

МОДНЫЙ ПОДХОД К ПРЕЭКЛАМПСИИ

ferenc szirkó

ЭТИОЛОГИЯ

- Точно не известна

патогенез (1)

- модель иммунного ответа
 - плод иммунологически чужероден
- для успешного развития нужно
 - иммуносупрессия матери
 - специальные механизмы иммунной защиты матери
- ключом к успеху является баланс

патогенез (2)

- клеточный (фагоцитоз, внутриклеточный “killing”, антитело-зависимая клеточно опосредованная цитотоксичность)
- гуморальный иммунный ответ (антитела, медиаторы)

патогенез (3)

- клеточный иммунный ответ
 - Т-хелперы 1 типа (Th1)
 - гамма-интерферон
- гуморальный иммунный ответ
 - Т-хелперы 2 типа (Th2)
 - интерлейкин-4, интерлейкин-10

патогенез (4)

- клеточный иммунный ответ
 - подавляется
- гуморальный иммунный ответ
 - преобладает/усиливается
- антитела обезвреживаются плацентой

патогенез (5)

- при преэклампсии клеточный иммунный ответ
 - не подавляется достаточно
- относительный Th1 перевес
- недостаточная инвазия хориона
- гипоксия хориона/несостоятельность плаценты
- вазоактивные вещества - гипертензия

Клинические проявления

- поздняя преэклампсия (с 34 недели)
 - гипертония
 - протеинурия
- ранняя преэклампсия (до 34 недели)
 - гипертония
 - протеинурия
 - гипотрофия плода

классификация

- умеренная
- тяжелая

классификация

- критерии
 - систолическое давление выше 160
 - Диастолическое выше 110
 - белка больше 5 г в сутки или больше 3 г/л в двух одиночных порциях с разницей в час
 - олигурия (менее 500 мл в сутки)
 - судороги, нарушение зрения (отек мозга), боль в эпигастрции (отек печени) и т.д.

тактика

- умеренная степень – наблюдение
- тяжелая степень – окончание беременности, медикаментозное лечение
– до 34 недели – подготовка легких плода

тактика

- оценка состояния плода (гемодинамика)
- при серьезном нарушении гемодинамики плода КС

медикаменты

- магнезия
- лабеталол
 - (нифедипин, бета-блокаторы, леводопа)
- бетаметазон для плода
- остальное по надобности надобности
(диуретики, осмо-диуретики,
барбитураты, ИВЛ, гемодиализ и т.д.)

заметки (1)

- если все начинается судорогами, лечить экламсию пока диагноз не опровержен
- при ранней преэклампсии и существенных нарушениях гемодинамики плода вся надежда на микропедиатров
- **NB! Эффективных средств внутриутробного лечения гипотрофии нет**

заметки (2)

- профилактика
 - аспирин 75 мг в день – связанные надежды оправдал частично
 - отказ от поваренной соли, кальций, рыбий жир, витамины, магний, селен и молибден не уменьшают частоту преэклампсии

заметки (3)

- лечение (1)
 - постельный режим в некоторых исследованиях показал положительный эффект (видимо за счет увеличения объема плазмы)
 - кислородная терапия матери, актовегин, алоэ, фибс, абдоминальная декомпрессия не показали положительного эффекта

заметки (4)

- лечение (2)
 - комбинация больше двух-трех медикаментов может привести к непредсказуемым последствиям
 - для снижения слишком высокого систолического давления можно пользоваться разными препаратами – выбор в этом случае зависит от навыков конкретного врача

