

Кафедра акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева

**Гипертензивные расстройства во
время беременности, в родах и
послеродовом периоде
ЧАСТЬ 2.**

Клинические формы эклампсии

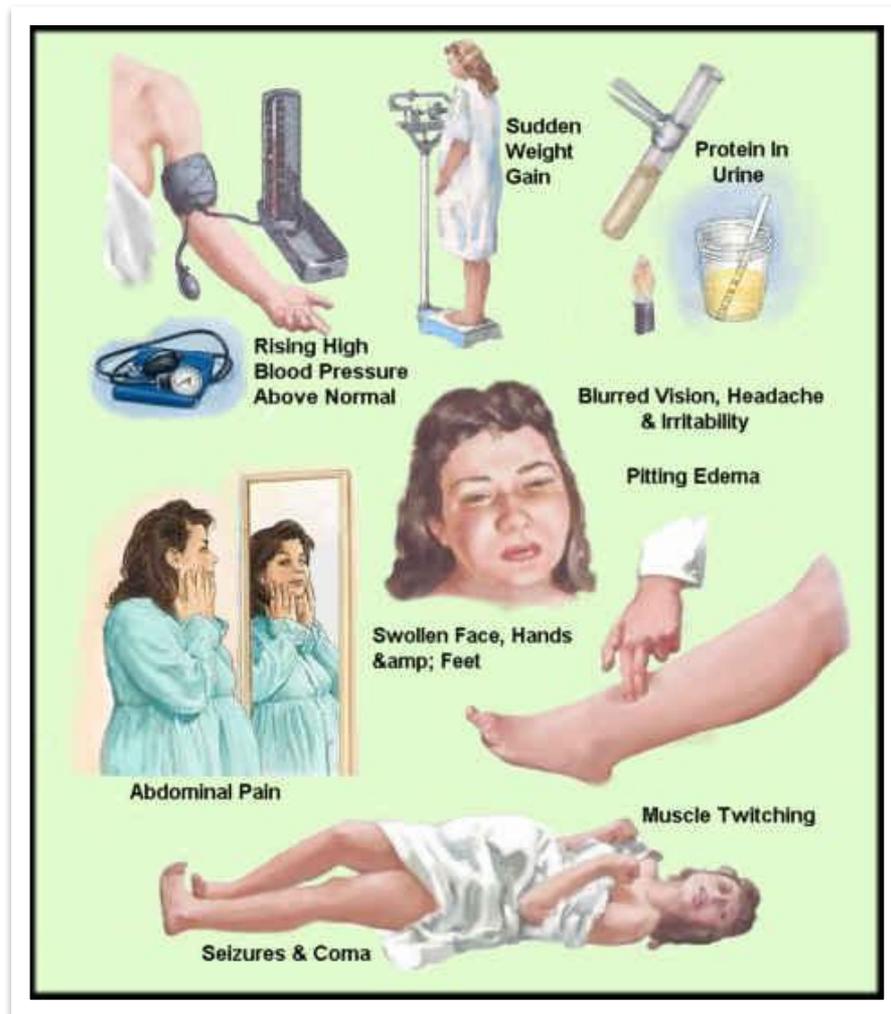
Эклампсия - это приступ судорог или серия судорожных приступов на фоне преэклампсии при отсутствии других причин. *Эклампсия развивается на фоне преэклампсии любой степени тяжести, а не является проявлением максимальной тяжести преэклампсии.* В 30% случаев эклампсия развивается внезапно без предшествующей преэклампсии.

Клинические формы эклампсии



Симптомы-предвестники эклампсии

- головная боль, головокружение, слабость;
- нарушения зрения ("мелькание мушек", "пелена и туман", вплоть до потери зрения);
- боли в эпигастральной области и правом подреберье;
- опоясывающие боли за счет кровоизлияния в корешки спинного мозга;
- гиперрефлексия и клонус;
- расширение зрачков.



