

Гипертензивные  
расстройства во время  
беременности, в родах и  
послеродовом периоде,  
преэклампсия, эклампсия.

# Частота преэклампсии

- В мире -5%
- В России 3%

В Приморском крае -3%

В структуре причин материнской смертности осложнения преэклампсии находятся на втором месте и составляют **15%**.

- Острое почечное повреждение
- Инсульт
- Отслойка плаценты
- Кровотечение

# Перенесенная женщиной преэклампсия в дальнейшем повышает риск развития

- Сердечно-сосудистых заболеваний – в 5 раз
- Гипотиреоза – в 5 раз
- Метаболического синдрома – в 3 раза
- Сахарного диабета – в 2 раза
- Инсульта и венозного тромбоза в 3 раза
- Хронической болезни почек – в 3 раза
- Терминальной ХПН – в 10 раз

# **ЧТО ТАКОЕ ПРЕЭКЛАМПСИЯ**

- 1. Это синдром полиорганной функциональной недостаточности, который развивается в результате беременности**
- 2. Это не самостоятельное заболевание, а синдром, обусловленный несоответствием возможностей матери обеспечить потребность плода, и все это реализуется через перфузионно-диффузионную недостаточность плаценты.**

# Критерии диагноза преэклампсии

- 1. Срок беременности более 20 нед берем
- 2. Артериальная гипертензия
- 3. Протеинурия (белок в моче более 0,3 г\л в суточной порции мочи)

## КЛАССИФИКАЦИЯ ВОЗ

1. Хроническая АГ (ГБ)- различные ее варианты

2. Вызванная беременностью гипертензия со значительной протеинурии—Презкламписия

умеренная презкламписия  
тяжелая презкламписия ,эклампсия

3.Хроническая А\Г, осложненная презкламписией

4.А\Г обусловленная беременностью (ГАГ)

5.Эклампсия

# Степень тяжести АД

Норма: С\Д- менее 140 мм рт ст

- Д\Д- менее 90 мм рт ст
- Умеренная: С\Д-140-159 мм рт ст
- Д\Д-90-109мм рт ст
- Тяжелая гипертензия:
- С\Д более 160 мм рт ст
- Д\Д более 110мм рт ст

