

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ С ЭКЛАМПСИЕЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

Ш.Б. АРЕНОВА, А.Б. ТУСУПКАЛИЕВ, А.Н. ГАЙДАЙ, Л.К. АЯЗБАЕВА,
З.Ж. ИМАНГАЛИЕВА, Г.С. РАХМЕТУЛЛИНА

Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе, Казахстан

Аренова Ш.Б. – <https://orcid.org/0000-0002-4886-2713>; SPIN-код: 5133-8014
Тусупкалиев А.Б. – <https://orcid.org/0000-0002-2956-7524>; SPIN-код: 5405-1563
Гайдай А.Н. – <https://orcid.org/0000-0001-7629-8737>; SPIN-код: 6236-4289
Аязбаева Л.К. – <https://orcid.org/0000-0001-7002-9077>; SPIN-код: 6214-4565
Имангалиева З.Ж. – <https://orcid.org/0000-0003-2885-4035>; SPIN-код: 3824-2431
Рахметуллина Г.С. – <https://orcid.org/0000-0001-8286-9807>; SPIN-код: 5832-7818

Citation/

библиографиялық сілтеме/
библиографическая ссылка:

Arenova ShB, Tussupkaliyev AB, Gaiday AN, Ayazbayeva LK, Imangalieva ZZ, Rakhmetullina GS. Clinical case of successful delivery of a pregnant woman with eclampsia in the practice of an obstetrician-gynaecologist. West Kazakhstan Medical Journal. 2021;63(3):152-157. doi: 10.24412/2707-6180-2021-63-152-157

Аренова ШБ, Тусупкалиев АБ, Гайдай АН, Аязбаева ЛК, Имангалиева ЗЖ, Рахметуллина ГС. Акушер гинеколог дәрігері тәжірибесінде эклампсия бар жүкті әйелдің сәтті босанудағы клиникалық жағдайы. West Kazakhstan Medical Journal. 2021;63(3):152-157. doi: 10.24412/2707-6180-2021-63-152-157

Аренова ШБ, Тусупкалиев АБ, Гайдай АН, Аязбаева ЛК, Имангалиева ЗЖ, Рахметуллина ГС. Клинический случай успешного родоразрешения беременной с эклампсией в практике акушера-гинеколога. West Kazakhstan Medical Journal. 2021;63(3):152-157. doi: 10.24412/2707-6180-2021-63-152-157

Clinical case of successful delivery of a pregnant woman with eclampsia in the practice of an obstetrician-gynaecologist

Sh.B. Arenova, A.B. Tussupkaliyev, A.N. Gaiday, L.K. Ayazbayeva, Z.Zh. Imangalieva, G.S. Rakhmetullina

West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University, Aktobe, Kazakhstan

This article is devoted to the actual problem of modern obstetrics. Eclampsia is the most severe, critical form of preeclampsia, occurring with convulsive syndrome, loss of consciousness, the development of post-eclamptic coma.

The article presents a clinical case of eclampsia. The woman in labor - N., 27 years old was delivered by ambulance in a comatose state. She received treatment in the intensive care unit. After the injection of magnesium sulfate, there was a positive effect in the form of restoration of consciousness. On the 2nd day, a consultation was created. Taking into account the data of laboratory indicators, stabilization of the woman's condition, an amniotomy was performed, followed by labor induction with oxytocin. During the observation a violation of the fetus was noted against the background of induction by cardiotocography of the fetus. In connection with which conservative treatment was started. Taking into account the violation of the fetus, not amenable to treatment and the lack of the possibility of a quick conservative delivery, labor ended with an emergency cesarean section. A live, full-term male child was born, weighing 2550.0 grams, 50 centimeters long, with an Apgar score of 6/7 points. On the 12th day after childbirth, the woman was discharged home in satisfactory condition with her baby. Recommendations were given.

