

Методические указания к практическому занятию по теме: «Ранний токсикоз беременных: диагностика, тактика ведения. Гестозы: классификация, понятие «претоксикоз», диагностика, тактика ведения. Неотложная помощь при тяжелых формах гестозов: преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром. Профилактика развития гестозов»

Цель: изучение современных взглядов на патогенез и диагностику раннего токсикоза и гестозов. Усвоить основные принципы лечения и профилактики гестозов, стандартов оказания неотложной помощи при тяжелых формах гестозов.

Задачи: рассмотреть этиологию и патогенез раннего токсикоза и гестозов различной степени тяжести, изучить критерии диагностики гестозов, основные принципы оказания неотложной помощи при тяжелых формах гестозов и рациональной терапии, возможности профилактики гестозов.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, клинический разбор, изучение научной и учебной литературы.

Иметь представление об организации медицинской помощи пациенткам с ранним токсикозом, гестозами легкой, средней и тяжелой степени, преэклампсией, эклампсией, HELLP-синдромом, последовательности работы на амбулаторном и стационарном этапах, основных методах обследования и лечения при гестозах и их применении в соответствии с порядком оказания неотложной помощи.

Ординатор должен знать:

1. современные взгляды на патогенез развития симптомокомплекса гестозов;
2. особенности жалоб и анамнеза при раннем токсикозе, гестозах различной степени тяжести;
3. критерии диагностики гестозов;
4. современные классификации гестозов;
5. клинику гестозов;
6. этиологию и патогенез тяжелых форм гестозов: преэклампсии, эклампсии, HELLP-синдрома;
7. осложнения гестозов;
8. принципы лечения раннего токсикоза и гестозов;
9. стандарты неотложной помощи при тяжелых формах гестозов;
10. методы профилактики гестозов;
11. основные положения международных и национальных клинических рекомендаций по теме занятия

Ординатор должен уметь:

Должен уметь проводить обследование больной при раннем токсикозе и гестозах различной степени тяжести, формулировать план диагностики и лечения гестозов различной степени тяжести, интерпретировать данные основных лабораторных, инструментальных исследований, формулировать и обосновывать развернутый клинический диагноз с учетом принятых классификаций, оказывать неотложную помощь при тяжелых формах гестозов, определять сроки и методы родоразрешения при гестозах.

Ординатор должен владеть:

Должен владеть навыками обследования больной при раннем токсикозе и гестозах различной степени тяжести, формулировать план диагностики и лечения гестозов различной степени тяжести, интерпретировать данные основных

лабораторных, инструментальных исследований, формулировать и обосновывать развернутый клинический диагноз с учетом принятых классификаций, оказывать неотложную помощь при тяжелых формах гестозов, определять сроки и методы родоразрешения при гестозах.

Учебно-тематический план темы:

Клиническое практическое занятие – 2 часа

Самостоятельная работа – 1 час

Всего – 3 часа

Клиническое **практическое занятие** включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятия.
3. Клинический разбор пациенток с ранним токсикозом и гестозами различной степени тяжести
4. Интерпретация лабораторных и инструментальных исследований: клинического анализа крови, биохимического анализа, общего анализа мочи, гемостазиограммы, агрегационной активности тромбоцитов, содержания гомоцистеина, Д-димера, инструментальных исследований (данные УЗИ плода, плаценты, почек, печени, доплерометрии маточного-плацентарного-плодового кровотока).
5. Решение ситуационных задач, представляющих типичные клинические ситуации при раннем токсикозе и гестозах.
6. Разбор историй болезней пациенток с ранним токсикозом и гестозами тяжелой степени, в ведении которых допущены типичные ошибки.
7. Ролевые игры : маршрут пациента от кабинета доврачебного осмотра и далее (врач общей практики, зав.отделением (или врач скорой помощи), врач приемного покоя и т.д.); учебная ЛКК.
8. Отработка практических навыков: обследование пациенток с гестозами, интерпретация данных лабораторных и инструментальных (УЗИ плода, плаценты, почек, печени, КТГ плода, доплерометрии маточного-плацентарного-плодового кровотока) методов исследований.