# Умеренная преэклампсия

- АД 140\90-159-109 мм рт ст
- Протеинурия:  
более 0,3г\сутки

# Тяжелая преэклампсия

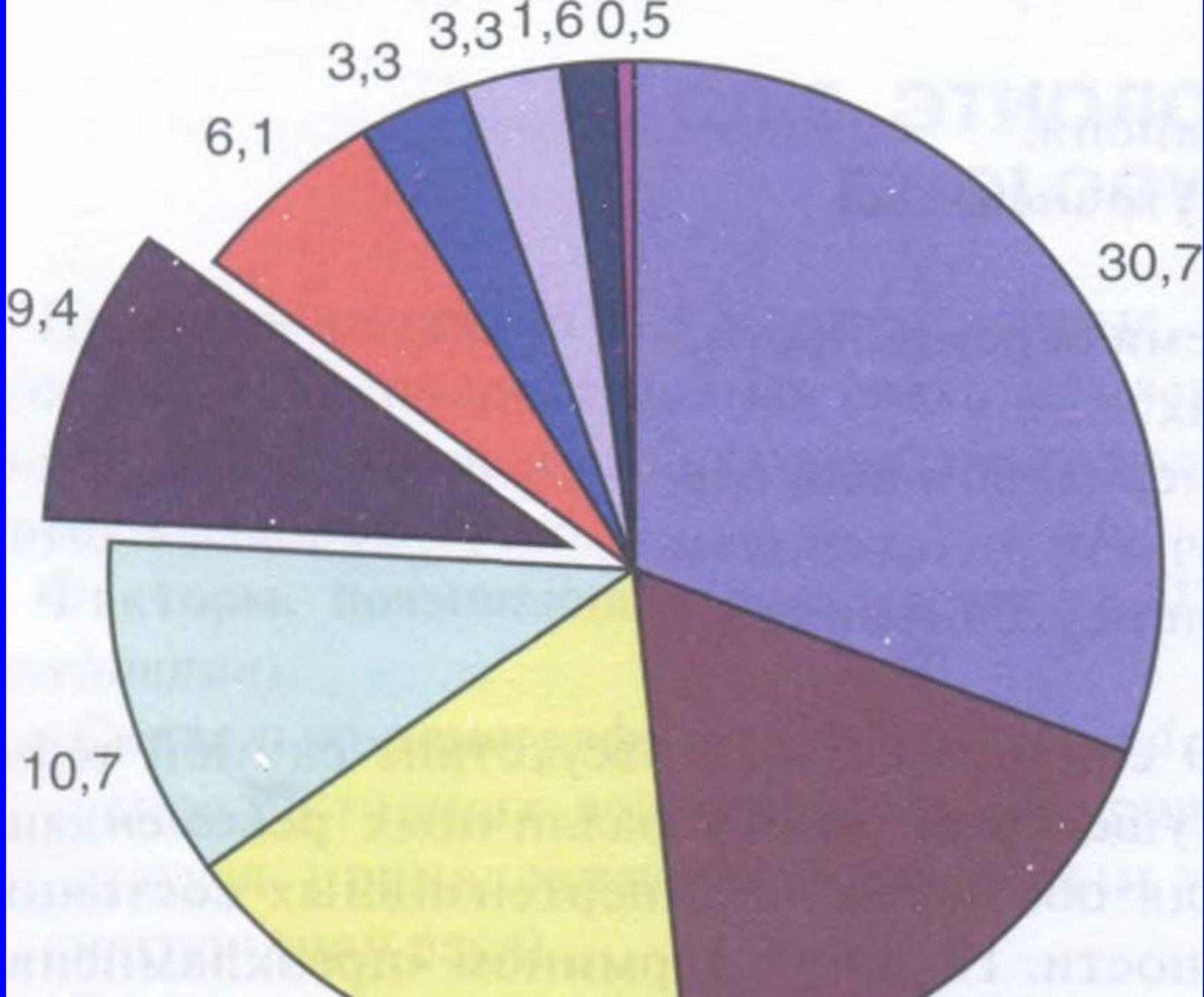
- АД более 160/110 Протеинурия-более 2г\л в сутки
- Креатинин более 90ммоль\л
- Тромбоцитопения менее 100 тыс.
- Повышение АЛТ,АСТ
- Внутрисосудистый гемолиз, осколки эритроцитов (шизоциты)

# **Факторы риска развития преэклампсии**

- Индекс массы тела более 35**
- Преэклампсия в течение предыдущей беременности**
- Интервал времени более 10 лет после предыдущей беременности**
- Возраст более 35 лет**
- Семейный анамнез П\Э**
- Многоплодная беременность**
- Первая беременность, многократная беременность**
- Экстрагенитальная патология**

# Частота ПЭ в структуре осложнений

- Частота преэклампсии в структуре материнской смертности -15%
- Частота перинатальной смертности при преэклампсии -30 ‰
- Частота перинатальной заболеваемости при преэклампсии - 600‰



# Терминология

**США** - преэклампсия

**Великобритания**- гипертензия,  
индуцированная беременностью

**Россия** - гестоз (водянка  
беременных, нефропатия легкой,  
средней и тяжелой степени,  
преэклампсия и эклампсия)

# Известно 4 патогенетических варианта развития ПЭ

*(доклиническая стадия)*

- 1. Нарушение инвазии трофобласта
- 2. Окислительный стресс (освобождение свободных радикалов образующихся при недостатке кислорода)
- 3. Синдром воспалительного ответа и изменение иммунореактивности
- 4. Антиангиогенез

# ПАТОГЕНЕЗ УМЕРЕННОЙ ПЭ (КЛИНИЧЕСКАЯ СТАДИЯ)

1. Нарушение кровотока в  
системе почечных артерий

2. Ишемия коркового слоя почек,  
уменьшение клубочковой фильтрации  
(некротический гломерулонефрит)

3. Развитие почечной недостаточности,  
олигурия, протеинурия, задержка Na

# ПАТОГЕНЕЗ ТЯЖЕЛОЙ ПЭ

Спазм сосудов головного мозга

Отек мозга и его оболочек.