We deliberately decided not to dwell on the analysis of clinical tests performed on our patient. This case, in our opinion, deserves attention from the position of determining PLGF in blood and urine in the 1st trimester of pregnancy, the result: PLGF in blood -34,4 PG./ ml., PLGF in urine -16,2 PG./ ml. Also, the development of eclampsia was rapid.

It should be noted that research is currently underway based on the determination of PLGF in blood and urine to predict preeclampsia and eclampsia in the early stages. We hope that this method will be used in the future not only to assess already developed complications, but also to predict severe complications of early pregnancy in high-risk patients.

Keywords: preeclampsia, eclampsia, placental growth factor, clinical case, childbirth

Акушер гинеколог дәрігері тәжірибесінде эклампсия бар жүкті әйелдің сәтті босанудағы клиникалық жағдайы

Ш.Б. Аренова, А.Б. Тусупкалиев, А.Н. Гайдай, Л.К. Аязбаева, З.Ж.

Имангалиева, Г.С. Рахметуллина

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Бұл мақала қазіргі акушерияның өзекті мәселесіне арналған. Эклампсия - тырыспалы синдроммен, есінен айырылумен, постэклампсиялық команың



Ш.Б. Аренова.
e-mail: sholpan.arenova.87@mail.ru

Received/
Келіп түсті/
Поступила:
14.01.2021

Accepted/
Басылымға қабылданды/
Принята к публикации:
24.09.2021

ISSN 2707-6180 (Print)
© 2021 The Authors
Published by West Kazakhstan Marat Ospanov
Medical University

дамуымен өтетін преэклампсияның ең ауыр түрі.

Мақалада эклампсияның клиникалық жағдайы көрсетілген. Босанушы Н., 27 жаста, коматоздық жағдайда жедел жәрдем бригадасымен жеткізілді. Қарқынды емдеу және реанимация бөлімінде емін қабылдады. Күкіртқышқылды магнезияны енгізгеннен кейін сананың қалпына келуі түрінде оң нәтиже алынды. 2-ші тәулікте консилиум құрылды, зертханалық көрсеткіштердің деректерін, әйелдің жағдайының тұрақтылығын ескере отырып, амниотомия, әрі қарай окситоцинмен босануды қоздыру жүргізілді. Индукция фонында бақылау кезінде ұрықтың кардиотокографиясы бойынша ұрық жағдайының нашарлауы анықталды, консервативті емдеу басталды. Ұрық жағдайының нашарлауын, емге көмбеуін, жедел консервативті босандыру үшін мүмкіндіктің болмауын ескере отырып, босану шұғыл түрде кесар тілігі операциясы арқылы аяқталды. Апгар шкаласы бойынша 6/7 ұпай, салмағы – 2550,0 грамм, бойы – 50 сантиметр ер жынысты жетілген нәресте туылды. Босанғаннан кейін 12-ші тәулікте әйел қанағаттанарлық жағдайда баласымен ұсыныстарымен үйіне шығарылды.

Біз емделушіде орындалған клиникалық зерттеулерді талдауға әдейі көңіл бөлмеуді шештік. Осы жағдай, біздің пікірімізше, жүктіліктің 1 триместрінде қан мен зәрде PLGF анықтау жағдайына назар аударуға тұрарлық, нәтижесі: қандағы PLGF -34,4 пг./мл., несептегі PLGF -16,2 пг./мл. Және де эклампсия дамуы қарқынды сипатта болды.

Қазіргі уақытта преэклампсия мен эклампсияны ерте мерзімде болжау үшін қан мен несепте PLGF анықтауға негізделген ғылыми зерттеулер жүргізілуде. Бұл әдіс болашақта дамыған асқынуларды бағалау үшін ғана емес, сонымен қатар жоғары қауіп тобындағы емделушілерде ерте мерзімде жүктіліктің ауыр асқынуын болжау үшін де қолданылады деп үміттенеміз.

