

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета ФГБУ ВО
КрасГМУ им. Профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого.

Рецензия ан. Косоватова К.У.
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1 года обучения

по специальности акушерство и гинекология

Михайлова Александра Владимировна

(ФИО ординатора)

Тема реферата Презеклампсия

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	+
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	5/5

Дата: 21 05 2020 год

Подпись рецензента

(подпись)

Косоватов К.У.
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

(подпись)

(ФИО ординатора)

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно- Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета
Заведующий кафедрой: ДМН, Профессор Цхай В.Б.

А.В. Михайлова
В.Н. Коновалов

РЕФЕРАТ

«Презеклампсия»

Выполнила: клинический ординатор
кафедры перинатологии, акушерства
и гинекологии лечебного факультета
Михайлова А.В.

Проверил: Ассистент Коновалов В.Н.

Красноярск, 2020 г.

Содержание

1. Введение, определение.....	3
2. Определения.....	3
3. Относительный риск развития ПЭ.....	4
4. Профилактика преэклампсии.....	5
5. Критерии диагностики преэклампсии.....	5
6. Клинические проявления преэклампсии.....	6
7. Основные симптомы, предшествующие эклампсии.....	8
8. Лечебная тактика при преэклампсии и эклампсии.....	8
9. Лечение.....	10
10. Алгоритм оказания медицинской помощи при развитии приступа эклампсии (лечение в случае судорожного припадка начинается на месте)	12

Введение, определение

Преэклампсия и эклампсия представляют собой патологические состояния, возникающие при беременности. Оба состояния не являются самостоятельными заболеваниями, а представляют собой синдромы недостаточности различных органов, сочетающиеся с различными симптомами поражения центральной нервной системы той или иной степени тяжести. Преэклампсия и эклампсия являются патологическими состояниями, развивающимися исключительно при беременности. Поскольку причины и механизмы развития эклампсии и преэклампсии до сих пор окончательно не выяснены, в мире не принято однозначного решения, к какой именно нозологии следует относить данные синдромы. Согласно мнению ученых из стран Европы, США, Японии и экспертов Всемирной организации здравоохранения, преэклампсия и эклампсия представляют собой синдромы, относящиеся к проявлениям гипертонической болезни беременных женщин.

Гипертензивные расстройства во время беременности встречаются с частотой около 10% беременностей; частота преэклампсии составляет 2-8%. Ежегодно во всем мире более 50000 женщин погибает в период беременности из-за осложнений, связанных с АГ. В развитых странах в 12-18% они являются второй непосредственной причиной ante- и постнатальной смертности, влияя на перинатальную смертность в 20-25% случаях. Частота артериальной гипертензии (АГ) среди беременных в Российской Федерации составляет 5-30%. Распространенность артериальной гипертензии (АГ), отеков, протеинурии среди беременных в Российской Федерации в 2011 году составила 17,4% от закончивших беременность, в 2012 году - 16,7%; преэклампсии и эклампсии - 1,49% и 1,57% соответственно. По данным Минздравсоцразвития РФ, гипертензивные осложнения беременности занимают 4 место в списке причин материнской смертности в течение последнего десятилетия. Кроме того, они являются причиной тяжелой заболеваемости, инвалидизации матерей и их детей.

Определения:

Преэклампсия (ПЭ) - 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.

Преэклампсия/эклампсия на фоне ХАГ диагностируется у беременных с хронической АГ в случаях:

- 1) появления после 20 недель впервые протеинурии (0,3 г белка и более в суточной

моче) или заметного увеличения ранее имевшейся протеинурии;

2) прогрессирования АГ у женщин, АД у которых до 20 недели беременности контролировалось;

3) появления после 20 недель признаков полиорганной недостаточности.

ПЭ на фоне ХАГ с неблагоприятным прогнозом развивается почти в 22%, в 55% случаев гестационная артериальная гипертензия прогрессирует в ПЭ. ПЭ осложняет течение 2-5% всех беременностей, осложняется эклампсией в 0,03-0,1% и HELLP-синдромом в 0,17-0,8% случаях.

