68 Ед/л	<50 Ед/л
ЩФ	213 Ед/л	30-120 Ед/л

Электролиты крови

Показатели	Результат	Референсные значения
К	4,3ммоль/л	3,6-6,3 ммоль/л
Са	2,1 ммоль/л	2,2-2,75 ммоль/л
Na	134 ммоль/л	130-146 ммоль/л

Лечение, проведенное беременной в стационаре с момента ее поступления:

- 1) ОВД №7
- 2) Постельный режим
- 3) NaCl 0.9%-200.0
+ MgSO₄ 25%-10.0 x 2раза в день в/в капельно
- 4) Sol. NaCl 0.9%-400.0
+Транексамовая кислота 75 мг x 1 раз в сутки в/в капельно
- 5)Дицинон по 2,0 x 2 раза в день в/м.
- 6) Дексон по 2,0 x 2 раза в день в течении 48ч. в/м
- 7)Sol.glucosae 40%-200.0
+Acidi ascorbini 5%-5.0 в/в капельно 2 раза в сутки
- 8) Рибоксин 10,0 x 1 раз в сутки в/в медленно
- 9)Допегит 250 мг x 3 раза в день п/о

Замечания на этапе обследования и лечения:

1. Проведен неполный комплекс необходимых исследований беременной с преэклампсией. В режиме cito не произведены УЗИ плода, доплерометрия.
2. Эффективность режима «bed rest» не доказана . Наиболее предпочтительным является лечебно-охранительный режим с созданием атмосферы полного психо - эмоционального покоя.
3. Магния сульфат. Некорректная дозировка и схема введения препарата. Введение магнезии должно осуществляться в два этапа: болюсное (4-6г сухого вещества) и последующее капельное в дозе 2г/ч с использованием инфузомата (клинические рекомендации « Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия.»от 2015г.)

4. Необоснованно назначение транексамовой кислоты и дицинона. Данные препараты не вводятся с профилактической целью. Применение возможно только при наличии признаков кровотечения.
5. Использование одного гипотензивного препарата, в данном случае, недостаточно. С учетом данных анамнеза (подъемы АД до 190/120 мм рт.ст.) и выставленного диагноза целесообразно назначение комбинации, как минимум, двух гипотензивных средств.
6. Недостаточная коррекция гиповолемии, о которой мы можем судить по ряду отклонений показателей общего анализа крови и коагулограммы.

Согласно нормативным документам лечение должно было быть следующим:

- Стол № 7
- Лечебно-охранительный режим
- Допегит -250мг х 3 раза в сутки п/о под контролем АД
- Нифедипин 40мг х 2 раз в сутки, п/о
- MgSO₄ 25%-20,0 (5г) в течении 15 мин в/в медленно, в последующем
- MgSO₄ 25%-8,0 (2г) в час в/в медленно с использованием инфузомата в течении 24ч
- Бетаметазон- 24мг, в/м (по схеме)
- Раствор Хартмана- 400,0 в/в капельно медленно 2раза в сутки (под контролем суточного диуреза и показателей гемодинамики).
- Гептрал- 400мг 3 раза в сутки п/о

30.01.16г 18ч.00м

Беременная предъявляет жалобы на кровотечение из половых путей.

Объективный статус. Общее состояние- средней степени тяжести.

АД-120/90мм.рт.ст ,120/80 мм.рт.ст ; Ps-76 уд.в мин.

Матка в нормотонусе. Плод в продольном положении, тазовом предлежании. С/б плода ясное, ритмичное, ЧСС 145-148уд.в мин.

На каталке переведена в родильное отделение и осмотрена вагинально в условиях развернутой операционной.

Р.У: ш/м по оси таза, сохранена. Наружный зев пропускает кончик пальца, плодный пузырь цел. Предлежит тазовый конец плода. Выделения из п/п- коричневые, мажущие.

Выставляется клинический диагноз:

Беременность 33-34 нед. ОАА. Рубец на матке после КС.