Развитие  
клиники тяжелой ПЭ и эклампсии



# Прогнозирование ПЭ (предикторы ПЭ)

- Расчитан диапазон нормальных значений
- 1. САД (0,95-1.10 МоМ)
- 2. ПИ (0,85-1.27 МоМ)
- 3. PLGF -1,05 (0,67-1,59 МоМ)
- 4. PAPP-A = или  $> 0,65$  МоМ

# Особенности преэклампсии в настоящее время

- Преобладание сочетанных форм (70%)
- Раннее начало заболевания (до 28 недель)
- Раннее начало фетоплацентарной недостаточности

# Ранняя диагностика ПЭ

- Средний гестационный срок начала патологической прибавки массы тела - 22 недели.
- Общая прибавка массы тела за беременность не должна превышать 11 кг.
- Еженедельная прибавка не должна превышать 22 г на каждые 10 см роста или 55 г на каждые 10 кг исходной массы беременной.

# Ранняя диагностика ПЭ

- Никтурия
- Снижение диуреза менее 1000 мл при водной нагрузке в 1500 мл
- Неравномерная прибавка массы тела
- Положительный симптом “кольца”
- Проба на гидрофильность тканей по Мак-Клюру - Олдричу



# Ранняя диагностика ПЭ

## . Артериальная гипертензия

- Средний гестационный срок начала артериальной гипертензии - 22 недели.
- Асимметрия численных значений АД на левой и правой плечевых артериях более 10 мм рт. ст.
- Вычисление среднего динамического АД:

$$\text{АД}_{\text{ср}} = (\text{АД}_{\text{с}} + 2\text{АД}_{\text{д}})/3$$

**В норме среднее АД составляет 80-95**

**мм рт. ст.**

# Ранняя диагностика ПЭ

## Исследование мочи и сыворотки крови

- Транзиторная протеинурия (средний срок начала - 29-30 недель)
- Снижение общего белка сыворотки крови (менее 60 г/л)
- Диспротеинемия (содержание альбуминов менее 30%)

# Ранняя диагностика ПЭ

. Исследование состояния фетоплацентарной системы

Ультразвуковая фетометрия и плацентография  
Допплерометрическое исследование кровотока в  
системе мать-плацента-плод  
Кардиотокография

- Раннее начало фетоплацентарной недостаточности (до 28 недель)
- Неэффективность терапии фетоплацентарной недостаточности

## Симптомы тяжелой ПЭ

1. Первые признаки с 24 недель,
2. Длительное течение (более 3 недель без лечения),
3. Принадлежность к высокой группе риска развития ПЭ,
4. Отеки генерализованные,
5. Протеинурия  $>2\text{г/л}$ , в суточной моче
6. Нарастающее АД : систолическое АД  $>170$  мм рт.ст., диастолическое АД  $>110$  мм рт.ст.

# Симптомы тяжелой ПЭ

7. Плацентарная недостаточность,
8. Гипотрофия плода на 2 недели и более,
9. Снижение диуреза,
10. Увеличение гематокрита более 0,38 в III тр. беременности,
11. Снижение общего белка крови (менее 60 г/л),
12. Снижение гемоглобина и фрагментация эритроцитов (шизоцитоз, сфероцитоз)
13. Тромбоцитопения менее 170 000,
14. Активация синдрома ДВС

# Симптомы тяжелой ПЭ

## 15. Гипокинетический тип

гемодинамики с увеличением общего периферического сопротивления сосудов

## 16. Появление ретроградного кровотока в надлобковых артериях

## 17. Снижение кровотока в сонных артериях и средней мозговой артерии

## 18. Признаки почечной и печеночной недостаточности

# Осложнения ПЭ

- Эклампсия
- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- Отслойка сетчатки, амавроз
- Острое нарушение мозгового кровообращения, инсульт
- Острый жировой гепатоз, HELLP-синдром
- Антенатальная гибель плода
- Острая почечная недостаточность

