

«Маски» акушерских
осложнений:
дифференциальная
диагностика в клинической
практике»

Докладчики: Краснослободцев И.
А.

Серова Ю.Л.

Что может скрываться за артериальной гипертензией при беременности?...

- Тиреотоксикоз:

Гипертензия – у 25-35% женщин с декомпенсированным тиреотоксикозом

Характерен гиперкинетический тип кровообращения, стойкая тахикардия

Эффект «белого халата» - у 25-40% беременных с тиреотоксикозом

Целесообразно назначение бета-блокаторов

Современные методы диагностики позволяют выявлять скрытые формы АГ при незначительном повышении АД или гипертензии в ночные часы



Поздние осложнения СД



Артериальная гипертензия,
протеинурия,
нарушение функции печени



ст.

Присоединение
или прогрессирование
осложнений



Возможно пролонгирование
беременности



Преэклампсия



Риск развития ХБП IV-V

в 46 раз превышает
популяционный

Досрочное прерывание
беременности

Необходимость использования СМАД, Эхо- КГ, мониторингования по Холтеру, биохимических маркеров преэклампсии

Хроническая АГ

- В равной степени повышается как САД, так и ДАД
- Пульсовое АД не снижено
- ЧСС не снижено
- Вариабельность не снижена
- Эукинетический тип кровообращения, ОПСС м.б. увеличено, УО и МОК не снижены

Преэклампсия

- Повышение в основном ДАД
- Снижение пульсового АД
- Стойкое снижение ЧСС относительно ДАД
- Снижение вариабельности
- Гипокинетический тип кровообращения, ОПСС увеличено, УО и МОК снижены.

Срочные роды у 89 % беременных с ХАГ



Феохромоцитома



- Беременная, Ж. 22 года.
- Рост 164 см, исходный вес 49 кг. Данная беременность I, наступила самопроизвольно. *Перенесенные заб-я: детские инфекции. Простудные заб-я, миопия ср. степени.*
- С 13 лет-головные боли, с 2004 года- артериальная гипертензия (АД до 170/100 мм.рт.ст.) с эпизодами гипотонии.
- 2010 г.- выявлен диффузный токсический зоб, получала антитиреоидную терапию, достигнута ремиссия.
- 2010 г.- УЗИ надпочечников-объемных образований не выявлено
- 09.2011- повышение АД до 200/100 мм.рт.ст.- наблюдение у кардиолога. Нерегулярная гипотензивная терапия.

Клинические проявления

- Кризисы с резким повышением АД
- Чувство страха
- Беспокойство
- Дрожь
- Озноб
- Бледность кожных покровов
- Головная боль
- Боль за грудиной, в области сердца
- Тахикардия
- Экстрасистолия
- Тошнота, рвота
- Повышение T тела
- Потливость
- Сухость во рту
- Кризис заканчивается полиурией

- При сроке 20 недель беременная впервые консультирована в МОНИИАГ.
- Во время приема у пациентки отмечались неоднократные типичные феохромоцитомные кризы с повышением АД до 230/150 мм.рт.ст., тремором, проливным потом, сердцебиением и головной болью. После приступа выделялось большое количество светлой мочи.

-

Проведено УЗИ: в правом надпочечнике объемное образование 4.9x1.4 см. Установлен диагноз: феохромоцитома правого надпочечника.

Методы топической диагностики феохромоцитомы

- УЗИ брюшной полости (первичная топическая диагностика у детей, беременных и пациентов с аллергией (Клинич.рекомендации I международного симпозиума по феохромоцитоме, США ,2005 г.)
- КТ брюшной полости
- МРТ брюшной полости
- Сканирование с метайодбензилгуанидом, меченным изотопом¹²⁰
- ПЭТ

Чувствительность УЗИ надпочечников для диагностики феохромоцитомы составляет 80-95%, КТ или МРТ – 96-98%.

Методы лабораторной диагностики феохромоцитомы

- Фракционированное определение метанефринов в моче или в крови (клин.рекомендации I международного симпозиума по феохромоцитоме, США, 2005 г.)
- Только 3-4 кратное превышение верхней границы референсных значений как плазменных, так и мочевых фракционированных метанефринов, на 100% ассоциировано с феохромоцитомой.
- Повышение плазменных и мочевых метанефринов может быть основанием для дальнейшей топической диагностики только в случаях клинической необходимости.

В настоящее время не согласованных рекомендаций об оптимальных и безопасных сроках формирования адренергической блокады

Критерии адекватности терапии по Rolsen M.F. et al.1990):

- Не должно быть подъема АД $>160/90$ мм.рт.ст. в течение 48 часов пребывания в стационаре
- Может возникать ортостатическая гипотензия, но не ниже $80/45$ мм.рт.ст. в положении стоя
- На ЭКГ не должно быть > 1 экстрасистолы в течение 5 минут
- ЧСС в положении стоя $60-70$ уд.в мин, в полож.стоя- не > 80 уд.в мин.

Определение тактики

Возникновение кризов после пальпации живота(определения предлежания и позиции плода), а также изменений положения плода и активном его шевелении.