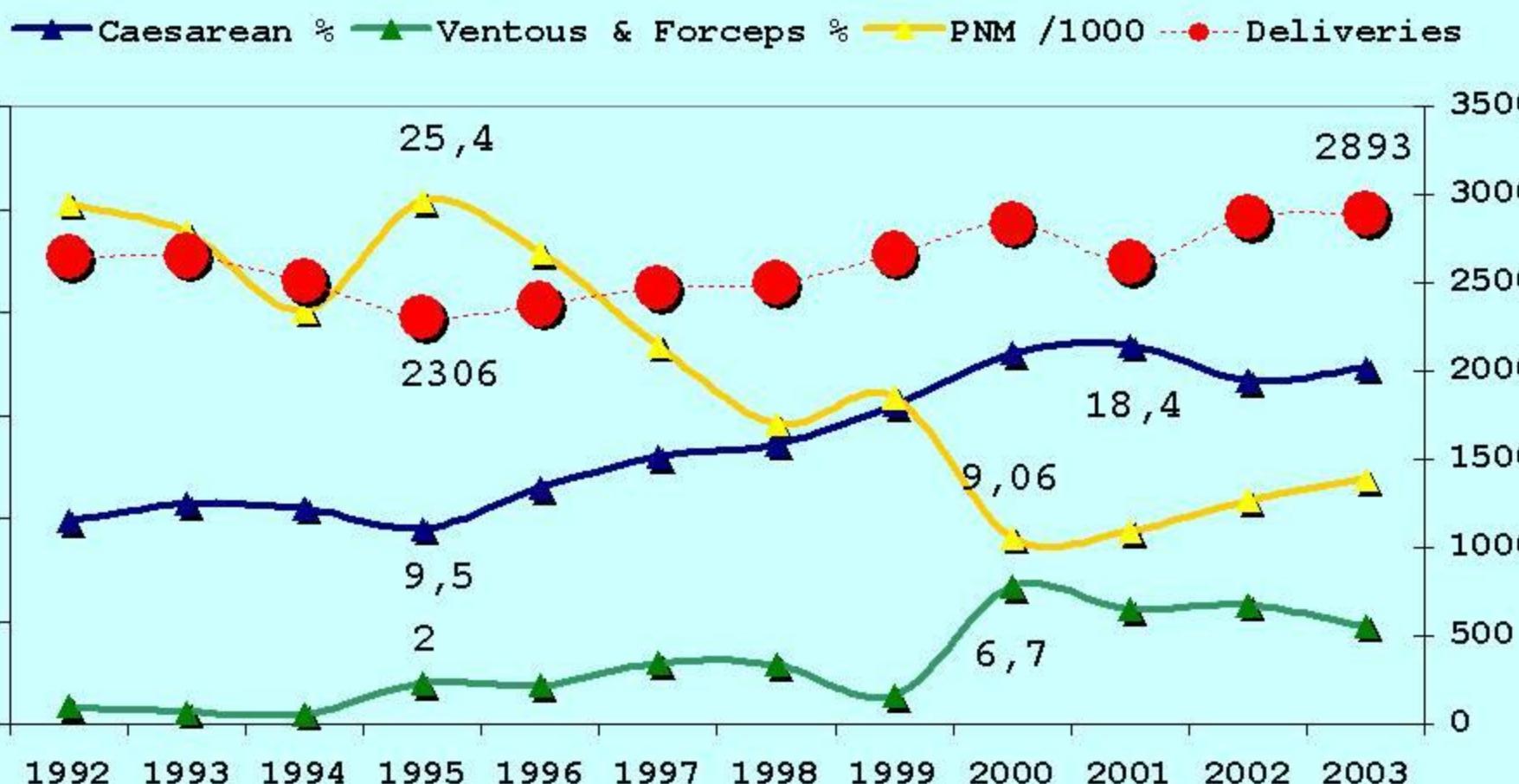
заметки (5)

- осложнения (1)
 - чем раньше закончить беременность тем меньше осложнений со стороны матери
 - после 34 недели пролонгирование не дает положительного эффекта на плод

