



*Марат Оспанов атындағы
Батыс Қазақстан
Мемлекеттік Медицина Университеті*

Интерннің өзіндік жұмысы

Мамандығы: Жалпы дәрігерлік тәжірибе

Пәні: Акушерия және Гинекология ЖДТ

ТАҚЫРЫБЫ: *Жүктілік кезіндегі гипертензивті жағдайлар*

706

Орындаған: *Жарылқасын Г.С*

Тексерген: *Кунаков Н.Н.*

Ақтөбе 2016 ж

Жоспары:

I. Кіріспе

II. Негізгі бөлім:

- Жүктілік кезіндегі гипертензия патогенезі*
- Жүктілік кезіндегі гипертензивті жағдайдың жіктелуі*
- Гипертензивті жағдайлар диагностика шаралары*
- Гипертензивті жағдайлар емі, алдын алу*

III. Қорытынды

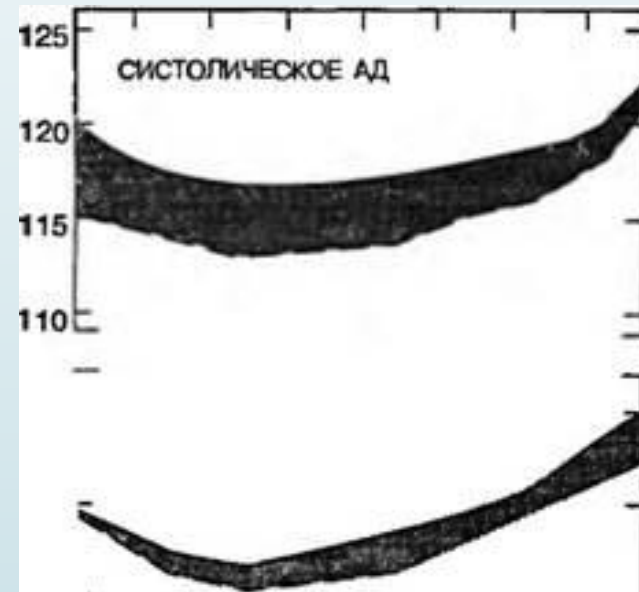
IV. Қолданылған әдебиеттер

Кіріспе

Әлемде АҚҚ көтерілуі көптеген маңызды проблемаға айналып отыр, және тек егде жастағы кісілерде емес, сондай – ақ, жастар арасында, оның ішінде жүкті әйелдер арасында кең етек жаюда. Сол себепті жүктілік кезіндегі гипертензивті бұзылыстар – денсаулық сақтаудағы бірден бір маңызды халықаралық мәселе болып табылады. Жүктілік кезіндегі гипертензивті бұзылыстар 5-20% дені сау әйелдерде, 25-70% жағдайда олар созылмалы артериялық гипертензияның ағымын асқындырумен байқалады. Әлемдік құрылымдағы ана өлімінің еншісінде преэклампсия 12% құрайды, ал дамушы елдерде бұл көрсеткіш 30% жетеді. Қазіргі таңдағы дамушы елдерде преэклампсия перинаталды аурулар мен өлімнің негізгі себептерінің бірі болса, ал дамыған елдердегі преэклампсиямен байланысты ана мен перинаталды өлім көрсеткіштері дамушы елдерге қарағанда едәуір төменді көрсетеді, яғни, бұл преэклампсияның асқынған түрін басқаруға болады дегенді куәлайды.



Гипертензия дегеніміз бір рет өлшегенде диастоалалық қан қысымы 110 мм.с.б.б және одан жоғары болса немесе арасына 4 сағат салып екі рет өлшеу кезінде 90 мм.с.б.б және одан жоғары болса.



Жүктілікпен байланысты артериалдық гипертензияның қауіп факторлары:

- алдыңғы жүктілікте преэклампсия \ эклампсияның болуы
- отбасы анамнезінде преэклампсия болуы
- көп ұрықты жүктілік
- созылмалы соматикалық аурулар
- жүрек қан тамыр жүйесі
- қант диабеті
- семіздік (дси 35)
- жас алғаш босанушы
- антифосфолипидті синдром
- жасы қырықтан жоғары
- интергенетикалық кезең он жылдан жоғары

Патогенезі:

Жүктілік кезіндегі артериалдық қысымның даму механизмін зерттеуге соншалықты қызығушылық танытқан күннің өзінде, осы асқынудың патогенезіндегі кейбір түсініксіз сәттердің саны төмендемей отыр. Теориялар санының көптігі преэклампсияның пайда болу факторлары мен оны өршіту жолдарының қайсысы бірінші пайда болғанын анықтауға қиындығын туғызуда. Зерттеушілердің көпшілігі, осы патологияның дамуына әртүрлі жүргізуші сәттер алып келеді, ал преэклампсияны көп мөлшерде патогенетикалық звеноларды өзіне енгізетін, жиі жағдайда полиорганды жеткіліксіздікпен көрінетін, әлі де бірдемені дәлелдеуді керек ететін дәлме-дәл сипаттау ретінде санайды.

