





ГЕСТОЗ

Зав. кафедрой акушерства и гинекологии,
доцент М.В. Семенова, 2020



ГЕСТОЗЫ

РАННИЕ - ТОКСИКОЗЫ
(ПЕРВЫЙ ТРИМЕСТР
БЕРЕМЕННОСТИ)



РВОТА

СЛЮНОТЕЧЕНИЕ

ДЕРМАТОЗЫ ...

«ПОЗДНИЕ»
(ПОСЛЕ 20 НЕДЕЛЬ
БЕРЕМЕННОСТИ)



ОТЕКИ

ПРЕЭКЛАМПСИЯ
(умеренная, тяжелая)

ЭКЛАМПСИЯ



**ГЕСТОЗ –
НАРУШЕНИЕ
НЕЙРО –
ОБМЕННО –
ИММУННО –
ЭНДОКРИННОЙ
РЕГУЛЯЦИИ ГЕСТАЦИОННОГО
ПРОЦЕССА**

РВОТА БЕРЕМЕННЫХ

EMESIS GRAVIDARUM



Теории этиологии и патогенеза

- ✓ рефлекторная,
- ✓ неврогенная,
- ✓ гормональная,
- ✓ аллергическая,
- ✓ иммунная,
- ✓ кортико-висцеральная

Ведущая роль в патогенезе раннего гестоза (рвота) в настоящее время отводится нарушению *функционального состояния центральной нервной системы.*

Степени тяжести рвоты беременных

Симптомы	Легкая степень	Средняя степень	Тяжелая степень
Частота в сутки	3-5	6-10	Более 10 раз, вплоть до непрерывной
ЧСС	80-90	90-100	Более 100
Систолическое АД	120-110 мм рт.ст.	110-100 мм рт.ст.	Ниже 100 мм рт.ст.
Снижение массы тела в неделю	1-3 кг (до 5% исходной массы)	3-5 кг (6-10% исходной массы)	Свыше 5 кг (свыше 10% исходной массы)
Повышение температуры тела	Нет	Редко	У 35-80% больных
Желтушность склер и кожных покровов	Нет	У 5-7 % больных	У 20-30 % больных
Гипербилирубинемия	Нет	21-40 мкмоль/л	21-60 мкмоль/л

Степени тяжести рвоты беременных

Симптомы	Легкая степень	Средняя степень	Тяжелая степень
Сухость кожных покровов	+	++	+++
Стул	Ежедневно	Один раз в 2-3 дня	Задержка стула
Диурез	900-800 мл	800-700 мл	Менее 700 мл
Кетонурия	+, ++	+, ++, +++ (периодически у 20-50 % больных)	+++ , ++++ (у 70-100 % больных)



Комплексная терапия рвоты беременных включает препараты,

- ✓ воздействующие на ЦНС,
- ✓ нормализующие эндокринные и обменные нарушения (в частности, водно-электролитный баланс),
- ✓ антигистаминные средства,
- ✓ витамины,
- ✓ при лечении необходимо соблюдать лечебно-охранительный режим
- ✓ нельзя помещать в одну палату двух подобных больных, так как у выздоравливающей женщины может возникнуть рецидив заболевания под влиянием больной с продолжающейся рвотой.



НОРМАЛИЗАЦИЯ ФУНКЦИИ ЦНС: СЕДАТИВНЫЕ ТРАВЫ И ПРЕПАРАТЫ (ВАЛЕРИАНА, ПУСТЫРНИК, РЕЛАНИУМ)

Борьба с обезвоживанием: инфузионная терапия в количестве 2-2,5 л в сутки.

Ежедневно в течение 5-7 дней вводят раствор Рингера-Локка (1000- 1500 мл), 5% раствор глюкозы (500-1000 мл)

Коррекция гипопроteinемии: альбумин (10 или 20% раствор в количестве 100-150 мл).

При нарушении КОС рекомендуется внутривенное введение натрия гидрокарбоната (5% раствор).



Подавление возбудимости рвотного центра: церукал,

Основным правилом медикаментозной терапии при тяжелой и средней степени тяжести рвоты является парентеральный метод введения препаратов в течение 5-7 дней (до достижения стойкого эффекта).

Комплексная терапия рвоты беременных:

- ✓ внутримышечные инъекции витаминов (В1, В6, В12, С) и коферментов (кокарбоксилаза).
- ✓ антигистаминные препараты: дипразин (пипольфен, и др.).

**ПОКАЗАНИЯ К ПРЕРЫВАНИЮ
БЕРЕМЕННОСТИ:**

ПРОГРЕССИВНОЕ СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА

СТОЙКАЯ ТАХИКАРДИЯ

СТОЙКИЙ СУБФЕБРИЛИТЕТ

ЖЕЛТУШНОЕ ОКРАШИВАНИЕ КОЖИ И СКЛЕР

ОЛИГО- АНУРИЯ

СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ЦНС



Слюнотечение (ptyalismus) может сопровождать рвоту беременных, реже возникает как самостоятельная форма раннего токсикоза.

При выраженном слюнотечении за сутки беременная может терять 1 л жидкости. Обильное слюнотечение приводит к обезвоживанию организма, гипопроотеинемии, мацерации кожи лица, отрицательно влияет на психику.



- ✓ Лечение выраженного слюнотечения должно проводиться в стационаре.
- ✓ Полоскание полости рта настоем шалфея, ромашки, коры дуба, раствором ментола.
- ✓ При большой потере жидкости внутривенно капельно раствор Рингера— Локка, 5% раствор глюкозы.
- ✓ При значительной гипопроотеинемии показано вливание раствора альбумина.
- ✓ Подкожно назначают атропин 2 раза в день.
- ✓ Гипноз, иглорефлексотерапия.
- ✓ Для предупреждения и устранения мацерации слюной кожи лица используют смазывание ее цинковой пастой или пастой Лассара.

Дерматозы беременных — редкие формы раннего гестоза. Эта группа различных кожных заболеваний, которые возникают при беременности и проходят после ее окончания.

Наиболее частой формой дерматозов является зуд беременных (**pruritus gravidarum**). Он может ограничиваться областью вульвы, может распространяться по всему телу. Зуд может быть мучительным, вызывать раздражительность, нарушение сна.

Зуд беременных необходимо дифференцировать с патологическими состояниями, сопровождающимися зудом (сахарный диабет, грибковые заболевания кожи, трихомониаз, аллергические реакции, глистные инвазии).

Для лечения используют седативные средства, антигистаминные препараты, витамины группы В, общее ультрафиолетовое облучение.



Остеомаляция беременных (osteomalatia gravidarum) в выраженной форме встречается крайне редко.

Беременность в этих случаях абсолютно противопоказана.

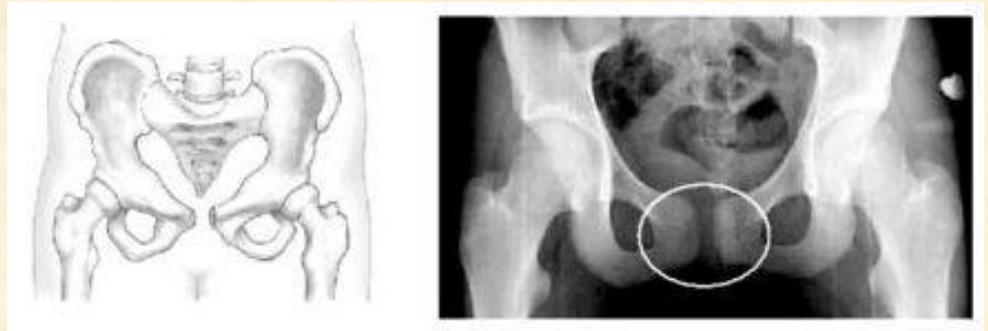
Чаще наблюдается стертая форма остеомаляции (симфизиопатия).

