



СӨЖ

Тақырыбы:Презклампсия кезіндегі дәрігерге дейінгі күттірмейтін көмекті ұйымдастыру

Дайындаған: Жанысова Н.С.

544-топ

Тексерген: Алимханова Э.Қ.

Семей 2017 жыл

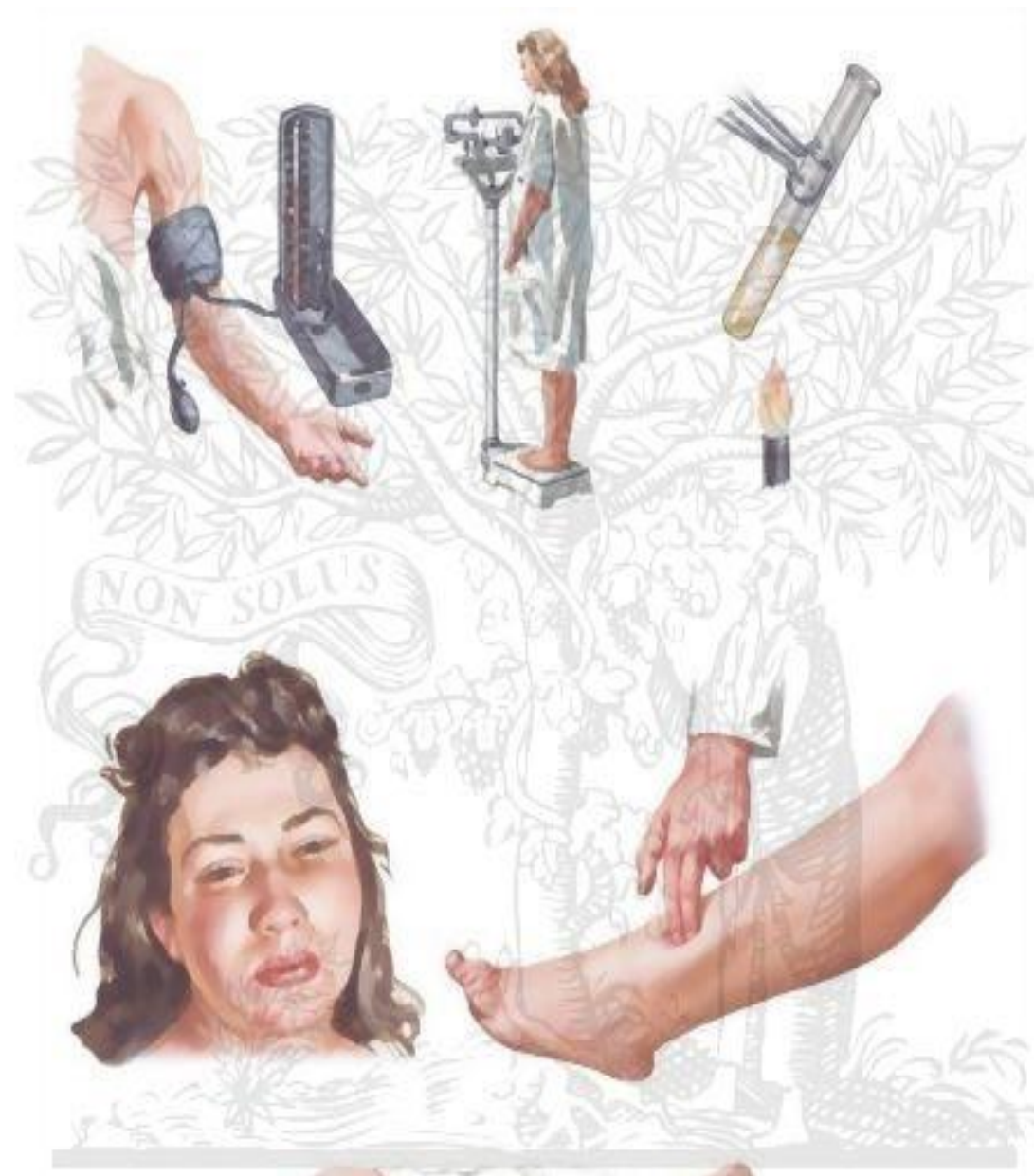
Жоспар

- I. Кіріспе
- II. Негізгі бөлім
 - преэклапсия түсінігі
 - диагностикалау критерилері
 - жедел жәрдем көмегі
- III.Қорытынды
- IV.Қолданылған әдебиеттер.