Развитие тяжелого феохромоцитомного криза при ведении родов через естественные родовые пути (при естест.родах МС до 50%)



Родоразрешение путем операции кесарева сечения с исключением интраоперационных манипуляций, повышающих внутрибрюшное давление

Пациентка родоразрешена при сроке 37 недель гестации путем операции кесарева сечения. Извлечение головки плода проведено при помощи вакуум-экстрактора (для исключения манипуляций, повышающих внутрибрюшное давление). Извлечен живой доношенный мальчик массой 2470 гр, длина 46 см с оценкой по шкале Апгар 6-8 баллов. В удовлетворительном состоянии на 8-е сутки переведен в детскую больницу по месту жительства.



Коарктация аорты (мат.смертность 3%)

Пациентка Ю, 20 лет.

Беременность I. Двойня. С 10 лет- повышение АД до 150/90. Не обследовалась, не лечилась.

При обследовании:

- шума над областью сердца нет
- отсутствие пульсации на сосудах ног
- сужение почечных артерий

Родоразрешена на сроке 33-34 нед. в связи с АД 200/120 мм.рт.ст.

Живые дети с СЗРП- 2 степени.

Показания к прерыванию

беременности:

- АД выше 160/100 мм.рт.ст.
- Градиент давления >60 мм.рт.ст.
- Пост-и престнотическое расширение аорты(особенно при наличии двустороннего аортального клапана)
- Дистрофические изменения миокарда ЛЖ (данные ЭКГ)
- Сердечная или коронарная недостаточность
- Впервые возникшие упорные головные боли(обязательно исключить интракраниальные аневризмы!!)

Лечение

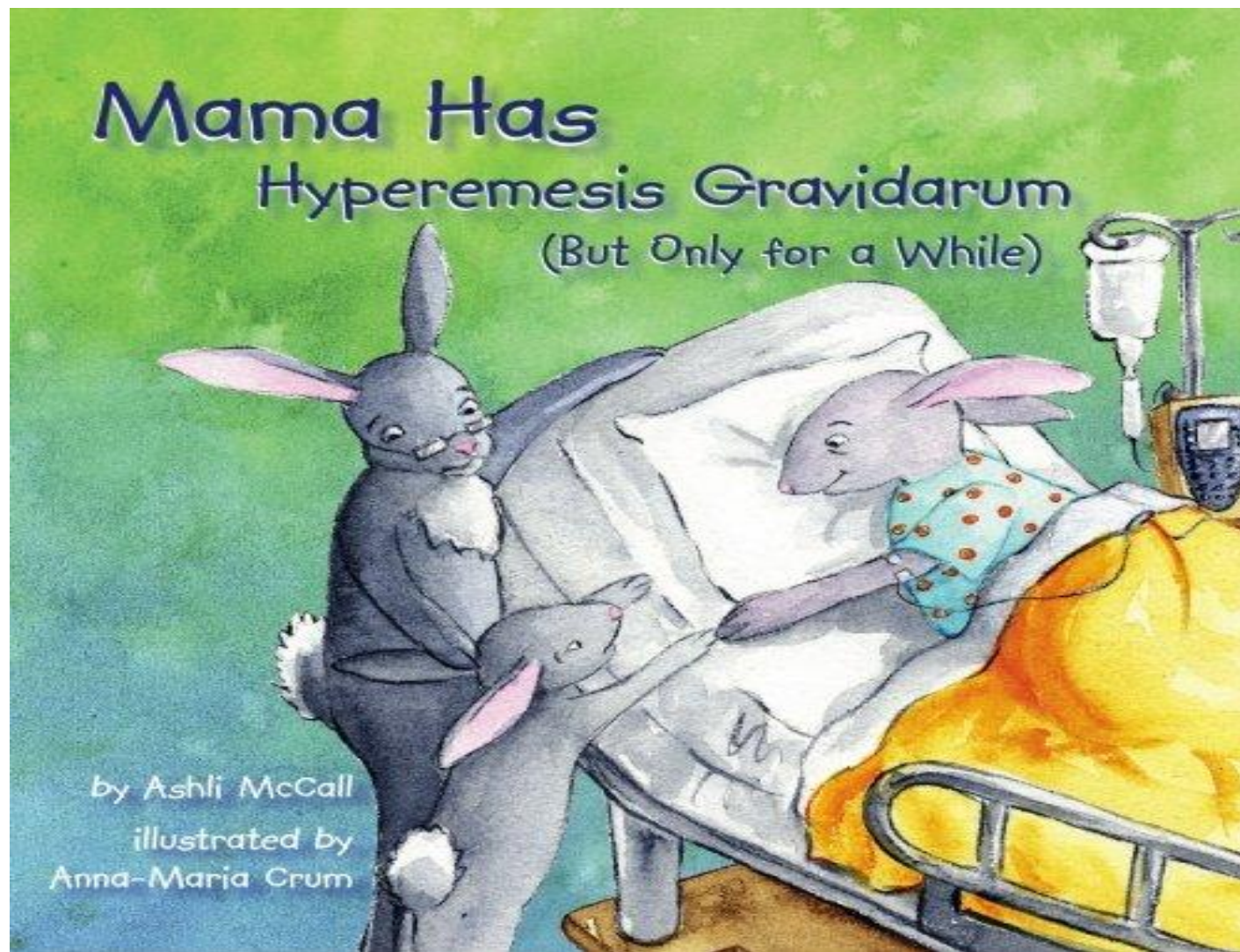
- Гипотензивная терапия(малоэффективна)
- Баллонная ангиопластика или стентирование аорты

Рассчитывать на успех при ведении беременности у женщин с АГ возможно только при условии междисциплинарного подхода.