Бүгінгі таңда ең өзекті деген төрт теорияны атауға болады.

- Иммундық бейімделудің бұзылу теориясы
- Плаценталық ишемия теориясы
- тығыздығы өте төмен липопротеидтердің улы әсер етуі теориясы
- генетикалық бейімделу теориясы

Патогенезінің жетекші звенолары:

1. Тамырлардың жайылмалы спазмы, тамыр қабырғасының өткізгіштігінің жоғарылауы
2. Гиповолемия, қанның стазы, реологиясының бұзылуы
3. ТІШҚҰ-синдромы, өмірлік маңызды мүшелердің микроциркуляциясының бұзылуы
4. Клеткалық деңгейде метаболизмнің бұзылысы, гипоксия, эндотоксинемия
5. Полиорганды жетіспеушілік

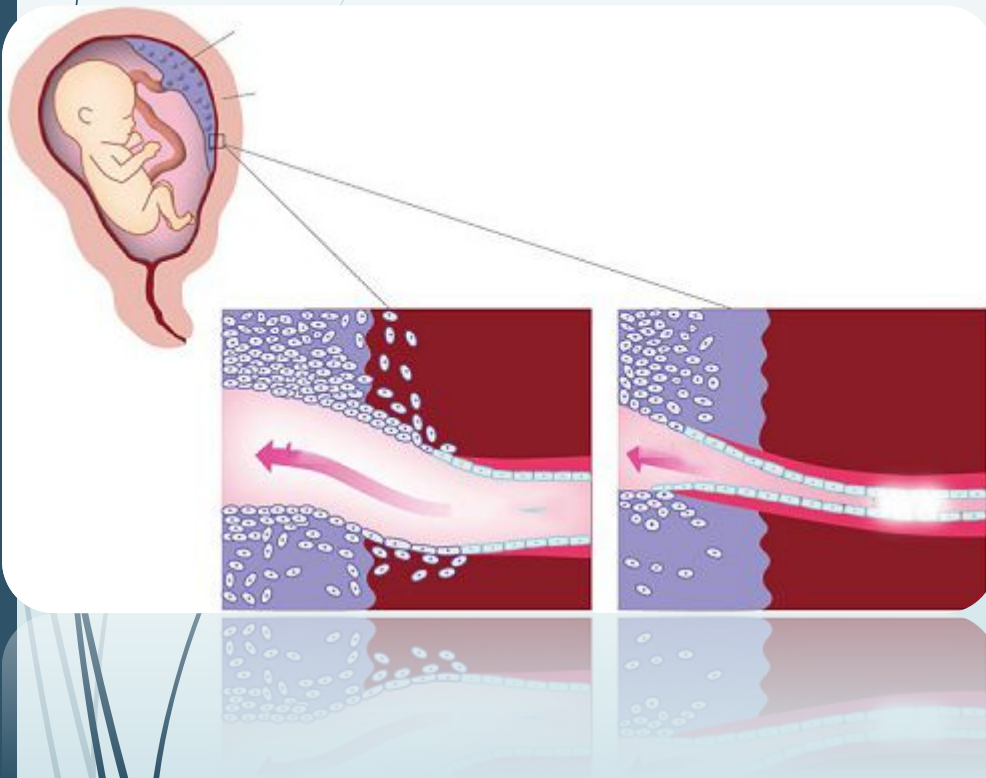
Нейро - рефлекторлық теория

Жүктілік әйел организмiне елеулі өзгiстер енгiзедi, осыған байланысты организмге жоғары талаптар қойылады. Осы жаңа талаптарға сәйкес әйел организмiнiң бейiмделуi физиологиялық және патологиялық салада болуы мүмкiн.