Негізгі сөздер: преэклампсия, эклампсия, плацентарлық өсу факторы, клиникалық жағдай, босану

Клинический случай успешного родоразрешения беременной с эклампсией в практике акушера-гинеколога

Ш.Б. Аренова, А.Б. Тусупкалиев, А.Н. Гайдай, Л.К. Аязбаева, З.Ж.

Имангалиева, Г.С. Рахметуллина

Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе, Казахстан

Данная статья посвящена актуальной проблеме современного акушерства. Эклампсия – наиболее тяжелая, критическая форма преэклампсии, протекающая с судорожным синдромом, потерей сознания, развитием постэклампсической комы.

В статье представлен клинический случай эклампсии. Роженица Н., 27 лет, была доставлена бригадой скорой помощи в коматозном состоянии. Получала лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии. После введения сернокислой магнезии, получен положительный эффект в виде восстановления сознания. На 2-е сутки создан консилиум. Учитывая данные лабораторных показателей, стабилизацию состояния женщины, проведена амниотомия с последующим родовозбуждением окситоцином. При наблюдении на фоне индукции по кардиотокографии плода отмечалось нарушение состояния плода, в связи с чем начато консервативное лечение. Учитывая нарушение состояния плода, не поддающееся лечению, отсутствие возможности для быстрого консервативного родоразрешения, роды закончились путем операции кесарево сечение в экстренном порядке. Родился живой доношенный ребенок мужского пола, массой – 2550,0 грамм, длиной – 50 сантиметров, с оценкой по шкале Апгар 6/7 баллов. На 12-е сутки после родов женщина в удовлетворительном состоянии выписана домой с ребенком, рекомендации на руках.

Мы намеренно решили не останавливаться на разборе клинических анализов, выполненных у нашей пациентки. Данный случай, по нашему мнению, заслуживает внимание с позиции определения плацентарного фактора роста в крови и моче в 1 триместре беременности, результат: PLGF в крови -34,4пг./мл., PLGF в моче -16,2пг./мл. Также развитие эклампсии носило стремительный характер.

Следует отметить, что в настоящее время ведутся научные исследования, основанные на определении PLGF в крови и моче для прогнозирования преэклампсии и эклампсии в ранние сроки. Мы надеемся, что данный метод в будущем будет использоваться не только для оценки уже развившихся осложнений, но и для прогнозирования тяжелого осложнения беременности в раннем сроке у пациентов группы высокого риска.

Ключевые слова: преэклампсия, эклампсия, плацентарный фактор роста, клинический случай, роды

Преэклампсия – мультисистемное патологическое состояние, возникающее во второй половине беременности (после 20-й недели), характеризующееся артериальной гипертензией в сочетании с протеинурией ($\geq 0,3$ г/л в суточной моче), нередко отеками и проявлениями полиорганной, полисистемной дисфункции/недостаточности. Эклампсия развивается на фоне преэклампсии любой степени тяжести, диагностируется при возникновении судорожного приступа или серии судорожных приступов у беременной женщины с клиникой преэклампсии [1-3].

Преэклампсия, наряду с другими гипертензивными расстройствами, осложняет течение 2–8% беременностей и является одной из основных причин материнской смертности в мире [4-6].

Эклампсия – наиболее тяжелая, критическая форма преэклампсии, протекающая с судорожным синдромом, потерей сознания, развитием постэклампсической комы. Эклампсия развивается в одном из 200 наблюдений преэклампсии [7].

Несмотря на то, что в данной области ведутся интенсивные исследования, патофизиология преэклампсии и эклампсии до сих пор остается неясной. Одной из наиболее распространенных гипотез является возникновение преэклампсии в результате поверхностной инвазии вневорсинчатого трофобласта с последующим неполным ремоделированием сосудистых структур матери, что ведет к маточно-плацентарной недостаточности и внутриутробной задержке роста плода [8].