Приступ эклампсии

- мелкие фибриллярные подергивания мышц лица с дальнейшим распространением на верхние конечности (при эпилепсии не бывает);
- тонические сокращения всей скелетной мускулатуры (потеря сознания, апноэ, цианоз, прикус языка) продолжительностью до 30 сек;
- клонические судороги с распространением на нижние конечности;
- глубокий вдох, восстановление дыхания и сознания, амнезия.

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

Статистика

- 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.



До 44% случаев эклампсии возникают в послеродовом периоде, особенно при доношенной беременности. В этой связи женщины с симптомами и признаками, свидетельствующими о ПЭ, заслуживают особого наблюдения.

Оценка неврологического статуса

- Для оценки неврологического статуса у пациентки, находящейся на продленной ИВЛ, уже с первых часов после родоразрешения отменяются *миорелаксанты, наркотические и седативные препараты* и оценивается *время восстановления сознания*.
- Противосудорожный эффект обеспечивается в этих условиях назначением *магния сульфата*.
- Недопустимо планирование *продленной ИВЛ* на несколько суток в условиях глубокой седации, так как в этих условиях оценка состояния ЦНС без дополнительных методов исследования крайне затруднена

Показания для проведения КТ или МРТ

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.

Пациенткам с эклампсией, имеющим *очаговую неврологическую симптоматику или снижение уровня сознания*, рекомендуется проведение КТ-исследования для исключения внутричерепного кровоизлияния.

Пациентки с *нормальными результатами КТ и сохраняющейся неврологической симптоматикой и нарушениями зрения* должны также проходить МРТ-исследование головного мозга.



Профилактика преэклампсии

I. *Низкие* дозы аспирина *не рекомендованы* у первородящих с *низким риском* развития преэклампсии.

II. Беременным группы *высокого риска* развития ПЭ рекомендовано:

Низкие дозы *аспирина (75-162 мг в день)*, начиная с *12 нед. до родов*, который улучшает глубину плацентации и кровотоков в спиральных артериях матки



При назначении ацетилсалициловой кислоты 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.

Профилактика преэклампсии

Рекомендовать *ежедневный прием 75-162 мг аспирина* всем пациенткам с высоким риском преэклампсии:

- Гипертензивные расстройства во время предыдущей беременности.
- Хронические заболевания почек.
- Аутоиммунные заболевания (системная красная волчанка или антифосфолипидный синдром).
- Диабет 1 или 2 типа.
- Хроническая гипертензия.



Профилактика преэклампсии

III. Рекомендовать *ежедневный прием 75-162 мг аспирина* пациенткам, имеющим более 1 умеренного фактора риска преэклампсии:

- 1) Первая беременность.
- 2) Возраст 40 лет и старше.
- 3) Интервал между беременностями более 10 лет.
- 4) ИМТ более 35 кг/м².
- 5) Семейный анамнез преэклампсии.
- 6) Многоплодная беременность.

Беременным с низким потреблением кальция (< 600 мг в день) - назначение в виде *препаратов кальция - не менее 1 г в день.*

Профилактика преэклампсии

Не рекомендовано для профилактики ПЭ рутинное применение:

- режима bed-rest;
- диуретиков;
- препаратов группы гепарина, в том числе НМГ;
- витаминов Е и С;
- рыбьего жира;
- чеснока (в таблетках);
- ограничения соли;
- прогестерона;
- сульфата магния;
- фолиевой кислоты.



Профилактика преэклампсии

Ограничения лекарственной терапии:

- 
- нейролептики (дроперидол), ГОМК;
 - свежзамороженная плазма, альбумин;
 - ксантины (эуфиллин, пентоксифиллин, дипиридамо́л);
 - синтетические коллоиды (ГЭК, желатин, декстран);
 - экстракорпоральные методы (плазмаферез, гемосорбция);
 - дезагреганты;
 - глюкозо-новокаиновая смесь;
 - диуретики (фуросемид, маннитол);
 - наркотические анальгетики (морфин, промедол);
 - гепарин (низкомолекулярный гепарин) и другие антикоагулянты.