- Бүгінгі таңда преэклампсия және эклампсия проблемасы сияқты ешқандай проблема акушерлікте аса зейін аудармайды. Жүкті әйелдердің жалпы популяциясында преэклампсия жағдайының жиілігі 5-10%, ал эклампсияның жиілігі – 0,05% құрайды. Ана өлімінің әлемдік құрылымында преэклампсия жай-күйінің үлесі 12%, ал дамып келе жатқан елдерде 30%-ке дейін жетеді. Қазіргі кезде дамып келе жатқан елдерде преэклампсия перинаталдық науқастылық пен өлімнің негізгі себебі болып табылады. Ұрықтың антенаталдық өлуінің 18% оқиғасына дейін жүктіліктің гипертензиялық асқынуларымен сабақтас.

- **Преэклампсия** – жүктіліктің 20 аптасынан кейін дамитын гипертензия және протеинуриямен көрінетін синдром.

- **Ауыр преэклампсия** – ауыр артериалды гипертензиямен, биохимиялық және гематологиялық бұзылыстармен сипатталатын синдром.



- Жүктіліктің жеңіл формадағы бұл асқынулары әйелдердің 3% кездеседі, және көбіне анасы мен нәрестенің денсаулығына айтарлықтай әсер етпейді.

Преэклампсияның ауыр формасы жүкті әйелдердің 1-2% кездеседі. Бұл кезде, ең алдымен бүйрек, бауыр, қан ұйыту жүйесі және ми, сонымен қатар бала жолдасы зақымданады. Преэклампсияның ауыр формасы анасы мен нәрестенің денсаулығына айтарлықтай зиянын тигізіп, тіпті өлімге де әкелуі мүмкін. ҚР гестоз жүкті әйелдердің 15-27% кездеседі. Эклампсия дүние жүзіндегі ана өлімінің ең басты себебі болып отыр (10-15%). Преэклампсияның пайда болуы себептерін түсіндірудің барлық әректі ешқандай нәтиже бермеді. Бүгінгі күні бұл асқынудың дамуының 30-дан аса теориясы белгілі. Профилактикасының тиімді әдісін іздеуден де, әзірше еш нәтиже шықпады. Сонымен, нәтижелілігі дәлелденген бірден-бір емдеу әдісі - анасы мен жаңа туған нәрестеге орынды көмек көрсете алатын, емдеу мекемелеріндегі босандыру болып отыр.

Жіктемесі МКБ-10 бойынша

Клиникалық диагноз

Созылмалы гипертензия

Жүкті әйелдердегі ісінулер

Преэклампсияның жеңіл сатысы

Преэклампсияның орташа
сатысы

Преэклампсияның ауыр сатысы

Эклампсия

Жүктілікпен байланысты гипертензиялар –
жүктіліктің 20 аптасынан кейін пайда болатын және
АҚҚ босанғаннан кейін 6 апта аралығында қалпына
келеді.

Гестациялық гипертензия:

- Жүктіліктің 20 аптасынан кейін АҚҚ жоғары болуы
- Артериалды гипертензия протеинуриясыз
- Преэклампсияға ауысуы мүмкін

**Жеңіл артериалды
гипертензия**
140/ 90 мм.с.б.

**Ауыр артериалды
гипертензия**
160/110 мм.с.б.

30 минут интервалмен 2 рет өлшегенде

Қауіп-қатер факторы:

- ✓ 20 жасқа дейін және 35 жастан асқан алғаш босанушылар
- ✓ алдыңғы жүктіліктегі эклампсия/преэклампсия
- ✓ отбасылық анамнезіндегі преэклампсия
- ✓ көпұрықты жүктілік
- ✓ босану арасы 10 жылдан асса
- ✓ экстрагенитальды аурулар:
 - қант диабеті
 - семіздік
 - жүрек-қантамыр аурулары
 - антифосфолипидті синдром

Диагностика критерилері

- *Шағымдар мен анамнез*

Шағымдар спецификалық емес және гестоздың көрінісінен және ауырлық сатысына байланысты. Бас ауруына, жүрек айнуына, эпигастрия кезіндегі ауыру сезіміне, кенеттен пайда болған ісікке, зәр шығуының азаюына, іштегі нәрестенің қимылдау сипаты өзгеруіне, теріде себебсіз қан құйылу пайда болуына немесе мұрыннан қан жиі кетуіне жасалған шағымдарға ерекше көңіл бөлу керек.

- **Физикалық тексерулер**

Гипертензия

Гипертензия диагнозы диастоликалық қысым бір рет өлшегенде сынап бағанасынан 110 мм асса немесе тең болса немесе арасына 4 сағат салып екі рет өлшегенде сын. бағ. 90 мм асқанда немесе тең болғанда қойылады. Систоликалық АҚ бастапқыдағыдан сын. бағ. 30 мм көбейсе, бірақ сын. бағ. 160 мм көп болмаса.