Перечень вопросов для собеседования

1. Патогенез гестозов различной степени тяжести
2. Дифференциальный диагноз гестозов с гипертонической болезнью, заболеваниями почек, печени, эпилепсией, сахарным диабетом
3. Алгоритм ведения пациента с гестозами различной степени тяжести на амбулаторном, стационарном этапах
4. Основные ошибки амбулаторного этапа

5. Показания к прерыванию беременности или досрочному родоразрешению при гестозах различной степени тяжести

Хронокарта клинического практического занятия по теме: «**Ранний токсикоз беременных: диагностика, тактика ведения. Гестозы: классификация, понятие «претоксикоз», диагностика, тактика ведения. Неотложная помощь при тяжелых формах гестозов: преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром. Профилактика развития гестозов»**

	90 мин
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	4 мин
Тестирование	9 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	18 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и / или ситуационной задачи; отработка практических навыков	45 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	9 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	5 мин

Самостоятельная работа

Формы самостоятельной работы и контроля

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов

Основные темы рефератов:

1. Дифференциальный диагноз гестозов с гипертонической болезнью, заболеваниями почек, печени, эпилепсией, сахарным диабетом
2. Алгоритм ведения пациента с гестозами различной степени тяжести на амбулаторном, стационарном этапах

Основные темы докладов:

1. Основные ошибки амбулаторного этапа
2. Патогенез гестозов
3. HELLP-синдром

Фонд оценочных средств:

Контрольные вопросы

1. Классификации гестозов ПК-5
2. Патогенез гестозов различной степени тяжести ПК-5
3. Методы обследования при гестозах ПК-5
4. Алгоритм ведения пациента с гестозами различной степени тяжести на амбулаторном, стационарном этапах ПК-6
5. Принципы терапии гестозов ПК-5
6. Показания к досрочному родоразрешению при гестозах различной степени тяжести ПК-6
7. Взаимодействие врача общей практики и акушера гинеколога при гестозах ПК-10

Тесты

ПК-5

1. К часто встречающимся формам раннего токсикоза относятся

1. рвота беременных
2. птолизм
3. гипертония беременных
4. дерматозы беременных
5. острая жировая атрофия печени
6. хорея беременных

ПК-6

2. Комплексная терапия раннего токсикоза направлена

1. на нормализацию процессов в ЦНС
2. на коррекцию нарушений водного и электролитного баланса
3. на нормализацию КОС
4. на устранение генерализованного сосудистого спазма
5. на улучшение маточно-плацентарного кровообращения

ПК-6

3. При лечении ранних токсикозов не используют

1. седативные препараты
2. инфузионную терапию
3. диуретики
4. физиотерапию
5. противорвотные средства

ПК-6

4. Показанием для прерывания беременности при рвоте беременных является

1. прогрессирующая потеря массы тела
2. непрекращающаяся рвота
3. нарастание степени ацетонурии
4. появление отеков и гипертензии
5. наличие метаболического ацидоза

ПК-5

5. Ацетонурия является характерным симптомом

1. для преэклампсии
2. для гестационного пиелонефрита
3. для рвоты беременных
4. для гестоза
5. для дерматозов беременных

ПК-5

6. В стационар поступила беременная с жалобами: на тошноту, рвоту до 15 раз в сутки, потерю 8 кг веса, слабость.

ОБЪЕКТИВНО:

пульс - 100 в минуту, ритмичный,
артериальное давление - 95/60 мм рт.ст.,

температура тела - 37.2 С

Срок беременности 8 недель

Ваш диагноз

1. острый гастрит
2. острый холецистит
3. рвота беременных легкой степени
4. рвота беременных средней степени
5. рвота беременных тяжелой степени

ПК-5

7. В женскую консультацию обратилась беременная 20-ти лет с жалобами: на общую слабость, потерю аппетита, тошноту, рвоту до 8 раз в сутки, потерю веса до 3-х кг.

Диагноз: "Беременность 8 недель. Рвота беременных".