Заболевание связано с нарушением фосфорно-кальциевого обмена, декальцинацией и размягчением костей скелета.

Основными проявлениями симфизиопатии являются боли в ногах, костях таза, мышцах. Появляются общая слабость, утомляемость, парестезии; изменяется походка («утиная»), повышаются сухожильные рефлексы. Пальпация лобкового сочленения болезненна. При рентгенологическом и ультразвуковом исследовании таза иногда обнаруживается расхождение костей лобкового сочленения, *однако в отличие от истинной остеомаляции в костях отсутствуют деструктивные изменения.*

Стертая форма остеомаляции — **проявление гиповитаминоза D.**

Отсюда и лечение заболевания. Хороший эффект дает применение витамина D, рыбьего жира, общего ультрафиолетового облучения, прогестерона.



Профилактика.

Профилактика ранних гестозов заключается в своевременном лечении хронических заболеваний, борьбе с абортами, обеспечении беременной эмоционального покоя, устранении неблагоприятных воздействий внешней среды. Большое значение имеет ранняя диагностика и лечение начальных (легких) проявлений гестоза, что дает возможность предупредить развитие более тяжелых форм заболевания.

**ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ
РАССТРОЙСТВА.
ПРЕЭКЛАМПСИЯ.
ЭКЛАМПСИЯ.**

**Клинический протокол.
Москва, 2017**



Это
интересно
знать...

*Гипертензивные расстройства встречаются у **10 %** беременных.*

*Ежегодно во всем мире более **50 000** беременных женщин погибают из-за осложнений, связанных с артериальной гипертензией*

*Гипертензивные расстройства беременных являются причиной **20-25 %** случаев перинатальных потерь*

*Частота артериальной гипертензии среди беременных в **России** составляет от **5 до 30 %***

Классификация МКБ-10

Класс XV: беременность, роды и послеродовой период

Блок O10-O16: отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, родов и послеродовом периоде

<i>Хроническая артериальная гипертензия</i>	<i>Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период</i>
✓ Хроническая АГ (гипертоническая болезнь)	Существовавшая ранее эссенциальная, сердечно-сосудистая, почечная, сердечно-сосудистая и почечная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период
✓ Хроническая АГ (вторичная АГ)	Существовавшая ранее вторичная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период
✓ Хроническая АГ (неуточненная)	Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период, неуточненная
<i>Преэклампсия на фоне хронической АГ</i>	<i>Существовавшая ранее гипертензия с присоединившейся протеинурией</i>
<i>Гестационная АГ</i>	<i>Вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии</i>
<i>Преэклампсия (ПЭ)</i>	<i>Вызванная беременностью гипертензия со значительной протеинурией</i>
<i>Эклампсия</i>	<i>Эклампсия</i>



Артериальная гипертензия (АГ) – состояние, характеризующееся повышенным уровнем артериального давления (АД).

*Регистрация величины систолического давления крови выше **140 мм рт. ст.**, диастолического давления крови выше **90 мм рт. ст.** является достаточной для соответствия критериям артериальной гипертензии*

Хроническая артериальная гипертензия –

Хроническая АГ – АГ, диагностированная до наступления беременности или до 20-й недели беременности;

АГ, возникшая после 20-й недели беременности, но не исчезнувшая после родов в течение 12-ти недель, также классифицируется как

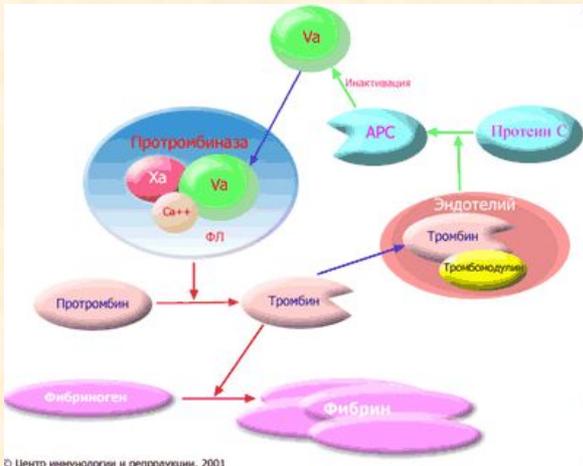
хроническая АГ, но уже ретроспективно. В этой ситуации после родов необходимо уточнение генеза АГ (гипертоническая болезнь или симптоматическая АГ).

Гестационная гипертензия – диагностированное повышение артериального давления после 20 недель беременности у женщин с нормальным АД в анамнезе, не сопровождающееся протеинурией, и нормализующееся за 12 недель после родов.

Диагноз «гестационная АГ» может быть выставлен только в период беременности. При сохранении повышенного АД к концу 12 недели после родов диагноз «гестационная АГ» меняется на диагноз «хроническая АГ» и уточняется после дополнительного обследования в соответствии с общепринятой классификацией АГ (ГБ или вторичная (симптоматическая) АГ)

Преэклампсия –

это состояние, при котором после 20 недель беременности развивается артериальная гипертензия наряду с протеинурией и (или) отеками.



© Центр гинекологии и репродукции, 2001

Ранняя – до 34 недель гестации,
поздняя – после 34 недель

Преэклампсия/эклампсия

на фоне хронической артериальной гипертензии

- ▣ Регистрируется впервые после 20 недель протеинурия (более 0,3 г/л в суточной моче или заметное увеличение ранее имевшейся протеинурии)
- ▣ Прогрессирование или нестабильная артериальная гипертензия (при постоянном контроле до 20 недель)
- ▣ Появление после 20 недель признаков полиорганной недостаточности

- **ОТЕКИ БЕРЕМЕННЫХ –**
ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ
МАССЫ ТЕЛА ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ
БЕРЕМЕННОСТИ (БОЛЕЕ 226,8 г).
- В норме увеличение массы тела беременной
женщины за неделю:
55 г на 10 кг исходной массы
или
22 г на 10 см
роста



Преэклампсия

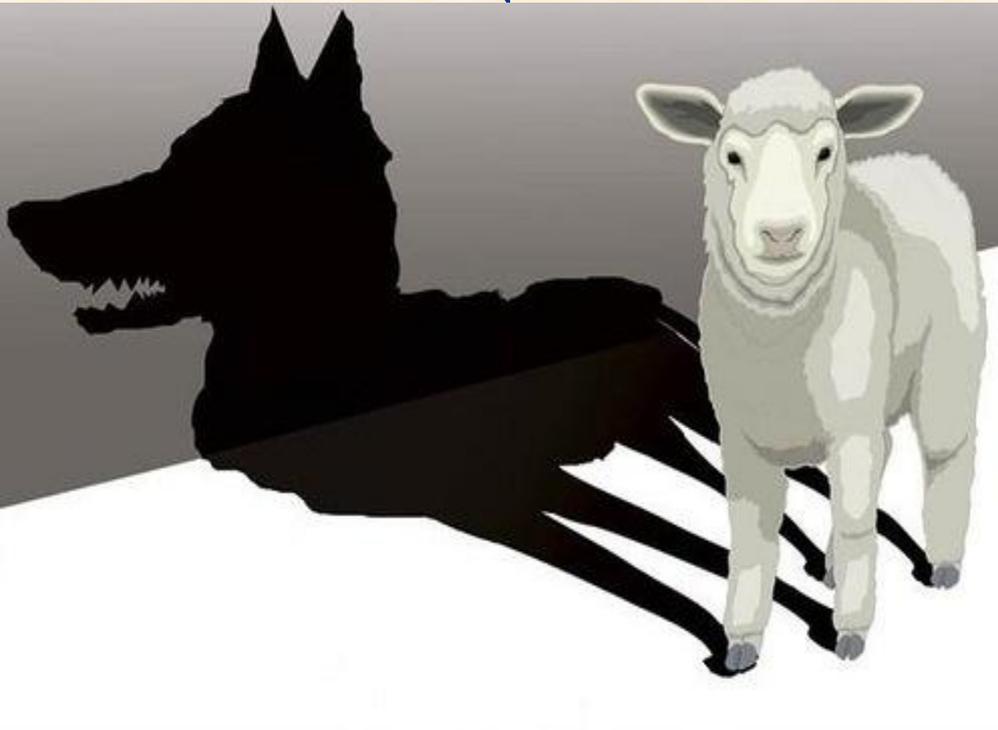
✓ СИНДРОМ ПОЛИОРГАННОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ,