Иммунологиялық теория

Жүктілік кезінде ана, бала жолдасы, ұрық өзара қалыпты иммунологиялық қарым - қатынаста болады. Ана мен ұрықтың арасында, олардың антигендік құрылыстарының әртүрлі болуынан иммунобиологиялық сәйкессіздік пайда болады. Қан тамырларында аутоиммундық комплекстің түзілуі қанның ұю қабілетін өзгертеді, фибриннің бөлінуіне, соның себебін плацентаның, бүйректің қан айналысының төмендеуіне, кининдердің белсенділігінің жоғарылауына, гипертензия және басқа да симптомдардың пайда болуына алып келеді.


Плацентарлық теория



Гестоздың пайда болу себебі плацентаның қанмен қамтамасыз етуінің шамасыздығы салдарынан плацентадағы газ, зат алмасуының бұзылысы деп табылады. Гипоксияның нәтижесінде плацентада ферментативтік процестер бұзылып биологиялық белсенді заттардың (адреналин, норадреналин, серотонин, дофамин және т.б) шығуы көбейеді, ол жағдай перифериялық қан тамырларының түйілуіне (вазоспазм) соқтырып қан қысымының жоғарылауына, ішкі мүшелердің ишемиясына ұшыратады.

Жіктелісі :

1. Созылмалы гипертензия
2. Гестациондық гипертензия
3. Преэклампсия
 - а) жеңіл дәрежелі преэклампсия
 - ә) ауыр дәрежелі преэклампсия
4. Эклампсия



Созылмалы артериалдық гипертензия -жүктілікке дейін болған немесе жүктіліктің 20 аптасына дейін анықталған және босанғаннан кейін 6 аптадан соң сақталатын гипертензия.

Гестациондық гипертензия - жүктіліктің 20 аптасынан кейін анықталып, босанғаннан кейін 6 апта ішінде жойылатын гипертензия.

Гестациондық гипертензия преэклампсияға ауысуы мүмкін, сондықтан қатаң бақылауды талап етеді.

Презкламсия - әйел ағзасының жүктілікке бейімделуінің бұзылуы салдарынан пайда болатын және ангиоспазммен қосарлана жүретін, тамыр эндотелиінің шашыраңқы жарақаты оның өткізгіштігінің бұзылуына, кейіннен гиповолемияның қалыптасуына, қанның реологиялық қасиетінің бұзылысына, шашыраңқы түрде тромбатүзіліске және өмірге маңызды мүшелер мен тіндердің органикалық өзгерістеріне алып келетін гемодинамиканың өзгеруімен жүретін жүктіліктің асқынуы. Жоғары артериалдық қысым аясында ұрықтың құрсақішілік гипоксиясы және ұрықтың құрсақішілік дамуының тежелуі, қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен алдын сыдырылуы жиі байқалады. Жүктіліктің қолайсыз аяқталу қаупінің өсуі ана мен бала үшін тек артериалдық қысым деңгейінің жоғарылауымен ғана байланысты емес, презкламсия ағымы неғұрлым ұзақ және ауыр өтсе, соғұрлым ана үшін ауыр асқыну қаупі жоғары болады.

Қазіргі таңда, преэклампсия патогенезінде иммундық бұзылыстардың ролі туралы берілген материалдар саны көп жинақталған, бұл преэклампсияның дамуы туралы көзқарасты иммундық бейімделудің бұзылуы ретінде қабылдауға мүмкіндік берді. Бірқатар авторлар преэклампсияның иммунологиялық даму механизмін негізгі деп санайды.

Преэклампсияның патогенезін келесі көріністе көруге болады.

- Өсу факторы синтезінің бұзылуы
- Трофобласт инвазиясының бұзылуы, спиралді артерия жаңаруының бұзылуы
- Плаценталық ишемия
- Шашыраңқы ангиоспазм, артериалды қысымның жоғарылауы, протеинурия
- Босрадикалды тотығудың күшеюі, оттегінің белсенді құрамының жоғарылауы
- Жатырдың спиралді артериясының эндотелиінің жарақаты
- Шашыраңқы эндотелиоз. Эндотелин құрамының жоғарылауы, азот оксиді синтезінің төмендеуі

Преэклампсия бұл - артериальді гипертензия, протеинурия және ісінумен көрінетін көп жүйелі синдром.

Протеинурия - тәулігіне екі рет зәр анализінде ақуыз 0.3 г\л немесе арасына төрт сағат салып анықтағанда 0.3 г\л болатын сипмтом.

Ісік - қалыпты жүктіліктің 50-80% кездеседі. Ісінусіз өткен преэклампсия ісінумен өткен преэклампсияға қарағанда ана мен ұрыққа өте қауіпті. Тез дамыған ісінулер (3-5 күнде дамыған) немес жайылмалы ісінулер преэклампсия диагностикасында маңызы бар.