Для уточнения степени тяжести раннего токсикоза план обследования должен включать

1. определение степени ацетонурии
2. определение уровня гликемии натощак в венозной крови
3. ежедневный контроль веса
4. определение билирубина в крови и оценка кожных покровов
5. определение суточного диуреза
6. контроль артериального давления

ПК-6

8. С целью коррекции нарушений электролитного баланса в лечении беременных с ранним токсикозом используются

1. гемодез, реополиглюкин, неокомпенсан, реоглюман
2. растворы глюкозы, новокаина, натрия бикарбоната
3. растворы Рингера-Локка, хлосоль, ацесоль, препараты калия
4. полиглюкин, желатиноль, альвезин, ГЭК
5. протеин, альбумин, полифер

ПК-5

9. Тяжесть раннего токсикоза (рвоты беременных) оценивается

1. степенью потери массы тела
2. степенью ацетонурии
3. Субфебрилитетом
4. головной болью

5. абдоминальной болью

ПК-6

10. Особенности медикаментозных воздействий при птолизме (ptyalismus) заключаются в назначении

1. десенсибилизирующих препаратов
2. кортикостероидных препаратов
3. сосудосуживающих препаратов
4. М-холинолитиков: атропина сульфата 0,1 % раствор 0,25-1,0 в/м (п/к) 1-2 раза в день
5. антигистаминных препаратов

ПК-6

11. Медикаментозная терапия зуда беременных может включать

1. десенсибилизирующие препараты (тиосульфат натрия, глюконат кальция)
2. антигистаминные препараты (мебгидролина нападизилат (диазолин), хлоропирамин (супрастин))
3. антибактериальные препараты
4. адсорбирующие препараты (лигнин гидролизный (полифепан), полиметилсилоксана полигидрат (энтеросгель), полисорб МП)
5. наружные препараты - мази, кремы, содержащие глюкокортикоидные гормоны (гидрокортизон, бетаметазон)- с осторожностью (!)

ПК-5

12. Факторами, предрасполагающими к развитию гестоза, являются

1. заболевания почек
2. многоплодная беременность
3. сахарный диабет
4. гипертоническая болезнь
5. вазомоторный ринит беременных

ПК-5

13. Для определения степени тяжести гестоза по шкале Г.М. Савельевой и соавт.(2005 г.) оцениваются в баллах

1. субъективные симптомы
2. протеинурия
3. отеки
4. гестационный срок манифестации гестоза
5. наличие фоновых экстрагенитальных заболеваний

ПК-5

14. Гестозу легкой степени тяжести соответствуют (классификация Ассоциации акушеров-гинекологов РФ, 2005 г.)

1. АД от 150/90 до 170/100 мм рт.ст., протеинурия 1-3 г/л, отеки голеней, передней брюшной стенки, отек сетчатки глаз, декомпенсация плацентарной недостаточности
2. АД до 150/90 мм рт.ст., протеинурия до 1 г/л, отеки голеней, срок манифестации гестоза позднее 35 недель, как правило, отсутствие фоновых экстрагенитальных заболеваний
3. АД выше 170/100 мм рт.ст., протеинурия более 3 г/л, генерализованные отеки, дистрофические изменения сетчатки глаз, манифестация гестоза при сроке 30-35 недель гестации, выраженная задержка роста плода
4. АД до 140/100 мм рт.ст., протеинурия до 1 г/л, патологическая прибавка в весе, глазное дно без изменений, отсутствие плацентарной недостаточности и задержки роста плода

ПК-5

15. Гестозу тяжелой степени соответствуют (классификация Ассоциации акушеров-гинекологов РФ, 2005 г.)

1. АД от 150/ 90 до 170/100 мм рт.ст., протеинурия 1-3 г/л, отеки голеней, передней брюшной стенки, отек сетчатки глаз, срок манифестации гестоза 28-32 недели, наличие фоновых экстрагенитальных заболеваний, компенсированная плацентарная недостаточность
2. АД до 150/90 мм рт.ст., протеинурия до 1 г/л, отеки голеней, неравномерность калибра сосудов сетчатки глазного дна, патологическая прибавка в весе, задержка роста плода
3. АД выше 170/100 мм рт.ст., протеинурия более 3 г/л, генерализованные отеки, отек, кровоизлияния сетчатки глаз, срок манифестации гестоза 28-32 недели, суб- и декомпенсация плацентарной недостаточности, выраженная степень задержки роста плода, наличие фоновых экстрагенитальных заболеваний
4. АД выше 170/100 мм рт.ст., протеинурия более 3 г/л, генерализованные отеки, боли в эпигастральной области, явления гипертензивной энцефалопатии

ПК-5

16. Самой частой причиной материнской смертности при эклампсии является

1. полиорганная недостаточность
2. кровоизлияние в головной мозг
3. анафилактический шок
4. отек легких
5. Инфекция