Осложнения ПЭ: Эклампсия; отек, кровоизлияние и отслойка сетчатки; острый жировой гепатоз; HELLP-синдром; острая почечная недостаточность; отек легких; инсульт; отслойка плаценты; антенатальная гибель плода.

Эклампсия диагностируется в случае возникновения судорожного приступа или серии судорожных приступов у беременной женщины с клиникой преэклампсии, которые не могут быть объяснены другими причинами (эпилепсия, инсульт, опухоль и др.). Эклампсия развивается на фоне преэклампсии любой степени тяжести, а не является проявлением максимальной тяжести преэклампсии.

Основными предвестниками эклампсии являются головная боль, артериальная гипертензия и судорожная готовность. В 30% случаев эклампсия развивается внезапно без предвестников.

Классификация эклампсии:

- Эклампсия во время беременности и в родах
- Эклампсия в послеродовом периоде:
- ранняя послеродовая (первые 48 ч)
- поздняя послеродовая (в течение 28 суток после родов)

Относительный риск развития ПЭ

Первая беременность;

Повторнородящие: ПЭ в анамнезе / Перерыв после последних родов 10 лет и более

Возраст >35 лет

Избыточный вес/ожирение (ИМТ > 25 кг / 2 м)

Семейный анамнез (ПЭ у матерСемейный анамнез (ПЭ у матери или сестры) и или сестры)

ДАД 80 мм рт. ст. и выше

Протеинурия при постановке на учет по беременности (≥ 1 + по тест-полоске (двукратное тестирование) или ≥ 300 мг/л в сут порции)

Многоплодная беременность

Экстрагенитальные заболевания: Хроническая АГ, Заболевания почек, Коллагенозы
Заболевания сосудов, АФС

Профилактика преэклампсии

Беременным группы высокого риска развития ПЭ рекомендовано: - Низкие дозы аспирина (75 мг в день), начиная с 12 нед до родов. При назначении ацетилсалициловой кислоты (аспирина) необходимо письменное информированное согласие женщины, т.к. в соответствии с инструкцией по применению, прием ацетилсалициловой кислоты противопоказан в первые 3 месяца и после 36 нед беременности.

Не рекомендовано рутинное применение: - режима bed-rest; - диуретиков ; - препаратов группы гепарина, в т.ч. НМГ; - витаминов Е и С; - рыбьего жира; - чеснока (в таблетках); - ограничения соли.

Критерии диагностики преэклампсии

Классификация степени повышения уровня АД у беременных

Категории АД	САД		ДАД
Нормальное АД	<140	и	<90
Умеренная АГ	140-159	и/или	90-109
Тяжелая АГ	160	и/или	110
- Классификация степени повышения уровня АД у беременных может использоваться для характеристики степени АГ при любой ее форме (хронической АГ, гестационной АГ, ПЭ). - Выделение двух степеней АГ, умеренной и тяжелой, при беременности имеет принципиальное значение для оценки прогноза, выбора тактики ведения, лечения и родовспоможения. - Уровень САД ≥ 160 мм рт. ст. и/или ДАД ≥ 110 мм рт. ст. при тяжелой АГ ассоциируется с высоким риском развития инсульта.			

АД 140/90 мм рт. ст. считается пограничным, при этом не является заболеванием, а лишь указывает на необходимость тщательного наблюдения за состоянием матери и плода.

Клинически значимая протеинурия

Золотой стандарт для диагностики протеинурии - количественное определение белка в суточной порции. Граница нормы суточной протеинурии во время беременности определена

как 0,3 г/л.

Клинически значимая протеинурия во время беременности определена как наличие белка в моче $\geq 0,3$ г/л в суточной пробе (24 часа) либо в двух пробах, взятых с интервалом в 6 часов; при использовании тест-полоски (белок в моче) - показатель $\geq$ "1+".