Дәрежесіне байланысты 2 ге бөлінеді.

I. Жеңіл дәрежелі преэклампсия: жеңіл дәрежелі артериалдық гипертензия + протеинурия ($>0,3$ г/л) ± ісуінулер.

II. Ауыр дәрежелі преэклампсия:

1. Ауыр дәрежелі артериалдық гипертензия + протеинурия
2. Гипертензияның әртүрлі дәрежесі + протеинурия + төмендегі көрсетілген симптомдардың қосылуымен: бастың қатты ауыруы, көру бұзылысы, эпигастрий аймағында ауырсыну немесе жүрек айну мен құсу- жайылған ісік, олигоурия (30мл /сағ. аз), пальпацияда бауырдың ауырсынуы, тромбоциттің 100×10^6 төмендеуі, бауыр ферменттерінің жоғарлауы, HELLP синдромы, ұрықтың құрсақ ішілік дамуының кідіруі.

Жеңіл дәрежелі преэклампсияның жүргізу тактикасы

- 37 аптасына дейін – бақылау, ем қабылдау.
- 37 аптасынан кейін – босандыру.


Ауыр дәрежелі преэклампсия кезінде жүргізу жоспары

34 аптаға дейін

- Дексаметазон 6 мг б/е 12 сағат сайын - 2 тәулік тағайындау (мақ дозасы 24мг)
- Босандыру 24-48 сағат аралығында

34 аптадан кейін

- Босандыру жолдарының дайындығымен 24 сағат аралығында босандыру



Эклампсия - жайылмалы тырысумен өтетін гестоздың өте ауыр және қауіпті түрі. Эклампсияны грек тілінен аударғанда «найзағай» дегенді білдіреді. Милық қан айналымның ауыр бұзылуымен жүрген жағдайда команың дамуымен қосарлануы мүмкін. Ұстамалы тырысулардың негізіне ми қан тамырларының тарылуы жатады, кейіннен тамырды кеңейтетін және қарқынды терапияның нәтижесіздігінен бас миының сусінділенуі қосылады. Бұл жағдайда әйелде сана сезімінің жойылуы, есінен тануы және бүкіл денесінің бұлшықеттерінің тырысуы болады. Эклампсия жағдайында ми тіндерінің айқын гипоксиясы, ісінуі, тұрақты қанайналысы бұзылады. Бүкіл ішкі мүшелердің және жүйелерінің шамасыздығы байқалады.

Экламписия кезеңдері:

1. Тырыспа алды кезеңі - әйелдің бетінің бұлшық еттерінің фибрилярлық тартылуы, тахикардия, санасы айқын болмайды. Ұзақтығы 20-30 секунд.

2. Тоникалық тырысу - Әйел есінен айырылады, дем алысы тоқтайды, тоникалық тырыспа басынан, мойнынан басталып, денесіне жайылады. Басы артқа қарай шалқаяды, беті көгереді, көз қарашығы үлкейіп жағы қарысады, тілін тістейді, жүрек қағысы мен тамыр соғуы нашарлайды, денесінің бұлшық еттері қатып, сіресіп қалады. Ұзақтығы 20-30 секунд **3.**

Клоникалық тырысу –

басынан басталып, төмен қарай тарайды. Қатып, сіресіп, бұлшық еттері бірінің артынан бірі селкілдеп тартыла бастайды. Қорылдаған дем алыс пайда болады, аузынан қан аралас көпіршік шығады. Ұзақтығы 1-2 минутқа дейін.

4. Таралу кезеңі - тырыспа басылады. Дем алысы, жүрек қызметі қалыптасады, ауру әйел есін жиып, өз-өзіне келе бастайды. Кейде талма біткеннен кейін әйел қатты ұйықтап қалады немесе комаға түседі, көп

уақытқа дейін есіне келмеуі мүмкін.

Экламсия асқынулары:

Жүрек қызметінің шамасыздығы

2. Өкпе шемені
3. Миына қан құйылу, тромбоздар, миының ісінуі, кома
4. Бауыр шамасыздығы
5. Бүйрек шамасыздығы
6. Жедел респираторлық дистресс синдром
7. Көз түбіне қан құйылу, көз түбінің тор қабатының ажырауы
8. Плацентаның уақытынан бұрын ажырауы
9. Ұрық гипоксиясы, гипотрофиясы, шетінеуі
10. Мерзімінен бұрын босану
11. Нелр синдромы

Диагностикалық іс-шаралар:



Поликлиникалық деңгейде:

- Артериальді қан қысымды өлшеу
- Жалпы зәр анализі (ақуызды анықтау)
- Жалпы қан анализі (гемоглобин, тромбоцит)

□ Стационарлық деңгейде:

АКҚ өлшеу (әрбір 15 минут сайын әйел жағдайы жақсарғанша, сосын әр 30 минут сайын). Әйел жағдайы тұрақталса және патологиялық симптомдар жойылғанда АКҚ әрбір 4төрт сағат сайын; босануда әр 1 бір сағат сайын өлшенеді.