ПК-5

17. В классическую триаду Цангемейстера входят

1. гипо- и диспротеинемия
2. гиповолемия
3. отеки
4. протеинурия
5. гипертензия

ПК-5

18. При наличии классической триады Цангемейстера диагноз преэклампсии может быть поставлен при выявлении

1. неравномерности калибра сосудов сетчатки глаза
2. АД, превышающего 190/110 мм рт.ст.
3. жалоб на боли в эпигастральной области
4. полиурии
5. отека сетчатки глаз

ПК-5

19. Для диагностики функционального состояния и гипоксии плода у рожениц с гестозом применяются

1. определение активности плацентарных ферментов в крови матери
2. определения эстриола в моче матери
3. перманентное КТГ-мониторирование
4. амниоскопия
5. кольпоцитологические тесты

ПК-6

20. С целью коррекции гипопроteinемии и гиповолемии у беременных с гестозом применяются

1. 5% раствор глюкозы, гемодез, глюкозо-новокаиновая смесь
2. неокомпенсан, реополиглюкин, полифер
3. гемодез, раствор Рингера-Локка, лактасол, переливание консервированной крови
4. полиглюкин, раствор натрия бикарбоната, раствор маннитола
5. 10% раствор альбумина, препараты гидроксипрохлорид крахмала

ПК-6

21. С целью улучшения микроциркуляции у беременных с гестозом используются

1. желатиноль, раствор Рингера-Локка
2. растворы протеина, альбумина, сухой плазмы
3. гемодез, неокомпенсан
4. изотонический раствор натрия хлорида
5. 4% раствор натрия бикарбоната
6. реополиглюкин, трентал, мафузол, комплексная гипотензивная терапия

ПК-6

22. Внутривенное введение сульфата магния при терапии гестоза

- 1 не используется
2. применяется в качестве основного «золотого» патогенетически обоснованного стандарта
3. применяется в дозе 24 мл 25% раствора, струйно
4. применяется внутривенно с использованием инфузомата (дозированный режим) в 200 мл 5% раствора глюкозы или физиологического раствора
5. любой степени проводится в одинаковой дозе без учета массы тела беременной
6. любой степени проводится в дозе, не зависящей от величины АД

ПК-6

23. Объем инфузионной терапии у беременных с тяжелыми формами гестоза при достаточном диурезе не должен превышать

1. 2000 мл в сутки
2. 3000 мл в сутки
3. 500 мл в сутки
4. 800-1000 мл в сутки
5. 2500 мл в сутки

ПРК-10

Правами пациента для Российского законодательства являются:

1. информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
2. допуск в стационар адвоката;
3. допуск в стационар священнослужителя;
4. выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами ОМС и ДМС;
5. все вышеперечисленные.

Из перечисленных специалистов право на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность имеет:

1. врач станции скорой помощи;
2. врач станции переливания крови;
3. врач бальнеолечебницы;

4. врач приемного покоя больницы;
5. судебно-медицинский эксперт

Медицинская помощь оказывается без согласия граждан или их представителей в следующих случаях:

1. несовершеннолетним детям;
2. при несчастных случаях, травмах, отравлениях;
3. лицам, страдающим онкологическими заболеваниями и нарушением обмена веществ;
4. лицам страдающим тяжелыми психическими расстройствами, с заболеваниями представляющими опасность для окружающих;
5. при любом остром заболевании.

Гражданин, имеющий страховой полис ОМС, может получить медицинскую помощь

1. в территориальной поликлинике;
2. в любой поликлинике населенного пункта;
3. в любой поликлинике Российской Федерации;
4. в любой поликлинике субъекта Федерации;
5. в любом медицинском учреждении СНГ.

Ситуационные задачи

ПК-5,ПК-6

Первородящая 29-ти лет поступила в отделение патологии беременности со сроком гестации 36 недель с жалобами: на головную боль,мелькание "мушек" перед глазами, боли в эпигастральной области, умеренные отеки нижних конечностей и кистей рук.

Укажите ДИАГНОЗ и правильную ТАКТИКУ ведения беременной

ПК-5,ПК-6

Задача №1

Повторнородящая 30 лет поступила в отделение патологии беременности по направлению женской консультации после очередного планового осмотра. На учет в женскую консультацию встала 2 недели назад при сроке беременности 32 недели. Из акушерско-гинекологического анамнеза: 1 срочные физиологические роды и 2 искусственных аборта до 12 недель беременности, без осложнений. Из соматических заболеваний: хронический пиелонефрит. Общая прибавка веса за беременность – около 20 кг.