Преэклампсия. ПОНРП? Дистресс плода? Тазовое предлежание плода.

—
в режиме **cito** произведено УЗИ:

Один плод в продольном положении, тазовом предлежании.

БПР-75мм. Масса плода-1550

Плацента 3 степени зрелости. Между стенкой матки и краем плаценты включение пониженной эхогенности размерами 42х12мм-гематома.

Допплерометрия :

Артерии пуповины ИР-0,78(N 0.54-0.76), с эпизодами 0 кровотока;

СМА-38,4(N)

Заключение: Размеры плода соответствуют 29-32нед. Тазовое предлежание. Краевая отслойка плаценты. Преждевременное созревание плаценты.

Нарушение гемодинамики плода II-III степени.

Учитывая вышеизложенное было предложено **досрочное экстренное родоразрешение путем операции КС по показаниям:**

1. ПОНРП; 2. Дистресс плода.

Согласие на операцию получено.

В связи с отсутствием свободного аппарата ИВЛ, неготовностью неонатально-реанимационной службы, на фоне относительной стабилизации состояния матери решено родоразрешение отложить и придерживаться консервативной тактики с мониторингом состояния плода, контролем АД и выделений из п/п.

Беременная находилась в палате интенсивной терапии родильного отделения.

Назначения:

1. Транексамовая кислота 20,0+

NaCl 0,9%- 200,0 в/в капельно

2. Дицинон 4,0 в/в медленно 2 раза в сутки

3. Аскорбиновая кислота 5%-5,0 в/в

31.01.16г

Беременная наблюдалась в условиях палаты интенсивной терапии.

Состояние на момент осмотра- средней степени тяжести. Гемодинамика оставалась стабильной: АД-120/80 ; 120/70 мм.рт.ст, PS-76уд/мин.

С/б плода ясное, ритмичное до 150уд/мин.

Патологических выделений из п/п нет.

Признаки указывающие на прогрессирование отслойки отсутствовали.

Допплерометрия в динамике- Артерии пуповины ИР 0,74(N 0.54-0.76) с эпизодами 0-кровотока; СМА-38,4(N).

Между стенкой матки и краем плаценты неоднородной, пониженной эхогенности включение размерами 44x15мм-гематома.

1.02.16г. 20ч30мин.

К беременной вызвана дежурная бригада в составе акушер-гинеколога и реаниматолога в связи с жалобами беременной на головную боль, тошноту, боли в эпигастрии.

Общее состояние- средней степени тяжести. Гемодинамика: АД-160/100, 160/100 мм. рт. Ст., PS- 79уд/мин.

С/б плода ясное, ритмичное до 125-130 уд/мин.

Учитывая нестабильную гемодинамику на фоне проводимой терапии, наличие субъективной симптоматики(головная боль, тошнота, боли в эпигастрии) выставлен

клинический диагноз: Беременность 33-34 нед. ОАА.

Рубец на матке после КС. Преэклампсия, резистентная к терапии. ПОНРП. Дистресс плода. Тазовое предлежание плода

Выбрана тактика экстренного досрочного родоразрешения путем операции КС по показаниям:

1.Преэклампсия, резистентная к терапии;

С беременной вновь проведена беседа, согласие на операцию получено.

- Путем операции кесарева сечения в 21:00 родоразрешилась живым недоношенным плодом мужского пола с массой тела- 1486г, рост- 43см, Окружности головы- 30см, окружность груди- 26см
- Новорожденный передан неонатологам-реаниматологам. Оценка по шкале Апгар 5-6 баллов.
По Сильверману оценен в 5-6 баллов.
- Интраоперационно- рубец в нижнем сегменте матки состоятельный. Кровопотеря- 600,0
- Плацента размерами 12X15см с участком краевой отслойки 3X4см. Послед послан на гистологическое исследование.

На момент операции общее состояние средней степени тяжести. Гемодинамика стабилизировалась:

АД 130/90 мм. Рт. ст., 120/80 мм. рт.ст.; Ps-74-76 уд.в мин.