- ЭКГ, ұрық КТГ, доплерометрия

- Жалпы зәр анализі (протеинурия әр 4 сағат сайын)

протеинурия, тәуліктік және бір литр зәрде.

- Қанның клиникалық анализі (гемоглобин, гематокрит, тромбоцит, қан ұю уақыты)

- Қанның биохимиялық анализі (жалпы белок, креатинин, АЛаТ, АСаТ, мочевина, билирубин, К, Mg,Na) көрсеткіш бойынша.

- Коагулограмма – көрсеткіш бойынша

- Егер басқада ауытқулар болса клиникалық ситуацияға байланысты зерттеулер жүргізіледі!

Емдеу тактикасы:

- Жеңіл дәрежелі преэклампсия қойылғаннан кейін диагнозды нақтылау үшін пациентті жоғарғы деңгейге жолдау керек.
- Жеңіл дәрежелі преэклампсия ем қабылдауды талап етпейді, қатаң бақылау керек.
- Келесі жағдайларда амбулаторлы бақылауға болады :
 - пациент өз жағдайын адекватты бағалап, дәрігер тағайындауын орындаса.
 - кез келген уақытта медициналық көмекті қабылдаса.

1 БМСК деңгейі

«Преэклампсияның жеңіл дәрежесі» диагнозын қойғаннан кейін диагнозды нақтылау үшін жоғары деңгейлі мекемеге науқасты жолдау қажет.

Жеңіл преэклампсия – емді қажет етпейді, тек жүкті әйел мен ұрық жағдайын тиянақты бақылау қажет.

Келесі шарттарды сақтау барысында, амбулаторлы бақылауға мүмкіндік туады:

науқас өз жағдайын адекватты бақылап, дәрігер берген нұсқауларды орындайды

кез келген уақытта медициналық көмек алуына мүмкіндігі бар.

Ауыр преэклампсия белгілері басталуымен – магний сульфатымен емдеуді және көрсеткіштері бойынша гипотензивті терапияны бастау қажет. Міндетті түрде III дәрежелі мекемеге госпитализациялау керек, егер ондай мүмкіндік болмаса, сол жерде науқастың жағдайын тұрақтандырғаннан кейін, жақын жердегі II деңгейлі босануға көмек көрсететін мекемеге жедел көмек машинасымен жеткізу керек.

2 Стационар деңгейі

Преэклампсияның ауыр белгілері бар жүкті әйелді қабылдау бөлімінде қарауды дәрігер жүргізеді. Егер жүкті әйел босану қызметімен немесе ұрық маңы суының босануға дейінгі төгілуімен түссе, онда бірден босану блогына жатқызылады. Науқастың жағдайына байланысты дәрігер акушер-гинеколог пен анестезиолог-реаниматолог бірлесе отырып, көпсалалы бөлімге жатқызу туралы сұрақты шешеді (ЖПБ, ҚТП). Науқасты бөлімнен бөлімге тасымалдау түрі тек каталкада жүзеге асырылады.

Жүктіліктің 34 аптасына дейінгі мерзімде преэклампсияның ауыр белгілерімен, босану қызметінсіз жүкті әйелді магнезиалді және гипотензивті емді бастағаннан кейін III деңгейдегі стационарға ауыстырады.

1- кесте – Гипертензиялық жағдайдағы жүкті әйелдерді жалпы жүргізу алгоритмі

Жағдайы/ іс-әрекет	Созылмалы артериялықгипертензия, гестациялықгипертензия	Жеңіл презклампсия	Ауыр презклампсия	Эклампсия
Тактика	Зерттеулер, амбулаторлық бақылау	Зерттеулер, мұқият бақылау (мүмкін, амбулаторлы) 7 күн ішінде	Белсенді	
Ауруханаға жатқызу	–	Зерттеулер үшін	Міндетті II-III деңгейлік мекемеге госпиталдау	
Арнайы ем	Көрсетілімдер бойынша гипотензия- лық ем	Көрсетілімдер бойынша гипотензия- лық ем	Магnezийлік, гипотензиялық	
Босандыру	–	37 аптада босандыру. Ауыр түріне ауысса, тактика басқа (ауыр түрін қараңыз)	Ауыр презклампсияда жүктіліктің мерзіміне байланыссыз – 12-24 сағ. ішінде, эклампсияда – 3-12 сағ. ішінде.	