При очередном осмотре: прибавка в весе за 2 недели составила 1,8 кг, отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки, АД – 170/120 мм рт. ст, в анализе мочи – белок 3,3 г/л. При опросе – головную боль, нарушения зрения, боли в эпигастральной области, тошноту и рвоту – отрицает.

1. *Перечислите возможные причины повышения АД при беременности.*

Объективно: общее состояние соответствует средней степени тяжести. Выраженные отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки. Пульс 86 ударов в минуту, ритмичный, напряжен. АД – 170/100 мм рт. ст (D=S). Живот овоидной формы, увеличен в объеме за счет беременной матки, безболезненный при пальпации. Матка в нормотонусе, безболезненная во всех отделах, увеличена соответственно 32 недельному сроку беременности. Окружность живота 94 см, высота стояния дна матки 30 см. Положение плода продольное. Предлежит головка плода – подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода 140-156 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Выделений из половых путей нет.

Дополнительные лабораторные данные:

при проведении экспресс-анализа мочи: протеинурия 3,3 г/л.

2. *Сформулируйте клинический диагноз.*
3. *План дополнительного обследования.*
4. *Принципы ведения беременной.*
5. *Магnezиальная терапия: основные эффекты; схемы применения.*
6. *Показания к досрочному родоразрешению при гестозе.*

ПК-5,ПК-6

Задача № 2

Первобеременная 22 лет доставлена в приемное отделение родильного дома при сроке 36 недель беременности с жалобами на тупую головную боль в теменно-височных областях, неясное зрение (мелькание «мушек» перед глазами), ноющие боли в эпигастральной области, тошноту, однократную рвоту застойной желчью. Перечисленные симптомы появились около 5 часов назад.

1. *Укажите, какие заболевания и осложнения течения беременности могут сопровождаться подобной симптоматикой?*

По данным наблюдения в женской консультации: беременность протекала с патологической прибавкой веса (общая прибавка около 18 кг), лабильностью показателей системной гемодинамики в течение последнего месяца (динамика АД: 120/70 – 140/90 – 150/100 мм рт. ст), а также наличием протеинурии от 0,1 до 1,2 г/л. В течение последних 4 недель отмечались отеки нижних конечностей. Накануне госпитализации: в анализе мочи – белок 3,3 г/л, АД на обеих руках 150/100 мм рт. ст, прибавка веса за 1 неделю составила 1,5 кг. От предложенной госпитализации беременная категорически отказалась. Общесоматические заболевания отрицает.

Объективно: общее состояние соответствует тяжелой степени. Выраженные отеки нижних конечностей, кистей рук, одутловатость лица. Пульс 92 удара в минуту, ритмичный, напряженный. АД – 180/100 мм рт. ст (D=S). Живот овоидной формы, увеличен в объеме за счет беременной матки, безболезненный при пальпации. Матка в нормотонусе, безболезненна во всех отделах, соответствует сроку гестации. Положение плода продольное. Предлежит головка плода – подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 146 ударов в минуту.

Во время предпринятого влагалищного осмотра развился судорожный припадок, после которого наступила кома.

2. *Сформулируйте клинический диагноз.*
3. *Определите тактику ведения беременной.*
4. *Какие допущенные тактические ошибки осмотра беременной в приемном отделении Вы находите?*
5. *Последовательность действий при оказании первичной помощи при припадке эклампсии.*
6. *Стадии эклампсического припадка. С какими состояниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?*

ПК-5,ПК-6

Задача №3

Повторнородящая 35 лет, с наличием бихориальной биамниотической двойни при сроке беременности 34 недели доставлена в акушерский стационар с жалобами на недомогание, выраженный кожный зуд, головную боль в затылочной области, тошноту, однократную рвоту застойной желчью, а также постоянные тянущие боли в правом подреберье в течение последних нескольких дней.

1. С какими заболеваниями, а также осложнениями течения беременности могут быть связаны указанные жалобы беременной?