На сегодняшний день наиболее хорошо изучена значимость проангиогенных и антиангиогенных факторов как ранних сывороточных предикторов развития преэклампсии [9].

Одним из маркеров, с помощью которого можно диагностировать развитие преэклампсии еще на ранних сроках гестации, является плацентарный фактор роста.

Плацентарный фактор роста (PLGF) - гликопротеин, относящийся к семейству васкулоэндотелиальных факторов роста (VEGF), гомологичен с VEGF. Основная его функция — обеспечение ангиогенеза. Во время беременности PLGF синтезируется в плаценте и обеспечивает ангиогенез у растущего плода. Его значительное повышение может быть обнаружено в сыворотке беременной уже в первом триместре беременности [10]. Концентрация его при нормально протекающей беременности увеличивается в 4 раза к концу второго триместра [11]. Концентрация PLGF увеличивается примерно до 20 пг/мл в первом триместре беременности, и достигает своего максимума около 500 пг/мл в сроке беременности около 30 недель [12], в то время как физиологические концентрации вне беременности находятся около 5 пг/мл [13].

В Республике Казахстан по итогам 2009 года преэклампсия и эклампсия явились причиной материнской

смертности у 11 женщин (показатель материнской смертности составил 8,3 на 100 тысяч живорожденных), занимая в структуре причин материнской смертности третье место после экстрагенитальных заболеваний и акушерских кровотечений. В 2010 году зарегистрировано 12 случаев материнской смертности от тяжелой преэклампсии и эклампсии, показатель материнской смертности составил 3,3 против 8,3 в 2009 году на 100 тысяч живорожденных. В 2011 году смертность от преэклампсии и эклампсии отмечена в 6 случаях, показатель материнской смертности составил 1,6 на 100 тысяч живорожденных. Однако, снижение показателя материнской смертности от преэклампсии и эклампсии за эти 3 года накладывает огромную ответственность на всех акушеров-гинекологов нашей Республики, так как чем труднее добиваться его дальнейшего снижения, тем труднее удерживать прайминг показателя. Анализ первичной медицинской документации во всех случаях материнской смертности показал, что имело место: недооценка тяжести состояния на амбулаторно-поликлиническом уровне, несвоевременная госпитализация, недооценка степени тяжести заболевания, необоснованное длительное лечение, несоблюдение протокола и стандартов, запоздалое родоразрешение, неготовность стационаров к оказанию неотложной помощи при эклампсии [10].

Для снижения материнской смертности от преэклампсии и эклампсии необходимо: учитывать и выявлять факторы риска по развитию преэклампсии, обеспечить должный мониторинг беременных с группой риска по преэклампсии, соблюдать критерии диагностики преэклампсии при установлении диагноза, соблюдать принципы регионализации при преэклампсии, строгое выполнение протоколов при проведении магнезиальной и инфузионной терапии, соблюдение стандартов родоразрешения при преэклампсии и эклампсии, диспансеризация женщин с экстрагенитальными заболеваниями, их реабилитация и лечение, интеграция перинатальных центров с многопрофильными больницами [10].

Опасность эклампсии заключается в высокой вероятности тяжелых осложнений у беременной: кровоизлияния в мозг, отека легких, преждевременной отслойки плаценты, почечной и печеночной недостаточности, а также гибели плода. Диагностика эклампсии основывается на клинической картине и лабораторных данных. Лечение эклампсии направлено на создание покоя, купирование судорог, восстановление и поддержание жизненно-важных функций. [10]. Приоритетным методом родоразрешения являются роды через естественные родовые пути. Оперативные роды по акушерским показаниям [2].

Далее предоставляем собственное клиническое наблюдение редких критических форм преэклампсии.

Роженица Н., 27 лет, доставлена бригадой скорой помощи в сроке беременности 37 недель 5 дней в ко-

матозном состоянии, без освоенной периферической вены и магнезиальной терапии.