✓ ВОЗНИКАЮЩИЙ В СВЯЗИ С
БЕРЕМЕННОСТЬЮ,

✓ В ОСНОВЕ КОТОРОГО ЛЕЖИТ УВЕЛИЧЕНИЕ
ПРОНИЦАЕМОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И
ДРУГИХ МЕМБРАН,

✓ СВЯЗАННЫЕ
С ЭТИМ

ВОЛЕМИЧЕСКИЕ
ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ
НАРУШЕНИЯ.



- **Классификация гестоза по МКБ X пересмотра**

- **О12 Вызванные беременностью отеки и протеинурия без гипертензии**
 - О12.0 Вызванные беременностью отеки
 - О12.1 Вызванная беременностью протеинурия
 - О12.2 Вызванные беременностью отеки с протеинурией
- **О13 Вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии**
 - Вызванная беременностью гипертензия БДУ
 - Легкая преэклампсия [нефропатия легкой степени]
- **О14 Вызванная беременностью гипертензия со значительной протеинурией**
 - Исключена: присоединившаяся преэклампсия (О11)
 - О14.0 Преэклампсия [нефропатия] средней тяжести
 - О14.1 Тяжелая преэклампсия
 - О14.9 Преэклампсия [нефропатия] неуточненная
- **О15 Эклампсия**
 - Включены: судороги, вызванные состояниями, классифицированными
 - в рубриках О10-О14 и О16
 - О15.0 Эклампсия во время беременности
 - О15.1 Эклампсия в родах
 - О15.2 Эклампсия в послеродовом периоде
 - О15.9 Эклампсия неуточненная по срокам

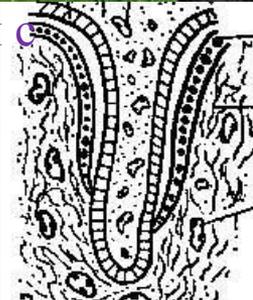
Значительная протеинурия - $\geq 0,3$ г/л в сутки

Эпителиохориальная плацента (свиньи, лошади, верблюды и некоторые другие млекопитающие). При образовании ее на поверхности хориона появляются ворсинки в форме небольших бугорков.

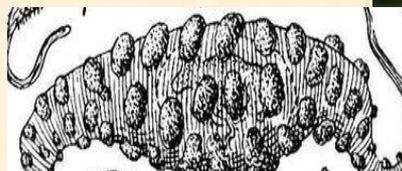
Тип плаценты:
диффузная



Десмохориальная плацента, или соединительнотканная, свойственна жвачным. В месте соприкосновения с ворсинками хориона эпителий слизистой оболочки матки разрушается.



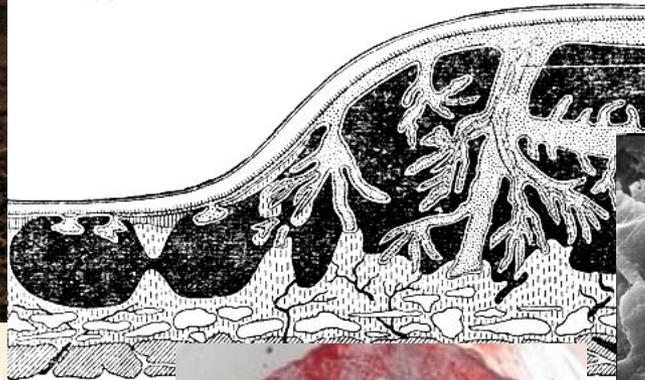
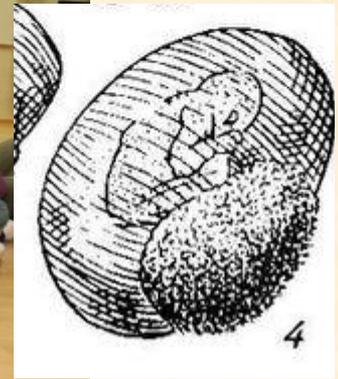
Эндотелиохориальная плацента характеризуется разрушениями не только эпителий слизистой матки, но и соединительной ткани. Такой плацентой обладают



Тип плаценты:
котилодонная



Тип плаценты:
волясковидная



**Плацента человека – гемохориальный
тип строения
Простая дискоидальная**



ГРУППА РИСКА

- Экстрагенитальная патология – гипертоническая болезнь, заболевания почек, заболевания печени, сахарный диабет (ОР=3,6), АФС (ОР=9,7)
- Преэклампсия в семейном анамнезе или при предыдущей беременности (ОР=2,9)
- Возраст старше 35 и моложе 18 лет (ОР=1,8)
- Акушерские осложнения: многоплодие (ОР=2,9)
- Первая беременность (ОР=2,9)
- Повторнородящие с ПЭ в анамнезе (ОР=7,2)
- Индекс массы тела 35 и выше (ОР=1,6)
- Диастолическое АД 80 мм рт.ст. и выше
- Протеинурия при постановке на учет ($\geq 1+$ тест-полоска при двукратном тестировании или ≥ 300 мг/л в суточной порции)
- Иммуноконфликтная беременность
- Низкий социальный статус



Классификация степени повышения уровня АД (мм рт. ст.) 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



После выявления АГ у беременной следует обследовать пациентку с целью:

- - уточнения происхождения гипертензивного синдрома, исключения симптоматической АГ
- - определения тяжести АГ
- - выявления сопутствующих органических нарушений, включая состояние органов-мишеней, плаценты и плода



При подозрении на преэклампсию сделать:

- ✓ Госпитализировать женщину в учреждение II-III уровня для уточнения диагноза и решения вопроса о дальнейшей тактике ведения беременности
- ✓ Перевод должен осуществляться санитарным транспортом в сопровождении медицинского персонала
- ✓ При тяжелой преэклампсии перевод осуществляется только реанимационной бригадой
- ✓ При умеренной ПЭ возможна госпитализация в отделение патологии беременности
- ✓ При тяжелой ПЭ госпитализация только в ПИТ (реанимационно-анестезиологическое отделение)

ОБЪЕМ ОБСЛЕДОВАНИЯ

ИССЛЕДОВАНИЕ

ОСОБОЕ ВНИМАНИЕ

ВОЗМОЖНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ, ТЕНДЕНЦИИ

Полный анализ
крови

Кол-во эритроцитов

Более 3,5 млн./мл

Кол-во тромбоцитов

Снижение

Гемоглобин

Более 120 г/л

Гематокрит

Более 38%

Время кровотечения,
свертывания

Удлинение или
уменьшение

Биохимическое
исследование
крови

АЛТ, АСТ, билирубин,
креатинин, мочевины, Д-
димеры, РКФМ

Тенденция к
повышению/
повышение

Общий белок

Снижение, особенно
альбумины

ОБЪЕМ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Исследование	ОСОБОЕ ВНИМАНИЕ	ВОЗМОЖНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ, ТЕНДЕНЦИИ
ИРГТ	Тип гемодинамики	Гиперкинетический Эукинетический Гипокинетический
УЗИ плода и плаценты	Признаки хронической плацентарной недостаточности, гипоксии плода, задержки роста плода	
КТГ	Признаки хронической гипоксии плода	
УЗДГ	Нарушение гемодинамики (маточные артерии, артерия пуповины, нисходящая часть грудного отдела аорты плода, средняя мозговая артерия)	
Дополнительно консультация окулиста, нефролога, терапевта, кардиолога и т.д. ЭКГ		

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

✓ Критерии артериальной гипертензии во время беременности.

