



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА АКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ

**ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ.
ПРЕЭКЛАМПСИЯ. ЭКЛАМПСИЯ**

Методические указания к практическим занятиям по акушерству
для студентов лечебного, педиатрического и медико-профилактического
факультетов

КРАСНОДАР 2017

УДК 618-008.6 (075)
ББК 57.16 п.47
П 471

Составители: доцент кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии
ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России к.м.н. Батмен С.К.

Под редакцией: заведующего кафедрой акушерства, гинекологии и
перинатологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, профессора, д.м.н.
Куценко И. И.

Рецензенты:

Главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии
Министерства здравоохранения Краснодарского края, профессор кафедры
акушерства и гинекологии и перинатологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО
КубГМУ, д.м.н. Андреева М.Д.

Профессор кафедры акушерства и гинекологии и перинатологии ФПК и
ППС ФГБОУ ВО КубГМУ, д.м.н. Мингалева Н.В.

Методические указания к практическим занятиям составлены в
соответствии с Государственным образовательным стандартом высшего
профессионального образования, предназначены для студентов лечебного,
педиатрического и медико-профилактического факультетов.

Рекомендовано к изданию ЦМС ФГБОУ ВО КубГМУ,
протокол №2 от 07 октября 2017 г.

Предисловие

Цель данных методических указаний к практическим занятиям — систематизация и углубление знаний студентов об одной из наиболее актуальных проблем акушерства — гипертензивные расстройства при беременности, об этиологии, диагностике и методах лечения данного осложнения.

Методические указания к практическим занятиям содержат теоретический материал, тесты для самоконтроля уровня знаний, ситуационные задачи.

Содержащаяся в методических указаниях информация необходима для освоения студентами дисциплины «Акушерство и гинекология».

Введение

Гипертензивные расстройства во время беременности встречаются с частотой около 10% беременностей. Ежегодно во всем мире более 50000 женщин погибает в период беременности из-за этого осложнения. В развитых странах в 12-18% они являются второй непосредственной причиной ante- и постнатальной смертности, влияя на перинатальную смертность в 20-25% случаях. Распространенность артериальной гипертензии, отеков, протеинурии среди беременных в Российской Федерации в 2012 году составили 17,4% от закончивших беременность, в 2013 году – 16,7%; преэклампсия, эклампсия – 1,49% и 1,57% соответственно. В родах и послеродовом периодах – отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства в 2012 году были зарегистрированы у 181,9 на 1000 родов, преэклампсия и эклампсия – у 27,1 на 1000 родов; в 2013 году – у 174,9 на 1000 родов и у 30,3 на 1000 родов соответственно. По данным Минздравсоцразвития РФ, гипертензивные осложнения беременности занимают 4 место в списке причин материнской смертности в течение последнего десятилетия. Кроме того, они являются причиной тяжелой заболеваемости, инвалидизации матерей и их детей. Вместе с тем, при надлежащем междисциплинарном менеджменте большинство случаев неблагоприятных исходов являются предотвратимыми. Поскольку последствия тяжелых гипертензивных расстройств снижают качество жизни женщин в репродуктивном возрасте (высокая частота атеросклероза, сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний), а частота нарушения физического, психосоматического развития преждевременно рожденных детей достаточно высока, то эта проблема является значимой в социальном и медицинском плане.

Тема: Гипертензивные расстройства при беременности. Преэклампсия.

Эклампсия.

Цель занятия: изучение этиологии, патогенеза, клинических проявлений гипертензивных расстройств при беременности, дополнительных методов исследования, принципов терапии и профилактики данной патологии, выбора способа и срока родоразрешения в зависимости от степени тяжести преэклампсии, необходимости взаимодействия акушера-гинеколога и анестезиолога для разработки плана интенсивной терапии.

Студент должен знать: определение понятия преэклампсии, классификацию, патогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику, терапию во время беременности, в родах, послеродовом периоде, влияние на показатель материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, значение триады Цангемейстера в диагностике данной патологии, клинических и лабораторных методов исследования (офтальмоскопия, УЗИ, гемостазиограмма, кардиомониторное исследование и др.), фармакологические препараты, применяемые в терапии преэклампсии, основные принципы интенсивной терапии и оказания экстренной медицинской помощи при тяжелых формах заболевания, а также принципы ведения родов при данной патологии.

