



# ПРЕЭКЛАМПСИЯ

ши и ф н и и д н и фи  
ин ти ф  
ит д фи ид  
1 15 7575

1

В конце лекции вы должны уметь:

- Назвать классификацию преэклампсии
- Перечислить причины, факторы риска преэклампсии
- Написать алгоритм действия при преэклампсии
- Составить план раннего выявления преэклампсии
- Назвать этапы правильной транспортировки беременной в различные уровни ОЗ КР.



3

Научиться распознавать признаки и симптомы приэклампсии, ее осложнения, научиться навыкам оказания своевременной, полноценной акушерской помощи при ней



7

Беременная А. поступила в приемный блок родильного отделения вашего роддома (1, 2 или 3 уровень ОЗ КР) с жалобами на боль в эпигастральной области, головный боли, головокружение. Объективно отеки на нижних конечностях, на вопросы отвечает с запозданием (супоросное состояние). При измерении артериального давления 180/120 мм рт. ст., пульс-90 уд/мин, частота дыхания-19, температура 36,5С, Spo2-93%. Из анамнеза в 28 недель встала на учет, роды 1, беременность 2, замершая беременность 1. С мужем были на заработках в России. На учете до 28 недель не состояла.

\_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ )

9



**«смертельная опасность для матери и плода, больше, когда мать не приходит в себя после судорог»**

**«первородящие - больше риск судорог чем многорожавшие»**

**«судороги в течение беременности более опасны, чем те, которые начинаются после родоразрешения»**

Mauriceau F. 1673

«Нет ничего более трудного или более таинственного, чем этиология эклампсий в послеродовом периоде»

Burns J., 1832

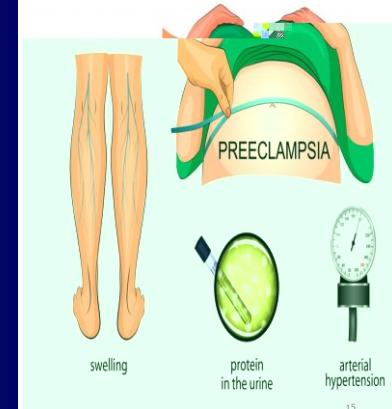
## *Диагностика презклампсии*





## Триада Цангемейстера (1913 г.)

- ♦ Артериальная гипертензия
- ♦ Протеинурия
- ♦ Отечный синдром



15

- **РАССМОТРЕТЬ ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОЛОНГИРОВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ДО 35 НЕДЕЛЬ**
  - Обычно беременная с ПТС должна быть родоразрешена в течение 24 – 48 часов. Однако в сроке 26 – 34 недели + 6 дней, пролонгирование беременности до 35 недель имеет преимущества перед срочным родоразрешением.
- Стабильная состояния матери и плода;
- ПТС поддается коррекции, АД поддерживать в безопасных цифрах менее 150/100 мм рт.ст.;
- Не нарастает тромбоцитопения, не увеличиваются АЛАТ, АсАТ, гемолиз отсутствует;
- Нет симптомов полигранной недостаточности;
  - Профилактика РДС плода;
  - Если при ПТС в сроке гестации менее 34 недели + 6 дней при стабилизации принимается решение о пролонгировании беременности, то магнезиальную терапию следует отменить!
- Родоразрешение в сроке 35 недель, дальнейшее пролонгирование беременности небезопасно;
- Учитывая вышеизложенное заранее приступите к подготовке ш/м к родам, с учетом её зрелости;
- **ВАЖНО!!! В родах начните магнезиальную терапию, если вы ее ранее отменили.**

17

• + +  
• + , ( -  
• + - + +  
• +  
• +

13

• + - ( +  
• / / ( / / ( +  
• / / ( / / ( + - +  
• +

19

• ( + +  
• + +  
• + + +  
• +

1

• ! ! + . ( +  
• , + + . .  
• , ( + . .  
• , . . + - ( +  
• / / ( / / ( + +  
• / / ( / / ( + +

1




## Гипотензивная терапия при преэклампсии

Препарат	Доза	Возможные побочные эффекты	
<b>Основной препарат</b>			
Метилдофена	0,5-3 г/сутки	Высокая безопасность (B)	Метилдофен
<b>Препараты второй линии</b>			
Нифедипи	30-120 мг/сут	Ослабляет родовую деятельность	Нифедипи
Нимодипи	240 мг/сут	Нет данных о безопасности	Нимодипи
Б-блокаторы (атенолол)	Зависит от препарата	Снижение фетоплacentарного кровотока, брадикардия, гипогликемия, задержка развития плода	Б-блокаторы (атенолол)
Гидрала	50-300 мг/сут	Тромбоцитопения у новорожденных	Гидрала
Клофенд	п. 300 мг/сутки	Снижение фетоплacentарного кровотока	Клофенд
Гидрохлортиазид	10-25 мг/сут	Онкогенез в почках, нарушение электролитного равновесия	Гидрохлортиазид