Симптоматикалық емі

Қазіргі кезде симптоматикалық емнің тек екі түрін ұсынуға негіз бар: тырысуға қарсы және гипотензивті терапия.

Тырысулардың алдын алу

Магнезиалді терапия тырысу ұстамасын алдын алу үшін таңдалатын ең танымал, эффективті және қауіпсіз әдіс болып табылады. Магний сульфаты седативті, спазмолитикалық, тырысуға қарсы, басішілік қысымды төмендететін және диуретикалық қасиеттерге ие. Преэклампсияны емдеуде ұсынылатын мөлшері токолитикалық әсер көрсетпейді, сондықтан атониялық жатырлық қан кен кету қаупі жоғарыламайды.

Магнезиалды терапия:

Жүктеме доза: 5г құрғақ магний сульфаты (20мл 25% ерітінді) 5-10 мин ішінде көктамырға тамшылатып.

Сүемелдеуші доза: 320 мл физ.ерітіндіге 80 мл 25% магний сульфатын қосып көктамырға

-11 тамшы/минутына – 1гр құрғақ зат/сағатына

- 22 тамшы/минутына -2гр құрғақ зат/сағатына

Магний сульфаты дозасының шамадан асқан белгілері болып табылады:

- ТАЖ минутына 16-дан аз
- Сіңір рефлексінің болмауы немесе төмендеуі.
- Олигоурия (сағатына 30 мл аз) магний сульфаты дозасының шамадан асуының пайда болу қаупін жоғарылатады. Олигоурия болған жағдайда тиянақты түрде бақылау қажет етіледі.
- Магний сульфаты дозасының шамадан асуы кезінде дәріні енгізуді тоқтату және 10 мл. 10% Са глюконат сұйығын 10 минут ішінде енгізу керек. Магний сульфаты плаценталық мембрана арқылы енеді және оның үлкен дозасы жаңатуған нәрестеде бұлшықет гипотониясы мен тынысының қысылуының себебі болуы мүмкін

Гипотензивті терапия

Артериалдық қысымды реттеуді жиі жағдайда АҚҚ 160/100 мм сын.бағ. және одан жоғары болғанда бастау керек, есте сақтауымыз қажет, систолалық қысымды 130-140 мм сын.бағ., диастолалық қысымды 90-95 мм сын.бағ. деңгейінде (жатырлық-плаценталық қан айналымның нашарлау қаупіне байланысты) ұстау керек. Гипотензивті дәрілерді таңдау – жеке түрде шешіледі.

Тез әсерлі:

- **Нифидипин** (Са каналы блокаторы) – бастапқы доза 10 мг пероралды немесе тіл астына, қайталап 30 мин соң. Мах доза 120 мг.
- **Лабетолол** (астмамен және жүрек жетіспеушілігі бар науқастарға болмайды) – 20мг көктамырға, егер әсер етпесе 10 мин соң 40мг.ға ұлғайту, тағы 10 мин соң 80мг.ға. Мах доза 220мг.
- **Натрий нитропрусиді** (миотропты вазоделитатор) – бастапқы доза 0,25 мкг/кг/мин, әсер етпесе әрбір 5 мин сайын доданы 0,5 мкг/кг жоғарылату. Мах доза 5 мкг/кг.

Баяу әсерлі:

Допегит (метилдопа, орталық әсер етеді) – бастапқы доза 250мг/тәул, 2 күн сайын дозаны 250мг/тәул жоғарылатады. Мах доза 2гр/тәул.

Оксипренолол (b блокатор) – бастапқы доза 20мг күніне 3 рет, қажет жағдайда дозаны 80-120мг дейін жоғарылатады.



Төмендегі дәрілерді бермеуге тырысу керек:

- Атеналол
- Диуретиктер
- АПФ ингибиторлары
- Ангиотензин
рецепторларының
блокаторлары

Босандыруға көрсеткіш:

- Жүктілік мерзімі 34 апта және одан жоғары
- Ауыр дәрежелі преэкламсия
- Ұрық жағдайының нашарлауы
- Преэкламсия симптомдарының күшеюі немесе асқыну дамуы.
- Егер жүктілік мерзімі 37 апта және одан жоғары болса ауырлық дәрежесіне қарамастан босандырамыз.
- Босану жолымен босандыру кесар тілігіне қарағанда жақсылау!