Критериями диагностики АГ являются: систолическое АД \geq 140 мм рт. ст. и/или диастолическое АД \geq 90 мм рт. ст.

✓ 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**

NB! Для оценки истинного уровня протеинурии необходимо исключить наличие инфекции мочевыделительной системы.

NB! Патологическая протеинурия (более 5 г/л в суточной моче) у беременных является первым признаком полиорганных поражений

Выраженная протеинурия \geq 5 г/л в суточной моче, или \geq 3 г/л в двух порциях мочи, взятых с интервалом в 6 часов.

ПРЕЭКЛАМПСИЯ



Умеренная
Тяжелая



Выраженность
клинических
проявлений



Длительность
течения



Состояние
плода



Осложнения тяжелой
преэклампсии:

Эклампсия

HELLP- синдром

Острый жировой гепатоз
беременных

Преждевременная отслойка
нормально расположенной
плаценты

Внутричерепные кровоизлияния

ДВС-синдром

Высокая перинатальная
смертность

Материнская смертность

Выделение степеней тяжести ПЭ принципиально для определения тактики ведения беременных:

- 1. При умеренно выраженной ПЭ необходима госпитализация и тщательный мониторинг состояния беременной, но при этом возможно некоторое пролонгирование беременности.
- 2. При тяжелой ПЭ необходимо решение вопроса о родоразрешении немедленно после стабилизации состояния матери, при возможности после проведения антенатальной кортикостероидной терапии и перевода матери на более высокий уровень оказания помощи при сроке беременности менее 34 н.г.



**НЕСОВЕРШЕНСТ
ВО
ВТОРОЙ ВОЛНЫ
ИНВАЗИИ
ТРОФОБЛАСТА
(16-18 н.г.)**

**ПЛАЦЕНТАРНАЯ
ИШЕМИЯ**

**ГЕНЕРАЛИЗОВ
АННЫЙ
СОСУДИСТЫЙ
СПАЗМ**

**НЕПОЛНОЦЕН
НЫЙ
ПЛАЦЕНТАРН
ЫЙ
БАРЬЕР**

**УСИЛЕНИЕ
ПРОНИКНОВЕНИЯ
ИММУННЫХ
КОМПЛЕКСОВ
В ОРГАНИЗМ
МАТЕРИ**





**Нарушение реологических свойств крови
ДВС-синдром
Гипоксия органов и тканей**



Полиорганная недостаточность

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРЕЭКЛАМПСИИ ГОЕК-САВЕЛЬЕВОЙ

СИМПТОМЫ	БАЛЛЫ			
	0	1	2	3
ОТЕКИ	Нет	На голенях /патологическая прибавка массы/	На голенях, передней брюшной стенке	Генерализован- ные
Протеинурия, г/л	Нет	0,033 – 0,132	0,133 – 1,0	Более 1,0
Систолическое АД, мм рт.ст.	Менее 130	130 - 150	150 - 170	Более 170
Диастоличес- кое АД, мм рт.ст.	До 85	85 - 90	90 - 110	Более 110
Срок выявления гестоза	Нет	36 – 40 н.г. или в родах	35 - 30 н.г.	24 – 30 н.г.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

СИМПТОМЫ	БАЛЛЫ			
	0	1	2	3
Задержка роста плода	нет	нет	На 1 - 2 н.г.	На 3 и более недель
Фоновые заболевания	нет	Проявление заболевания до беременности	Проявление заболевания во время беременности	Проявление заболевания до и во время беременности
Степень тяжести ПЭ	До 11 баллов – умеренная преэклампсия 12 и более баллов – тяжелая преэклампсия			

ПРЕЭКЛАМПСИЯ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

- АД сист выше 160 мм.рт.ст,
АД диаст выше 110 мм рт.ст.
- Выраженная протеинурия ≥ 5 г/л в суточной моче, или ≥ 3 г/л в двух порциях мочи, взятых с интервалом в 6 часов.
- Тромбоциты ниже 150 000 в мл
- Креатинин крови выше 300 мкмоль/л
- Начинается после 22-24 н.г., ВСЕГДА на фоне экстрагенитальной патологии ЗРП 3 степени
- родоразрешение после интенсивной подготовки (4-6 часов, до 1 суток)
- Общая отечность, анасарка

УМЕРЕННАЯ ПРЕЭКЛАМПСИЯ

Артериальная
гипертензия:

САД <159 мм рт ст.,

ДАД <109 мм рт.ст.

Протеинурия $\geq 0,3$ г/л в
суточной моче.

Тяжелая преэклампсия – преэклампсия с тяжелой артериальной гипертензией и/или клиническими и/или биохимическими и/или гематологическими проявлениями

Клинические критерии тяжелой ПЭ

- 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 100×10^6 /л);
- HELLP синдром;
- Подтверждение страдания плода (задержка роста плода, маловодие, отрицательный нестрессовый тест).

Симптомы и симптомокомплексы, появление которых указывает на развитие критической ситуации

- Боль в груди
- Одышка
- Отек легких
- Тромбоцитопения
- Повышение уровня печеночных трансаминаз
- HELLP-синдром
- Уровень креатинина более 90 мкмоль/л
- Диастолическое АД более 110 мм рт.ст.
- Влагалищное кровотечение (любой объем)

Предикторы ПЭ в ранние сроки беременности

На сегодняшний день не существует ни одного теста, с достаточными чувствительностью и специфичностью обеспечивающего раннюю диагностику/выявление риска развития ПЭ.

Как дополнение к анамнестическим и данным наружного осмотра (среднее АД, ИМТ, первая беременность или ПЭ в анамнезе рассматривается комбинация тестов, включающая: УЗ-доплерометрию маточных артерий, УЗ-оценку структуры плаценты, биохимические тесты.