Студент должен уметь: собрать анамнез, произвести осмотр беременной, оценить данные лабораторных и дополнительных исследований, поставить диагноз и оценить степень тяжести преэклампсии, назначить лечение.

Средства обучения: учебная литература, таблицы, компьютер, мультимедийное сопровождение, лекции, истории болезни, данные результатов дополнительных методов исследования.

Основная литература:

1. Акушерство: учебник/ Г.М. Савельева и др.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
2. Руководство по практическим занятиям по акушерству/ под редакцией Радзинского В.Е. и др.М.: МИА , 2010.

Дополнительная литература:

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №572-н от 12.11.2012 года, «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».
2. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике/Э.К.Айламазян.-М.: СпецЛит,2007.
3. Симуляционное: акушерство, гинекология, перинатология/Г.Т.Сухих.- М.:ГЭОТАР-Медиа, 2015.

План занятия

№	Этапы занятия	Время	Краткое содержание занятия
1	Введение	5 мин	Определение актуальности изучаемой темы
2	Предварительный контроль и коррекция исходного уровня знаний	30 мин	Выяснение исходного уровня знаний студентами данной темы методом письменного тестирования с использованием тестов 1 уровня
3	Самостоятельная работа по усвоению материала	40 мин	Самостоятельное решение студентами ситуационных задач методом «малых групп»
4	Текущий контроль и коррекция результатов усвоения.	40 мин	Определение уровня теоретической подготовки
5	Работа у постели больного под контролем преподавателя, освоение практических навыков	40 мин	Курация беременных по различным состояниям
6	Клинический разбор историй болезни	40 мин	Выделение ведущих симптомов состояний, обоснование и формулировка диагноза
7	Итоговый контроль уровня усвоения материала	20 мин	Обсуждение выполненной практической работы, коррекция ошибок
8	Заключение и задание на дом	10 мин	Подведение итогов занятия и задание на дом

Учебно-целевые вопросы:

1. Определение, понятие гипертензивных расстройств при беременности.
2. Определение, понятие преэклампсии и эклампсии.
3. Классификация преэклампсии по степени тяжести.
4. Критерии диагностики преэклампсии.
5. Клинические проявления преэклампсии различной степени тяжести.
6. Лечебная тактика при преэклампсии и эклампсии.
7. Алгоритм оказания неотложной помощи при эклампсии.
8. Осложнения эклампсии.
9. Тактика ведения послеродового периода. Реабилитация пациенток перенесших эклампсию.

Краткая теоретическая часть

В соответствии с приказом Минздрава России от 27.05.1997г. №170 (с изменениями от 12 января 1998 г.) «О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра» (далее – МКБ X), для постановки диагноза и оценки тяжести заболевания должна использоваться терминология МКБ X. МКБ-10 Класс XV: беременность, роды и послеродовой период.

Блок 010-016: отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, родов и послеродовом периоде.

Хроническая АГ существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период.

О 10.0 Хроническая АГ (ГБ). Существовавшая ранее эссенциальная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период

О 10.1 Существовавшая ранее кардиоваскулярная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период

О 10.2 Существовавшая ранее почечная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период

О 10.3 Существовавшая ранее кардиоваскулярная и почечная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период

О 10.4 Хроническая АГ (вторичная АГ). Существовавшая ранее вторичная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период

О 10.9 Хроническая АГ (неуточненная) Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период, неуточненная

О 11 ПЭ на фоне хронической АГ существовавшая ранее гипертензия с присоединившейся протеинурией

О 12 Вызванные беременностью отеки и протеинурия без гипертензии

О 12.0 Вызванные беременностью отеки

- О 12.1 Вызванная беременностью протеинурия
- О 12.2 Вызванные беременностью отеки с протеинурией
- О 13 Гестационная АГ вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии
- О 14 Преэклампсия (ПЭ). Вызванная беременностью гипертензия со значительной протеинурией
- О 14.0 Преэклампсия умеренно выраженная. Преэклампсия (нефропатия) средней тяжести
- О 14.1 Преэклампсия тяжелая
- О 14.9 Преэклампсия неуточненная.
- О 15 Эклампсия
- О 15.0 Эклампсия во время беременности
- О 15.1 Эклампсия в родах
- О 15.2 Эклампсия в послеродовом периоде
- О 15.9. Эклампсия неуточненная по срокам
- О 16. Гипертензия у матери неуточненная

Гестационная (индуцированная беременностью) АГ – это повышение АД, впервые зафиксированное после 20-й недели беременности и не сопровождающееся протеинурией.

