

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В АКУШЕРСТВЕ ПРЕЭКЛАМПСИЯ. ЭКЛАМПСИЯ

Гипертензивные состояния при беременности

- Гипертензии – это состояние, когда диастолическое давление превышает или равно 110 мм рт. ст. при разовом измерении или превышает или равно 90 мм рт. ст. при двукратном измерении с интервалом в 30 мин. (более точно через 4 часа).

К ним относятся:

- **Хроническая артериальная гипертензия** – гипертензия, которая существовала до беременности или выявлена до 20 недель беременности. Гипертензия сохраняется после 6 недель родов.
- **Гестационная гипертензия** – возникает после 20 недели беременности, АД нормализуется в течение 6 недель послеродового периода.
- Гестационная гипертензия может перейти в преэклампсию, поэтому требует соответствующего мониторингирования.

- **Презеклампсия** – это поли системный синдром, который проявляется повышением АД и протеинурией:
- **нетяжелая (легкая)**
- **тяжелая**
- **Эклампсия** - распространённые судороги, не связанные с эпилепсией либо другой известной патологией.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

- **Артериальная гипертензия (легкая)**
- систолическое давление ≥ 140 мм.рт.ст.
- и/или диастолическое давление ≥ 90 мм.рт.ст.
- при двукратном измерении с интервалом не менее 30 минут
- **Тяжёлая артериальная гипертензия**
- диастолическое давление ≥ 110 мм.рт.ст. при двукратном измерении с интервалом не менее 30 минут
- или систолическое давление ≥ 160 мм.рт.ст. при двукратном измерении с интервалом не менее 30 минут
- **Протеинурия** - > 0.3 г/сут или $0,3$ г/л в двукратном анализе мочи, взятом через 4 часа.

- **Отеки**

- Умеренные отеки наблюдаются у 50-80% беременных с физиологически протекающей беременностью.
- Преэклампсия, протекающая без отеков, признана более опасной для матери и плода, чем преэклампсия с отеками.
- Быстро нарастающие генерализованные отеки, особенно в области поясницы, являются плохим прогностическим признаком.

- **Преэклампсия – это артериальная гипертензия с присоединившейся протеинурией.**
- **Легкая преэклампсия – гипертензия в сочетании с протеинурией ± отёки и возможные любые органические поражения.**
- **Тяжелая преэклампсия:**
 - **тяжёлая гипертензия + протеинурия**
 - **гипертензия любой степени тяжести + протеинурия + один из следующих симптомов:**
 - **сильная головная боль**
 - **нарушение зрения**
 - **боль в эпигастральной области и/или тошнота, рвота**
 - **:судорожная готовность**

- генерализованные отёки
- тяжелая протеинурия ($> 3,0$ г/л)
- олигоурия (менее 30 мл/час или менее 500 мл мочи за 24 часа)
- болезненность при пальпации печени
- количество тромбоцитов ниже 100×10^9 в 6г/л
- повышение уровня печёночных ферментов (АлАТ или АсАТ выше 70 МЕ/л)
- HELLP-синдром
- ВЗРП

● Не доказана эффективность:

- - ограничения жидкости и соли у беременных;
- - добавки или ограничения белков и углеводов в питании беременных;
- - дополнительного приема препаратов железа, фолиевой кислоты, магнезии, цинка, рыбьего жира, витаминов Е и С

дополнительный приём кальция (1г/сутки)

● Профилактика:

- прием малых доз аспирина (низкие дозы аспирина, 75-120 мг в сутки) в группе риска
- дополнительный приём кальция (1г/сутки)

- С признаками тяжелой преэклампсии - необходимо начать терапию сульфатом магния и, по показаниям, гипотензивное лечение.
- Обязательна госпитализация в учреждение III уровня, при отсутствии таковой возможности в ближайшее родовспомогательное учреждение II уровня машиной скорой помощи после стабилизации состояния на месте.