Диурез- адекватный.

Замечания на данном этапе:

1. Появление кровянистых выделений из п/п, подозрение на отслойку плаценты на фоне преэклампсии является показанием к экстренному родоразрешению(минуты). Необоснованно пересмотрена тактика , так как действовать следовало не в интересах плода, а в интересах матери. Пролонгирование беременности при состоянии, угрожающем ее жизни противоречит клиническому протоколу (« Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия.» от 2015г.)
2. Тяжесть состояния беременной недооценена. С момента выставления диагноза «ПОНРП» общее состояние следовало расценить как тяжелое.
- 3.Отсутствует динамика лабораторных исследований крови и мочи, которые позволили бы судить о степени компенсации жизненно важных функций организма. Необходимый объем исследований должен быть выполнен независимо от времени суток в экстренном порядке.
- 4.Необоснованное назначение рибоксина.
- 5.В истории отсутствует заключение гистологии плаценты.

В послеоперационном периоде общее состояние роженицы сохранялось средней степени тяжести. Жалоб не предъявляла.

Гемодинамические показатели стабилизировались:

АД 120/80 - 130/90 мм.рт.ст.

Рс- 74-77 уд. в мин.

Проводилась антибактериальная, магниевая, гипотензивная, инфузионная терапии.

Инволюция матки без особенностей, с соответствии с днями в послеоперационном периоде.

Диурез положительный.

Результаты лабораторно-инструментальных исследований в динамике:

Общий анализ крови

Показатели	2.02.	6.02.	Референсные значения
Гемоглобин	118г/л	120г/л	110-140г/л
Гематокрит	36%	34%	32-41%
Эритроциты	$3,8 * 10^{12}/л$	$3,8 * 10^{12}/л$	$3,6-5,2 * 10^{12}/л$
Лейкоциты	$9,4 * 10^9/л$	$7,8 * 10^9/л$	$4,5-10,5 * 10^9/л$
тромбоциты	$216 * 10^9/л$	$234 * 10^9/л$	$150-400 * 10^9/л$
СОЭ	41 мм/ч	30 мм/ч	До 45мм/ч

Анализ мочи

Показатели	02.02.	06.02	Референсные значения
Удельный вес	1012	1014	1010-1020
Белок	0,94 г/л	0,04 г/л	Отсутствует
Эпителий	1-3 в поле зр.	1-2 в поле зр.	единичные
Лейкоциты	2-3-4 в поле зр.	2-3 в поле зр.	Единичные
Эритроциты	Единичные, свежие	-	Отсутствуют

Коагулограмма

Показатели	02.02.	06.02	Референсные значения
Ф «А»	5,7 г/л	4,2г/л	2-4 г/л
ПТИ	113%	102%	80-120%
АЧТВ	36сек	36сек	30-40сек

Биохимия крови и электролитный состав:

Показатели	02.02	06.02	Референсные значения
Общий белок	56 г/л	61 г/л	65-85г/л
АЛТ	63 Ед/л	36 Ед/л	<50 Ед/л
АСТ	67 Ед/л	31 Ед/л	<35 Ед/л
Креатинин	82мкмоль/л	61мкмоль/л	53-106 мкмоль/л
Мочевина	3,6ммоль/л	3,5 ммоль/л	3,5-5,5 ммоль/л
Na	137ммоль/л	134 ммоль/л	130-146 ммоль/л
К	3,9ммоль/л	3,5ммоль/л	3,6-6,3 ммоль/л
Са	1,9ммоль/л	2,3 ммоль/л	2,2-2,75 ммоль/л

- ⌘ Выписана на 9-е сутки послеоперационного периода в удовлетворительном состоянии без ребенка под наблюдением врача акушер-гинеколога ЖК с рекомендациями.
- ⌘ Новорожденный в течение **3х недель** получал соответствующую терапию в отделении реанимации, в последующем был переведен на второй этап выхаживания в ДРКБ.
- ⌘ Замечаний по ведению послеродового периода нет.