Преэклампсия (ПЭ) – мультисистемное патологическое состояние возникающее во второй половине беременности (после 20-й недели), характеризующееся артериальной гипертензией в сочетании с протеинурией ($\geq 0,3$ г/л в суточной моче), нередко, отеками и проявлениями полиорганной/полисистемной дисфункции/недостаточности.

Критерии диагностики преэклампсии

Основные: протеинурия более 0,3 г\л в суточном анализе мочи или 0,3 г\л в двукратном анализе мочи, взятом через 6 часов, но не более 1 г\л. Гипертензия: впервые выявленная, возникшая после 20 недель беременности и сохраняющаяся не более 6 недель после родов. Систолическое давление

130-159 мм.рт.ст. и/или диастолическое более 90-109 мм.рт.ст. при исходной гипотензии повышение систолического АД более 30 мм.рт.ст. от исходного, а диастолическое более 15 мм.рт.ст.

Дополнительные: отеки, увеличение окружности голеностопного сустава более чем на 1 см в течение недели, еженедельная прибавка веса более чем 22 грамма на каждые 10 см роста, снижение диуреза при чрезмерной прибавке в весе.

Лабораторные исследования: моча на белок, клинический анализ крови (исследование уровня эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, соотношение лейкоцитов крови, оценка гематокрита, уровня общего гемоглобина в крови); общий анализ мочи; микроальбуминурия; биохимический анализ крови (билирубин, общий, креатинин, АЛТ, АСТ, общий белок плазмы, глюкоза; коагулограмма (фибриноген, РФМК, АЧТВ, ПТВ, АТ-3), суточная протеинурия, агрегация тромбоцитов, д-димер, тромбоэластограмма, проба Реберга.

Инструментальные исследования: ЭКГ, УЗИ плода, кардиотокография (КТГ), доплерометрия (ДМ), биофизический профиль плода (БПП), УЗИ почек, суточное мониторирование АД, УЗИ органов брюшной полости, ЭХО-КГ, КТ, МРТ, РЭГ, ЭЭГ, ЭХО-ЭС.

Консультации смежных специалистов: терапевта, кардиолога, невролога, окулиста.

Клинические проявления преэклампсии:

- Со стороны центральной нервной системы: головная боль, фотопсии, парестезии, фибрилляции, судороги.
- Со стороны сердечно-сосудистой системы: артериальная гипертензия, сердечная недостаточность, гиповолемия.
- Со стороны мочевыделительной системы: олигурия, анурия, протеинурия.
- Со стороны желудочно-кишечного тракта: боли в эпигастральной области, изжога, тошнота, рвота.

- Со стороны системы крови: тромбоцитопения, нарушения гемостаза, гемолитическая анемия
- Со стороны плода: задержка внутриутробного роста, внутриутробная гипоксия, антенатальная гибель.

Клинически целесообразно различать умерено выраженную и тяжелую преэклампсию.

Преэклампсия умерено выраженная встречается у 3-8% беременных; из них в 1-2% случаях приобретает тяжелое течение. Тяжелая форма ПЭ может вызвать серьезные нарушения здоровья матери и ребенка и даже привести к смерти. Тяжелая ПЭ влияет на качество последующей жизни женщины.

Тяжелая ПЭ – преэклампсия с тяжелой гипертензией (с цифрами ДАД \geq 110 мм рт ст, САД \geq 160 мм.рт.ст.) и/или с наличием специфических симптомов и/или биохимических и/или гематологических нарушений. Уровень суточной протеинурии превышает 5 г/л. Протеинурия 5,0 г\л в 24 час пробе мочи или $>3,0$ г\л в двух порциях мочи, взятой с интервалом в 6 часов.

Консультация невролога необходима для оценки тяжести состояния беременной и уточнения диагноза.

Тяжелые осложнения преэклампсии: эклампсия; HELLP синдром; острая почечная недостаточность; отек легких; инсульт; инфаркт миокарда; отслойка плаценты; антенатальная гибель плода; отек, кровоизлияние и отслойка сетчатки.

Эклампсия – это приступ судорог или серия судорожных приступов на фоне преэклампсии при отсутствии других причин. Эклампсия развивается на фоне преэклампсии любой степени тяжести.

HELLP-синдром – внутрисосудистый гемолиз, повышение уровня трансаминаз, снижение количества тромбоцитов. Может быть одним из проявлений тромботической микроангиопатии.