Экламписия кезінде шұғыл көмек көрсету стандарты

Науқасты сол жақ бүйіріне жатқызу
Жарақаттан қорғау, бірақ белсенді ұстамау

Оттегі берумен қамтамасыз ету (қажет болған жағдайда ауызкеңейтуішті, тілұстағышты, ауаүрлегішті, бетперде мен Амбу қапшығын қолдану)

Катетер салу үшін 5-10 минуттан артық емес уақытқа галотанның субнаркотикалық дозасымен ингаляциялау (изофлуран, фторотан)

Тамыршілік егуге система қою (физиологиялық сұйық)

Магний сульфаты 25%-20,0 мл т/і 5-10 минут ішінде және Диазепам 10 мг т/і 2 минут бойына баяу.
Тырысулар қайталанғанда - қосымша **магний сульфаты 25%-8,0 5 минут бойына**

Қуықты катетеризациялау

Параллелді

Тексеру

Қанның
жалпы
анализі

Гемодинамикалық
мониторинг (ЭКГ,
ЖЖЖ.ОВҚ, АҚ,
SpO₂.)

Жалпы
анализ

УДЗ
+ доплерометрия

Тәуліктік
зәрдегі
белок

Қанның ұюы,
АЛТ, АСТ

Гемостазиограмма

Эклампсия тез арада босануды шешуге абсолютты көрсеткіш болмайды, алдыменен науқастың жағдайын тұрақтандыру қажет Босануды науқас жағдайын тұрақтандырғаннан кейін 12 сағаттың ішінде босану жолдарының дайындығын есепке ала отырып шешеді.

Кесар тілігіне көрсеткіштер

Жағдайды тұрақтандырғаннан кейінгі босану жолдарының дайын еместігі

Кома

Қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен алдын сыдырылуы – диагноз қойыла салысымен

Ұрық гипоксиясы (жүректің жиырылу жиілігі минутына 100 төмен, 180 соққыдан жоғары)

Емі

ҚЕТ

Магний сульфаты – ұстап тұрушы дозасы - 25% - 4,0-8,0 мл/с (1-2 г құрғақ зат/сағ). Дозатор болмаған жағдайда – магний сульфатының 25% - 60-80 мл + 340,0-320,0 мл натрий хлорының физиологиялық сұйығын минутына 6-12 тамшы жылдамдықпен тәулік бойына.

Магний сульфатын ұстап тұрушы дозада босануда және босанғаннан кейін немесе соңғы болған тырысулардан кейін 48 сағат бойына енгізеді.

Натрий нитропруссиді (көрсеткіш бойынша):

диастолалық қысым >110 мм сын.бағ. - 0,25 мкг/кг/мин т/і, 0,5 мкг/кг дейін әрбір

5 минут сайын доза

5 мкг/кг. жеткенше енгізеді. Қолдану ұзақтығы 4 сағаттан ұзақ емес. Бұл үшін диастолалық қысым - 90 мм сын.бағ. төмен емес

(немесе оның аналогтары: изокет, нитроглицерин)

Доза мөлшері асып кеткенде – АҚ бірден төмендейді, тахикардия, құсу, естен тану: - натрий нитропруссидті тоқтату, антидот енгізу – натрий тиосульфатын: 12,5 мг 50 мл физ. сұйықта және дәрумен -1,0 в 100,0 физ.раствора.

Инфузионды терапия тек фармакологиялық дәрілік препараттарды тасымалдаушы-орта ретінде қолданылады, 800-1000 мл/тәу көп емес диурезді бақылай отырып (диурезі сағатына 50 мл көп).

Босанғаннан кейінгі кезенді жүргізу

Бақылау мен емдеуді дәрігер акушер-гинеколог және анестезиолог-реаниматологпен бірге қарқынды емдеу палатасы жағдайында жалғастырады. Магнезиалды терапия босанғаннан соң немесе эклампсияның соңғы ұстамасынан кейін бақылау барысында оң нәтиже болғанда тәулік бойына жалғастырылуы керек.

Гипотензивті терапия дәрілерді жеке таңдау бойынша, жағдайы тұрақтанғанда дозаларын ақырындап төмендетумен жүргізіледі. Эклампсия кезінде тырысулар басталғаннан соң 12 сағаттың ішінде босануды шешу керек.

АҚ өлшеу ережелері:

❑ Сынаптық сфигмоманометр (ол бойынша барлық қолданатын аспаптар калибрленуі қажет) неғұрлым дәл көрсеткіштер береді.

