



ПРЕЭКЛАМПСИЯ

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

1

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



7

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

Беременная А. поступила в приемный блок родильного отделения вашего роддома (1, 2 или 3 уровень ОЗ КР) с жалобами на боль в эпигастриальной области, головной 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»

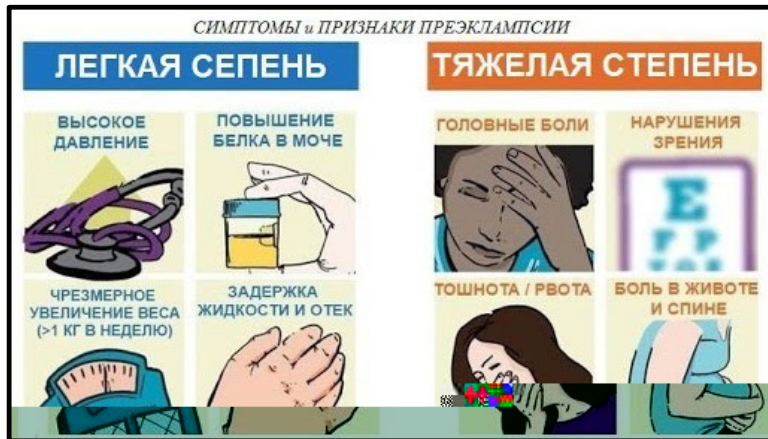
Burns J., 1832

-/	(
-	
-	
-	
-/	
-	
-	
-	

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

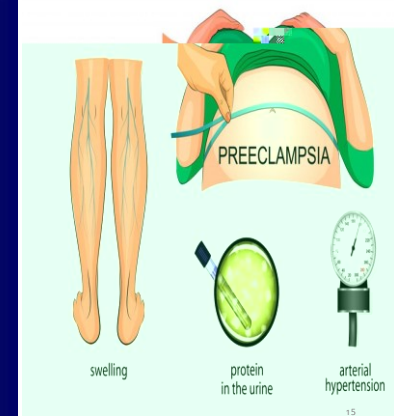
Диагностика преэклампсии





Триада Цангемейстера (1913 г.)

- ♦ Артериальная гипертензия
- ♦ Протеинурия
- ♦ Отечный синдром



• / (+

• . -

•

•

• +

•

- 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 полиорганной 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.

• ! ! +

, + + . (

, (+ .

, (+ . +

, . +

• +

• // (//

• / / (+ +

• / / (// (+

1

Препарат	Доза	Возможные побочные эффекты
Основной препарат		
па	0,5-3 г/сутки	Высокая безопасность (В)
Препараты второй линии		
тин	30-120 мг/сут	Ослабляет родовую деятельность
тин	240 мг/сут	Нет данных о безопасности
горы л)	Зависит от препарата	Снижение фетоплацентарного кровотока, брадикардия, гипогликемия, задержка развития плода
зин	50-300 мг/сут	Тромбоцитопения у новорожденных
ин	по 300 мг/сут	Клофелин
ин	по 300 мг/сут	Гидрохлортиазид
ин	по 300 мг/сут	Снижение результатов электролитного нарушения

[illegible]

/	/ + / (+
// (// // //	(

Госпитальный этап (палата интенсивной терапии)

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

[illegible]

Главная опасность – недооценка степени тяжести гестоза (преэклампсии)



несвоевременное родоразрешение –



	<div> <div></div> <div>+</div> <div>+</div> <div>+</div> </div>
-	+
-	/
	(. + / / +
	. + + .
	+ .
	.
	7

-	, /
-	. + . + . -
. // + , //	, //
-	. + . + / : -
-	, //
// + , //	. + . + / / . (
.	. + . + / / . +
.	.

-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
	7

-	+ + + +
-	(
-	
-	(
-	+ + + +
-	+ + + +
	+ - (+
	-
	7

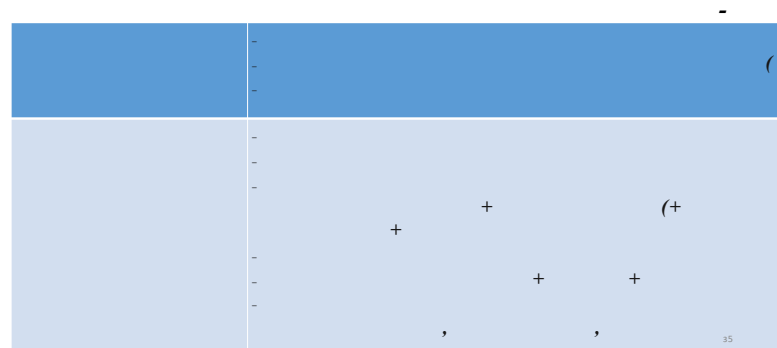
Препарат выбора при преэклампсии и эклампсии – магния сульфат (уровень А) – противосудорожный препарат