Имеется опыт использования следующих комбинаций тестов:

а) Пульсационный индекс в маточных артериях (отношение разницы между максимальной систолической и конечной диастолической скоростями к средней скорости кровотока)

- Индекс резистентности

- PAPP-A (связанный с беременностью плазменный протеин А) - снижение в первом триместре <5-й процентиля

- AFP (альфа фетопроtein) - необъяснимое другими причинами повышение во втором триместре

- hCG (хорионический гонадотропин) - повышение во втором триместре >3 МоМ

- Ингибин А - повышение в первом или втором триместре

- sFlt-1 и PlGF. Повышение уровня sFlt-1 фиксируется за 5 недель до клинических проявлений преэклампсии. Этим изменениям в свою очередь предшествует низкая плазменная концентрация свободного PlGF, отмечающаяся на 13-16 неделях беременности

ОСЛОЖНЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ПЭ

ЭКЛАМПСИЯ

**ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА
НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ
ПЛАЦЕНТЫ**

КРОВОИЗЛИЯНИЯ В МОЗГ

ОСТРЫЙ ЖИРОВОЙ ГЕПАТОЗ

HELLP – СИНДРОМ

**МАССИВНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ (ДВС-
СИНДРОМ)**

АНТЕНАТАЛЬНАЯ ГИБЕЛЬ ПЛОДА

Основные симптомы, предшествующие эклампсии

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%

ЭКЛАМПСИЯ

- ПОЯВЛЕНИЕ ОДНОЙ ИЛИ БОЛЕЕ СУДОРОВ , НЕ ИМЕЮЩИХ ОТНОШЕНИЯ К ДРУГИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ МОЗГОВЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ
- 50% - ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ (20% - ДО 31 Н.Г.)
- ПРИ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ 75% СЛУЧАЕВ ЭКЛАМПСИИ НАБЛЮДАЕТСЯ В РОДАХ ИЛИ В ТЕЧЕНИЕ 6 ЧАСОВ ПОСЛЕ НИХ
- В 16% СЛУЧАЕВ ЭКЛАМПСИЯ ВОЗНИКАЕТ В ИНТЕРВАЛЕ ОТ 48 ЧАСОВ ДО 4 НЕДЕЛЬ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА.
- ЕСЛИ ПРИЧИНА СУДОРОВ НЕ ОПРЕДЕЛЕНА, НЕОБХОДИМО ВЕСТИ ЖЕНЩИНУ, КАК В СЛУЧАЕ ЭКЛАМПСИИ И ПРОДОЛЖАТЬ ВЫЯСНЕНИЕ ИСТИННОЙ ПРИЧИНЫ СУДОРОВ



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)

Эклампсия -
ἔκλαμψις –
вспышка



ПЕРИОДЫ СУДОРОЖНОГО ПРИПАДКА:

- Предсудорожный период
- Период тонических судорог
- Период клонических судорог
- Период разрешения припадка

При развитии судорожного приступа во время беременности необходимо провести дифференциальный диагноз со следующими заболеваниями:

- Сосудистые заболевания ЦНС
- Ишемический/геморрагический инсульт
- Внутримозговое кровоизлияние/аневризмы
- Тромбоз вен сосудов головного мозга
- Опухоли головного мозга
- Абсцессы головного мозга
- Артерио-венозные мальформации
- Инфекции (энцефалит, менингит)
- Эпилепсия
- Действие препаратов (амфетамин, кокаин, теофиллин, хлорзапин)
- Гипонатриемия, гипокалиемия
- Гипергликемия
- Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура
- Постпункционный синдром

ПОМОЩЬ ВО ВРЕМЯ СУДОРОГ

Не оставлять женщину одну

Защитить пациентку от повреждений, но не удерживать ее активно

Подготовить оборудование: воздуховоды, отсос, маску и мешок, кислород), обеспечить подачу кислорода со скоростью 4-6 л/мин

Уложить женщину на левый бок

После судорог очистить отсосом ротовую полость и гортань
Немедленно начать магниальную терапию

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ИВЛ

Отсутствие адекватного самостоятельного дыхания (экламptический статус, экламptическая кома, отек легких, снижение сатурации ниже 80%). Отсроченная экстубация.

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА

Родоразрешение после предоперационной подготовки путем кесарева сечения.

Дополнительные лучевые методы диагностики.

Показания для проведения компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии головного мозга:

- судорожный приступ, зафиксированный ранее 20-й недели беременности или в первые двое суток после родов;
- эклампсия, резистентная к терапии магния сульфатом при наличии грубой очаговой неврологической симптоматики;
- гемипарез;
- кома, сохраняющаяся после отмены седативной терапии в течение 24 часов.



?

- Подозрение на присоединение преэклампсии, диагностика, дифференциальная диагностика

- **Преэклампсия**

- Выбор тактики ведения беременности и родов...

!

Родо-
разре-
шение

Пролонгирование
беременности



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

Тактика ведения тяжелой ПЭ в зависимости от срока беременности согласно рекомендациям ВОЗ:

22-24 нед → прекращение опасной беременности.

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

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

≥ 34 нед → лечение, подготовка, родоразрешение.

**СПОНТАННЫЕ РОДЫ
ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ
УМЕРЕННОЙ,
УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОМ
СОСТОЯНИИ ЖЕНЩИНЫ
И ПЛОДА, ВОЗМОЖНОСТИ
БЫСТРОГО
РОДРАЗРЕШЕНИЯ**



**ПРОГРАММИРОВАННЫЕ
РОДЫ
УМЕРЕННАЯ
ПРЕЭКЛАМПСИЯ
«ЗРЕЛОЙ» ШЕЙКЕ МАТКИ,
УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОМ
СОСТОЯНИИ
ЖЕНЩИНЫ И ПЛОДА**

СПОСОБ РОДРАЗРЕШЕНИЯ

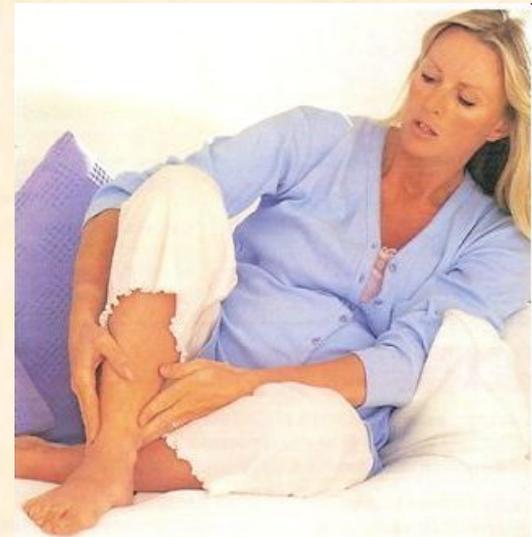
**КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ:
ТЯЖЕЛАЯ ПРЕЭКЛАМПСИЯ,
ОСЛОЖНЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ПЭ,
СОЧЕТАНИЕ ПЭ С АКУШЕРСКОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ, СТРАДАНИЕ
ПЛОДА, ОТСУТСТВИЕ
ГОТОВНОСТИ РОДОВЫХ ПУТЕЙ**



ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ РОДОВ

- Родоразрешение при готовности родовых путей
- **Ранняя амниотомия**
- Максимальное обезболивание (спазмолитики, анальгетики, паравертебральная аналгезия, пудендальная аналгезия, эпидуральная аналгезия)
- Мониторный контроль состояния плода (КТГ)
- **Контроль АД**
- Продолжается прием антигипертензивных препаратов
- **При отклонении от нормального течения – роды заканчиваются операцией кесарева сечения.**

**• В послеродовом
(послеоперационном)
периоде продолжается терапия
преэклампсии до исчезновения
основных проявлений.**



Клиническая ситуация

*Женщина взята на диспансерное наблюдение
05.05.14 г. при сроке беременности 5-6 недель.*

Из анамнеза: настоящая беременность вторая.

Первая закончилась операцией кесарева сечения по поводу тяжелой преэклампсии, выявленной в родах, в 2007 г.

Перенесенные и имеющиеся хронические экстрагенитальные заболевания:

ОРЗ, хронический тонзиллит, острый пиелонефрит (не указано когда это было), хронический фарингит.