Характерные изменения лабораторных и функциональных параметров при преэклампсии

Лабораторные показатели	Норма	Комментарии
Гемоглобин и гематокрит	110 г\л и выше 31-39%	Повышение значений показателей вследствие гемоконцентрации усугубляет вазоконстрикцию и снижает внутрисосудистый объем. Снижение гематокрита является возможным индикатором гемолиза
Тромбоциты	150-400*10 ⁹ \л	Снижение уровня менее 100*10 ⁹ \л свидетельствует о развитии тяжелой ПЭ
Система гемостаза: Фибриноген ПВ АЧТВ ПТИ	2,6-5,6 г\л 12сек 28-38сек 85-115%	Снижение показателей – коагулопатия, свидетельствующая о степени тяжести ПЭ. Повышение показателей – свидетельствующее об активации внутрисосудистого тромбогенеза (хронический синдром ДВС)
Мазок периферической крови		Наличие фрагментов эритроцитов (шизоцитоз, сфероцитоз) свидетельствуют о развитии гемолиза при тяжелой ПЭ.
Биохимические показатели крови: Альбумин Креатинин Билирубин Мочевая кислота Клиренс креатинина АЛТ АСТ ЛДГ	28-40 г\л 39,8-72,8 (90) мкмоль\л 8,5-20,5 ммоль\л 0,12-0,28 ммоль\л 7-35 ед\л 10-20 ед\л 250 ед\л	Снижение альбумина указывает на повышение проницаемости эндотелия, характерное для ПЭ. Повышение креатинина, особенно в сочетании с олигоурией (менее 500 мл\сут), указывает на наличие тяжелой ПЭ. Повышение билирубина указывает на гемолиз или поражение печени. Повышение уровня печеных ферментов свидетельствует о тяжелой ПЭ
Протеинурия	<0,3 г\л	АГ в период беременности, сопровождающееся протеинурией, должна рассматриваться как ПЭ, пока не доказано противоположное

Микроальбуминурия		Является предиктором развития протеинурии
Оценка состояния плода:		
УЗИ (фетометрия, индекс АЖ)		Исключить синдром ЗВУР, маловодие
Нестрессовый тест и\или биофизический профиль плода		Оценка состояния фетоплацентарной системы
Допплерометрия артерий пуповины		Оценка состояния фетоплацентарной системы

Диагностические критерии тяжелой преэклампсии:

Основные:

1. Артериальная гипертензия: САД \geq 160 мм.рт.ст.) или ДАД \geq 110 мм.рт.ст, при 2-х кратном измерении с интервалом в 6 часов в состоянии покоя.
2. Протеинурия 5,0 г\л в 24 час пробе мочи или $>3,0$ г\л в двух порциях мочи, взятой с интервалом в 6 часов.

Дополнительные:

1. Олигоурия (менее 30 мл\час).
2. Неврологическая симптоматика отсутствует или дисметаболическая энцефалопатия в стадии компенсации или субкомпенсации.
3. Изменения на глазном дне (ангиопатия сетчатки, отек диска зрительного нерва, ретинопатия).
4. Гепатоцеллюлярный синдром (повышение АЛТ, АСТ более, чем в 2 раза от нормы).
5. Тромбоцитопения (менее $100 \cdot 10^9$ \л).
6. Острое повреждение легких\острый респираторный дистресс-синдром, отек легких.
7. Креатинин выше 90 мкмоль\л.
8. Устойчивые головные боли или другие церебральные или зрительные расстройства.
9. Внутрисосудистый гемолиз.

Лечебная тактика при преэклампсии

Общие принципы

1. Диетотерапия, питьевой режим.

2. Позиционная гимнастика.

3. Антигипертензивная терапия (целевые цифры АД: систолического 120-140 мм.рт.ст., диастолического – 80-95 мм.рт.ст.

•Критерии начала антигипертензивной терапии при ПЭ:АД \geq 140/90 мм.рт.ст.

Основными лекарственными средствами (ЛС), используемыми в настоящее время для лечения АГ в период беременности, являются:

•Метилдопа, антигипертензивный препарат центрального действия, альфа2-адреномиметик (препарат первой линии) 250-500 мг-2000 мг в сутки, в 2-3 приема (средняя суточная доза 1000 мг);

•Нифедипин, блокатор кальциевых каналов (препарат второй линии)-средняя суточная доза 40-90 мг в 1-2 приема;

• β -адреноблокаторы: метопролол (максимальная суточная доза 200 мг), пропранолол, бисопролол (максимальная суточная доза 20 мг). При наличии показаний возможно использование верапамила, клонидина, амлодипина.