Ауыр гипертензия

Диастоликалық АҚ бір рет өлшегенде сын. бағ. 120 мм асса немесе тең болса немесе арасына 4 сағат салып екі рет өлшегенде 110 асса немесе тең болса. Систоликалық АҚ бастапқыдағыдан сын. бағ. 30 мм көбейсе, бірақ сын. бағ. 160 мм көп болмаса.

Диастоликалық қысым сын. бағ. 90 мм және систоликалық сын. бағ. 140 мм болса, шекаралық болып саналады, бұл кезде ол ауру болып саналмайды, тек қана анасы мен іштегі нәрестенің хал-жағдайын мұқият бақылаудың қажеттігін көрсетеді.

АҚ көрсеткіштері өсуіне қарамастан, жүктіліктің көпшілігі жақсы өтеді, бұл - гипертензия кей жағдайда жатыр-бала жолдасы қан айналымына қан тамырлық қарсыласу жағдайында оң әсер ететінін көрсетеді және компенсаторлық механизм болып саналады.

• *Ісінулер*

Бір қалыпты ісінулер физиологиялық ағымда өтіп жатқан жүктілігі бар әйелдердің 50-80% байқалады. Анасы мен іштегі нәресте үшін ісіксіз өтіп жатқан преэклампсиядан гөрі ісінулермен өтіп жатқан преэклампсия көбірек қауіпті болып табылады. Тез үдейтін генерализделген ісіктер, әсіресе бел маңындағы, болжаудың жаман белгілері болып табылады.

• ***Ауыр преэклампсияға тән:***

1. Гипертензияның ауыр формасы қосылған протеинурия.
2. Гипертензияның кез келген формасы қосылған нашарлататын симптомдардың бірі:

- церебральдық симптомдар (бастың ауыруы, көрудің бұзылуы);
- олигурия (30 мл/сағаттан аз);
- эпигастраль аймағындағы ауыру сезімдері;
- құсу;
- жайылған ісіктер (әсіресе кенеттен пайда болған);
- тромбоциттер саны $100 \cdot 10^9/\text{л}$ аздау;
- бауыр қызметінің бұзылуы;
- өкпенің ісінуі;
- іштегі нәрестенің гипотрофиясы.

Ми симптоматикасының шеткі формалары - тырыспалар, ессіз күй (кома) эклампсияға тән.

Преэклампсияның ауырлық сатысы өте анық көрінетін клиникалық немесе зертханалық белгілерінен анықталады.

•

□ HELLP-синдромы

- тромбоциттер $100 \times 10^6/\text{л}$ төмен
- бауыр ферменттерінің жоғарылауы (Алт, Аст)
- гемолитикалық анемия



• *Инструменталдық зерттеулер*

- АҚ-ды өлшеу тәртібі:
 - Өте дәл көрсеткішті сынаптық сфигмоманометр береді (сол бойынша барлық пайдаланылатын аппараттар калибрлары түзетілуі керек).
 - Науқас денесін бос ұстауы керек, мүмкін болса демалғаннан кейін (10 минуттан кем емес).
 - Қалпы -жартылай отырып немесе отырып (манжета науқастың жүрек тұсына орналасуы керек), қырынан жатып.
 - Қысым өлшейтін аппараттың манжетасы науқастың иық шеңберіне сәйкес келуі керек (аз болғанша, көп болғаны жақсы).
 - Бір қолдағыны өлшегені де жеткілікті.
 - Систолиялық қысымның деңгейі Коротковтың I тоны бойынша бағаланады (пайда болуы), а диастолиялық - V бойынша (тоқтауы).
 - Көрсеткіштер 2 мм сын. бағанасына дейінгі дәлдікпен белгіленуі керек.

**Протеинурия $>0,3$ г/тәу немесе 0.3
г/л екі реттік 4 сағаттан кейін
алынған зәр анализінде**



Дифференциалды диагноз

	Артериальдық гипертензия	Протеинурия	Ісіктер	Тырыспалар
Презклампсия/ эклампсия	Гестацияның 17 аптасынан кейін пайда болады, бұрын байқалмаған, босанғаннан кейін 6 аптаның ішінде кетеді	Анамнез мәліметтері бүйректің созылмалы аурулары барлығын болжауға мүмкіндік бермейді	Жүктілік кезінде ғана пайда болып, босанғаннан кейін тез арада кетеді	Жүктілік жоқтағы тырыспа синдромы немесе бас-ми жарақатына анамнез мәліметтері жоқ
Пиелонефрит	Тән емес	Зәр және қан анализдеріндегі қабыну белгілерімен тіркесімде болуы мүмкін, клиникалық - гипертермиямен, қалшылдаудың оң симптомдарымен және улану белгілерімен.	Тән емес	Жоқ