Науқастың босаңсып отыруы, демалыстан кейін (10 минуттан кем емес) өлшеген жөн.

Дене қалпы – жантайып отыру немесе отыру (манжет науқастың жүрек тұсында орналасуы керек), жату – қырымен жату.

Қан қысымын өлшейтін құрылғының манжеті науқас әйелдің иық шеңберіне тәйекес келуі қажет (кіші болғанша, үлкендеу болғаны дұрыс).

Бір қолында өлшеу жеткілікті.

❑ Систолалық қысым деңгейін Коротковтың I тонымен (басталуы) бағалайды, ал диастолалық қысымды V тонымен (тоқтауы) бағалайды. Көрсеткіштер 2 мм с.б.б. дейінгі дәлдікпен белгіленуі тиіс.



Алдын-алу

- Диуретиктер қолдану
- Антикоагулянттар тағайындау (гепарин, варфарин)
- Белок және калориялық тағамдарды қолданылуының жоғарылауын қадағалау
- Семіздікпен зардап шегетін әйелдерге белок және калориялық тағамдарды қолдануға шек қою.
- Тағам рационына темір, фолат, магний цинкін немесе балық майын қосу.
- Тұз бен майды шектеу

Антиагреганттарды қолдану (аспириннің төменгі дозасы - 75 мг тәулігіне):

- жоғары қауіп тобындағы 19% преэклампсияның даму қаупін төмендетеді.
- Жоғарғы қауіп тобындағы әйелдерге тағайындалуы мүмкін: созылмалы гипертония, антифосфолипидтік синдром т.б.
- Ұрық үшін қолайсыз жағдайларды аз төмендетеді

Қосымша кальций (1г тәулігіне):

- Жүктілік кезінде гипертензияның даму қаупі жоғары әйелдерде оң әсер береді.

Қорытынды

Сонымен, гипертензиялық бұзылыстар жүктілік кезінде 2-8% кездеседі. Жүктілік кезіндегі гипертензиялық жағдайлар ана өлімі құрылымында басты себептердің бірі болып табылады. Сол себепті анамнезінде экстрагениталды жағдайлар болған жүкті әйелдерді аурулары бар, бұрынғы жүктілік кезінде гипертензиялық жағдайлар болған әйелдерге ерекше көңіл бөлген дұрыс. Жыл сайын әлемде артериялық гипертензиямен (АГ) байланысты жүктіліктің асқынуларынан 50 000 әйел қайтыс болады, сондықтан жүктілік кезінде гипертензиялық жағдайларды дер кезінде анықтау және алдын алу қажет.

Әдебиеттер:

1. Клиникалық хаттама «Жүктілік кезіндегі гипертензивті жағдай», ҚР ДМ № 239 бұйрығы 07.04.2010 ж
2. American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG). Diagnosis and management of pregnancy, 2007.
3. Мамедалиева Н.М., Кожаметов А.Н., Патсаев Т.А. Патогенез, интенсивная терапия и профилактика преэклампсии. - Алматы, 2006, 31с.
4. Милованов А.П., Никонова Е.В., Кадыров М., Рогова Е.В. Функциональная морфология плацентарного ложа матки. // Архив патологии.- 2005. - Т.57.- №2.- С.81-85.
5. Савельева Г.М., Шалина Р.И. Современные проблемы этиологии, патогенеза, терапии и профилактики гестозов. //Акушерство и гинекология.- 1998.- №5.- С. 6-9.
6. Зильбер А.П. Интенсивная терапия в акушерстве и неонатологии.- Петрозаводск.-2007.- с.70-84.
7. Кулаков В.И., МурашкоЛ.Е., Бурлев В.А. Клинико-биохимические аспекты патогенеза гестозов//Акушерство и гинекология -2000.- №3. - С. 3
8. Баркаган З.С. Узловые вопросы комплексной терапии острого и подострого ДВС-синдрома. // Вестник интенсивной терапии, 2002, N1, с.11-16.
9. Айламазян Э.К. Антиоксиданты в комплексной терапии поздних токсикозов беременных и связанной с ними хронической гипоксии плода //Акушерство и гинекология.- 2001 г.- N 3. - С.31-34.
10. Куликов А.В., Казаков Д.П., Егоров В.М., Кузнецов Н.Н. Анестезия и интенсивная терапия в акушерстве и гинекологии. - М., 2001.- «Медицинская книга», Н.Новгород, Изд. НГМА. - 263 с.

Назарыңызға рахмет!