При беременности противопоказаны: ингибиторы АПФ, антагонисты рецепторов ангиотензина II, спиронолактон, антагонисты кальция.

4. Профилактическая противосудорожная терапия-назначение магния сульфата 25% через инфузионную помпу (инфузомат), доза 1-2 г\ч (4-8 мл\ч). Контроль: диуреза, частоты дыхания, коленных рефлексов.

5. Профилактика РДС плода (до 34 недель гестации) препарат дексаметазон по 6 мг с интервалом 12 часов 4 раза в\м (общая доза 24 мг).

6. Антиагреганты пентоксифиллин в\в инфузии по 5 мл 1 раз в сутки, дипиридамол в таб (суточная доза 150-225 мг), ацетилсалициловая кислота (суточная доза 50-100 мг).

7. Профилактика ВТЭО: эластичная компрессия конечностей, нефракционированный гепарин, НМГ.

8. Родоразрешение (самое эффективное лечение ПЭ).

1. При умеренной преэклампсии необходима госпитализация для уточнения диагноза и тщательный мониторинг состояния беременной и плода, но при этом возможно пролонгирование беременности. Родоразрешение показано при ухудшении состояния матери и плода.

2. При тяжелой преэклампсии необходимо решение вопроса о родоразрешении после стабилизации состояния матери, при возможности, после проведения профилактики РДС плода при сроке беременности менее 34 нед и перевода матери в акушерский стационар 3-го уровня.

Сроки и методы родоразрешения

1. При развитии преэклампсии средней степени тяжести до 34 недель беременности может быть использована консервативная медикаментозная терапия, которая проводится в условиях стационара, включает в себя проведение профилактики РДС плода, сопровождается тщательным наблюдением и завершается подготовкой к родам и их проведением.

2. При сроке гестации менее 34 недель предпочтительнее кесарево сечение.

3. После 34 недель, головном предлежании плода роды ведутся через естественные родовые пути: с целью подготовки родовых путей к родам (преиндукция родов) возможно применение препаратов мифепристона по схеме; при наличии «зрелой» шейки матки с целью преиндукции родов возможно применение амниотомии.

Алгоритм ведения родов через естественные родовые пути

1. Роды ведутся в контакте с веной, с максимальным обезболиванием (длительная эпидуральная анестезия), под контролем АД, не реже 1 раз в час, под контролем уровня протеинурии, не реже 1 раз в 2 часа, мониторинг за состоянием плода.

2. В родах продолжить противосудорожную терапию в прежних дозировках.
3. В третьем периоде в раннем послеродовом периоде с целью профилактики кровотечения путем введения утеротонических средств: окситоцин 5 ед на физ. Растворе в\в капельно или в момент рождения переднего плечика плода 10 ед окситоцина в\м.

Эклампсия

Эклампсия – развитие судорожного приступа, серии судорожных приступов у женщин на фоне преэклампсии при отсутствии других причин, способных вызвать судорожный припадок. Эклампсия может возникнуть во время беременности начиная с 20 недели беременности, во время родов и в течении 28 суток после родоразрешения.

Классификация эклампсии.

- Эклампсия во время беременности.
- Эклампсия в родах.
- Эклампсия в послеродовом периоде
 - Ранняя послеродовая (первые 48 часов)
 - Поздняя послеродовая (в течении 28 суток после родов)

Факторы риска

- ✓ Преэклампсия\эклампсия во время предыдущей беременности.
- ✓ Преэклампсия в семейном анамнезе.
- ✓ Юные первобеременные до 18 лет.
- ✓ Возрастные первобеременные старше 35 лет.
- ✓ Заболевания сердечно-сосудистой системы.
- ✓ Сахарный диабет.
- ✓ Ожирение.
- ✓ Антифосфолипидный синдром.
- ✓ Заболевания почек.
- ✓ Коллагенозы.

Клиническая картина эклампсии

Первый момент – предсудорожный. Характеризуется мелкими фибриллярными подергиваниями мышц лица, век. Взгляд становится неподвижным, глаза фиксируются в одном направлении, зрачки расширяются, отклоняясь кверху или в сторону. Через секунду глаза при частом подергивании век закрываются, так что зрачки уходят под верхнее веко. Углы рта оттягиваются книзу; быстрые фибриллярные подергивания мимических лица распространяются вниз на верхние конечности. Вводный период продолжается около 30 сек.