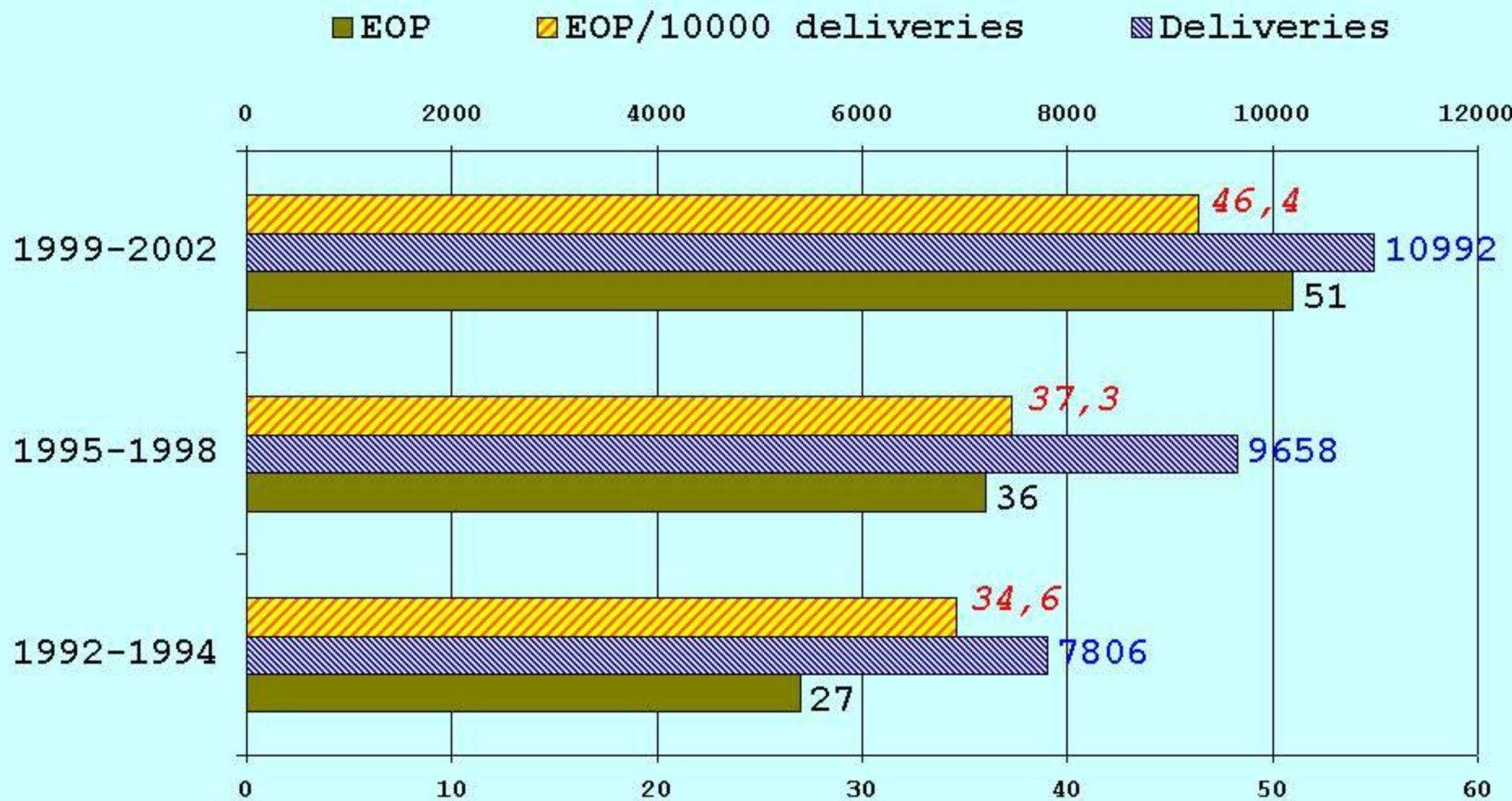
заметки (6)

- осложнения (2)
 - до 34 недели более раннее окончание беременности сдвигает перинатальную смертность в неонатальную область
 - более позднее окончание – в антенатальную область