Относилась ли женщина к группе риска развития ПЭ?

Группа риска:

Первая беременность (ОР=2,91)

ПЭ в анамнезе (ОР=7,2)

Семейный анамнез (ОР=2,9)

*Экстрагенитальные заболевания
(хроническая АГ, заболевания почек,
коллагенозы, заболевания сосудов)*

Сахарный диабет (ОР=3,56)

АФС (ОР=9,2)

ДА !!!

Течение настоящей беременности:

- ✓ Острый ринофарингит в 11 н.г.
- ✓ Снижение показателей сывороточных маркеров (Плацентоцентез **08.07.2015**; кордоцентез 03.08.2015 г. Патологии плода не обнаружено).
- ✓ С **16-17 н.г.** наблюдается патологическая прибавка массы тела, пульсовое артериальное давление 20-30 мм рт.ст.
- ✓ Угроза прерывания беременности в 16-17 н.г.

- ✓ АД не превышает 120/90-110/80 мм рт.ст.
- ✓ Самочувствие не страдает

- ✓ **ПОКА...НЕ СТРАДАЕТ...**

ТЕЧЕНИЕ НАСТОЯЩЕЙ

ДАТА, СРОК	Мнение акушера	Мнение терапевта	Назначения
29.07 21 н.г.	АД=144/104-140/103 мм рт. ст. Дз: Бер. 21 нд. Угроза невынашивания. Рубец на матке. ВСД по гиперт.типу		Конс.терапевта Конс. Кардиолога «табл. Пустырника 30 кап. 3 раза в день» Допегит 1 т 3 раза в день
05.08 22-23 н.г.	Жалобы на головную боль. АД=130/90-140/100 мм рт. ст. Отеки кистей рук. Дз: Бер. 22-23 нд. Гестационная АГ? Патологическая прибавка массы тела	Жалобы на головную боль, тяжесть в голове. АД=135/80 мм рт.ст. Дз: ВСД по гипертоническому типу. Синусовая тахикардия. ХСН ₀	Конс.терапевта cito! Ан. мочи cito! Конс. Кардиолога. Допегит 1 т 3 раза в день Терапевт: СМАД, ЭхоКГ Магнерот Допегит 1 т 3 раза в день
07.08 23 н.г.	АД=130/90-120/80 мм рт.ст. Дз: Бер. 23 нд. Гестационная АГ?		Суточная протеинурия Контроль диуреза Допегит 1 т 6 раз в день
08.08 23 н.г.		Дз: Бер.23 нд. ГБ?	ЭКГ, ЭхоКГ Ограничение соли, воды Допегит 1 т 3 раза в день

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

✓ Критерии артериальной гипертензии во время беременности.

Критериями диагностики АГ являются: систолическое АД \geq 140 мм рт. ст. и/или диастолическое АД \geq 90 мм рт. ст.

✓ 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**

NB! Для оценки истинного уровня протеинурии необходимо исключить наличие инфекции мочевыделительной системы.

NB! Патологическая протеинурия (более 5 г/л в суточной моче) у беременных является первым признаком полиорганных поражений

Классификация степени повышения уровня АД у беременных

Категории АД	САД	ДАД
Нормальное АД	< 140	< 90
Умеренная АГ	140-159	90-109
Тяжелая АГ	160	≥100

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 ≥ 100 мм рт. ст. при тяжелой АГ ассоциируется с высоким риском развития инсульта.

ТЕЧЕНИЕ НАСТОЯЩЕЙ

ДАТА, СРОК	Мнение акушера	Мнение терапевта	Назначения
11.08 23 н.г.		Жалобы на тяжесть в голове, <i>головную боль</i> . Пришла с результатами ЭхоКГ. СМАД не сделала. АД=130/85 мм рт.ст. Дз: ВСД по гипертоническому типу. ХСН ₀ Бер.23 нд.	СМАД, ЭКГ Допегит 1 т 3 раза в день
14.08 23-24 н.г.		АД=115/70 мм рт.ст. Дз: ВСД по гипертоническому типу. ХСН ₀ Бер.23 нд.	СМАД, суточная протеинурия
24.08 25-26 н.г.		Жалобы на сохраняющуюся тяжесть в голове, повышение АД до 140/85 мм рт.ст (по дневнику контроля). На приеме АД=135/80 мм рт.ст.	Допегит 2 т (утро), затем по 1 т (обед, вечер). УЗИ почек Явка 02.09
27.08 25-26 н.г.	АД=120/80 мм рт.ст. Пастозность голеней. Дз: Бер. 25-26 нд. Гипертоническая болезнь 2 степени I стадии, риск 1.	Жалобы на тяжесть в голове, повышение АД до 140/90 мм рт.ст (на приеме такое же). Дз: Артериальная гипертония 2 степени I стадии, риск 2 (гестационная). ХСН ₀	Допегит 2 т 3 раза в день Плановая госпитализация в ЖКО на 08.09.

Что не сделано за 25-26 н.г.??

Женщина так и не была обследована в необходимом объеме!!

ТЕЧЕНИЕ НАСТОЯЩЕЙ

ДАТА, СРОК	Мнение акушера	Мнение терапевта	Назначения
02.09 26-27 н.г.		На повышение АД до 160/100 мм рт.ст. на приеме АД=140/90 мм рт.ст. отеки ног. Дз: Артериальная гипертония 2 степени I стадии, риск 2 (гестационная). ХСН ₀	Допегит 2 т 3 раза в день Курантил 25 мг 3 раза в день Магнерот Лечение в дневном стационаре с 03.09: Сульфат магния 25%-10 мл+физиологический раствор 100 мл внутривенно капельно.
04.09 27 н.г.	АД=158/99-141/101 мм рт.ст. Протеинурия 1 г. Дз: Бер. 26-27 нд. Преэклампсия тяжелой степени.		Экстренная госпитализация в родильный дом...

- **ПРЕЭКЛАМПСИЯ**

- Плацентарная ишемия

Полиорганная

- Гипертензия с поражением органов-мишеней

- Спазм сосудов

- Гипоксемия

недостаточность

- Нарушение реологических свойств крови

- Синдром ДВС

ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕЭКЛАПСИИ

Предотвращение судорог (прогрессирование патологии до эклампсии)

Контроль АД. Стабилизация в пределах
140-150/90-105 мм рт.ст.

Тщательный мониторинг состояния беременной
и плода, профилактика осложнений



Противосудорожная терапия

Препарат выбора – сульфат
магния

Способ введения – ТОЛЬКО
внутривенно

Нагрузочная доза - 4-6 г сухого вещества в течение 5-10
минут (20мл 25% раствора = 5 г сухого вещества)
Поддерживающая доза 1-2 г сухого вещества в час

Сульфат магния (сернокислая магнезия)

- Седативное, противосудорожное, антиагрегантное действие
- Гипотензивное действие (выброс простаглицлина, активность ренина и АПФ)
- Увеличивает маточный, почечный кровоток
- Не оказывает отрицательного действия на плод (обладает нейропротективным действием)





Симптомы передозировки сульфата магния

Артериальная гипотония, аритмия

Покраснение лица, тошнота, рвота,
дремота, невнятная речь, двоение в
глазах

Угнетение дыхания (ЧДД менее 16 в минуту),
олигурия (менее 30 мл в час), снижение или
исчезновение коленного рефлекса

**При передозировке сульфата магния – прекратить
введение препарата и ввести 10 мл 10% раствора
глюконата кальция в течение 10 минут**



Инфузионная терапия – не более 80 мл/час, 10-15 мл /кг массы тела в сутки : кристаллоиды, гидроксипропилированные крахмалы (рефортан, стабизол, волекам, волювен...)