Второй момент – период тонических судорог – тетанус всех мышц тела, в том числе дыхательной мускулатуры. Тело вытягивается и напрягается, позвоночник изгибается, лицо бледнеет, челюсти плотно сжимаются. Больная во время припадка не дышит, быстро нарастает цианоз. Продолжительность этого периода 10-20 сек. Этот период самый опасный может наступит внезапная смерть, чаще всего от кровоизлияния в мозг.

Третий момент – период клонических судорог. Неподвижно лежавшая до этого, вытянувшись в струнку, больная начинает биться в непрерывно следующих друг за другом клонических судорогах, распространяющихся по всему телу сверху вниз. В конце этого периода больная делает глубокий вдох, переходящий в глубокое редкое дыхание. Из рта выделяется пена, окрашенная кровью. Лицо постепенно розовеет. Продолжительность этого периода от 30 сек до 1,5 мин.

Четвертый момент – разрешение припадка. После припадка следует коматозное состояние, которое может скоро пройти. Больная приходит в сознание, ничего не помня о случившемся, жалуясь на головную боль и общую разбитость. Полное сознание после приступа имеет благоприятное прогностическое значение. Глубокая длительная кома знаменует тяжелое течение болезни и неблагоприятный исход.

Крайне редко в практике встречается бессудорожная форма эклампсии.

Алгоритм оказания медицинской помощи при развитии приступа

эклампсии (лечение в случае судорожного припадка начинается на месте):

- разворачивают палату интенсивной терапии в родильном блоке (приемном отделении) или срочно госпитализируют беременную в отделение анестезиологии-реаниматологии;
- пациентку укладывают на ровную поверхность в положении на левом боку для уменьшения риска аспирации желудочного содержимого, рвотных масс и крови, быстро освобождают дыхательные пути, открывая рот и выдвигая вперед нижнюю челюсть; одновременно необходимо эвакуировать (аспирировать) содержимое полости рта; необходимо защитить пациентку от повреждений, но не удерживать ее активно;
- при сохранённом спонтанном дыхании, вводят ротоглоточный воздуховод и проводят ингаляцию кислорода накладывая носо-лицевую маску, через систему увлажнения кислородной смеси; при развитии дыхательного апноэ немедленно начинают принудительную вентиляцию носо-лицевой маской с подачей 100% кислорода в режиме положительного давления в конце выдоха. Если судороги повторяются или больная остается в состоянии комы, вводят миорелаксанты и переводят пациентку на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) в режиме нормовентиляции;
- параллельно с проводимыми мероприятиями по возобновлению адекватного газообмена осуществляют катетеризацию периферической вены и начинают введение противосудорожных препаратов (сульфат магния – болнос 4 г на протяжении 5 минут внутривенно, затем поддерживающая терапия (1–2 г/час) при тщательном контроле АД и ЧСС. Если судороги продолжаются, внутривенно вводят еще 2 г сульфата магния (8 мл 25% раствора) в течение 3 – 5 минут;
- вместо дополнительного болноса сульфата магния можно использовать диазепам внутривенно медленно (10 мг) или тиопентал-натрий (450–500 мг). Если судорожный припадок длится более 30 минут, это состояние расценивается как эclamптический статус;

- если диастолическое АД остается на высоком уровне (>110 мм.рт.ст.), проводят антигипертензивную терапию;
- катетеризируют мочевой пузырь (оставление постоянного катетера почасовая регистрация выделения мочи и анализ протеинурии);
- при эпилептическом статусе, кроме все манипуляции (катетеризация вен, мочевого пузыря, акушерские манипуляции и др. проводят под общей анестезией тиопенталом натрия. Не применяют кетамин!
- после ликвидации судорог проводят коррекцию метаболических нарушений, водно-электролитного баланса и кислотно-основного равновесия и белкового обмена. Более подробное клиническое обследование осуществляют после прекращения судорог.

Объём обследований: консультация невролога и окулиста с обязательным исследованием глазного дна, лабораторные анализы: развернутый клинический анализ крови (тромбоциты, гематокрит, гемоглобин, время свертывания), общий белок, уровень альбумина, глюкозы, мочевины, креатинина, трансаминаз, электролитов, кальция, магния, фибриногена и продуктов его деградации, протромбина и протромбинового времени, анализ мочи, суточная протеинурия. Проводится постоянный мониторинг АД, определение почасового диуреза, оценка клинических симптомов с обязательной регистрацией в истории родов – ежечасно. После окончания эпизода судорог, с целью своевременного выявления аспирации, всегда выполняется аускультация легких, при необходимости рентген легких.