General data - Tallinn Central Hospital 1992 - 2002

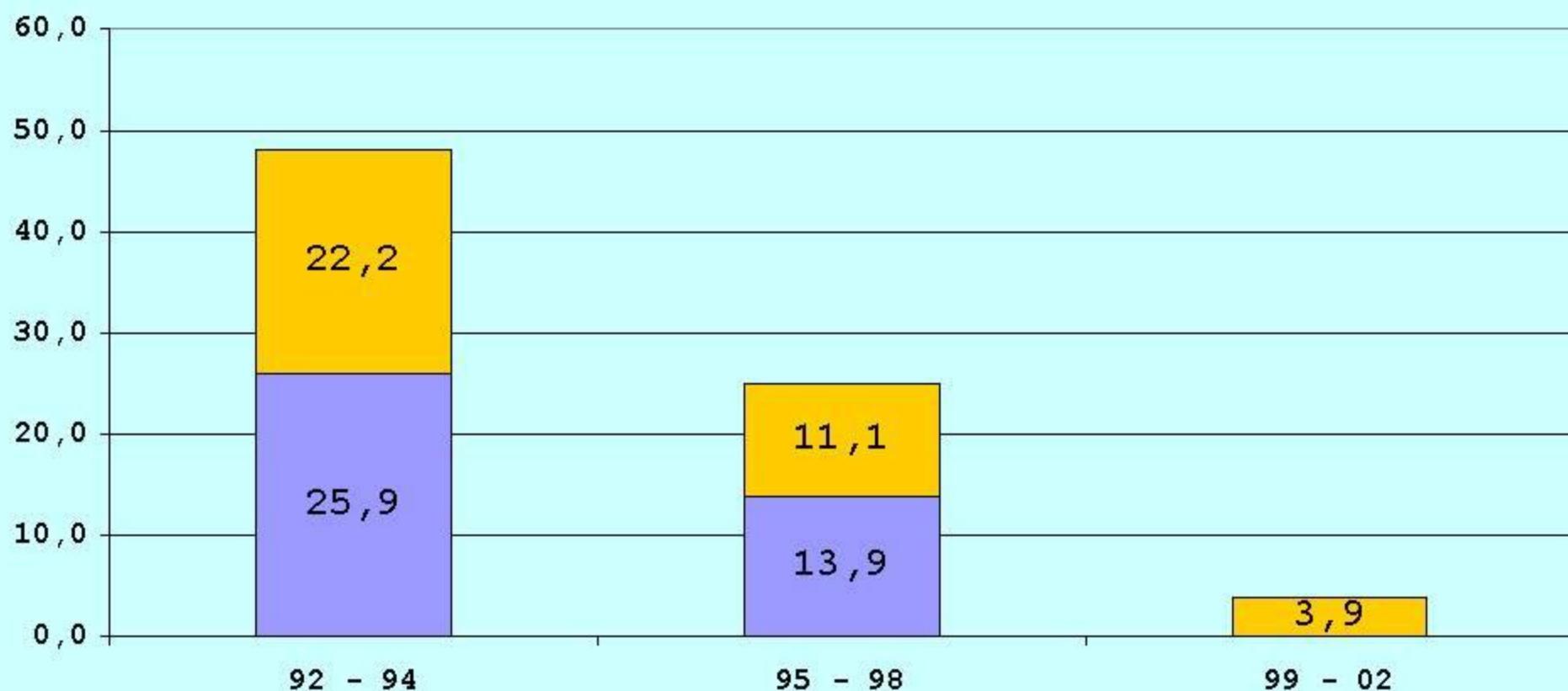