# Эклампсия

1. Возникает судорожный припадок или серия припадков у женщин с клиникой ПЭ, которые не могут быть другими причинами

2. Основные предвестники эклампсии: головная боль, АГ, судорожная готовность

# Классификация эклампсии

1. Эклампсия во время беременности
2. Эклампсия в родах
3. Эклампсия в п\родовом периоде
  - ранняя (первые 48ч)
  - поздняя ( 28 сут п\родов)
4. Эклампсия неуточненная по срокам

# Клиника эклампсии

Различают 4 этапа

Этап 1-короткий. Мелкие фибриллярные подергивания (20-30 сек)

Этап 2-тонические судорги. Сознания, дыхания, пульса нет (20-30 сек)

Этап 3-клонические судорги Один за другим, сверху вниз Дыхания, сознания.

Пульса нет. Лицо багрово-синее(до 1 мин)

Этап 4- разрешение припадка

# ОСТРАЯ ЖИРОВАЯ ДИСТРОФИЯ ПЕЧЕНИ

Синоним ОЖДПБ – синдром Шихана

Частота -1:13000 родов

## **Основные проявления:**

- 1) Тяжелая печеночно-клеточная недостаточность
- 2) ДВС – синдром
- 3) Поражение почек

# Клинические признаки:

- Два варианта или скудная симптоматика (с желтухой и без нее)
- Или Острое начало и быстрое прогрессирование
- Продолжительность- до 7-8 недель

## 3 стадии:

- 1) Дожелтушная – на 30-34 неделе
- 2) Желтушная через 1-2 недели
- 3) Через 2 недели 3 стадия

# HELLP-СИНДРОМ

- H (hemolysis) – гемолиз
- EL (elevated liver enzymes) –повышение уровня ферментов печени
- LP (low platelet count) – низкое число тромбоцитов

Частота – 15% беременных с артериальной гипертонией. Материнская смертность до 75%

# HELLP- синдром

## проявляться:

- Тотальной преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты
- Массивное коагулопатическое кровотечение
- Быстрое формирование печеночно-почечной недостаточности
- Отек легких
- ОПН – одно из главных осложнений

**В послеродовом периоде** –профузные маточные кровотечения

1. Патологические процессы, приводящие к появлению преэклампсии, начинаются задолго до появления ее клинической симптоматики. 2.

Развернутая клиническая картина этих акушерских осложнений всегда свидетельствует о достаточно глубоком поражении органов .



3. Эффективной терапии преэклампсии не существует, 4. Необходимо прерывание беременности ( в том числе и при таких сроках гестации, когда шансы новорожденного на выживание минимальны.)

**Как лечить таких женщин? Как вести беременность?**

## Вывод

- Таким образом, ПЭ в отличии от АГ приводит к развитию у беременных полиорганной дисфункции и прогрессивному ухудшению их состояния.
- Дегенеративные изменения плаценты у больных с АГ встречаются реже чем у пациенток с ПЭ (30 и 19 % соответственно)
- Преждевременная отслойка и отек плаценты при ПЭ встречаются чаще (21 и 19% соответственно) чем у пациенток с АГ (4 и 19% соответственно)
- Но ЗВУР встречается чаще при гипертонической болезни

# Показания к проведению интенсивной терапии

Тяжелая преэклампсия

Эклампсия

Осложненные формы ПЭ

# Фармакотерапия при беременности ( в чем проблема )

- Тератогенность и фетотоксичность
- Недостаток (отсутствие) клинических исследований лекарственных препаратов у беременных
- Запрет на использование многих лекарственных препаратов

**Остро стоят вопросы профилактики акушерских осложнений!**

# Современные принципы интенсивной терапии

1. Проведение лечения в палате интенсивной терапии совместно с анестезиологом-реаниматологом
2. Создание лечебно-охранительного режима (нормализация функции ЦНС)
3. Восстановление функций жизненно важных органов (ИТТ)
4. Быстрое и бережное родоразрешение

# Нормализация функции ЦНС

Все манипуляции проводят на фоне транквилизаторов и нейролептиков (анальгетиков, реланиум, дроперидол) (промедол,