Умеренная протеинурия - это уровень белка $>0,3$ г/24 ч или $>0,3$ г/л, определяемый в двух порциях мочи, взятых с интервалом в 6 часов, или значение "1+" по тест-полоске

Выраженная протеинурия - это уровень белка >5 г/24 ч или >3 г/л в двух порциях мочи, взятых с интервалом в 6 часов, или значение "3+" по тест-полоске.

При подозрении на ПЭ, у женщин с артериальной гипертензией и у беременных с нормальным АД при наличии других симптомов преэклампсии необходимо использовать более чувствительные методы (определение белка в суточной моче (наиболее приемлемо) или отношение протеин/креатинин)

Отеки

При физиологически протекающей беременности умеренные отеки наблюдаются у 50-80% женщин. ПЭ, протекающая без генерализованных отеков, признана более опасной для матери и плода, чем ПЭ с отеками. Массивные, быстро нарастающие отеки (особенно в области поясницы), анасарка, скопление жидкости в полостях рассматриваются как один из неблагоприятных прогностических критериев тяжелой преэклампсии.

Клинические проявления преэклампсии

Со стороны центральной нервной системы: головная боль, фотофобия, парестезии, фибрилляции, судороги

Со стороны сердечно-сосудистой системы: артериальная гипертензия, сердечная недостаточность, гиповолемия.

Со стороны мочевыделительной системы: олигурия, анурия, протеинурия

Со стороны желудочно-кишечного тракта: боли в эпигастральной области, изжога, тошнота, рвота.

Со стороны системы крови: тромбоцитопения, нарушения гемостаза, гемолитическая анемия

Со стороны плода: задержка внутриутробного роста, внутриутробная гипоксия, антенатальная гибель плода

Клинически целесообразно различать умеренную ПЭ и тяжелую ПЭ.

Умеренная ПЭ встречается у 3-8% беременных; из них в 1-2% случаях приобретает тяжелое течение.

Тяжелая форма ПЭ может вызвать серьезные нарушения здоровья матери и ребенка и даже привести к смерти. Тяжелая ПЭ влияет на качество последующей жизни женщины. Тяжелая ПЭ - ПЭ с тяжелой гипертензией (с цифрами ДАД $\geq$ 110 мм рт. ст., САД $\geq$ 160 мм рт. ст.) и/или с наличием специфических симптомов и/или биохимических и/или гематологических нарушений. Уровень суточной протеинурии превышает 3 г/л. Консультация невролога необходима для оценки тяжести состояния беременной и уточнения диагноза. Периорбитальная и транскраниальная доплерография сосудов основания головного мозга проводятся для исключения внутричерепной гипертензии и ангиоспазма.

Клинические критерии тяжелой ПЭ (в дополнение к гипертензии и протеинурии), свидетельствующие о развитии полиорганной недостаточности:

- HELLP синдром;
- расстройство ЦНС (нарушение зрения, головная боль);
- нарушение функции почек (олигурия <500 мл/сут, повышение уровня креатинина);
- отек легких;
- внезапное возникновение отеков лица, рук, ног;
- отек зрительного диска;
- нарушение функции печени (повышение ферментов АлАТ, АсАТ);
- боли в эпигастрии/правом верхнем квадранте живота (перерастяжение капсулы печени вследствие нарушения кровообращения);
- тромбоцитопения (ниже $100 \times 10^9/\text{л}$);
- подтверждение страдания плода (синдром ЗРП, маловодие отрицательный нестрессовый тест).