## Госпитальный этап (палата интенсивной терапии)

- При АД выше 140/90 м рт.ст. – госпитализация в ПИТ роддома

**презклампсии:** АД, сознание, головная боль, боли в животе, темно-бурая кровотечения из влагалища, сыпь + УЗИ, диурез < КТГ & гипертония > 140/90 мм рт.ст., альбумин < 20 г/л, АЛТ > 100 УМ, лизоцим < кристаллы, катехоламин < нормы

периферическая вена

евого пузыря и почасовой контроль диуреза

!5% 20 мл в/в медленно (за 10 мин) и 100 мл рутино) 2 г/ч

узи: только кристаллойды (Рингер, Стерофундин) диурез более 0,5 мл/кг/ч

апия: метилдопа, нифедипин

рородовых путей

**Оценка тяжести**  
судороги, одышка, пурпурные пятна на коже, гипотония, слабость, тошнота, охриплость, гемосидероз

• Венозный доступ

• Катетеризация моч

• Магния сульфат 2 капельно (микрост

• Общий объем инф 40-80 мл/ч при диур

• Гипотензивная тер

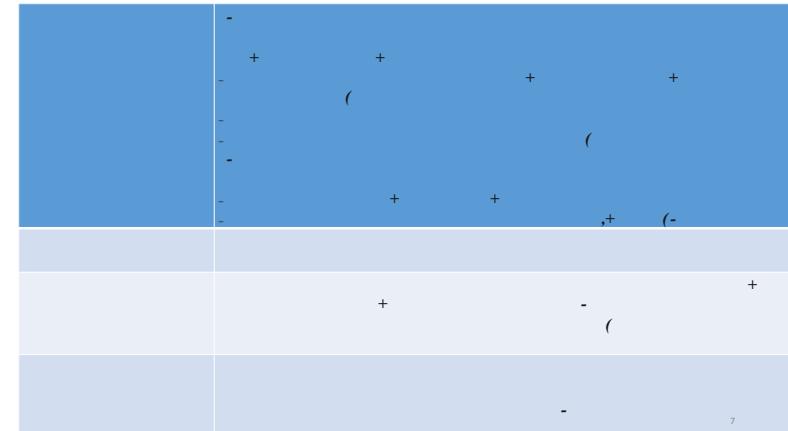
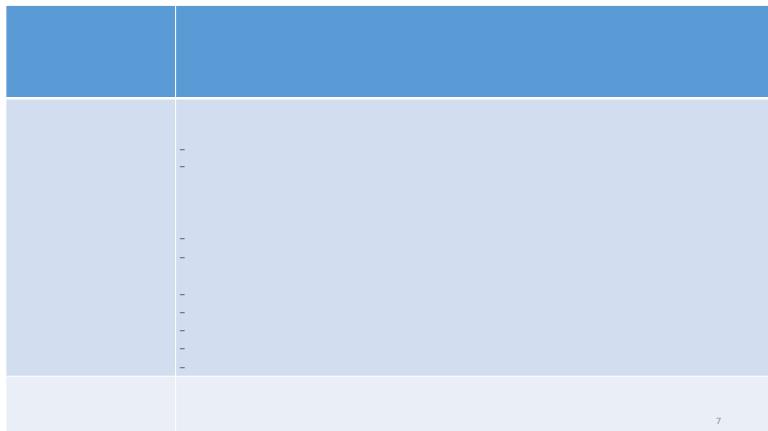
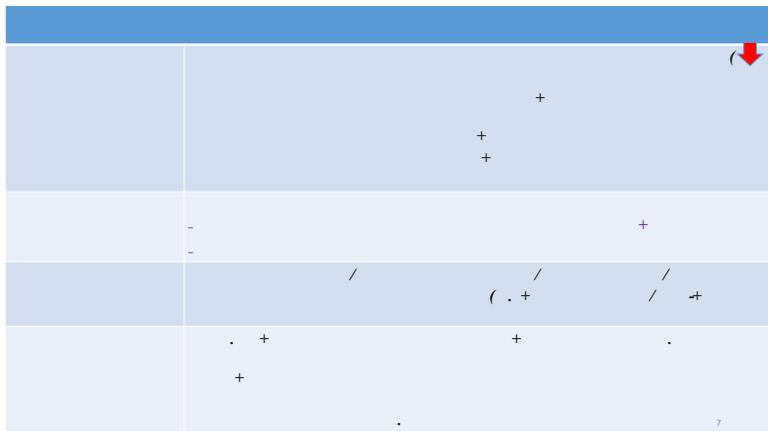
• Оценка состояния