Early Onset Preeclampsia in TCH

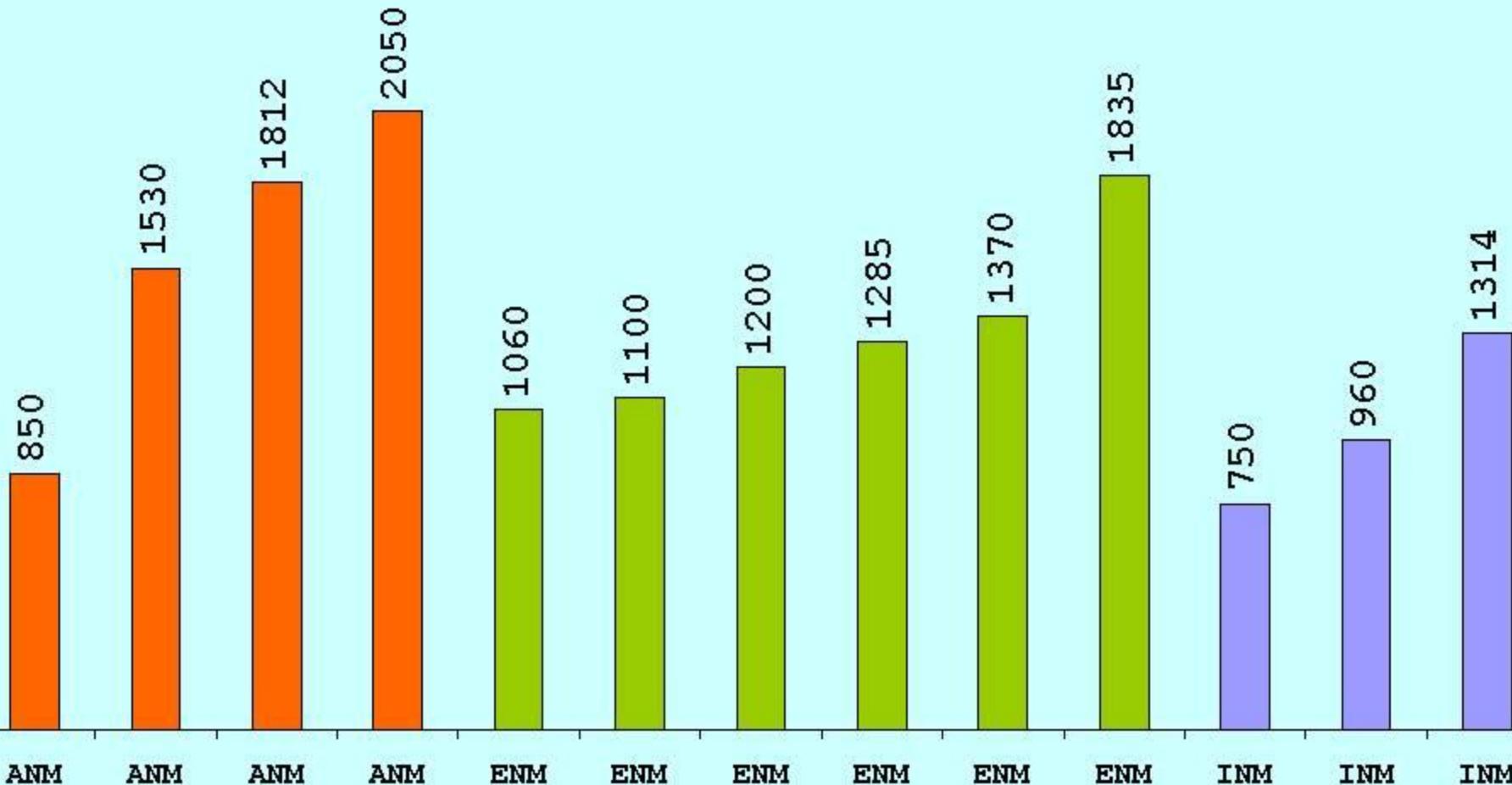