гломерулонефрит	Жүктілікке дейінгі гипертензияға берілген анамнез мәліметтері бар	Бар, бірақ көбіне зәр анализіндегі (гематуриямен, цилиндрлермен және ә.қ.), басқа өзгерулердің тіркесімде, босанғанға 6 апта өткеннен кейін де сақталады	Бар, көбіне бүйрек созылмалы ауруларының белгілерімен тіркеледі, босанғанға 6 апта өткеннен кейін де сақталады	Жоқ
Гипертониялық ауру	Жүктілікке дейін пайда болады немесе гестацияның 17 аптасынан бұрын тіркеледі, босанғаннан кейін 6 аптаның ішінде кетпейді	Тән емес	Тән емес	Жоқ
Эпилепсия	Ұстамасыз тән емес	Жоқ	Жоқ	Жүктілікке дейін пайда болады

Дәрігерге дейінгі күттірмейтін көмек көрсету алгоритмі

Диагноз қою. Диагноз науқастың шағымдарына, анамнезіне және объективті қарап тексеру белгілерге сүйеніп қойылады.

Тырысу ұстамалары жоқ:

- әйелді тегіс беткейге жатқызу
- басын бүйіріне қарай бұру
- керекті құрал жабдықтарды дайындау (ауа өткізгіш түтіктер,отсос, маска және қапшықты, оттегіні).

Тырысу болса:

- кислородты терапия 4-6л\мин жылдамдықпен беру
- тегіс беткейге, сол жақ қырына жатқызу
- жарақаттанудан сақтау
- тырысу аяқталған соң ауыз қуысын және кеңірдекті аспирациялау.

Магнезиальді терапия:

- ✓ вена ішіне магний сульфатының бастапқа дозасын – 25%-20 мл 10-15 минут ішінде ақырын енгізу (5 г құрғақ зат).

Үстемелеуші терапия:

- ✓ 320 мл физиологиялық ерітіндімен 80 мл – 25% магнезия сульфатын қосып, вена ішіне инфузионды терапия ретінде енгізу. 12-24 сағат жалғастыру.

Тырысулар кезінде Диазепамды беру керек емес, себебі ол неонатальді тынысты тежейді. Егер магнезиялық терапия барысында тырысу 15 минуттан кейін қайталанса, онда диазепам v/i 10 мг енгізу



- ❑ Егер артериальді қысым 160/100 мм.с.б. тең немесе одан жоғары болса, онда 10 мг нифедипинді сублингвальді беру, АҚ қадағалаумен 10 мг 30 минуттан соң беру. (Маңызды: АҚ 130/90-140/95 мм.с.б. деңгейінде ұстап тұру керек, егер бұдан төмендеп кетсе жатыр-плацента қан айналымы бұзылуы мүмкін)
- ❑ АҚ қадағалануымен магнезиалді терапияны жалғастыра отырып, пациентті носилкаға жатқызу және үшінші дәрежелі не жақын маңдағы перзентхананың реанимациялық бөліміне тасымалдау.



Қорытынды

- “Преэклампсия” диагнозын қоюдың міндетті критерийі: жүктілік мерзімі, артериалды гипертензия және протеинурия. Ісіктер диагностикалық критерий ретінде есепке алынбайды. Кез келген жүкті әйелдерде преэклампсия, эклампсия кезінде кез-келген жедел жәрдем дәрігерлеррі шұғыл түрде көмек көрсете білуі тиіс себебі қазіргі таңда ең жиі кездесетін ана өліміне әкелетін, бала өлімңне әкелуі мүмкін жағдайларға жатады.

- Пайдаланған әдебиеттің тізбесі
- Аурулардың диагностикасы және емдеу хаттамалары (Приказы №764 - 2007, №165 - 2012)
 - Хаттаманы дайындау барысында пайдаланылған әдебиеттер: 1. Резолюция Международной научно-практической конференции акушеров-гинекологов «Гестоз. Современные аспекты патогенеза, ранней диагностики и лечения» г. Алматы, 2003 год. 2. Villar J., Merialdi M., Gulmezoglu A.M., Abalos E., Carroli E.G., Kulier R. et al. Nutritional interventions during pregnancy for the prevention or treatment of maternal morbidity and preterm delivery: an overview of randomised controlled trials. J Nutr. - 2003;133:1S-20S. 3. Duley L., Henderson-Smart D.J., Knight M., King J.F. Antiplatelet agents for preventing preeclampsia and its complications. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 4. Art. No.: CD004659. 4. Knight M., Duley L.,