## Главная опасность – недооценка степени тяжести гестоза (презклампсии)



несвоевременное родоразрешение – 77





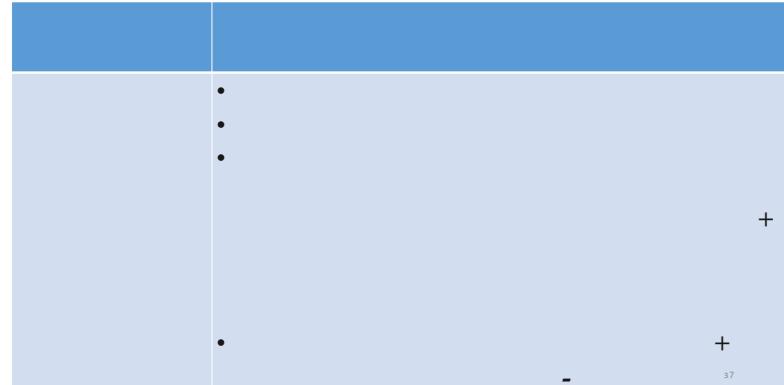
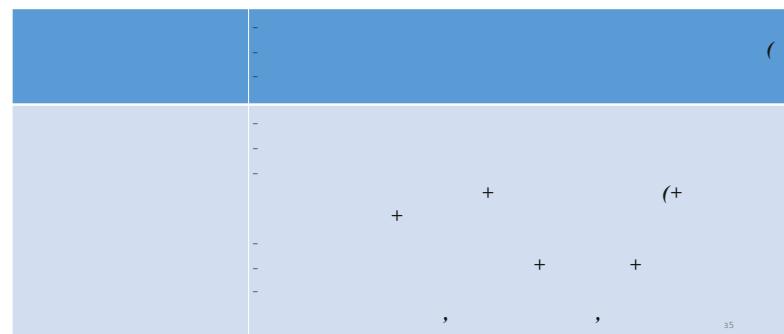
**Препарат выбора при преэклампсии и эклампсии – магния сульфат (уровень А) – противосудорожный препарат**

**Магния сульфат превосходит бензодиазепины, фенитоин (Duley L., Gulmezoglu A.M., 2003) и НИМОДИПИН (Belfort M.A., Anthony J., 2003) по эффективности профилактики эклампсии**

**Магния сульфат не увеличивает частоту операций кесарева сечения, кровотечений, инфекционных заболеваний и депрессии новорожденных** (Livingston J.C.,2003)

**Снижает риск эклампсии на 58%**

	<span style="font-size: 2em;">+</span> <span style="font-size: 1.5em;">+</span> <span style="font-size: 1.5em;">+</span> <span style="font-size: 1.5em;">-</span> <span style="font-size: 2em;">/</span> <span style="font-size: 1.5em;">+</span> <span style="font-size: 1.5em;">-</span> <span style="font-size: 2em;">/</span> <span style="font-size: 1.5em;">/</span>
Другие (кроме эклампсии) причины судорог во время беременности	Венозный тромбоз; Эпилепсия; Инсульт; Медикаментозное отравление; Гипогликемия ; Токсическое действие лекарственных веществ, применяемых для обезболивания родов или анестезии при операции кесарева сечения; Опухоль головного мозга; Черепно-мозговая травма



