

**Кафедра перинатологии, акушерства и
гинекологии лечебного факультета**



Преэклампсия. Эклампсия. Лечение. Профилактика.

**Клиническая лекция для
студентов**

к.м.н, доцент Домрачева М.Я.



План лекции:

- ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ
- ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЭКЛАМПСИИ
- ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЭКЛАМПСИИ



Общие принципы

- **Родоразрешение (самое эффективное лечение ПЭ).**
 1. **При умеренной ПЭ 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.**



Общие принципы

2. При тяжелой ПЭ 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-й группы.



Ведение ПЭ в зависимости от тяжести состояния



Мероприятие	Состояние		
	ПЭ умеренная	ПЭ тяжелая	Эклампсия
Тактика	Обследование, тщательное наблюдение (возможно амбулаторно)	Активная	
Госпитализация	Для обследования (в отделение патологии беременности, учреждение 3-2 уровня)	Обязательная госпитализация (в ОРИТ, учреждение 3, в случае невозможности - 2 уровня)	
Специфическая терапия	-	Профилактика и лечение судорог Антигипертензивная терапия	
Родоразрешение	-	В течение 6-24 час (экстренно – при прогрессировании симптомов или ухудшении состояния плода)	На фоне стабилизации состояния

Ведение ПЭ в зависимости от срока беременности

Состояние	Срок беременности в неделях		
	32	36	38
ПЭ умеренная	Наблюдение		Возможно плановое родоразрешение
ПЭ тяжелая	Родоразрешение с профилактикой РДС плода	Экстренное родоразрешение в течение 6-24 часов	



Тактика ведения тяжелой ПЭ в зависимости от срока беременности согласно рекомендациям ВОЗ

- 22-24 нед → прекращение опасной беременности.
- 25-27 нед → пролонгирование беременности при отсутствии неконтролируемой АГ, прогрессирования органной дисфункции у матери, дистресса плода; профилактика РДС плода.



Тактика ведения тяжелой ПЭ в зависимости от срока беременности согласно рекомендациям ВОЗ

- 28-33 нед → пролонгирование беременности при отсутствии неконтролируемой АГ, прогрессирования органной дисфункции у матери, дистресса плода; профилактика РДС плода, подготовка к возможному родоразрешению.
- ≥ 34 нед → лечение, подготовка, родоразрешение.



Показания к экстренному родоразрешению (минуты):

- кровотечение из родовых путей, подозрение на отслойку плаценты
- острая гипоксия плода, в сроке беременности более 22 недель



Показания к срочному родоразрешению (часы):

- постоянная головная боль и зрительные проявления
- постоянная эпигастральная боль, тошнота или рвота
- прогрессирующее ухудшение функции печени и/или почек
- эклампсия
- артериальная гипертензия, не поддающаяся медикаментозной коррекции
- количество тромбоцитов менее $100 \cdot 10^9/\text{л}$ и прогрессирующее его снижение
- нарушение состояния плода, зафиксированное по данным КТГ, УЗИ, выраженное маловодие





Медикаментозная терапия

- Антигипертензивная терапия
- Средства для профилактики и лечения судорог
- Инфузионная терапия
- Диуретики (по показаниям)



Антигипертензивная терапия

- Антигипертензивная терапия проводится под постоянным контролем состояния плода, так как снижение плацентарного кровотока способствует прогрессированию функциональных нарушений у плода.



Антигипертензивная терапия

• При развитии умеренной ПЭ до 34 недель беременности может быть использована консервативная медикаментозная терапия, которая проводится в условиях стационара, сопровождается тщательным наблюдением и завершается родоразрешением. Использование такой тактики при благоприятном течении заболевания в отдельных случаях помогает продлить беременность до двух недель. При выявлении признаков ухудшения состояния матери или плода показано немедленное родоразрешение



Антигипертензивная терапия

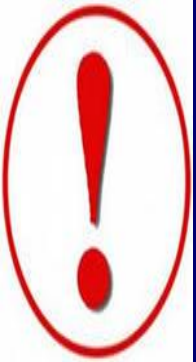
- ПЭ может развиваться внезапно, поэтому профилактика сердечно-сосудистых осложнений, связанных с быстрым и значимым повышением уровня АД, является важной целью лечения и определяет выбор антигипертензивного препарата



Тактика лечения ПЭ на фоне хронической АГ

- Принципы терапии аналогичны таковым при ПЭ без предварительного гипертензивного синдрома.
- У пациенток с хронической АГ при присоединении ПЭ вероятность развития тяжелой АГ выше в сравнении с беременными, не имевшими исходно повышенного АД.
- В этой группе чаще применяется сочетанная антигипертензивная терапия с применением комбинаций из двух-трех препаратов.





