

Преэклампсия. Этиология.
Классификация. Клиника.
Диагностика. Лечение.

Кафедра акушерства и гинекологии №2
ОНМедУ,
гл. акушер-гинеколог УЗО ОГА
Чуева-Павловская Т. П.

ПРЕЭКЛАМПСИЯ- ЧТО ЭТО?

- Преэклампсия – это гипертензия, которая возникла после 20 недель беременности в сочетании с протеинурией
- Преэклампсия и эклампсия являются одним из самых тяжелых осложнений беременности, родов и послеродового периода. Они занимают одну из ведущих причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

БОЛЬШАЯ ПЯТЕРКА МС

- I – экстрагенитальная патология
- II - МАК
- III - тромбоэмболия ЛА
- IV – тяжелая преэклампсия
- V – сепсис



КАК ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ ПРЕЭКЛАМПСИИ?

- При наличии гипертензии в сочетании с протеинурией или генерализованными отеками или при наличии всех трех признаков
- После 20 недель беременности при наличии АД > 140/90 мм.рт.ст. с протеинурией (0,3 г\л в средней порции мочи, собранной дважды с интервалом 4 часа или суточная протеинурия 0,3 г в сутки и более)

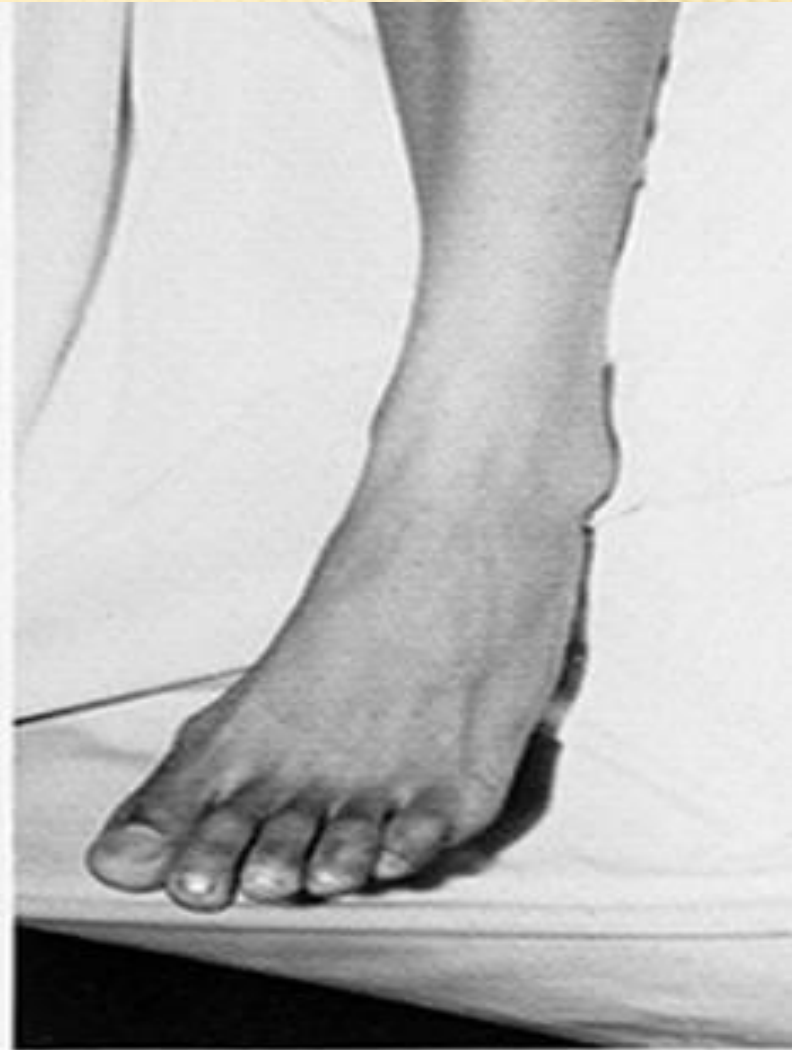
ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