Тактика СП:

- **Оценка состояния**
- **Постановка диагноза на основании диагностических критериев:**
- **Хроническая артериальная гипертензия, гестационная гипертензия**
- **Легкая преэклампсия**
- **Тяжелая преэклампсия**
- **Эклампсия**

Мероприятия

- **Предупреждение судорог и инсульта – магниальная терапия**
- **Тщательное наблюдение**
- **Госпитализация в учреждение III-II уровня**
- **По показаниям гипотензивная терапия**
- **Родоразрешение:**

При тяжелой преэклампсии – в течение 24-48 ч

При эклампсии – в течение 12 часов

- После постановки диагноза «Презеклампсия легкой степени» пациентку необходимо направить в учреждение более высокого уровня для уточнения диагноза.
- Легкая презеклампсия – лечения не требует, только тщательное наблюдение.
- Возможно амбулаторное наблюдение, при соблюдении следующих условий:
- пациентка адекватно оценивает свое состояние, выполняет рекомендации врача
- имеет возможность в любое время обратиться за медицинской помощью

- **Противосудорожная терапия**
- Магнезиальная терапия является методом выбора для регулирования преэклампсии/эклампсии как наиболее изученная, эффективная и безопасная

Нагрузочная доза

Ввести 5г сухого вещества сульфата магния (20 мл 25% р-ра) в/в медленно в течение 10 -15 мин. (предпочтительно при помощи инфузомата),

Поддерживающая доза.

5г сульфата магния + 1 мл 2% новокаина или 1 мл 1%лидокаин 1-2г в час

- при отсутствии инфузомата:
- на 320 мл физиологического раствора – 80 мл 25% раствора сульфата магния, вводить с учетом скорости введения
- 11 кап/мин – 1г сухого вещества/час
- 22 кап/мин – 2 г сухого вещества/час

Продолжительность непрерывного внутривенного введения сульфата магния в течение 12 - 24 часов (1-2г в час).

При отсутствии возможности внутривенного введения:

- **10 г сухого вещества, по 5 г в каждую ягодицу внутримышечно с 1 мл 2% новокаина или 1мл 1% лидокаин в одном шприце.**

Признаки передозировки сульфата магния являются:

- **ЧДД менее 16 в минуту**
- **Отсутствие или снижение сухожильных рефлексов**

Олигоурия (менее 30 мл/час) повышает риск возникновения передозировки сульфата магния.

При наличии олигоурии необходимо более тщательное наблюдение.

- **При передозировке сульфата магния – прекратить введение препарата и ввести 10 мл 10% р-ра глюконата Са в/в в течение 10 мин.**

Гипотензивная терапия:

- **Регулирование артериального давления чаще всего следует начинать при АД 160/100 мм.рт.ст. и выше, при этом систолическое давление поддерживать на уровне 130-140мм.рт.ст.,**
- **диастолическое давление поддерживать на уровне 90-95 мм.рт.ст. (из-за опасности ухудшения маточно-плацентарного кровообращения)**
- **Подбор гипотензивных средств – индивидуальный.**

- Гипотензивные препараты быстрого действия:
- Нифедипин (из группы блокатор Са каналцев) – начальная доза 10 мг (можно сублингвально), повторно через 30 мин (максимальная суточная доза 120 мг)

или

- Натрия нитропруссид (вазодилататор миотропного действия) – начальная доза 0,25 мкг/кг/мин в/в капельно, увеличивая, при необходимости, дозу на 0,5 мкг/кг каждые 5 мин до достижения дозы 5 мкг/кг (опасно использовать более 4 часов из-за возможного токсического действия на плод).

- **Гипотензивные препараты медленного действия:**
- **Допегит (антигипертензивный препарат центрального действия, метилдопа) – начальная доза 250 мг/сутки, каждые 2 дня дозу увеличивают на 250 мг/сутки.**

Гипотензивная терапия проводится с индивидуальным подбором лекарственных средств с постепенным снижением доз при стабилизации состояния.