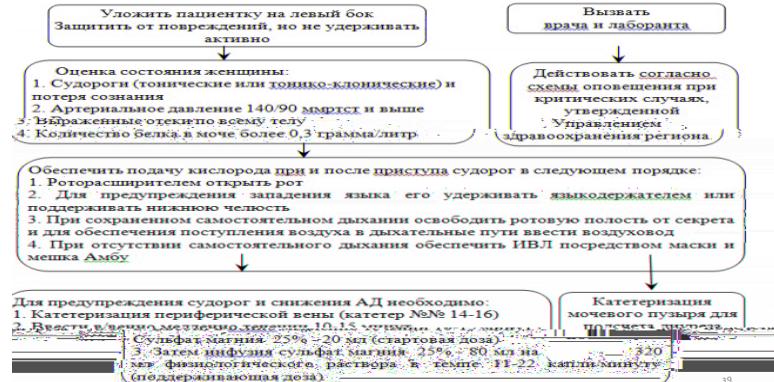
<b>После окончания судорог</b>	Обеспечить проходимость дыхательных путей (очистить ротовую полость от слизи и рвотных масс, если таковые имеются; при необходимости использовать отсос). Мероприятия по возобновлению адекватного газообмена: при сохранении спонтанного дыхания дать кислород со скоростью 4-6 л в минуту; при необходимости вставить воздуховод и обеспечить подачу женщине кислорода (можно через кислородный мешок или мешок Амбу); Не применять кетамин! Немедленно начать магнезальную терапию (см. выше); Если АД после введения нагрузочной дозы магнезия выше 150/100 мм рт.ст. начать антигипертензивную терапию, под контролем АД (не снижать АД ниже 140/90 мм рт.ст.); После окончания приступа судорог на фоне продолжающейся противосудорожной терапии и стабилизации перевести пациентку в палату/отделение интенсивной терапии.
--------------------------------	--

#### ВНИМАНИЕ!!!

Очень важным является предупреждение множественных судорог, т.к. при этом отмечаются доказанные признаки церебрального инфаркта АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА



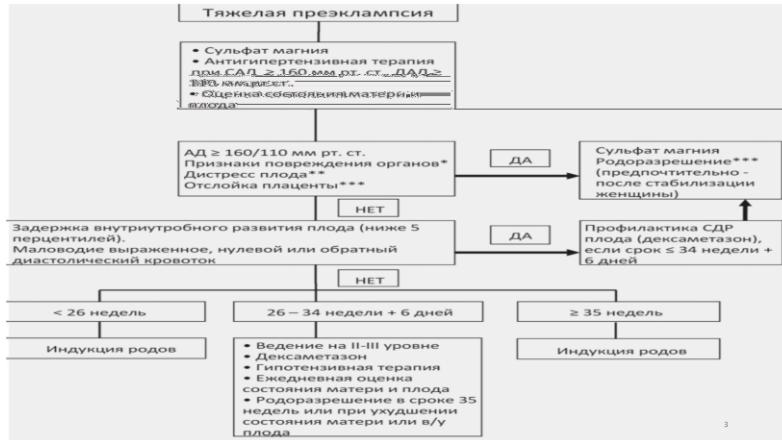
#### Алгоритм действий акушерки при эклампсии (при отсутствии врача)



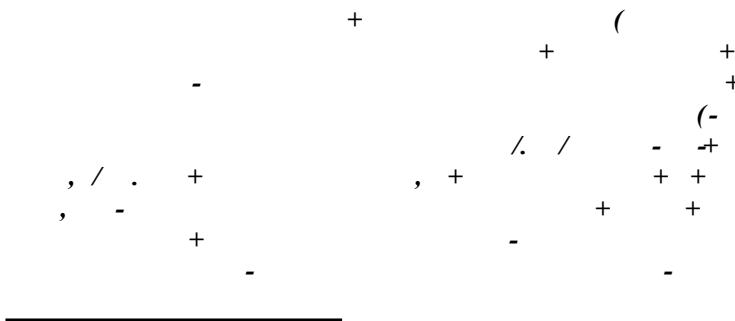
#### Возможности профилактики преэклампсии

Все женщины с факторами риска или АД > 140/90 мм рт.ст. должны наблюдаться во время беременности (уровень А)

- **Ацетилсалicyловая кислота (Аспирин) 75-100 мг/суточно – снижение риска развития преэклампсии на 15%, частоты преждевременных родов на 8%, смерти новорожденных на 14%.**
- Прием кальция -? При недостаточном поступлении кальция (менее 600 мг/суточки) рекомендован прием 1 г/суточно кальция
- Не влияет на развитие преэклампсии, но может быть полезным для других целей прием магния
- Не рекомендовано: ограничение соли, ограничение калорий и снижением веса у тучных женщин, прием мочегонных средств, профилактическая гипотензивная терапия, витамины С и Е
- Недостаточно данных для приема, гепарина, селена, цинка, пиридоксина, железа, поливитаминов, пищевых добавок



• ПРЕЭКЛАМПСИЯ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ЭКЛАМПСИЯ Н БИ Н К Т Ф Н  
Д И 751



Спасибо за внимание!