## **Показания к интубации и ИВЛ:**

Эклампсия

Экламптическая кома

Экламптический статус

Острая дыхательная недостаточность

# Инфузионно-трансфузионная терапия

Цель ИТТ – нормализация:

1. ОЦК,
2. Макро- и микрогемодинамики

**Растворы** 1. Предпочтение отдают  
**сбалансированным кристаллоидам**

**Если возможно, то жидкость энтерально.**

*Примечание* Коллоиды только при  
гиповолемии, кровопотере, шоке

# Быстрая гипотензивная терапия

- 1. нифедепин в таб 5-10мг(сут 15-30мг)
- в\в, инфузионно
- 2.Клонидин в таб 0,075-0,15мг(сут 30мг)
- 3.При резистентной АГ –нитропруссид
- натрия
- *Примечание* Нифедепин и сер. магний могут применяться одновременно

# Плановая гипотензивная терапия

1. Агонисты центральных  $\alpha$ -2 рецепторов (допегит) таб 250мг (сут500мг)
2. Блокаторы кальциевых каналов:  
производные дигидропиридина (нифедипин)  
30\40\60\мг Суточная-в\в 120мг
3. Метопролол таб-25\50\100\200мг

# Профилактика и лечение судорог

- Препаратом выбора - **сернокислый магний** (при тяжелой п\э)
- **Вводится** 1)до родов 2)на фоне родов и 3)не менее 24 ч после родоразрешения

**Вводится только внутривенно-медленно**

# Действие сульфата магния 25%

1. Седативное (умеренное)
2. Диуретическое (слабое)
3. Гипотензивное (слабое)
4. *Противосудорожное (выраженное)*
5. Токолитическое (умеренное)
6. Угнетает дыхательный центр  
(в больших дозах)

# **Магнезиальная терапия** **(при тяжелых формах преэклампсии)**

**Суточная доза  
не менее 15 г сухого вещества**

**Внутривенное болюсное введение сульфата магния (4- г сухого вещества (16 мл 25% раствора) в/в в течение 5—10 мин), далее поддерживающая доза сульфата магния— 1- г/ч в/в (предпочтительнее инфузоматом) или в/в капельно.**

**Магнезиальная терапия проводится  
внутривенно!**

# Препараты не вводить (до родоразрешения)

- нейролептики
- свежзамороженная плазма, альбумин
- синтетические коллоиды
- экстракорпоральные методы
- дезагреганты
- ГЛЮКОЗО-НОВОКАИНОВАЯ СМЕСЬ
- диуретики(фуросемид, маннитол)
- наркотические анальгетики

# Особенности лечения ПЭ до родоразрешения

1. Родоразрешение в стационаре 3 группы
2. Абсолютное противопоказание к транспортировке - кровотечение
3. При кровотечении - родоразрешение в теч. 30 мин

# Экстренное родоразрешение

1. Кровотечение(подозрение на отслойку плаценты)
2. Острая гипоксия плода после 28 нед беременности

# Родоразрешение срочное

1. ЗВУР 3-4 ст
2. Маловодие
3. Тромбоциты менее 100 т
4. Ухудшение функции печени, почек
5. Головная боль, зрительные нарушения
6. Тошнота , рвота
7. Эклампсия,
8. А\Г неуправляемая

# Методы родоразрешения

1. Кесарево сечение

2. Роды через естественные родовые пути:

Акушерские щипцы

Экстракция плода за тазовый конец

Плодоразрушающие операции

# Роды через естественные родовые пути

Возможны только при:

1. Нет экстренных показаний
2. Зрелая шейка матки
3. Компенсированное состояние плода
4. Адекватное анестезиологическое пособие (метод эпидуральной, спинномозговой анестезии)

# После родоразрешения

- Инфузия магния в течение не менее 24 часов
- АД не выше 140\90мм рт ст
- Обязательно тромбопрофилактика
- БЫТЬ ГОТОВЫМ К Д-КЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОСЛОЖНЕНИЙ

# Концепция профилактики преэклампсии

- Назначение антикоагулянтов и антиагрегантов с момента наступления беременности и до ее завершения
- Назначение гестагенов за 2-3 месяца до зачатия и до 18-19 недель беременности
- Строгий контроль АД, гипотензивная терапия
- Выявление и лечение гестационного диабета