Anamnesis morbi: со слов фельдшера, по приезду к больной беременная жаловалась на головную боль. Фельдшером было измерено артериальное давление 140/110 мм.рт.ст., дана 1 таблетка кордафена. На носилках помещена в карету скорой помощи для транспортировки. По дороге к моменту приезда в больницу у беременной начались приступы судорог. Беременная впала в коматозное состояние, доставлена в родильный дом.

Данная беременность первая. На учете с 12 недель беременности. В 1 триместре беременности определена PLGF в крови и моче с добровольным согласием женщины, так как беременная является участником научно-технического проекта «Плацентарный фактор роста-1 как скрининг преэклампсии», результат: PLGF в крови -34,4 пг/мл, PLGF в моче -16,2 пг/мл. Беременность протекала без особенностей. Только на втором УЗИ (ультразвуковое исследование) плода определен врожденный порок сердца: стеноз легочной артерии?

Anamnesis vitae: Туберкулез, кожно – венерологические заболевания отрицает. Болезнь Боткина отрицает. Операция в 2012 г. аппендэктомия, травм не было. Гемотрансфузий не было. Экстрагенитальные заболевания отрицает. Аллергоанамнез: не отягощен. Менструации с 14 лет, по 3 дня, регулярные. Последняя менструация: 02.09.2018 г. Гинекологические заболевания: отрицает.

При поступлении в родильный дом: состояние больной тяжелое, сознание кома 1. На фильтре освоенны периферические вены, введена стартовая доза сернокислой магнезии, далее на каталке переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) с поддерживающей дозой сернокислой магнезии. Взяты все анализы. В ОРИТ подключен монитор, сделана электрокардиограмма, вызваны консультанты (терапевт, невропатолог, окулист). После введения сернокислой магнезии получен положительный эффект в виде восстановления сознания. Дыхание самостоятельное. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Кожные покровы бледной окраски. Язык чистый, влажный. В легких везикулярное дыхание. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Артериальное давление 143/100 мм.рт.ст. Частота сердечных сокращений 155 ударов в минуту. Мочевыделение по катетеру. Выделения из половых путей светлые. На нижних конечностях выраженные отеки.

Акушерский статус: Матка овоидной формы, увеличена до срока беременности 37 недель, не возбудима, с четкими контурами. Локальной болезненности нет. Положение плода продольное. Предлежит головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту.

Вагинально: не осмотрена.

Диагноз при поступлении: Беременность 37 недель 5 дней. Эклампсия.

Проведено полное клиническое обследование согласно протоколам лечения: общий анализ крови

(ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), биохимический анализ крови, коагулограмма, электрокардиограмма (ЭКГ), консультация смежных специалистов (окулист, невропатолог, терапевт), ультразвуковое исследование плода и доплерометрия. На данном этапе проводилось ведение в условиях палаты интенсивной терапии. Продолжалась магнезиальная терапия, подача увлажненного кислорода, проведена кардиотокография (далее КТГ) плода.

На 2-е сутки созван консилиум. На момент консилиума: состояние средней тяжести. Жалобы на момент осмотра не предъявляет, головной боли нет, зрение ясное, тошноты и рвоты нет, болей в эпигастрии нет. Кожные покровы бледной окраски. Женщина во времени и пространстве ориентируется, на вопросы отвечает правильно, контакту доступна. Зрачки D = S, фотореакция живая, тонус конечностей сохранен, патологических рефлексов нет. Движение глазных яблок в полном объеме. Лицо симметричное, язык по средней линии. Менингеальных и патологических знаков нет. Отеки выраженные по всему телу. Артериальное давление 130/80 мм.рт.ст. Пульс 88 ударов в 1 минуту. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка без особенностей. Обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. Аускультативно - дыхание везикулярное. Хрипов нет. Частота дыхательных движений 16 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Матка увеличена соответственно сроку беременности, не возбудима, с четкими контурами, локальной болезненности нет. Сердцебиение плода 120 ударов в минуту по монитору. Сделана кардиотокография плода - монотонный ритм. Проведено ультразвуковое исследование плода и доплерометрия: Беременность 37 недель по фетометрии. Предполагаемый вес плода = 2900.0+100грамм. Нарушение маточно-плацентарного кровотока 1А степени за счет снижения диастолического компонента в правой маточной артерии. Магнезиальная терапия продолжается.