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%

7



35

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
Учитывая множество причин, способных вызвать судороги во время беременности, родов и послеродовом периоде, кроме эклампсии, необходимо как можно раньше оценить неврологический статус пациентки (в первую очередь уровень сознания и наличие очаговой симптоматики), особенно, в первые часы после родоразрешения	

31

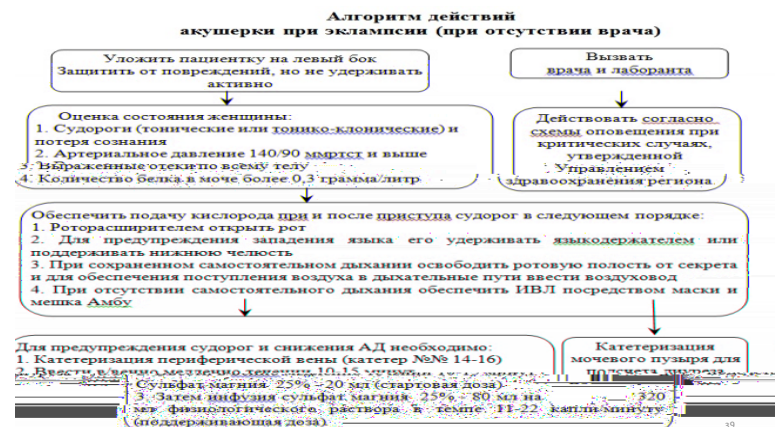
	• • •
	+
	•
	+
	-

37

После окончания судорог	<p>Обеспечить проходимость дыхательных путей (очистить ротовую полость от слизи и рвотных масс, если таковые имеются; при необходимости использовать отсос).</p> <p>Мероприятия по возобновлению адекватного газообмена: при сохраненном спонтанном дыхании 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!</p> <p>Немедленно начать магниевую терапию (см. выше); Если АД после введения нагрузочной дозы магния выше 150/100 мм рт.ст. начать антигипертензивную терапию, под контролем АД (не снижать АД ниже 140/90 мм рт.ст.);</p> <p>После окончания приступа судорог на фоне продолжающейся противосудорожной терапии и стабилизации перевести пациентку в палату/отделение интенсивной терапии.</p>
-------------------------	--

ВНИМАНИЕ!!!

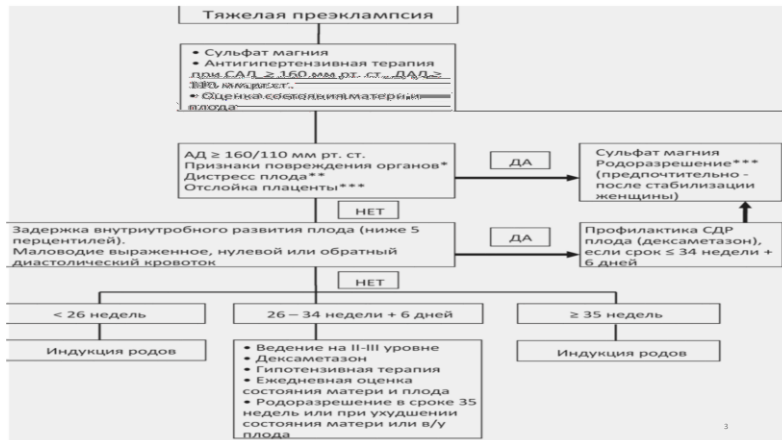
Очень важным является предупреждение множественных судорог, т.к. при этом отмечаются доказанные признаки церебрального инфаркта АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА



Возможности профилактики преэклампсии

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

- **Ацетилсалициловая кислота (Аспирин)** 75-100 мг/сутки – снижение риска развития преэклампсии на 15%, частоты преждевременных родов на 8%, смерти новорожденных на 14%.
- Прием кальция -? При недостаточном поступлении кальция (менее 600 мг/сутки) рекомендован прием 1 г/сутки 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 Ы Н К Т Ф Н
Д И 751