NB!



- Критерии начала антигипертензивной терапии при ПЭ:
 - АД $\geq 140/90$ мм рт. ст.
- Целевой (безопасный для матери и плода) уровень АД при проведении антигипертензивной терапии:
 - САД 130-150 мм рт. ст.
 - ДАД 80-95 мм рт.ст.



Антигипертензивные лекарственные средства

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

- **Метилдопа** - антигипертензивный препарат центрального действия, альфа2-адреномиметик (препарат первой линии);
- **Нифедипин** - блокатор кальциевых каналов, (препарат второй линии);
- **β-адреноблокаторы**: метопролол, пропранолол, соталол, бисопролол.
- При наличии показаний возможно использование верапамила, клонидина, амлодипина.





При беременности противопоказаны:



• ингибиторы АПФ (Эналаприл),
антагонисты рецепторов ангиотензина II,
спиронолактон, антагонисты кальция
дилтиазем и фелодипин.

• При беременности не рекомендованы:
атенолол, празозин



ЛС для быстрого снижения уровня АД при тяжелой АГ в период беременности

Препарат	Дозы, способ применения	Время наступления гипотензивного эффекта	Примечание
Нифедипин	10 мг в табл., внутри	30-45 мин, повторить через 45 мин	Не рекомендовано сублингвальное применение. Возможна тахикардия у матери. С осторожностью применять одновременно с сульфатом магния
Лабеталол*	20-50 мг, в/в болюсное введение	5 мин, повторить через 15-30 мин	Противопоказан при бронхиальной астме и сердечной недостаточности, может вызывать брадикардию у плода

ЛС для быстрого снижения уровня АД при тяжелой АГ в период беременности

Препарат	Дозы, способ применения	Время наступления гипотензивного эффекта	Примечание
Гидралазин**	5-10 мг, в/в болюсно	20 мин, повторить через 20 мин	Возможна чрезмерная гипотензия, ассоциирован с худшими перинатальными и материнскими исходами, чем лабеталол и нифедипин
Диазоксид*	15-45 мг, максимально 300 мг, в/в болюсно	3-5 мин, повторить через 5 мин	Используется редко, как резервное средство при гипертоническом кризе. Может вызвать торможение родовой деятельности, развитие гипергликемии, гиперурикемии, задержку воды в организме

ЛС для быстрого снижения уровня АД при тяжелой АГ в период беременности

Препарат	Дозы, способ применения	Время наступления гипотензивного эффекта	Примечание
Клонидин	0,075 – 0,15 мг внутрь. Возможно в/в введение.	2-15 мин	0,075 мг 3 раза в сутки, максимальная разовая доза - 0,15 мг, максимальная суточная доза - 0,6 мг
Нитроглицерин	в/в капельно 10-20 мг в 100-200 мл 5% раствора глюкозы, скорость введения 1-2 мг/час, максимально 8-10 мг/час	1-2 мин	Является препаратом выбора при развитии отека легких на фоне повышения АД. САД следует поддерживать на уровне не менее 100- 110 мм рт. ст. Нежелательно применение более 4 часов, в связи с риском отрицательного воздействия на плод и риском развития отека мозга у матери

ЛС для быстрого снижения уровня АД при тяжелой АГ в период беременности

Препарат	Дозы, способ применения	Время наступления гипотензивного эффекта	Примечание
Нитропруссид натрия	в/в капельно, в 250 мл 5% р-ра глюкозы, начинать с 0,25 мкг/кг/мин, максимально до 5 мкг/кг/мин	2-5 мин	Используется редко, в том случае, если нет эффекта от вышеперечисленных средств и/или есть признаки гипертонической энцефалопатии. Эффект отравления плода цианидом и развитие преходящей брадикардии у плода может наступить при использовании в течение более 4 часов

*Препарат не зарегистрирован в России.

** Препарат в форме для парентерального введения в России не зарегистрирован.



При проведении активной антигипертензивной терапии следует опасаться чрезмерного снижения уровня АД, способного вызвать нарушение перфузии плаценты и вызвать ухудшение состояния плода.