Особенно эффективно его осуществить на этапе планирования беременности!



Дифференциальный диагноз рвоты беременных.



МКБ-10 класс XV

021.0 Рвота беременных легкая или умеренная

Рвота беременных легкая или неутонченная, начинающаяся в сроки до 22 полных недель беременности.

021.1 Чрезмерная или тяжелая рвота беременных с нарушениями обмена веществ

Чрезмерная(тяжелая) рвота беременных, начинающаяся в сроки до 22 полных недель беременности, с такими нарушениями обмена веществ, как : ..истощение запаса углеводов, дегидратация, нарушение водно-солевого равновесия.

021.2 Поздняя рвота беременных

Чрезмерная рвота, начавшаяся в сроки после 22 полных недель беременности.

Определение

- Персистирующая рвота, протекающая с потерей 5% массы тела и кетонурией.
- Хотя нет четких отличий между «утренней тошнотой беременных» и HG.

Дифференциальная диагностика HG и заболеваний ЖКТ

	HG	ЖКБ, гепатит	HELLP
Срок беременности	Чаще до 12 нед.берем.	На любом сроке	Чаще после 20 нед. берем.
Боли в животе	Редко	Часто	В эпигастрии и правом подреберье
Желтуха	Редко	Редко, при гепатите часто	Крайне редко
Кожный зуд	Нет	Выраженный, особенно стоп и ладоней	Нет
Стул	Норма	Стеаторрея	Норма
Цвет мочи	Не изменен	Темный	Темный
Электролитные нарушения, алкалоз	Выраженные	Крайне редко	Редко

Осложнения в отношении матери

- Разрыв пищевода и перфорация
- Пневмоторакс или пневмомедиастинум
- Кровоизлияние в сетчатку глаз
- Преэклампсия
- Органные поражения
- Гемоконцентрация
- Энцефалопатия Вернике (демиелинизация центральных отделов головного мозга-нарушения сознания, нистагм, офтальмоплегия, атаксия)
- Судороги, кома, смерть
- Рабдомиолиз

Осложнения в отношении плода

- Преждевременные роды
- Задержка в развитии
- Врожденные пороки сердца
- Скелетные аномалии
- Поведенческие нарушения/эмоциональные проблемы
- Антенатальная гибель плода и выкидыши(25% женщин с РБ)

«Hyperemesis gravidarum или выраженные тошнота и рвота поражают около 1% беременных. Если это не лечить, то это может привести к выраженной потере массы тела, дегидратации или смерти».



Основные синдромы при Hyperemesis gravidarum

Гипокалиемиа

- Мышечная слабость
- Судороги
- Остановка сердца

Гипомагниемия

- Беспокойство
- Нарушение сна
- Депрессия
- Падение слуха, шумы в ушах
- Головокружение
- Нервно-мышечные нарушения
- Спазмофилия, мышечные судороги, мигрени

Дефицит вит. В1

- Депрессия
- Галлюцинации
- Быстрые изменения настроения
- Корсаковский синдром, энцефалопатия Вернике, кома

Лечение

- Должно проводиться в условиях стационара на принципах интенсивной терапии.
- Основной для внутривенного введения является физ.раствор (до 6 литров) и раствор Рингера (до 3 литров) в первые 12 часов.
- При стабилизации состояния и тенденции к нормализации основных показателей метаболизма объем вводимых растворов может быть снижен до 2 литров в сутки.
- Дополнительное внутривенное длительное использование 5% глюкозы по сравнению с физ.раствором не дает преимуществ в плане уменьшения кетонурии, выраженности рвоты, электролитных расстройств и длительности госпитализации.
- Препарат 1 линии- вит.В1(тиамин). Рекомендуется пероральное использ-е до 1.5-2 мг в сутки и в/м введение 100 мг в сутки в течение 2-3 дней при длительности рвоты >3-х недель.
- Магнерот 2-5 г. каждые 8 часов.

- Доксиламином – категория А.
- Витамин А (до 33.000 МЕ в/м в сутки).
- Противорвотные Церукал (10 мг) 2.0x3 р в/м или Метоклопрамид(10 мг) 2.0x 4 р./в. В табл(10мг) 1 тх4 р.
- Антигистаминные. Прометазин (пипольфен).
- Гкс обычно не используются.
- Контроль электролитов и КОС каждые 1-2 дня.
- Раздельный прием твердой и жидкой пищи.
- Частый прием пищи, маленькими порциями.
- Исключить жирную пищу.
- Исключить холодное питье, сладкие напитки.
- Рекомендуется закуски с высоким содержанием белка.

Спасибо за внимание!