Магнезиальная терапия должна продолжаться не менее суток после родоразрешения или последнего припадка эклампсии при наличии положительной динамики.

Помощь во время судорог

- **Подготовьте оборудование (воздуховоды, отсос, маску и мешок, кислород) и дайте кислород со скоростью 4-6 л в минуту.**
- **Защитите женщину от повреждений, но не удерживайте ее активно.**
- **Уложите женщину на левый бок для уменьшения риска аспирации желудочного содержимого, рвотных масс и крови.**
- **После судорог при необходимости очистите отсосом ротовую полость и гортань.**
- **После приступа немедленно начать магниальную терапию**

- **Назначение седативных средств (диазепама) из-за побочного эффекта (угнетение неонатального дыхания) – нежелательно.**
- **Если судороги повторились через 15 минут, введите 2 г сульфата магния (10мл - 20% раствора в/в за 20 минут).**
- **Если судороги продолжаются введите диазепам.**
- **Нагрузочная доза - в/в 10 мг диазепам в течение 2-х минут, при возобновлении судорог повторно введите 10 мг диазепам.**

Поддерживающая доза диазепама

- **40 мг диазепама в 500 мл физиологического раствора в течение 6-8 часов, чтобы женщина могла находиться в седации, но могла быть разбужена.**
- **Прекратить введение поддерживающей дозы диазепама, если ЧДД меньше 16 в минуту.**
- **Возможно ректально введение – 20 мг (4мл) в 10 мл шприце (или в мочевом катетере).**

- Продолжайте лечение сульфатом магния в течение 24 часов после родов или последней судороги, в зависимости от того, что произойдет последним
- **Эклампсия не является абсолютным показанием к срочному родоразрешению.**

Необходимо сначала стабилизировать состояние пациентки.

Правила измерения АД

- Наиболее точные показания дает ртутный сфигмоманометр (по нему должны быть откалиброваны все используемые аппараты)
- Пациентка должна быть расслаблена, желательно после отдыха (не менее 10 мин).
- Положение – полусидя или сидя (манжета должна располагаться на уровне сердца пациентки), лежа – на боку.
- Манжета аппарата для измерения давления должна соответствовать окружности плеча пациентки (лучше больше, чем меньше).
- Достаточно измерения на одной руке.
- Уровень систолического давления оценивается по I тону Короткова (появление), а диастолического – по V (прекращение).
- Показатели должны быть зафиксированы с точность до 2 мм рт. ст.

НОРМАТИВНО- ПРАВОВЫЕ АКТЫ

- ПРИКАЗ МЗ РК ОТ 28 ДЕКАБРЯ 2008 №697 «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СТАНДАРТОВ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ И ЭКЛАМПСИИ»

к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан

- **Стандарт оказания неотложной помощи при эклампсии**
- Сульфат магния 25%-20,0 мл в/в в течение 5-10 минут и Диазепам 10 мг в/в медленно в течение 2-х минут.
- При повторных судорогах - дополнительно сульфат магния 25%- 8,0 в течение 5 минут.
- Установить систему для в/в вливаний (физиологический раствор)
- Обеспечить подачу кислорода (при необходимости использовать роторасширитель, языкодержатель, воздуховод, маску и мешок Амбу). Уложить пациентку на левый бок
- Защитить от повреждений, но не удерживать активно. Ингаляция в субнакротической дозе галотана (изофлурана, фторотана) для установки в/в катетера, не более 5-10 минут
- Катетеризация мочевого пузыря

Параллельно Обследование

- Общий анализ крови
- Гемодинамический мониторинг (ЭКГ, ЧСС, ЦВД, АД, SpO₂,)
- Общий анализ мочи
- Белок в суточной моче
- Свертываемость крови,
- АЛТ, АСТ
- Гемостазиограмма
- УЗИ +доплерометрия

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