# Профилактические мероприятия у беременных группы высокого риска развития ПЭ

- Аспирин малые дозы -75 -162 мг
- До 1 г вит Д
- Дипиридамола в непрерывном режиме 150мг\сут
- Диета: сбалансированный рацион (калорийность не более 3000 кКал/сутки)
- Прием поливитаминов
- Нормализация состояния ЦНС и сосудистого тонуса (фитосборы, Ново-пассит)
- Лечение экстрагенитальной патологии, решение вопроса о возможности сохранения беременности

# Алгоритм при развитии П/эклампсии

**Быть готовым к профилактике и лечению:**

- 1. Отслойки плаценты (10%)
- 2. ДВС синдром (8%)
- 3. Отек легких (5%)
- 4. Острая почечная недостаточность (10%)
- 5. HELP синдром (15%)
- 6. Гематома печени (1%)

# Объем помощи бригадой

## СМП

- 1. Оценить тяжесть ИЭ, венозный доступ
- 3. Ввести магния сульфат 25% 16мл в\в
- 4. При А/Д выше 140\90-гипотензив. терапия ( метилдопа, нифедипин)
- 5. При судоргах обеспечить проходимость дыхательных путей
- 6. При отсутствии сознания- ИВЛ
- 7. Бригада СМП оповещает стационар

# В приемном отделении

- 1. Оценивается тяжесть ПЭ
- 2. Вызывается анестезиолог и оказывает помощь при:
  - 1) Развитии судорог, нет сознания
  - 2) Высокое А/Д
  - 3) Нарушение дыхания, при рвоте
  - 4) При кровотечении
  - 5) Переводят в ОРИТ
- *Примечание* Дальше ведут совместно анестезиолог и акушер

# Принципы ведения

1. Оценить состояние – мониторинг
2. Обследование
3. Контроль А/Д-гипотензивные
4. Профилактика судорог-магний
5. Профилактика РДС плода-  
кортикостероиды
6. Контроль водного баланса
7. Решить вопрос родоразрешения
8. Профилактика отдаленных осложнений

# Мониторинг

## Со стороны матери:

- А/Д каждые 15 мин
- Глазное дно
- Рефлексы
- Анализ мочи на белок
- Контроль диуреза

## Со стороны плода:

- КТГ ( непрерывно)
- УЗИ ( фетометрия и доплер)

# Мониторинг (продолжение)

## Обследование

- Ан крови, электролиты, биохимия
- Гемостазиограмма, РН фактор, Гр крови.
- Моча: общий белок, креатинин, альбумин\креатинин

**Контр. А/Д. Контроль водного баланса**

*Примечание* Возможно кровоизлияние в мозг, отек легкого

# Режимы инфузии

1. Инфузия только кристаллоиды
  2. Синтетические коллоиды (ГЭК, желатина) только при абсолютных показаниях: гиповолемия, шок, кровопотеря
  3. Альбумин только при гипоальбуминемии
  4. Темп инфузии 45 мл\час, контроль диуреза
- Ограничение введения жидкости и после родов
5. Диуретики только при отеке легких
  6. Как можно раньше энтеральное питание
- Примечание* Глюкозу не вводить из за плода

# Профилактика РДС плода

1. При сроке менее 34 нед.
2. Иногда решает консилиум.

## Схема

Две дозы бетаметазона по 12 мг  
с интервалом в 24 часа

*Примечание* Можно применять и  
Дексамкетазон в том же режиме.

# Профилактика и лечение судорог

## 1.Магний- препарат выбора

(головная боль, зрительные р-ства, возбудим., гиперрефлексия, мышечные сокращения)

2. Применяется до, в родах и после родов.

3. Бензодиазепины и фенитоин не применять (только при неэффективности магния)

## 4. Вводить только в\в через помпу и т д

1) Нагрузочная доза-4-г сух.в-ва(16мл 25%р-ра)  
в течение 10-15 мин

2) Поддерживающая доза 1г сух в-ва в час.