- Повышение диастолического артериального давления $>$ чем 110 мм.рт.ст. и систолического $>$ чем 170 мм.рт.ст.
 - Протеинурия $>$ 5 г в сутки
 - Отеки генерализованные, головная боль, ухудшение зрения, боли в эпигастрии, в правом подреберье, гиперрефлексия
 - Олигурия ($<$ 500 мл/ сутки)
 - Тромбоцитопения ($<$ 80-109 г\л)
 - 2-3 показателя – признак тяжелой преэклампсии.
- Наличие у беременной хотя бы одного из критериев более тяжелой преэклампсии является основанием для соответствующего диагноза

ОТЕКИ



A



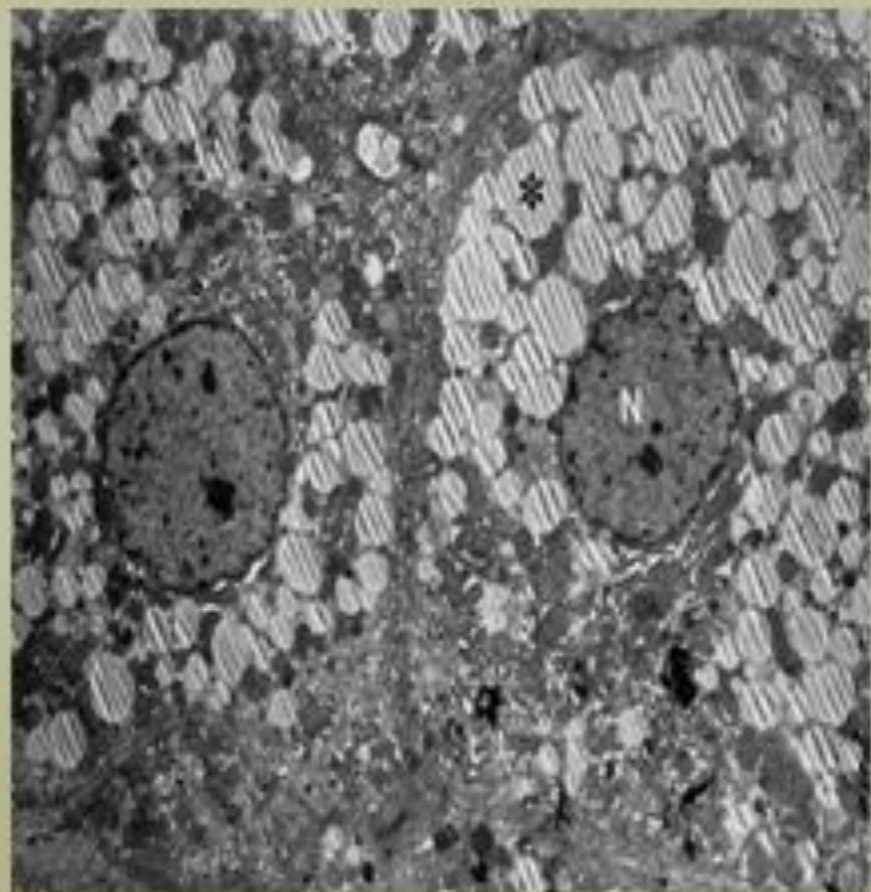
B

ОСЛОЖНЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

- Эклампсия
- Отек легких, сердечная недостаточность
- Кровоизлияние в головной мозг
- Поражение печени (HELLP – синдром)
- Почечная недостаточность
- ДВС-синдром
- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- Задержка внутриутробного роста плода
- Внутриутробная гибель плода



ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕЧЕНИ ПРИ HELLP-синдроме



КАКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ?

- Беременную госпитализируют в акушерский стационар III уровня в отделение интенсивной терапии с целью оценки степени риска беременности для матери и плода, и выбора метода родоразрешения в течение 24 часов



КАКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ?