Табл. Дифференциальная диагностика умеренной и тяжелой ПЭ

Показатель	Умеренная ПЭ	Тяжелая ПЭ
АГ (при двухкратном измерении с перерывом 4-6 часов)	$\geq 140/90$ мм рт. ст., но $\leq 160/110$ мм рт. ст.	САД ≥ 160 мм рт. ст. или ДАД ≥ 110 мм рт. ст.
Протеинурия	$>0,3$ но <5 г/л (в сутки)	≥ 5 г/24 ч или >3 г/л в двух порциях мочи, взятых с интервалом в 6 час. или значение "3+" по тест-полоске
Неврологические (церебральные) симптомы: головные боли, нарушения зрения ("мелькание мушек перед глазами") и др.	отсутствуют	+/-
Диспептические расстройства: тошнота, рвота	отсутствуют	+/-
Боли в эпигастрии или правом верхнем квадранте	отсутствуют	+
Олигурия	отсутствует	<500 мл/сут (менее 30 мл/ч);
Задержка роста плода	-/+	+/-
Аntenатальная гибель плода	-	+/-
Отек легких/цианоз	-	+/-
Генерализованные отеки (особенно внезапно появившиеся);		+/-
Нарушение функции печени	отсутствует	повышение АЛТ, АСТ
Тромбоциты	норма	$<100 \times 10^3$
Гемолиз в периферической крови	отсутствует	+/-
Повышение уровня креатинина	отсутствует	+/-
HELLP-синдром	отсутствует	+/-
ЗРП	отсутствует	+/-

Основные симптомы, предшествующие эклампсии

Признаки	Частота
Головная боль	82-87%
Гиперрефлексия	80%
Артериальная гипертензия ($>140/90$ мм рт. ст., или $> +30/+15$ от уровня нормы)	77%
Протеинурия (более 0,3 г/сутки)	55%
Отеки (умеренные отеки голеней)	49%
Зрительные расстройства	44%
Абдоминальная боль	9%

Судороги могут возникнуть во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

Почти половина всех случаев эклампсии встречается во время беременности, более 1/5 - до 31-й недели беременности. При доношенном сроке беременности эклампсия в 75% случаев возникает в родах или в течение 6 часов после родов. В 16% случаев эклампсия возникает в интервале от 48 час. до 4 недель послеродового периода.

Лечебная тактика при преэклампсии и эклампсии

Общие принципы

Родоразрешение (самое эффективное лечение ПЭ).

1. При умеренной ПЭ необходима госпитализация для уточнения диагноза и тщательный мониторинг состояния беременной и плода, но при этом возможно

продолжение беременности. Родоразрешение показано при ухудшении состояния матери и плода.

2. При тяжелой ПЭ необходимо решение вопроса о родоразрешении после стабилизации состояния матери, при возможности, после проведения профилактики РДС плода при сроке беременности менее 34 нед и перевода матери в акушерский стационар 3-й группы.

Ведение ПЭ в зависимости от тяжести состояния

Мероприятие	Состояние		
	ПЭ умеренная	ПЭ тяжелая	Эклампсия
Тактика	Обследование, тщательное наблюдение (возможно амбулаторно)	Активная	
Госпитализация	Для обследования (в отделение патологии беременности, учреждение 3-2 уровня)	Обязательная госпитализация (в ОРИТ, учреждение 3, в случае невозможности - 2 уровня)	
Специфическая терапия	-	Профилактика и лечение судорог Антигипертензивная терапия	
Родоразрешение	-	В течение 6-24 час. (экстренно - при прогрессировании симптомов или ухудшении состояния плода)	На фоне стабилизации состояния

Ведение ПЭ в зависимости от срока беременности

22-24 нед → прекращение жизнеугрожающей беременности.

25-27 нед → продление беременности при отсутствии неконтролируемой АГ, прогрессирования органной дисфункции у матери, дистресса плода; профилактика РДС плода.

28-33 нед → продление беременности при отсутствии неконтролируемой АГ, прогрессирования органной дисфункции у матери, дистресса плода; профилактика РДС плода, подготовка к возможному родоразрешению. ≥34 нед → лечение, подготовка, родоразрешение

Показания к экстренному родоразрешению (минуты):

- кровотечение из родовых путей, подозрение на отслойку плаценты
- острая гипоксия плода, в сроке беременности более 22 недель

Показания к срочному родоразрешению (часы*,**):

- постоянная головная боль и зрительные проявления
- постоянная эпигастральная боль, тошнота или рвота
- прогрессирующее ухудшение функции печени и/или почек
- эклампсия
- артериальная гипертензия не поддающаяся медикаментозной коррекции
- количество тромбоцитов менее $100 \times 10^9/\text{л}$ и прогрессирующее его снижение
- нарушение состояния плода, зафиксированное по данным КТГ, УЗИ, выраженное