Общие принципы лечения



У пациентки с клиникой тяжелой преэклампсии до родоразрешения основной задачей является **стабилизация состояния**, профилактика развития эклампсии, однако оптимальной профилактикой других осложнений (HELLP-синдром, преждевременная отслойка плаценты, ДВС-синдром) является только **своевременное родоразрешение.**



Этапность оказания медицинской помощи при тяжелой преэклампсии/эклампсии

I. На догоспитальном этапе необходимо выполнить следующий объем медицинской помощи:

- 1) Оценить тяжесть ПЭ: АД, сознание, головная боль, судороги, одышка, боли в животе, кровотечение из родовых путей, сердцебиение плода.
- 2) Обеспечить венозный доступ: катетеризация периферической вены.
- 3) Ввести магния сульфат 25% 16 мл в/в медленно (за 10-15), затем 100 мл через шприцевой насос со скоростью 4 мл/час.
- 4) Инфузия: только магния сульфат 25% на 0,9% растворе хлорида натрия.
- 5) При АД выше 140/90 мм рт. ст. - антигипертензивная терапия: метилдопа, нифедипин орально.
- 6) При судорогах: обеспечение проходимости дыхательных путей.
- 7) При отсутствии сознания и/или серии судорожных приступов - перевод на ИВЛ в условиях анестезии тиопенталом натрия и тотальной миоплегией.

Этапность оказания медицинской помощи при тяжелой преэклампсии/эклампсии

II. В приемном покое

- Провести оценку тяжести преэклампсии: АД, сознание, головная боль, судороги, одышка, боли в животе, кровотечение из родовых путей, сердцебиение плода.
- Врач анестезиолог-реаниматолог в обязательном порядке вызывается в приемный покой при следующих состояниях:
 - 1) развитие судорог (судороги в анамнезе);
 - 2) отсутствие сознания;
 - 3) повышение АД 160/110 мм рт. ст. и выше;
 - 4) нарушение дыхания;
 - 5) при рвоте;
 - 6) при симптомах отслойки плаценты, кровотечении из родовых путей и геморрагическом шоке.
 - 7) пациентка госпитализируется в ОРИТ.

III. Отделение интенсивной терапии

Ведение пациентки совместно с анестезиологом-реаниматологом и терапевтом.

Мониторинг основных функций

Со стороны матери:

- Измерение АД: каждые 15 мин до достижения стабилизации, затем каждые 30 мин. В некоторых ситуациях, после всесторонней оценки возможен переход к менее частому измерению.
- Общий анализ крови.
- Креатинин.
- Печеночные ферменты (АЛТ, АСТ, ЛДГ).
- Количество тромбоцитов, фибриноген, МНО, АПТВ.
- Определение группы крови и резус фактора.
- Катетеризация мочевого пузыря и почасовой контроль диуреза.
- Общий анализ мочи: суточная оценка (общий белок, креатинин).

Со стороны плода:

- КТГ (продолжительно, до стабилизации АД; непрерывно, если в родах).
- УЗИ (фетометрия, амниотический индекс, плацентометрия) и доплерометрия (артерии пуповины, средние мозговые артерии)

Рекомендации по питанию и образу

ЖИЗНИ

- *Не рекомендуется строгое ограничение потребления соли у женщин с гестационной АГ, с хронической АГ, ограничение калорий при ожирении, снижения или увеличения физической нагрузки, стрессов.*
- *Для женщин с гестационной АГ (без преэклампсии), госпитализация в стационар может быть полезна для уменьшения частоты тяжелой гипертензии и преждевременных родов.*
- *Для женщин с преэклампсией, которые госпитализированы, строгий постельный не рекомендуется.*