- Общий анализ крови с гематокритом, тромбоцитами ежедневно,
- Коагулограмма
- общий белок, креатинин, мочевины, билирубин и его фракции, трансаминазы (АлАТ, АсАТ), электролиты сыворотки
- Гр. крови и резус-фактор
- Общий анализ мочи - 4 часа



КАК ПРОВОДИТЬ НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННОЙ?



- Контроль АД почасово
- Анализ мочи каждые 4 часа
- Контроль почасового диуреза (катетеризация мочевого пузыря катетером Фалея)
- Гемоглобин, гематокрит, количество тромбоцитов, печеночные пробы, креатинин - 1 раз в сутки
- Мониторинг состояния плода – КТГ - ежесуточно



КАКОВА ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ?

- Родоразрешение **в первые 24 часа** с момента установления диагноза тяжелой преэклампсии независимо от срока беременности
- Гипотензивную терапию проводят при повышении диастолического давления >110 мм.рт.ст. на фоне магниальной терапии с целью профилактики эклампсии, геморрагических инсультов, гипертонической энцефалопатии (безопасное АД - $150/90 - 160/100$ мм.рт.ст. обеспечивает адекватное мозговое и плацентарное кровообращение)

КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОЛЖНА ПОЛУЧАТЬ БЕРЕМЕННАЯ С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ?

- Строгий постельный режим (лечебно-охранительный)
- В сроке беременности от 24 до 34 недель – кортикостероиды: дексаметазон по 6 мг – 4 раза каждые 12 часов – в течение 2 суток
- Гипотензивная терапия
- Магнезиальная терапия
- Инфузионная терапия

КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ?

- Гипотензивная терапия: **лабеталол** (локардия) в/в 10 мг через 10 мин (при стойком диастолическом АД - > 110 мм.рт.ст. – дополнительно еще 20 мг (40-80 мг – до 300 мг максимально))
- **нифедипин** – 5-10 мг под язык – контроль АД через 10 мин; метилдофа - 1,0 – 3,0 г в сутки как монотерапия или в комбинации с нифедипином (эффект наступает позже – через 4 часа)

МАГНЕЗИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

- Применяется для профилактики эклампсии, начинается сразу же с момента госпитализации при диастолическом АД > 130 мм.рт.ст.
- В\в болюсно вводят 4 г сухого в-ва (16 мл 25% р-ра сульфата магния на 34 мл 0,9% р-ра Рингер-Локка) очень медленно в течение 15 мин)
- Поддерживающая доза: 30 мл 25% р-ра сульфата магния разводят в 220 мл 0,9% физ. раствора. Скорость введения – по состоянию беременной от 1 г/час (10-11 кап в мин) до 3 г/час (33 кап в мин)

МОНИТОРИНГ ВО ВРЕМЯ МАГНЕЗИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

- Измерение АД каждые 20 минут
- Подсчет ЧСС (норма 60-80 уд в 1 мин)
- Подсчет ЧД (норма 16-20 в 1 мин)
- Измерение Sat O₂ (не ниже 95%)
- Кардиомониторный контроль
- ЭКГ
- Проверка коленных рефлексов через 2 ч
- Почасовой диурез – не менее 50 мл/ч

ЕСЛИ НЕТ МАГНЕЗИИ?

- Сибазон – 10 мг (2 мл) в 10 мл физ. р-ра в/в в течение 2 минут затем поддерживающая доза 40 мг в/в растворяют в 500 мл со скоростью 22 мл/ час (6-7 кап в мин).
Возможно в/м введение и ректальное (20 мг сибазона растворить в 10 мл физ р-ра и ввести в прямую кишку)

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ

- ▣ **Инфузионная терапия** у беременных с тяжелой преэклампсией и эклампсией на фоне гиповолемии, интерстициальной легочной гипергидратации, сниженного онкотического давления плазмы и увеличения проницаемости капилляров проводится на фоне мониторинга ЦВД. Препаратами выбора при данной ситуации считается гидроксипроксиэтилкрахмал (Стабизол) и кристаллоидные растворы.