Perinatal Mortality - Preeclampsia <34 w.o.g.,
%

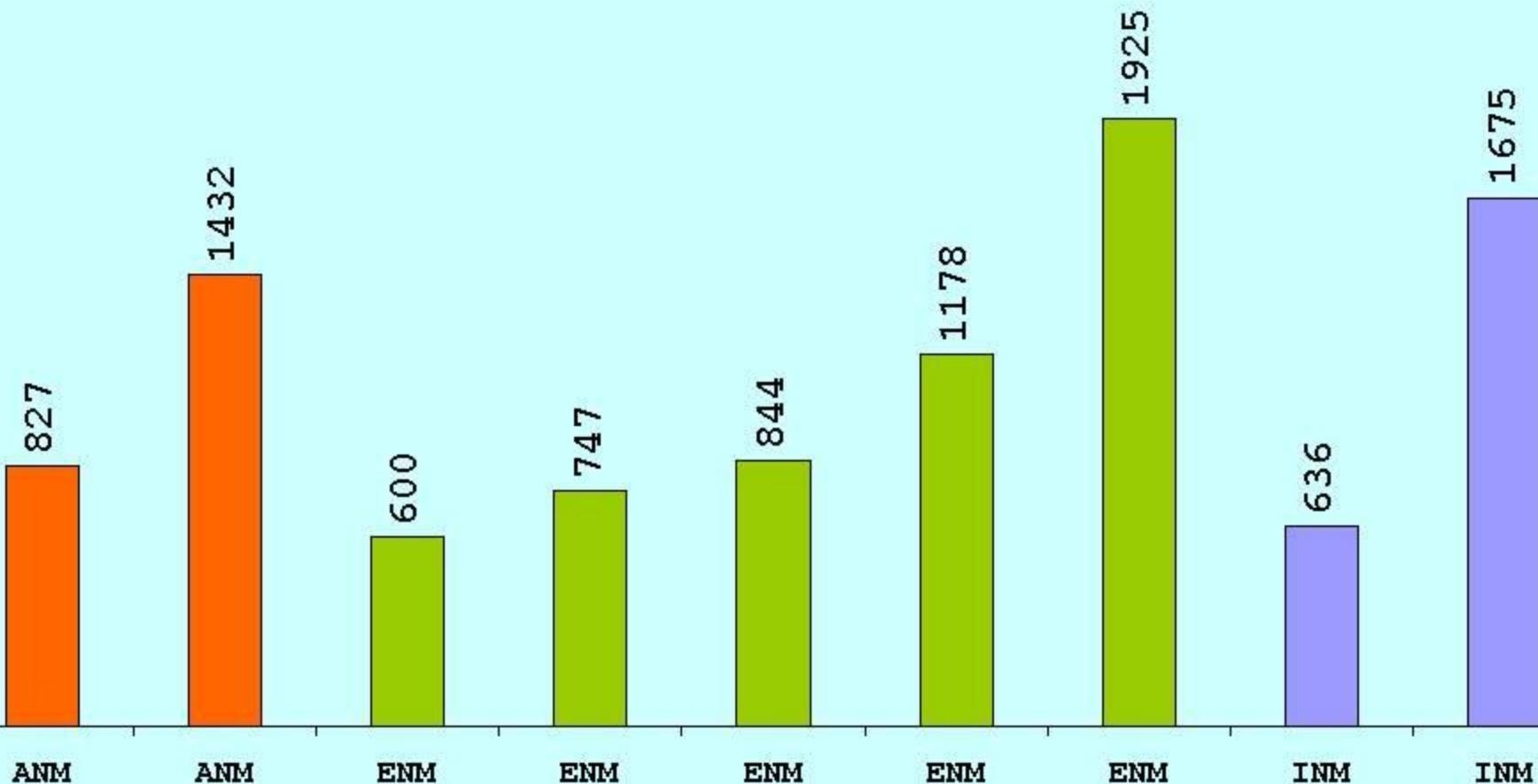
■ AM ■ ENM