Осложнения эклампсии

- Аритмия, сердечная недостаточность, отек легких.
- Отек мозга, кома, тромбозы, геморрагии.
- Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания, гемолитическая ангиопатия.
- Некроз печени, кровоизлияния, разрыв капсулы.
- Острая обструкция дыхательных путей, шоковое легкое.

- Острый некроз почек, кровоизлияние.
- Отслойка сетчатки, кровоизлияние.

Родоразрешение

Эклампсия не является абсолютным показанием к экстренному родоразрешению при беременности.

1. Родоразрешение проводится после наступления стабилизации состояния в течении 4-6 часов путем операции кесарева сечения.
2. Если приступ эклампсии произошел в первом периоде родов, показано экстренное родоразрешение путем операции кесарево сечение.
3. При оперативном родоразрешении нижнесрединная лапаротомия с дренированием брюшной полости.

Лечебная тактика в послеродовом периоде

1. Проложить в\в введение магния сульфата.
2. Продолжить прием антигипертензивных препаратов под контролем АД.
3. Утеротоническая терапия 10 ед в\м в течении 3-х дней.
4. Седативная терапия (феназепам 0,1% 1,0 в\м на ночь 1-3 дня, затем пероральный прием по 1 мг на ночь).
5. Продолжить профилактику тромбоэмболических осложнений (эластичная компрессия н\конечностей, п\к введение профилактических доз НМГ в течении 6 недель послеродового периода.
6. Прозерин 0,05%-1,0 2 р\д в\м 1 сутки.
7. При наличии швов на промежности снятие швов на 5-е сутки.
8. В послеоперационном периоде снятие швов на 7-8 сутки.

Рекомендации при выписке

1. Проконсультировать пациентку о тревожных симптомах (головная боль, нарушение зрения, снижение диуреза, высокое АД), а также о повышенном риске АГ.
2. Наблюдение врача ЖК и кардиолога по месту жительства.

3. Антигипертензивная терапия под контролем АД. При гипертензии сохраняющейся более 2-х недель послеродового периода консультация терапевта.
4. Профилактика ВТЭО (НМГ, эластичная компрессия н\конечностей в течение 6 недель).
5. Контроль суточной протеинурии через 1 месяц, при суточной протеинурии 1 г и более консультация нефролога.
6. Антианемическая терапия по показаниям.

Ситуационные задачи

Задача №1. В родильный дом поступила первобеременная 17 лет со сроком беременности 34 нед. Отмечает прибавку в весе 2 кг за последние 2 недели, периодическое повышение АД до 145/90 мм.рт.ст. В возрасте 13 лет беременная перенесла пиелонефрит. При обследовании обнаружено: в анализе мочи содержание белка 0,99 г/л, лейкоцитов 20-25 в поле зрения, эритроцитов 0-1 в поле зрения, большое количество бактерий.

Диагноз? План обследования, терапия?

Задача №2. В родильный дом доставлена машиной "скорой помощи" первородящая 26 лет. Беременность доношенная. В течение 2 часов отмечает схваткообразные боли внизу живота, боли в эпигастральной области, тошноту, головную боль. При осмотре наблюдаются фибриллярные подергивания мимических мышц, АД 140/95 мм рт. ст. Пастозность голеней. При влагалищном исследовании обнаружена "зрелая" шейка матки, головное предлежание.

Диагноз? Тактика ведения родов?

Тесты 1-го уровня

1. Основными признаками преэклампсии являются:

- 1). Повышение А/Д, отеки, протеинурия
- 2). Изменение зрения
- 3). Головная боль, боли в эпигастрии
- 4). Верно все перечисленное.

2. Основными клиническими симптомами эклампсии являются:

- 1). Повышение артериального давления
- 2). Наличие судорог
- 3). Изменение зрения
- 4). Наличие белка в моче.

3. Экламптический судорожный припадок протекает:

- 1). В два этапа
- 2). В три этапа
- 3). В четыре этапа
- 4). Этапы судорожного припадка не выделяются.