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ

- Необходим строгий контроль объема введенной (выпитой) и выделенной жидкости. Диурез д.б. не < 50 мл/час
- Суточная потребность женщины 30-35 мл/кг (60 кг-1800 мл)
- Изотонические р-ры (физ. р-р, Рингера)
- Для восполнения ОЦК – 6%, 10% р-р Рефортана. Соотношение к кристаллоидам 2:1



ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

- Головная боль
- Нарушение зрения
- Боли в эпигастрии
- Симптомы отека легких: тяжесть в груди, одышка, кашель с мокротой
- Повышение ЦВД
- Появление крепитирующих хрипов в легких
- Увеличение ЧСС и признаков гипоксии (снижение уровня сознания)
- Состояние плода

ТАКТИКА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Родоразрешение проводят с учетом акушерской ситуации. Предпочтений отдают родам через естественные родовые пути с адекватным обезболиванием (эпидуральная анестезия)

При условии зрелых родовых путей проводят амниотомию с последующей индукцией родовой деятельности

В случае незрелой шейки матки и отсутствия эффекта от подготовки простагландинами или в случае прогрессирования гипертензии, угрозы судорожного синдрома, ухудшения состояния плода родоразрешение проводят путем операции кесарева сечения

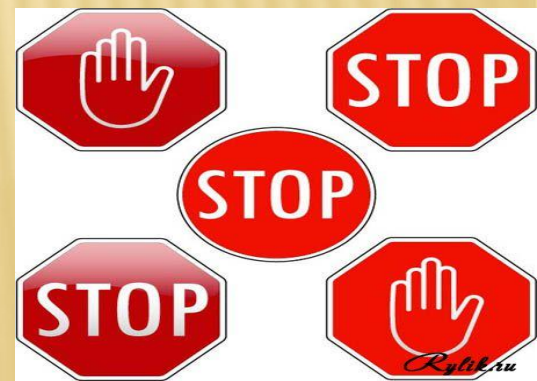
КАКИЕ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ?

- Показанием к операции кесарева сечения при тяжелых формах преэклампсии:

является прогрессирующее преэклампсии при неэффективности лечения или дистресс плода при незрелых родовых путях

КАКОВА ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ ПРЕЭКЛАМПСИИ?

- Во втором периоде родов при ухудшении состояния роженицы или плода проводят вакуум-экстракцию плода на фоне адекватного обезболивания.
- В третьем периоде предпочтение отдают активной тактике с обязательным введением окситоцина с целью профилактики кровотечения.
- **Не используют метилэргобревин!!!!**



ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

- После родов лечение преэклампсии продолжают в зависимости от состояния женщины, клинической симптоматики и лабораторных показателей
- Проводится мониторинг АД и гипотензивная терапия с уменьшением доз, но не раньше, чем через 48 часов после родов.
- Если роженица получала 2 и более гипотензивных препаратов, отменяют один из них (база: нифедипин)
- Магнезиальная терапия длится не менее 24 часов после родов
- Обязателен осмотр окулиста и невропатолога

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ЖЕНЩИНОЙ, КОТОРАЯ ПЕРЕНЕСЛА ТЯЖЕЛУЮ ПРЕЭКЛАМПСИЮ

- Патронаж на дому участкового акушера-гинеколога и терапевта
- Консультация окулиста, невропатолога, нефролога....
- Комплексное обследование после родов через 6 нед
- Еженедельно биохимический анализ крови и общий ан. мочи
- Наблюдение 1 год!

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ:

- Бер. А., 30 лет, беременность 2-я 35 недель.
- Выраженные отеки нижних конечностей, лица и рук, АД 180/110 мм.рт.ст.
- В моче протеинурия 2 г\л
- Беспокоит постоянная головная боль
- Ваш диагноз и действия?

Thanks for attention