маловодие

Лечение

Антигипертензивная терапия

Рекомендовано проводить антигипертензивную терапию под мониторным контролем состояния плода (самоподсчет шевелений плода, УЗИ, КТГ УЗ_Допплерометрия: каждые 7-10 дней при отсутствии показаний к более частому проведению исследований)

Рекомендуется назначение Метилдопа в качестве препарата выбора для длительного лечения артериальной гипертензии во время беременности

Рекомендовано при наличии тяжелой гипертензии (сист АД выше 160 и/или диаст АД выше 110 мм Нг) начать фармакологическое лечение метилдопой (перорально) или нифедипином (перорально).

У пациенток с хронической АГ применение двух-трехкомпонентной антигипертензивной терапии при показателях систолического АД более 160 мм рт ст и диастолического более 110 мм рт ст.

- Рекомендовано дополнительное назначение нифедипина (продолженного действия, в отдельных клинических ситуациях (при резистентной АГ) инфузия нитропруссиды натрия (III-B), метопролол, клонидин.

Нифедипин является **предпочтительным** из зарегистрированных в РФ препаратов в связи с меньшим развитием осложнений у матери и плода.

Не рекомендуются во время беременности для лечения АГ использовать ингибиторы АПФ, антагонисты рецепторов ангиотензина II, Спиронолактон, Антагонисты кальция: Дилтиазем и Фелодипин

Противосудорожная терапия

Рекомендуется применение сульфата магния как препарата первой линии для профилактики и лечения судорог при преэклампсии и эклампсии.

Рекомендуется сульфат магния вводить в начальной дозе 4 г сухого вещества (16 мл 25% раствора) в течение 10-15 минут; затем по 1 г/час (4 мл/час 25% раствора).

Режим дозирования:

Нагрузочная (стартовая) доза	4 г в/в (16 мл 25% раствора сульфата магния) вводится шприцем медленно в течение 10 мин.
Поддерживающая доза (через инфузомат)	1 г в час в/в Цель: поддержание концентрации ионов магния в крови беременной на уровне, достаточном для профилактики судорог. 4 мл/час 25% раствора сульфата магния через инфузионную помпу (инфузомат) вводится на протяжении 24 час после родов или после последнего эпизода судорог, в зависимости от того, что было позднее . Для предотвращения повторных эпизодов судорог может потребоваться более высокая поддерживающая доза: 2-4 г в зависимости от веса пациентки в течение 5-10 мин.

Не рекомендуется применение бензодиазепинов и фенитоина для профилактики и лечения судорог кроме случаев противопоказания к введению сульфата магния и/или его неэффективности.

Барбитураты: применение тиопентала натрия (высшая разовая и суточная дозы тиопентала натрия внутривенно — 1,0 г) должно рассматриваться только как седация и противосудорожная терапия при неэффективности магнезии сульфата и как индукция для общей анестезии и ИВЛ.

Алгоритм оказания медицинской помощи при развитии приступа эклампсии (лечение в случае судорожного припадка начинается на месте)

– Разворачивают палату интенсивной терапии в родильном блоке (приемном отделении) или срочно госпитализируют беременную в отделение анестезиологии-реанимации.

– Пациентку укладывают на ровную поверхность в положении на левом боку для

уменьшения риска аспирации желудочного содержимого, рвотных масс и крови, быстро освобождают дыхательные пути, открывая рот и выдвигая вперед нижнюю челюсть; одновременно необходимо эвакуировать (аспирировать) содержимое полости рта; необходимо защитить пациентку от повреждений, но не удерживать ее активно.

- При сохранённом спонтанном дыхании, вводят ротоглоточный воздуховод и проводят ингаляцию кислорода, накладывая носо-лицевую маску, через систему увлажнения кислородной смеси.