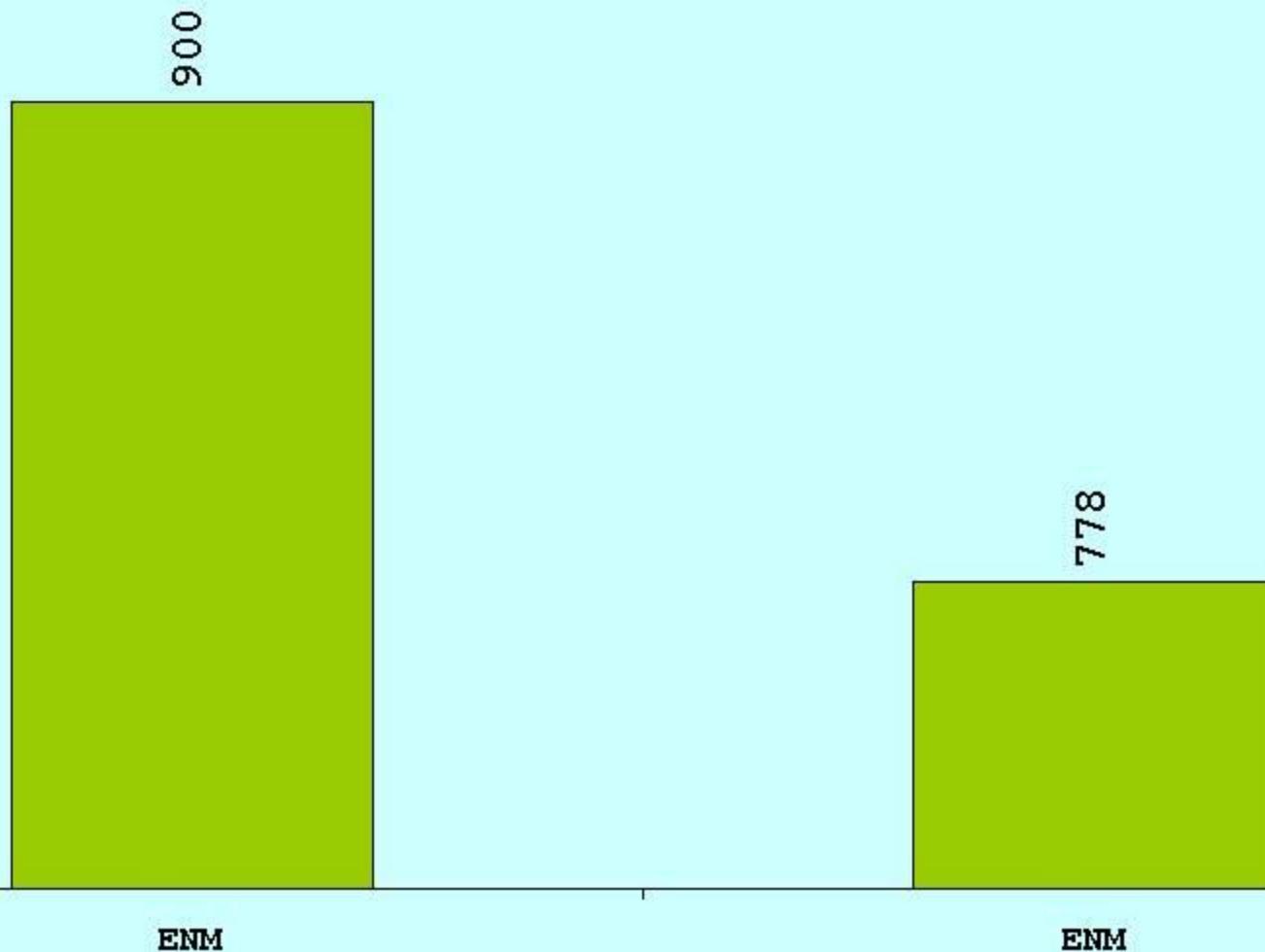
Weight of perinatally died babies (g) 1992–1994