Антигипертензивная терапия:

Обязательно назначение терапии при АД более 160/110 мм рт.ст.

Цель – уровень АД \leq 150/100 мм рт. ст.

Нет убедительных доказательств преимущества какого-либо препарата при тяжелой ПЭ.

Тактика антигипертензивной терапии при ПЭ

- Антигипертензивная терапия проводится под постоянным контролем состояния плода, так как снижение плацентарного кровотока способствует прогрессированию функциональных нарушений у плода.
- При развитии умеренной ПЭ до 34 недель беременности может быть использована консервативная медикаментозная терапия, которая проводится в условиях стационара, сопровождается тщательным наблюдением и завершается подготовкой родов и их проведением
- ПЭ может развиваться внезапно, поэтому профилактика сердечно-сосудистых осложнений, связанных с быстрым и значимым повышением уровня АД, является важной целью лечения и определяет выбор антигипертензивного препарата

Тактика лечения ПЭ на фоне хронической АГ

- Принципы терапии аналогичны таковым при ПЭ без предварительного гипертензивного синдрома.
- У пациенток с хронической АГ при присоединении ПЭ вероятность развития тяжелой АГ выше в сравнении с беременными, не имевшими исходно повышенного АД.
- В этой группе чаще применяется сочетанная антигипертензивная терапия с применением комбинаций из двух-трех препаратов.

NB! Критерии начала антигипертензивной терапии при ПЭ:

АД \geq 140/90 мм рт. ст. (130/80 мм рт.ст)

□ Целевой (безопасный для матери и плода)

уровень АД при

проведении антигипертензивной терапии

(С-4) :

- САД 130-150 мм рт. ст.

- ДАД 80-95 мм рт.ст.

Основные лекарственные средства для плановой терапии артериальной гипертензии у беременных

Препарат	Форма выпуска, дозы, способ применения	FDA	Примечание
Метилдопа	Табл. 250 мг; 250-500 мг – 2000 мг в сутки в 2-3 приема (средняя суточная доза 1000 мг)	B	Препарат первой линии. Наиболее изученный антигипертензивный препарат при лечении беременных
Нифедипин	Табл. пролонгир. действия -20 мг, табл.с модифицированным высвобождением - 30/40/60 мг. Средняя суточная доза 40-90 мг в 1-2 приема в зависимости от формы выпуска, максимальная суточная доза 120 мг	C	Наиболее изученный представитель антагонистов кальция, рекомендованных для применения у беременных в качестве препаратов первой или второй линии.
Метопролол	Табл. 25/50/100/200 мг По 25-100 мг 1-2 раза в сутки, максимальная суточная доза 200 мг	C	Препарат выбора среди бета-адреноблокаторов в настоящее время.

Резервные лекарственные средства для плановой терапии артериальной гипертензии

Препарат	Форма выпуска, дозы, способ применения	FDA	Примечание
Клонидин	Табл. 0,075/0,150 мг; максимальная разовая доза 0,15 мг, суточная – 0,6 мг	C	Препарат третьей линии, применение возможно при рефрактерной артериальной гипертензии

Лекарственные средства для быстрого снижения АД при тяжелой АГ

Препарат	Форма выпуска, дозы, способ применения	Время наступления гипотензивного эффекта	Примечание
Нифедипин	10 мг в таблетках внутри	30-45 минут, повторить через 45 минут	Не рекомендовано сублингвальное применение. С осторожностью применять с сульфатом магния
Клонидин	0,075-0,15 мг внутрь. Возможно в/в применение	2-15 минут	При рефрактерной АГ. Максимальная суточная доза 0,6 мг.
Нитроглицерин	в/в капельно 10-20 мг в 100-200 мл 5% раствора глюкозы. Скорость введения 1-2 мг/час, максимально 8-10 мг/час	1-2 мин	Препарат выбора при развитии отека легких. Нежелательно применение более 4 часов, в связи с отрицательным воздействием на плод и риском развития отека мозга у беременной.



При проведении активной антигипертензивной терапии следует опасаться чрезмерного снижения уровня АД, способного вызвать нарушение перфузии плаценты, ее отслойку, нарушение состояния плода.

Магния сульфат не является собственно гипотензивным препаратом. Его введение необходимо для профилактики судорожного синдрома.

Одновременно с мероприятиями по оказанию неотложной помощи начинается плановая антигипертензивная терапия препаратами пролонгированного действия с целью предотвращения повторного повышения АД.

ПРОФИЛАКТИКА РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ПЛОДА (РДС):

КОРТИКОСТЕРОИДЫ (суммарная доза 24 мг)

- **БЕТАМЕТАЗОН (ДИПРОСПАН) 12 МГ В/М**
2 РАЗА С ИНТЕРВАЛОМ В 24 ЧАСА
- **ДЕКСАМЕТАЗОН 6 МГ В/М**
4 РАЗА ЧЕРЕЗ 6 ЧАСОВ
- **ДЕКСАМЕТАЗОН 4 МГ В/М**
6 РАЗ ЧЕРЕЗ 4 ЧАСА



ПРОФИЛАКТИКА РДС ЦЕЛЕСООБРАЗНА
С 24 ПО 34 Н.Г.

ПОКАЗАНИЯ К РОДОРАЗРЕШЕНИЮ

- Длительное течение гестоза
- Утяжеление гестоза, отсутствие эффекта от терапии
- Тяжелый гестоз (при тяжелой ПЭ течение 3-4 часов в учреждении III уровня после стабилизации состояния матери)
- Осложнения тяжелого гестоза (HELLP – синдром, ОЖГБ, эклампсия, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты)
- Нарушение состояния плода (гипоксия, прогрессирование задержки роста)



Преэклампсия и эклампсия: общая тактика

Преэклампсия умеренная

- Пролонгирование беременности до достижения плодом жизнеспособности при условии контролируемой артериальной гипертензии, отсутствия дистресс-синдрома

Тяжелая преэклампсия

- У плода и прогрессирования беременности после стабилизации состояния матери и плода (4-6 часов, максимум 24 часа)

Эклампсия

- Абсолютное показание к родоразрешению независимо от срока беременности

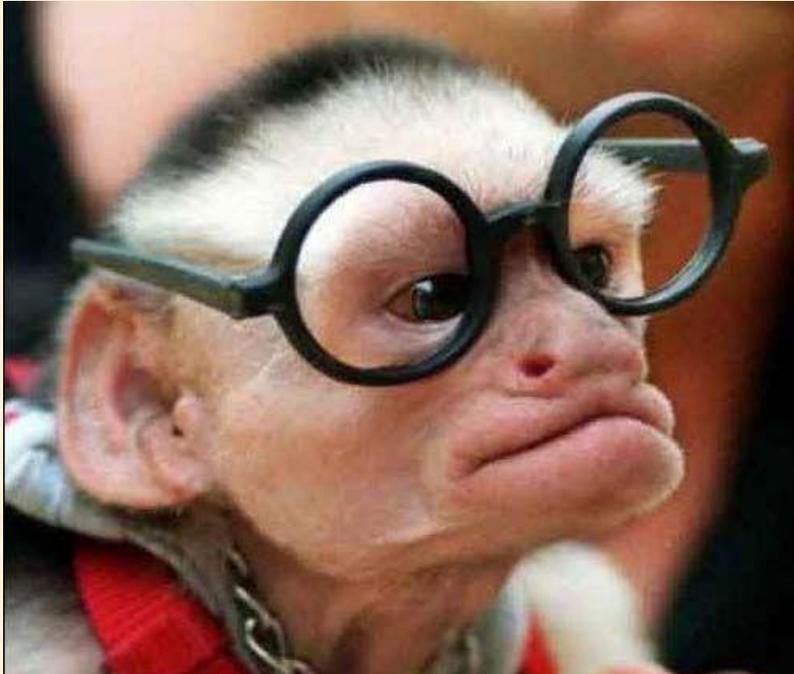
Показания к экстренному родоразрешению (минуты):