Беременность протекала с неравномерной и избыточной прибавкой веса, нестабильными показателями системной гемодинамики с тенденцией к артериальной гипертензии. В I триместре настоящей беременности – рвота беременных средней степени тяжести (стационарное лечение). Явления вялотекущего гестоза отмечаются с 26 недельного срока беременности.

В анамнезе – одни срочные физиологические роды и два искусственных аборта до 12 недель беременности без осложнений. Вследствие вторичного бесплодия (смешанного генеза) настоящая беременность наступила в результате выполненного ЭКО и ПЭ. Соматические заболевания – дискинезия желчевыводящих путей, хронический гастродуоденит. В течение последних 3-х лет состоит на диспансерном учете у инфекциониста по поводу хронического вирусного гепатита С, латентное течение, вне обострения.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые иктеричные, суховатые, тургор тканей снижен. На кожных покровах – многочисленные следы линейных расчесов. Отеки нижних и верхних конечностей, одутловатость лица. Пульс 96 ударов в минуту, напряжен. АД 150/100 мм рт. ст. (D=S). Живот овоидной формы, увеличен в объеме за счет беременной матки, в отделах свободных от нее – мягкий, безболезненный при пальпации. Поколачивание по пояснице с 2-х сторон безболезненное. Матка увеличена соответственно 34 недельного срока беременности, в нормальном тоне. Сердцебиение плодов ясное, ритмичное 136-146 ударов в минуту. Выделений из половых путей нет.

2. План дополнительного обследования беременной для уточнения клинического диагноза.

Дополнительные лабораторные данные:

Клинический анализ крови: Hb 86 г/л, Ht 27,5 %, тромбоциты 100×10^9 /л, лейкоциты $9,3 \times 10^9$ /л, полихромазия.

Серологическая диагностика: HCV ab (+). HBs ag (-).

Биохимический анализ крови: общий белок 56 г/л, глюкоза 3,9 ммоль/л, креатинин 0,098 ммоль/л, мочевины 4,3 ммоль/л, общ. билирубин 38,4 мкмоль/л (реакция непрямая), АЛТ 259 ЕД/л, АСТ 238 ЕД/л, щелочная фосфатаза 245 усл/ед (норма 30-117 усл/ед).

Коагулограмма: ПТИ 102 %, МНО 0,84, фибриноген 5,2 г/л, АЧТВ 27,3 с, ПДФ 8,4 мкг/мл, повышение степени и скорости агрегации тромбоцитов, снижение фибринолитической активности.

Общий анализ мочи: удельный вес 1025, рН 5,0, протеинурия 5,5 г/л, гиалиновые цилиндры 3-5 в поле зрения, уробилиноген 20 мкмоль/л.

Беременную госпитализировали в ПИТ. Однако, несмотря на проводимую комплексную интенсивную терапию гестоза к концу первых суток лечения отмечается появление желтухи, нарастание симптомов интоксикации и периферических отеков, появление рвоты с кровью, кровоизлияний в местах инъекций, снижение почасового диуреза, заторможенность пациентки. Отмечается повышение температуры тела – 38,7°C. Показатели АД – стойкая гипертензия до 170/110 мм рт. ст. По результатам лабораторных исследований: нарастание протеинурии до 8,0 г/л, а также снижение уровня тромбоцитов – 50×10^9 /л, повышение активности щелочной фосфатазы – до 380 усл/ед, а также увеличение активности АЛТ и АСТ.

3. Сформулируйте клинический диагноз.

4. Основные причины, патогенез, дифференциальный диагноз данного тяжелого осложнения беременности.

5. Основная тактика, принципы лечения и родоразрешения, возможные осложнения, прогноз при наличии данного осложнения.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

а) основная литература:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Серов В.Н., Схемы лечения. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс] / под ред. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих; ред.-сост. Е. Г. Хилькевич - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - 384 с. (Серия "Схемы лечения".) - ISBN 978-5-4235-0196-9 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785423501969.html>
4. Омаров С.-М. А., Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] / под ред. С.-М. А. Омарова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-3860-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438602.html>

б) дополнительная литература:

1. Айламазян Э.К., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / Айламазян Э. К. и др. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с. - ISBN 978-5-9704-3316-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433164.html>
2. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>

в) Электронные фонды учебно-методической документации

1. ЭБС «Консультант студента» Контракт №509/15 –ДЗ от 03.06.2015 с ООО «Политехресурс»