4. В течении экламптического судорожного припадка выделяют:

- 1). Стадию фибриллярных сокращений мышц лица
- 2). Стадию тонико-клонических судорог
- 3). Стадию тонических судорог
- 4). Стадию клонических судорог
- 5). Стадию ауры
- 6). Стадию разрешения припадка

5. Первыми признаками начинающейся преэклампсии являются:

- 1). Асимметрия А/Д на руках
- 2). Анемия беременных

- 3). Снижение содержания белка в крови до 65 г/л и ниже
- 4). Угроза прерывания беременности
- 5). Отеки.

6. В крови при преэклампсии содержание ферментов АЛТ и АСТ:

- 1). Не изменяется
- 2). Их содержание снижается
- 3). Их содержание повышается.

7. Основными звеньями патогенеза преэклампсии являются:

- 1). Нарушение углеводного обмена
- 2). Генерализованный спазм сосудов
- 3). Гиповолемия
- 4). Нарушение функции плаценты
- 5). Нарушение липидного обмена

8. Первая помощь в стадию клонических судорог при эклампсии начинается с:

- 1). Ингаляционного наркоза эфиром
- 2). Освобождение дыхательных путей и ингаляция кислорода
- 3). Введение противосудорожных препаратов в/в
- 4). Фиксирования конечностей
- 5). Введения гипотензивных препаратов

9. Основными принципами лечения преэклампсии являются:

- 1). Противовоспалительная терапия
- 2). Воздействие на ЦНС
- 3). Цитостатическая терапия
- 4). Гипотензивная терапия
- 5). Терапия направленная на увеличение ОЦК

10. В комплекс лечения преэклампсии включаются:

- 1). Препараты, улучшающие почечный кровоток
- 2). Антикоагулянты и дезагреганты
- 3). Оксигенотерапия
- 4). Сульфаниламиды

11. У повторнородящей в родзале внезапно возник приступ, начавшийся подергиванием мышц лица и рук с последующим появлением тонических судорог всей скелетной мускулатуры, с полной остановкой дыхания и, наконец, последующих клонических судорог, распространяющихся по телу сверху вниз. Лицо цианотично, изо рта пенистая слизь с примесью крови. Приступ продолжается 1,5 мин. Внутреннее исследование: открытие полное, пузыря нет. Головка на тазовом дне. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева спереди, ниже большого. Что делать?

- 1). Кесарево сечение
- 2). Мед.стимуляция
- 3). Акушерские щипцы
- 4). Краниотомия

12. Проницаемость сосудистой стенки при преэклампсии

- 1). Повышена
- 2). Снижена
- 3). Практически не изменена

13. Вязкость крови при преэклампсии

- 1). Повышена
- 2). Снижена
- 3). Не изменена.

14. Эклампсию необходимо дифференцировать

- 1). С эпилепсией
- 2). С гипертонической болезнью
- 3). С опухолью мозга
- 4). Со всем перечисленным.

15. Клубочковая фильтрация почек при преэклампсии

- 1). Не измена
- 2). Снижена
- 3). Повышена.

16. Лечение преэклампсии направлено

- 1). На нормализацию микроциркуляции
- 2). На нормализацию гемодинамики
- 3). На ликвидацию гиповолемии
- 4). На ликвидацию гипопротеинемии
- 5) На все перечисленное.

17. Повышение артериального давления в 1 триместре характерно

- 1). Для гипертонической болезни
- 2). Для позднего гестоза
- 3). Для поликистоза почек

18. При преэклампсии имеет место

- 1). Повышение эластичности мембран эритроцитов
- 2). Дегидратация тканей.
- 3). Возрастание количества тромбоцитов
- 4). Гиперкоагуляция.
- 5). Ничего из перечисленного.

19. Возможным осложнением при тяжелой преэклампсии является

- 1). Кровоизлияние в мозг
- 2). Острый жировой гепатоз
- 3). Острая дыхательная недостаточность
- 4). Все перечисленное
- 5). Ничего из перечисленного

20. Признаками тяжелой степени преэклампсии являются

- 1). Олигоурия
- 2). Гиперкоагуляция
- 3). Гипоальбуминемия
- 4). Все перечисленной

Ответы на тесты

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	1,2,3,4	4	1,3,4,6	1,5	3	2,3,4	2	2,4	1,2,3
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
3	1	1	4	2	5	1	4	4	4

Оглавление

Предисловие	2
Введение	4
Краткая теоретическая часть	8
Ситуационные задачи	12
Тесты	13
Эталоны ответов к тестам	15