# Мониторинг введения магния

- Диурез каждый час
- Частота дыхания
- Коленные рефлексы каждые 10 мин
- Определение сывороточного уровня магния-норм уровень 2-ммоль\л
- Если появляются осложнения  
-прекратить введение

**Антидот-10% кальция глюконат 10мл\в**

# Алгоритм при развития эклампсии

- Лечение или начинают на месте или в ОРИТ (Положение лежа, ровная поверхность, на левом боку)
- Освобождают дыхательные пути, воздуховод,
- Ингаляция кислорода через маску или ИВЛ
- Катетеризация периф. вен, В\в введения магния. Болюс 4 г за 5 мин в\в

# Алгоритм (продолжение)

- 1. При высоком диаст А\Д-антигипер. терапия
- 2. Катетер в мочевой пузырь, Анализы.

Манипуляции под анестезией (**кетамин нельзя**)

## **После судорог:**

Коррекция метаб. изменений, КОС, электрол. баланса

Проводится постоянный мониторинг

Аускультация легких (возможна аспирация)

**После стабилизации- родоразрешение**

**При судорогах лечить всегда как эклампсию**

*Примечание* ИВЛ-условие проведения мероприятий

# Показания к ИВЛ

- Абсолютные
- Эклампсическая кома или статус
- Кровоизлияние в головной мозг
- ОРДС взрослых
- Сочетание ПЭ\Э с шоком любой этиологии
- Нестабильная гемодинамика
- Полиорганная недостаточность

# Родоразрешение

- Эклампсия-абсолютное показание к КС
- (обязательно после стабилизации состояния)
- КС –не единственный метод , но при сроке менее 32 нед- КС
- После 34 нед-вагинальные роды( под эпидуральной анестезией)
- Ускорить роды -то вакуум, щипцы
- В 3 периоде родов- 5мл окситоцина
- Адекватная тромбопрофилактика
- Командный подход к лечению и родоразреш.

# Родоразрешение (продолжение)

- Вагинальные роды возможны даже при тяжелой ПЭ (если нет абсолютных показаний)
- **При вагинальных родах неудач больше!**
- Доношенная беременность - при тяжелой и умеренной ПЭ – индукция родов (если нет противопоказаний)

# Алгоритм ведения родов

При поступлении в родовой блок:

- Вызвать акушера ,анестезиолога, неонатолога
- Вести карту интенсивного наблюдения
- Обеспечить в\в доступ
- Контроль АД (при тяжелой ПЭ постоянно)
- Адекватное обезболивание

# Обезболивание родов и КС

- При тяжелой ПЭ-предродовая подготовка 6 час.
- (если нет экстренных показаний к КС)
- Региональное обезболивание лучше если нет коагулопатии (тромбоцит. больше 75тыс)

ИВЛ при противопоказаниях к региональн.

Дифференциальная диагностика холестатического гепатоза беременных

	ХГБ	Острый жировой гепатоз беременных	HELLP-синдром*	Вирусный гепатит
Патогенез	Застой жёлчи	Истощение дезинтоксикационной способности гепатоцитов Иммунодефицит Нарушение липотрофической функции печени	Гемолиз Повышение активности печёночных ферментов Малое количество тромбоцитов	Вирусное поражение ретикулогистiocитарной системы и паренхимы печени
Клинические проявления	Кожный зуд Экскориации кожных покровов Слабая желтуха	Слабость Тошнота Изжога Рвота Желтуха Боли в животе	Слабость Петехиальная сыпь Желтуха Микроангиопатия	Слабость Тошнота Рвота Желтуха Катаральные явления Артралгии
<b>Желтуха -</b>				
Лабораторные данные:				
Билирубин	Повышается незначительно	Повышается	Повышается	Высокий
АЛТ, АСТ	Повышены	Высокие	Повышаются	Высокие
Белок крови	Нормальный	Низкий	Низкий	Низкий
Диспротеинемия	Нет	Диспротеинемия	Диспротеинемия	Диспротеинемия
Холестерин	Повышен	Понижен	Нормальный	Повышен
ЩФ	Повышена	Повышена	Нормальная	Повышена
ДВС	Нет	ДВС	ДВС	ДВС
Течение беременности и родов	Благоприятное Преждевременные роды ЗРП Хроническая ПН	Неблагоприятное Срочное прерывание беременности Аntenатальная гибель плода	Неблагоприятное Срочное прерывание беременности	Неблагоприятное Аntenатальная гибель плода

\*Н — гемолиз (*haemolyse*), EL — повышенное содержание печёночных ферментов (*elevated liver enzymes*), LP — низкое количество тромбоцитов (*low platelet count*).