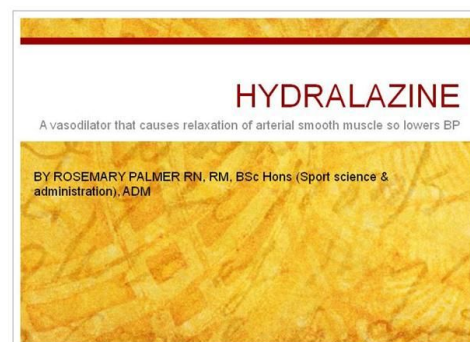
Магния сульфат не является собственно гипотензивным препаратом.

При тяжелой ПЭ, его введение необходимо для профилактики судорожного синдрома.

В мировой практике используются следующие препараты, не зарегистрированные для использования на территории РФ:

- Лабеталол, α - β -адреноблокатор (по данным многоцентровых исследований, парентеральная форма - препарат выбора),***
- Гидралазин, вазодилататор миотропного действия (по данным многоцентровых исследований, парентеральная форма – препарат выбора).***

В случае регистрации в установленном порядке указанных лекарственных средств, они могут быть использованы в соответствии с инструкцией по применению.



Основные ЛС для плановой терапии АГ у беременных

Препарат	Форма выпуска; дозы, способ применения	Примечание
Метилдопа	табл. 250 мг; 250-500 мг – 2000 мг в сутки, в 2-3 приема (средняя суточная доза 1000 мг)	Препарат первой линии. Наиболее изученный антигипертензивный препарат для лечения АГ в период беременности
Нифедипин	табл. пролонгированного действия – 20 мг, табл. с модифицированным высвобождением – 30/40/60 мг; Средняя суточная доза 40-90 мг в 1-2 приема в зависимости от формы выпуска, тах суточная доза - 120 мг	Наиболее изученный представитель группы АК, рекомендован для применения у беременных во всех Международных рекомендациях в качестве препарата первой или второй линии при АГБ. Не применять для плановой терапии короткодействующие формы

Основные ЛС для плановой терапии АГ у беременных

Препарат	Форма выпуска; дозы, способ применения	Примечание
Метопролол	табл. 25/50/100/200мг по 25-100мг, 1-2 раза в сутки, max суточная доза- 200мг	Препарат выбора среди β - адреноблокаторов в настоящее время

Резервные ЛС для плановой терапии АГ у беременных

Препарат	Форма выпуска; дозы, способ применения	Примечание
Амлодипин	табл. 5/10 мг; 5-10 мг 1 раз в сутки	Может использоваться только при отсутствии эффекта или плохой переносимости лечения нифедипином.
Верапамил	табл. 40/80 мг, табл. пролонгированного действия 240 мг; 40-480 мг, 1-2 р/сут в зависимости от формы выпуска, макс. суточная доза 480 мг/сут	Применяется как антигипертензивный и антиаритмический препарат. Имеются единичные исследования по применению во время беременности, в том числе в I триместре
Бисопролол	табл. 5/10 мг по 5-10 мг, 1 раз в сутки, максимальная суточная доза 20 мг	Может использоваться только при плохой переносимости лечения метопрололом

Резервные ЛС для плановой терапии АГ у беременных

Препарат	Форма выпуска; дозы, способ применения	Примечание
Клонидин	табл. 0,075/0,150 мг макс. разовая доза 0,15 мг, макс. суточная 0,6 мг	Применение возможно в качестве препарата третьей линии при рефрактерной АГ
Гидрохлор-тиазид	табл. 25 мг 12,5-25 мг/сут	Препарат третей линии при хронической АГ. Противопоказан при ПЭ, в случае нарушения маточно-плацентарного кровотока, при синдроме ЗРП

Резервные ЛС для плановой терапии АГ у беременных

Препарат	Форма выпуска; дозы, способ применения	Примечание
Фуросемид	табл. 40 мг 20-80 мг/сут	Применение оправдано, если беременность осложнена почечной или сердечной недостаточностью
Празозин	табл. 1/5 мг, начальная доза 0,5 мг, 2-20 мг в 2- 3 приема	Показан при феохромоцитоме

Оказание медицинской помощи при тяжелой преэклампсии/эклампсии

При тяжелой ПЭ показана госпитализация (перевод) в учреждение 3-й группы (уровня) для стабилизации состояния женщины, проведения курса профилактики РДС плода и родоразрешения.