Выставлен диагноз: Беременность 37 недель 6 дней. Эклампсия. Нарушение маточно-плацентарного кровотока 1А степени за счет снижения диастолического компонента в правой маточной артерии.

Учитывая данные лабораторных показателей, стабилизацию состояния женщины, данные КТГ (монотонный ритм), было рекомендовано перевести на амниотомию с последующей индукцией – родовозбуждение окситоцином. В случае ухудшения состояния плода по КТГ экстренно родоразрешить путем операции кесарево сечение.

Согласно плана беременная переведена на территорию родильного зала, проведена амниотомия с последующим родовозбуждением окситоцином. На момент перевода через 14 часов от момента поступления в стационар продолжалась магнезиальная терапия, была введена одна доза дексаметазона (6 мг.), продолжалась подача увлажненного кислорода и кардиотокография плода. Проводился мониторинг за состоянием

женщины и плода. При наблюдении через 1 час от начала индукции родов окситоцином зарегистрировано нарушение состояния плода, начато консервативное лечение, повторно осмотрена. Учитывая нарушение состояния плода, не поддающееся лечению, отсутствие возможности для быстрого консервативного родоразрешения, решено родоразрешить путем операции кесарево сечение в экстренном порядке. Согласие на операцию получено от женщины в письменном виде.

Произведена операция: Лапаротомия по Джел-Кохену. Кесарево сечение поперечным разрезом в нижнем маточном сегменте.

Особенности: По вскрытии брюшной полости отмечался свободный выпот в количестве 200,0мл. прозрачного цвета, без запаха. На 4-й минуте без затруднений за головку извлечен живой доношенный ребенок мужского пола, массой – 2550,0 грамм, длиной – 50 сантиметров, с оценкой по шкале Апгар 6/7 баллов. Отделен от матери, передан неонатологу. Разрез на коже восстановлен косметическим швом. Общая кровопотеря – 500,0 мл.

Послеоперационный диагноз: Срочные оперативные роды. Нарушение состояния плода. Эклампсия.

В стационаре проводилось **дополнительное обследование:**

Ультразвуковое исследование плода и доплерометрия с заключением: Беременность 37 недель по фетометрии. Предполагаемый вес плода = 2900.0+100грамм. Нарушение маточно-плацентарного кровотока 1А степени за счет снижения диастолического компонента в правой маточной артерии.

Кардиотокография плода: Нарушение состояния плода.

Ультразвуковое исследование (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка, почки) брюшной полости: Умеренная гепатомегалия. Явления пиелонефрита с обеих сторон.

Электрокардиограмма: Синусовая тахикардия с частотой сердечных сокращений 159 ударов в минуту. Нормальное положение электрической оси сердца. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

Ультразвуковое исследование матки: Послеоперационный период. Рубец на матке.

Рентгенография легких: Органы грудной клетки в норме.

Лабораторно-диагностические исследования:

Группа крови: А(II) вторая. Резус фактор: Rh(+) положительный

Общий анализ крови (при поступлении) №1: гемоглобин - 109 г./л., эритроциты – $4,7 \times 10^{12}/л.$, гематокрит- 39,8%, тромбоциты- $350,0 \times 10^9$ в 9 степени/л., лейкоциты - $12,6 \times 10^9$ в 9 степени/л., свертываемость крови - 3 минуты, длительность кровотечения - 41 секунда, сегментоядерные гранулоциты -51,8%, моноциты – 7,4%, лимфоциты – 40,8 %, скорость оседания эритроцитов - 38 мм./час.