- При развитии дыхательного апноэ немедленно начинают принудительную вентиляцию носо-лицевой маской с подачей 100% кислорода в режиме положительного давления в конце выдоха. Если судороги повторяются или больная остается в состоянии комы, вводят миорелаксанты и переводят пациентку на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) в режиме нормовентиляции.

- Параллельно с проводимыми мероприятиями по возобновлению адекватного газообмена осуществляют катетеризацию периферической вены и начинают введение противосудорожных препаратов (сульфат магния – болюс 4 г на протяжении 5 минут внутривенно, затем поддерживающая терапия (1–2 г/час) при тщательном контроле АД и ЧСС. Если судороги продолжаются, внутривенно вводят еще 2 г сульфата магния (8 мл 25% раствора) в течение 3 – 5 минут.

- При отсутствии эффекта можно использовать диазепам внутривенно медленно (10 мг) или тиопентал-натрий (450–500 мг). Если судорожный припадок длится более 30 минут, это состояние расценивается как эclamптический статус.

- Если диастолическое АД остается на высоком уровне (>110 мм рт. ст.), проводят антигипертензивную терапию.

- Катетеризируют мочевого пузыря (оставление постоянного катетера – почасовая регистрация выделения мочи и анализ протеинурии).

- При эclamптическом статусе, коме - все манипуляции (катетеризация вен, мочевого пузыря, акушерские манипуляции и др.) проводят под общей анестезией тиопенталом натрия. Не применяют кетамин!

- Более подробное клиническое обследование осуществляют после прекращения судорог.

- Выполняется непрерывный КТГ-мониторинг плода.

- Родоразрешение проводится после стабилизации состояния пациентки.

Родоразрешение при тяжелой преэклампсии

Возможность родов через естественные родовые пути должна быть рассмотрена во всех случаях ПЭ (в том числе тяжелой), при отсутствии абсолютных показаний к КС (В-2b) и удовлетворительном состоянии плода.

Окончательный выбор метода родоразрешения должен основываться на анализе клинической ситуации, состояния матери и плода, возможностей учреждения, опыта врачебной бригады, информированного согласия пациентки.

NB! Индукция родов при тяжелой ПЭ может занимать больше времени и иметь больший процент неудач при сравнении с беременностями, не осложненными ПЭ.

Повышенная резистентность в сосудах пуповины по данным доплерометрии почти вдвое снижает процент успешных вагинальных родов (>50%); при нулевом или реверсивном кровотоке (по данным УЗ-доплерометрии) показано КС.

Тяжелая ПЭ при доношенном сроке беременности является показанием к родоразрешению. Умеренная ПЭ или гестационная гипертензия при доношенном сроке беременности являются показанием (при отсутствии прочих противопоказаний) к индукции родов.

Алгоритм ведения родов

- При поступлении в родовой блок:
- Вызвать ответственного дежурного врача - акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога, неонатолога;
- Оформить карту интенсивного наблюдения;
- Обеспечить в/в доступ - катетеризация периферической вены (18G);
- Контроль АД:
- При умеренной гипертензии - не реже 1 раза в час;
- При тяжелой гипертензии - постоянный мониторинг;
- Продолжить антигипертензивную и противосудорожную терапию (если проводилась ранее) в прежних дозировках. В дальнейшем - корректировка по показаниям.
- Обеспечить адекватное обезболивание родов (по показаниям - медикаментозное).
- Не ограничивать рутинно продолжительность второго периода родов при стабильном состоянии матери и плода.

Список литературы

1. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 519 с. - (Серия «Национальное руководство»).
2. Приказ МЗ РФ от 12.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» Приложение № 5.
3. Клинические рекомендации (протокол) - Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия.
4. Айламазян, Э. К. Акушерство : учеб. для мед. вузов / Э. К. Айламазян. СПб., 1999. С. 417–431.
5. Акушерство : справ. / под ред. К. Нисвандера, А. Эванса. М. : Практика, 1999. 704 с.
6. Акушерство от десяти учителей / под ред. С. Кэмпбелла, К. Лиза. М. : Мед. информ. агенство, 2004. С. 360–365.