- 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 $100 \cdot 10^9/\text{л}$ и прогрессирующее его снижение
- нарушение состояния плода, зафиксированное по данным КТГ, УЗИ, выраженное маловодие

**Профилактика
преэклампсии**



В условиях женской консультации:

- Прегравидарная подготовка заключается в компенсации экстрагенитальной патологии, соблюдении временных интервалов между беременностями (контрацепция)
- Выделение групп риска, наблюдение и тщательное обследование, своевременная госпитализация (во время беременности и на роды)

ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЭКЛАМПСИИ

Беременным группы высокого риска развития ПЭ рекомендовано:

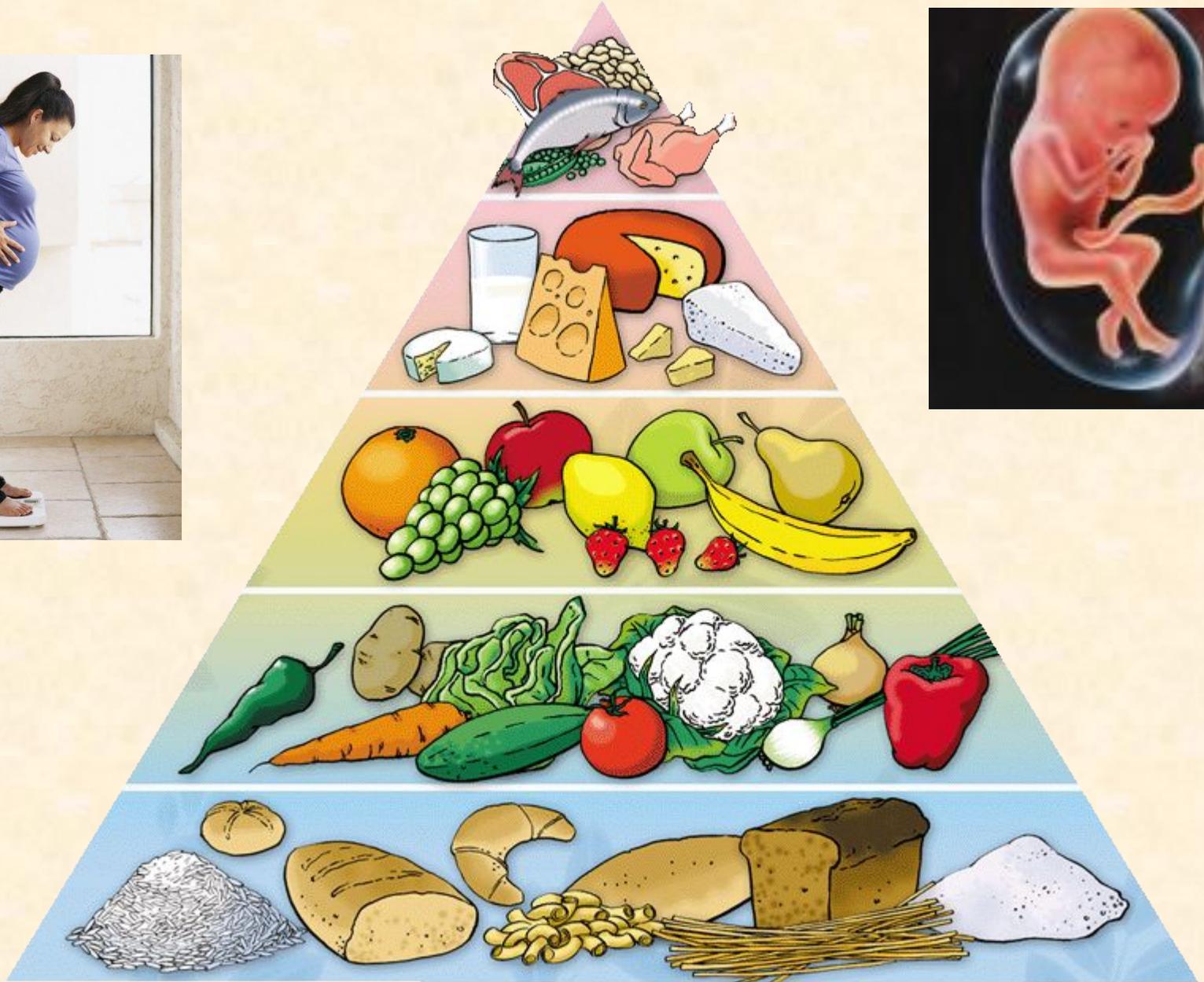
Низкие дозы аспирина (75 мг в день), начиная с 12 нед. до родов (А-1а) При назначении ацетилсалициловой кислоты (аспирина) необходимо письменное информированное согласие женщины, т.к. в соответствии с инструкцией по применению, прием ацетилсалициловой кислоты противопоказан в первые 3 месяца беременности.

Беременным с низким потреблением Са (< 600 мг в день) - назначение в виде препаратов Са – не менее 1г в день (А-1а).

Следует принять во внимание, что среднее потребление кальция в России – 500-750 мг/сутки. Согласно современным нормам, физиологическая потребность беременных составляет не менее 1000 мг кальция в сутки

Не рекомендовано рутинное применение:

- режима bed-rest;
- диуретиков (А-1b) ;
- препаратов группы гепарина, в т.ч. НМГ (А-1b) ;
- витаминов Е и С (А-1а) ;
- препаратов магния;
- рыбьего жира (А-1а) ;
- чеснока (в таблетках) (А-1b) ;
- ограничения соли (А-1а)



- ♦ Режим
- 1. Режим лечебно-охранительный, спокойный, ночной сон должен быть не менее 8—10 ч и дневной отдых 1—2 ч.
- 2. При отсутствии противопоказаний и наличии условий плавание в бассейне под руководством тренера 1—2 раза в неделю, а также общеукрепляющая дыхательная гимнастика.
- 3. Прогулки на свежем воздухе в течение часа не менее 2 раз в день, в весенне-летнее время — чаще.
- 4. Следует избегать тяжелых физических нагрузок, стрессовых ситуаций, пребывания в местах большого скопления народа.
- 5. Во время беременности противопоказано курение, употребление алкоголя.



- **Питание при беременности должно быть дробным (5—6-кратный прием пищи небольшими порциями).**
- Химический состав суточного рациона составляет: белков 120—140 г, жиров 80—90 г, углеводов 400—450 г. До 50% белков должно быть животного происхождения (мясо, рыба, яйцо, молочные продукты), остальное — растительного.
- **Количество калорий составляет для беременных до 2,5—3 тыс. в сутки (не более).**
- Питание беременных должно быть разнообразным и полноценным. Ежедневно беременная должна получать: мяса или рыбы — 120—150 г; молока или кефира — 200 г; творога — 50 г; яиц — 1 шт.; хлеба — 200 г; круп и макарон — 50—60 г; картофеля и других овощей — 500 г; фруктов и ягод — 200—500 г.



**ОСЛОЖНЕНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ**

**Все
получится!..**