• **1. Для чрезмерной рвоты беременных характерно:**

- А. рвота до 20 раз в сутки;
- В. прогрессирующая потеря массы тела;
- С. выраженные симптомы интоксикации;
- D. птоализм;
- Е. все перечисленное выше;
- F. пункты А, В, С.

• **2. Отсутствие эффекта от проводимой терапии гестоза проявляется:**

- А. снижением диуреза;
- В. стойкой артериальной гипертензией;
- С. прогрессирующей протеинурией;
- D. нарушениями центральной и мозговой гемодинамики;
- Е. все перечисленное выше.

• **3. Тяжелыми осложнениями гестоза являются:**

- А. преждевременная отслойка плаценты;
- В. антенатальная гибель плода;
- С. кровоизлияния в головной мозг;
- D. почечная недостаточность;
- Е. все перечисленное выше.

• **4. Вопрос об акушерской тактике при интенсивной терапии тяжелых форм гестоза решают:**

- А. в течение нескольких часов;
- В. в течение 1 сут;
- С. в течение 3 сут;
- D. в течение 7 сут;
- Е. все ответы неверны.

- **5. Наиболее грозным симптомом гестоза является:**

- 1) альбуминурия 1 г/л
- 2) значительная прибавка в весе
- 3) боли в эпигастральной области
- 4) заторможенность
- 5) повышенная возбудимость
- 

- **6. Наиболее характерным для преэклампсии признаком является:**

- 1) отеки голеней
- 2) альбуминурия
- 3) жалобы на головную боль, нарушения зрения
- 4) развитие во второй половине беременности
- 

- **7. Классификация гестоза включает:**

- 1) нефропатию
- 2) преэклампсию
- 3) эклампсию
- 4) водянку беременных
- 5) все вышеперечисленное

- **8. Признаками эклампсии являются:**

- 1) гипертензия
- 2) альбуминурия и отеки
- 3) диарея
- 4) судороги и кома

- **9. Осложнением эклампсии нельзя считать:**

- 1) неврологические осложнения
- 2) гибель плода
- 3) отек легких
- 4) маточно-плацентарную апоплексию

- **10. Критерием тяжести гестоза не является:**

- 1) длительность заболевания
- 2) наличие сопутствующих соматических заболеваний
- 3) количество околоплодных вод
- 4) неэффективность проводимой терапии
- 5) синдром задержки роста плода

- **11. Показанием к экстренному родоразрешению при тяжелых формах гестоза является:**

- 1) длительное течение и неэффективность терапии
- 2) олигурия
- 3) синдром задержки роста плода
- 4) полиурия
- 5) головная боль

- **12. Критерием тяжести гестоза не является:**

- 1) длительность заболевания
- 2) наличие сопутствующих соматических заболеваний
- 3) количество околоплодных вод
- 4) неэффективность проводимой терапии
- 5) синдром задержки роста плода

- **13. Факторами, предрасполагающими к гестозу, являются:**

- 1) заболевания почек
- 2) многоплодная беременность
- 4) эндокринная патология
- 4) гипертоническая болезнь
- 5) все выше перечисленные

- **14. Дифференциальный диагноз при эклампсии проводится:**

- 1) с эпилепсией
- 2) с истерией
- 3) с гипертоническим кризом
- 4) с менингитом
- 5) со всем вышеперечисленным

- Ответы

- 1-F

- 2-E

- 3-E

- 4-A

- 5-4

- 6-3

- 7-5

- 8-4

- 9-4

- 10-3

- 11-5

- 12-3

- 13-5

- 14-1



Благодарю за внимание!