

**Тема №36: Гипертензивные  
нарушения во время  
беременности и родов  
(преэклампсия, эклампсия).  
Диагностика. Тактика  
ведения.**



- **Гипертензивные состояния во время беременности и родов.**
- **Преэклампсия** – это артериальная гипертензия + протеинурия во второй половине беременности. По рекомендации ЕРБ ВОЗ преэклампсия подразделяется на две формы:
  - По тяжести:
    - легкая
    - тяжелая
  - По сроку гестации:
    - доношенная (> или = 36 недель беременности)
    - недоношенная (< 36 недель беременности)



- **Легкая преэклампсия** – это дважды отмеченный подъем диастолического артериального давления свыше 90 мм.рт.ст. до 110 мм.рт.ст. в течение 4 часов после 20 недели беременности с протеинурией свыше 0,3г/л до 1г/л. Ведение и наблюдение в амбулаторных условиях (если амбулаторное наблюдение не возможно госпитализация в стационар).
- **Тяжелая преэклампсия** – это подъем диастолического давления свыше 110 мм.рт.ст. после 20 недели беременности + протеинурия свыше 1г/л, или к легкой преэклампсии присоединяется любой из признаков угрожающей эклампсии (**легкая преэклампсия + любой из признаков угрожающей эклампсии**).



- **Признаки угрожающей эклампсии**
- 1 Внезапное изменение эмоционального состояния.
- 2 Внезапное и очень высокое артериальное давление
- 3 Гиперрефлексия
- 4 Головная боль
- 5 Нарушение зрения
- 6 Олигурия (выделение менее 400 мл. мочи за 24 часа)
- 7 Боли в верхней части живота
- 8 Желтушность кожных покровов
- 9 Внезапные отеки, особенно в области поясницы и лица
- 10 повышение ферментов печени в крови
- 11 Тромбоцитопения
- 12 Изменения в свертывающей системе крови
- 13 Признаки отека легких



- **Протеинурия**
- Второй по важности симптом преэклампсии.
- Практическое значение имеет уровень протеинурии  $-0,3\text{г/л}$  и более в собранной за сутки моче (при исключении инфекции мочевого тракта) Результаты визуального теста приблизительно соответствуют следующим уровням протеинурии:  $1+ = 0.3\text{ г/л}$ ,  $2+ = 1\text{ г/л}$  и  $3+ = 3\text{ г/л}$ .
- **Отеки**
- Диагностическое значение, в определение прогрессирования преэклампсии не имеют. Исключением являются внезапно (в течение не более 2 суток) возникшие отеки в области поясницы и на лице, что является признаком угрожающей эклампсии.
- **Тактика при тяжелой преэклампсии** – проведения нагрузочной дозы  $\text{MgSO}_4$  в поликлинике, если данное состояние выявлено там, с последующей госпитализацией в стационар в сопровождении ВОП и сдача больной врачу приёмного отделения с указанием времени установки диагноза и времени проведения нагрузочной дозы  $\text{MgSO}_4$ .



- ***Единственным специфическим методом лечения тяжелой преэклампсии не поддающаяся терапии (сохранение явлений тяжелой преэклампсии после проведения нагрузочной дозы по истечении 4х часов) является прерывание беременности***
- На решение вопроса о родоразрешении не должны влиять:
- Срок гестации
- “Зрелость” легких плода
- Готовность родовых путей
- Родоразрешение проводится в интересах матери, которой угрожает реальная опасность
- Готовность родовых путей может повлиять лишь на способ родоразрешения (вагалищное или кесаревым сечением), но не на сроки его проведения.
- Роды должны произойти в пределах 12 часов после появления симптомов.



- При эклампсии роды должны произойти в пределах 12 часов после появления судорог.
- - если вагинальные роды не ожидаются в указанных пределах времени показано Кесарево сечение (эклампсия).
- -если частота сердцебиения плода <100 или >180 ударов в минуту - Кесарево сечение!
- -не используйте местную анестезию или кетамин у женщин с преэклампсией и эклампсией.
- Неэффективные методы профилактики тяжелой преэклампсии:
  - - назначение диуретиков;
  - - назначение антикоагулянтов (гепарин, варфарин);
  - - повышение потребления белков и калорийных продуктов;
  - - запрещение употребления калорийных продуктов женщинам с ожирением;
  - - добавление в рацион железа, фолатов, магния, цинка или рыбьего жира;
  - - ограничение приёма соли и жидкости.