Акушерский стационар 1-го и 2-го уровня



Ответственный врач



Информация в региональный АРКЦ



Санавиация



Акушерский стационар 3-го уровня



**Пациентка госпитализируется в ОРИТ.
Дальнейшее ведение тяжелой
ПЭ/эклампсии должно проводиться
одновременно
акушером-гинекологом и
анестезиологом-реаниматологом.**



Принципы ведения

- 1) Оценка состояния
- 2) Наблюдение/мониторинг
- 3) Обследование
- 4) Контроль АД: антигипертензивные средства
- 5) Контроль водного баланса
- 6) Профилактика РДС плода: кортикостероиды
- 7) Профилактика судорог: магния сульфат
- 8) Решение вопроса о времени родоразрешения
- 9) Постоянная настороженность в послеродовом периоде
- 10) Профилактика отдаленных осложнений



1. Оценка тяжести преэклампсии проводится в приемном покое

АД, сознание, головная боль, судороги, одышка, боли в животе, кровотечение из родовых путей, сердцебиение плода.

Врач анестезиолог – реаниматолог в обязательном порядке вызывается в приемный покой и начинает оказывать медицинскую помощь при следующих состояниях:

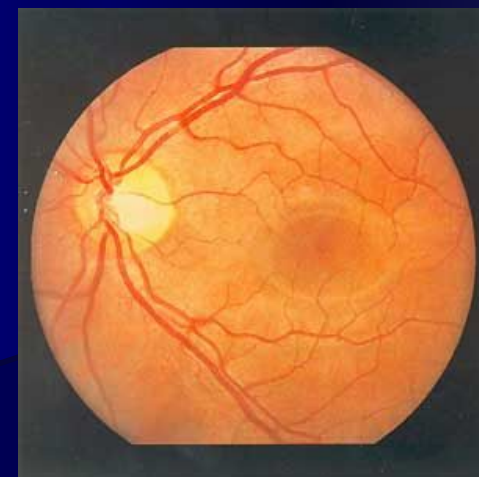
- развитие судорог (судороги в анамнезе)**
- отсутствие сознания**
- высокое АД – выше 160/110 мм рт. ст.**
- нарушение дыхания**
- при рвоте**
- при симптомах отслойки плаценты, кровотечении из родовых путей и геморрагическом шоке.**



2. Мониторинг основных параметров

Со стороны матери:

- **Измерение АД: каждые 15 мин до достижения стабилизации, затем каждые 30 мин. В некоторых ситуациях, после всесторонней оценки возможен переход к менее частому измерению.**
- **Отеки**
- **Глазное дно**
- **Рефлексы +/- судороги**
- **Анализы всех образцов мочи на белок**
- **Контроль диуреза**



2. Мониторинг основных параметров

Со стороны плода:

- КТГ (продолжительно, до стабилизации АД; непрерывно, если в родах).

Позволяет получить информацию о состоянии плода, но не дает информации в отношении прогноза.

- УЗИ (фетометрия, амниотический индекс, плацентометрия) и доплерометрия (артерии пуповины, средние мозговые артерии)



3. Обследование

Катетеризация периферической вены! Не рекомендуется катетеризация подключичной вены без абсолютных показаний (шок, гиповолемия)!

1. Кровь

- **Общий анализ крови**
- **Электролиты**
- **Мочевина, креатинин**
- **Печеночные ферменты (АЛаТ, АСаТ)**
- **Гемостазиограмма и коагуляционный гемостаз**
- **Определение группы крови и резус фактора**



Катетеризация мочевого пузыря и почасовой контроль диуреза. Нельзя использовать диуретики и допамин для коррекции олигурии!

2. Моча

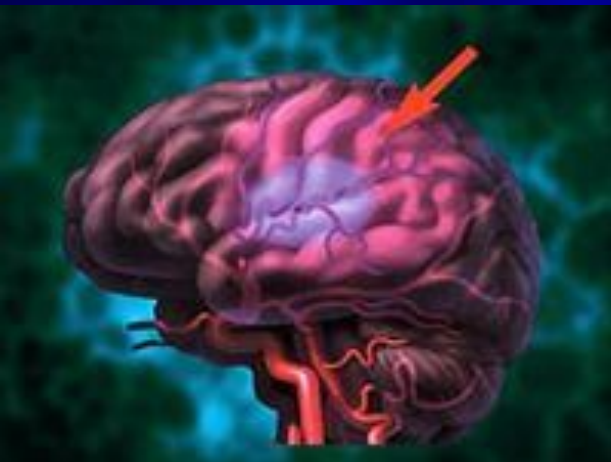
- Суточная оценка (общий белок, креатинин, отношение альбумин/креатинин)**



4. Контроль АД

Кровоизлияние в мозг – наиболее частая причина смерти женщин с ПЭ/эклампсией.