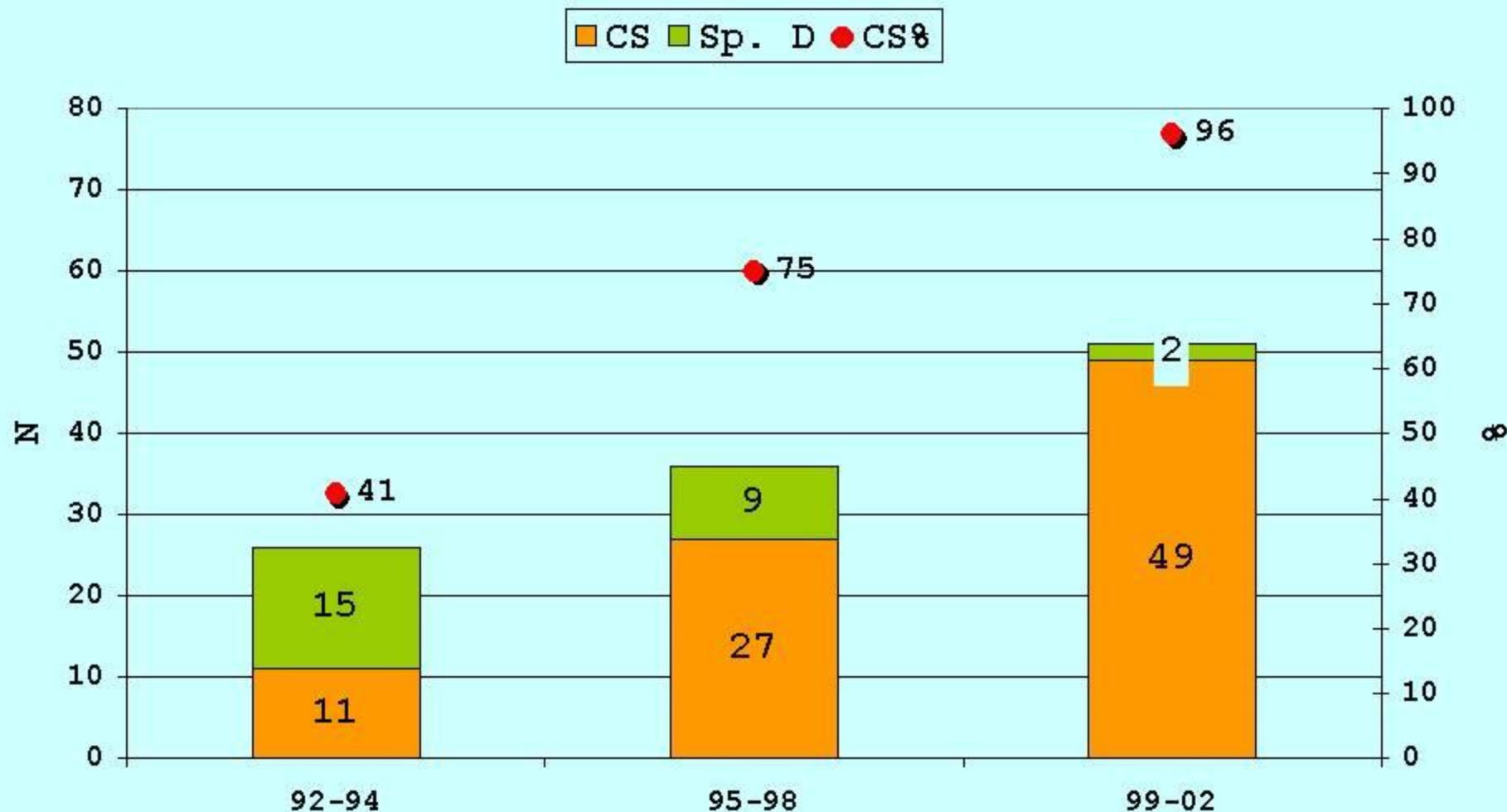
Weight of perinatally died babies (g) 1995–1998



Weight of perinatally died babies (g) 1999–2002



Caesarean Section - Preeclampsia < 34 w.o.g.



Eclampsia, < 34 w.o.p.

■ Deliveries ■ Eclampsia ● %