## ● ПЕРВИЧНАЯ ОЦЕНКА И ВЕДЕНИЕ ЭКЛАМПСИИ.

- Позовите на помощь, мобилизуйте персонал.
- Быстро оцените дыхание и состояние сознания.
- Проверьте проходимость дыхательных путей, измерьте АД и пульс
- Уложить на левый бок
- Защитите от травм, но не сдерживайте ее активно
- Начните в/в инфузию жидкости иглой большого размера
- Дайте кислород со скоростью 4 литра в 1 минуту
- Никогда не оставляйте женщину без присмотра



**Рис. Органые изменения у беременных с преэклампсией**





- **ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ЭКЛАМПСИИ.**
- Использование магния сульфата:
- При эклампсии
- При тяжелой преэклампсии
- У женщин с неотложными родами по причине тяжелой эклампсии
- Начните введение магния сульфата как только будет принято решение о родоразрешении.
- Продолжайте терапию в течении 24 часов после родов или после последней судороги.
-



- МАГНИЯ СУЛЬФАТ
- **Нагрузочная доза:**
- 15 мл 25% MgSO<sub>4</sub> в/в в течении 5 мин. (в 2-3 шприцах), предупредите женщину, что она будет ощущать чувство тепла во время в/в введения сульфата магния;
- затем сразу по 20 мл в каждую ягодицу в/м с новокаином;
- если судороги повторились через 15мин. 8 мл в/в 25% MgSO<sub>4</sub> в течении 5мин.
- **Поддерживающая доза MgSO<sub>4</sub>**
- по 20 мл в/м каждые 4 часа
- продолжать введение MgSO<sub>4</sub> в течении 24 часов после родов или после последней судороги
- перед каждым повторным введением убедитесь, что:
  - частота дыхания не меньше 16 в мин
  - что присутствуют коленные рефлексы
  - диурез не менее 30 мл в час в последние 4 часа
- отмените или отложите введение MgSO<sub>4</sub>, если:
- частота дыхательных менее 16 в мин
- коленные рефлексы отсутствуют
- диурез менее 30 мл в час последние 4 часа
- **вводим антидот!**



- Глюконат кальция в/в 10мл - 10% медленно до восстановления дыхания и при необходимости ИВЛ.
- $MgSO_4$  НЕ ОКАЗЫВАЕТ КАКОЕ-ЛИБО ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ИСХОД РОДОВ.
- **Противосудорожные препараты:**
- $MgSO_4$ , диазепам, фенитоин.
- Схема диазепама (валиум, дормикум, сибазон, седуксен, реланиум):
- -только в случае **отсутствия**  $MgSO_4$  !
- Нагрузочная доза:
- 10 мг (2мл) диазепама в/в в течение 2 минут
- если судороги возобновились, повторить нагрузочную дозу.
- Поддерживающая доза:
- - 40 мг диазепама в 500 мл физ. раствора в/в капельно для поддержания состояния седатации, но должна быть в сознании.
- - если доза превысит 30 мг за один час может наступить угнетение дыхания:
- ИВЛ
- Не использовать более 100 мг диазепама в течении 24 часов.
- - ректальное введение: когда в/в невозможно, 20 мг в 10 мл шприце per rectum, в течении 10 мин. шприц оставляем в прямой кишке. Если судороги повторились – еще 10 мг в час дополнительно.



- **Антигипертензивные средства:** при ДАД более 110мм.рт.ст.
- - гидралазин (апрессин)
- - лабеталол (атенолол) 10 мг в/в
- - нифедипин (коринфар, адолат) 5 мг под язык, через 10 мин. еще 5 мг под язык.
- **ПРИНЦИПЫ:**
- - начните антигипертензивные средства, если ДАД более 110 мм.рт.ст.
- - поддерживайте ДАД на уровне 90-100 мм.рт.ст. с целью предотвращения кровоизлияния в мозг.
- **Реабилитация после родов:**
- диспансерное наблюдение в семейной поликлинике совместно со специалистами различного профиля для своевременного оздоровления вне беременности и планирования последующей беременности;
- - подбор методов контрацепции с учетом их противопоказаний.



- <http://www.myshared.ru/slide/1297024/>