Общий анализ крови (при выписке) №2: гемоглобин - 92 г./л., эритроциты – $3,4 \times 10^{12}/л.$, гематокрит

– 28,4%, тромбоциты – $287,0 \times 10^9$ в 9 степени/л., лейкоциты – $10,6 \times 10^9$ в 9 степени/л., сегментоядерные гранулоциты – 74,6%, моноциты – 5,2%, лимфоциты – 20,2%, скорость оседания эритроцитов – 39 мм./час.

Биохимический анализ крови: альбумин - 30,9 г./л., общий билирубин - 7,6 мкмоль/л., мочевины- 3,20 ммоль/л., общий белок – 58,9 г./л., креатинин-76 мкмоль/л., глюкоза - 5,66 ммоль/л., АЛТ(аланинаминотрансфераза) - 11,98Ед./л., АСТ(аспартатаминотрансфераза) - 29,14 Ед./л.

Коагулограмма №1: протромбиновое время – 18,9 секунд, протромбиновый индекс - 74,0%, международное нормализованное отношение – 1,35, активированное частичное тромбопластиновое время – 35,4 секунд.

Коагулограмма №2: протромбиновое время – 15 секунд, протромбиновый индекс – 93%, международное нормализованное отношение – 1,0, активированное частичное тромбопластиновое время – 37 секунд.

Общий анализ мочи №1: относительная плотность - 1010 г./л., белок - 6,1 г./л (в динамике 5,75 г./л – 6,6 г./л.), плоский эпителий – 6 – 9 в поле зрения, лейкоциты - 10-11 в поле зрения, эритроциты - 38-55 в поле зрения, цилиндры гиалиновые - 16-14 в поле зрения, цилиндры зернистые - 11-10 в поле зрения, бактерии ++++, соли – ураты.

Общий анализ мочи №2: относительная плотность - 1010 г./л., белок – 0,099 г./л., лейкоциты – 2-4 в поле зрения, эритроциты - 7-8 в поле зрения, слизь +.

Консультации специалистов:

Терапевт – диагноз до операции: Преэклампсия тяжелой степени. Судорожный синдром? Беременность 37 недель.

Терапевт – диагноз после операции: Послеоперационный период. Эклампсия. Железодефицитная анемия умеренной степени.

Невропатолог - диагноз: Судорожный синдром? Беременность 37 недель.

Офтальмолог: На момент осмотра данных за острую патологию со стороны зрения не выявлено.

На 12-е сутки после родов женщина в удовлетворительном состоянии выписана домой с ребенком. При выписке жалоб нет. Голова не болит, зрение ясное, тошноты, рвоты, болей в эпигастрии нет. Артериальное давление 120/80мм.рт.ст. Пульс 78 ударов в минуту. Женщина проинформирована о тревожных состояниях в послеродовом периоде и в периоде новорожденности. Даны рекомендации по наблюдению у участкового врача.

Резюмируя это клиническое наблюдение, можно сделать заключение:

При нормальном течении родов у беременных с эклампсией роды возможно вести консервативно. Но при отклонении в течении родов роды нужно закончить оперативным путем. Успех подобных случаев основан на междисциплинарном взаимодействии акушеров-гинекологов и анестезиологов-реаниматологов, а диагностика эклампсии основывается в основном на клинической картине и лабораторных данных. Диа-

гностика изменений плодовой и материнской гемодинамики позволяет своевременно предотвратить неблагоприятные исходы. Применение ультразвуковых доплерографических методов исследования может помочь в определении стадийности, прогнозировании течения преэклампсии. Следует отметить, что в настоящее время ведутся проспективные научные исследования по определению плацентарно-

го фактора роста с целью оценки прогностического значения в развитии преэклампсии в ранние сроки. Мы надеемся, что данный метод в будущем будет использоваться не только для оценки уже развившихся осложнений, но и для прогнозирования тяжелых осложнений беременности в раннем сроке у пациентов группы высокого риска.

Список литературы / References:

1. Prabha H Andraweera, Gustaaf A Dekker, Vajira HW. Dissanayake, Tina Bianco-Miotto, Rohan W Jayasekara, Claire T Roberts. Vascular endothelial growth factor family gene polymorphisms in preeclampsia in Sinhalese women in Sri-Lanka. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 2013 Mar;26(5):532-6.
2. Артериальная гипертензия у беременных. Клинические протоколы МЗ РК, 2017. *Arterial'naya gipertenziya u beremennyh. Klinicheskie protokoly MZ RK, 2017. (In Russian)*
3. Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия. Федеральные клинические рекомендации. М.:Российское общество акушеров-гинекологов, 2013. *Gipertenzivnye rasstrojstva vo vremya beremennosti, v rodah i poslerodovom periode. Preeklampsiya. Eklampsiya. Federal'nye klinicheskie rekomendacii. M.:Rossijskoe obshchestvo akusherov-ginekologov, 2013. (In Russian)*
4. Steegers EA, von Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. Preeclampsia. *Lancet*. 2010;376(9741):631-44.
5. Ghulmiyyah L, Sibai B. Maternal Mortality from Preeclampsia and Eclampsia. *Seminars in Perinatology*, 2011;36:56-59.
6. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*. 2006;367(9516):1066-74.
7. Makarov OV, Volkova EV, Dzhokhadze LS. Clinical aspects of preeclampsia. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2011; 4:29-35. *Makarov OV, Volkova EV, Dzhokhadze LS. Clinical aspects of preeclampsia. Rossijskij vestnik akushera-ginekologa 2011; 4:29-35. (In Russian)*
8. Симонова МС, Горюнова АГ, Мурашко АВ, Тимофеев СА. Артериальная гипертензия при беременности и плацентарная васкуляризация. *V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology*. 2017;4(1). *Simonova MS, Goryunova AG, Murashko AV, Timofeev SA. Arterial'naya gipertenziya pri beremennosti i placentarnaya vaskulyarizaciya. V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology. 2017,4(1). (In Russian)*
9. Small H, Currie G, Delles C. Prostatein, proteases and preeclampsia. *Journal of Hypertension*. 2016;34:193-195.
10. Бикташева ХМ и др. Преэклампсия в системе «мать-плацента-плод». Материалы научно-практической конференции, Алматы-Актау, 2010. *Biktasheva HM i dr. Preeklampsiya v sisteme «mat'-placenta-plod». Materialy nauchno-prakticheskoy konferencii, Almaty-Aktau, 2010. (In Russian)*
11. Cerdeira AS, Kandzija N, Pargmae P, Tome M, Zhang W, Cooke WR, Agrawal S, James T, Redman C, Vatish M. In vivo evidence of significant placental growth factor release by normal pregnancy placentas. *Sci Rep*. 2020 Jan 10;10(1):132.
12. Verlohren S, Herraiz I, Lapaire O, Schlembach D, Zeisler H, Calda P, Sabria J, Markfeld-Erol F, Galindo A, Schoofs K, Denk B, Stepan H. New gestational phase-specific cutoff values for the use of the soluble fms-like tyrosine kinase-1/placental growth factor ratio as a diagnostic test for preeclampsia. *Hypertension*. 2014;63(2):346-352.
13. Thomas-Schoemann A, Blanchet B, Boudou-Rouquette P, Golmard JL, Noe G, Chenevier-Gobeaux C, Lebbe C, Pages C, Durand JP, Alexandre J, Goldwasser F, Guibourdenche J, Vidal M. Soluble VEGFR-1: a new biomarker of sorafenib-related hypertension (i.e., sorafenib-related is the compound adjective?). *J Clin Pharmacol*. 2015;55(4):478-479.