Для предотвращения инсульта, тяжелой жизнеугрожающей гипертензии, особенно высокого САД, необходимо немедленное назначение эффективной антигипертензивной терапии.



5. Контроль водного баланса

NB! На протяжении последних 20 лет отек легких является значимой причиной смерти при тяжелой ПЭ/ эклампсии. Летальность часто ассоциируется с неадекватным введением жидкости.

- Умеренная дегидратация лучше, чем гипергидратация. Объём примерно 1-1,2 л в сутки.
- Инфузия (только сбалансированные кристаллоиды).



- **Применение синтетических (ГЭК, желатин) и природных (альбумин) коллоидов не имеет преимуществ перед кристаллоидами в отношении материнских и перинатальных результатов при преэклампсии/эклампсии и должно быть обусловлено только абсолютными показаниями (гиповолемия, шок, кровопотеря).**
- **Трансфузия альбумина возможна только при гипоальбуминемии <25 г/л, лучше после родоразрешения.**



- Темп инфузии не более 40-45 (максимальный болюс – 80) мл/час или 1 мл/кг/час.
- Контроль за проводимой инфузионной терапией осуществляется за счет оценки темпа диуреза.
- Диуретики применяются только при отеке легких!

ВВ! Растворы глюкозы при родоразрешении не используют из-за риска гипогликемии у новорожденного.



6. Профілактика РДС плода

При строке беременности < 34 нед назначаются кортикостероиды.

Схемы применения:

- 2 дозы бетаметазона в/м по 12 мг с интервалом 24 часов
- 4 дозы дексаметазона в/м по 6 мг с интервалом 12 часов
- 3 дозы дексаметазона в/м по 8 мг через 8 часов



7. Профилактика и лечение судорог

Сульфат магния является препаратом выбора для профилактики и лечения судорог. Магния сульфат превосходит бензодиазепины, фенитоин и нимодипин по эффективности профилактики эклампсии, не повышает частоту операций кесарева сечения, кровотечений, инфекционных заболеваний и депрессии новорожденных

Mg	12
МАГНИЙ	2
24,312	8
	2
rascelito-researchlab.ru	



Противосудорожная терапия показана при тяжелой ПЭ, в случае наличия риска развития эклампсии.

Mg	12
МАГНИЙ	2
24,312	8
	2
<small>расcчитано по расcчетам.рф</small>	

Необходимо оценить наличие у пациентов следующих признаков и симптомов:

- **интенсивная головная боль со зрительными расстройствами,**
- **гиперрефлексия,**
- **мышечные сокращения,**
- **возбудимость,**
- **усталость.**



Введение сульфата магния должно осуществляться до и на фоне родоразрешения, а также продолжаться не менее 24 час после родоразрешения или 24 час после последнего эпизода судорог

В антенатальном периоде назначение сульфата магния сопровождается непрерывным мониторингом ЧСС плода при помощи КТГ.

Mg	12
МАГНИЙ	2
24,312	8
	2
<small>cascedita-research.com/ru</small>	



Режим дозирования $MgSO_4$ - только внутривенно, обязательно с использованием устройства для постоянного введения (инфузомата, помпы и т.п.):

- Нагрузочная доза – 4-6 г сухого вещества (возможная схема – 20 мл 25% р-ра – 5 г сухого вещества) в течение 10-15 минут;**
- Поддерживающая доза – 1-2 г сухого вещества в час (4-8 мл 25% р-ра) - вводится на протяжении 24 час после родов или после последнего эпизода судорог, в зависимости от того, что было позднее**



При введении сульфата магния обеспечивается следующий контроль:

Мониторинг

- Диурез ежедневно
- Частота дыхания, сатурация кислорода и коленные рефлексы – каждые 10 мин на протяжении первых двух часов, затем - каждые 30 мин
- Оценка сывороточного уровня магния (если есть возможность) ежедневно при продолжении инфузии > 24 час



При введении сульфата магния обеспечивается следующий контроль:

Определение уровня $MgSO_4$ показано в случае, если

- Частота дыхания < 16 /мин

(**NB!** Более низкие значения могут быть в связи с назначением опиатов)

- Диурез < 35 мл/час за 4 часа
- Снижение коленных рефлексов
- Рецидивы судорог



При введении сульфата магния обеспечивается следующий контроль:

Уровень магния

- Терапевтический уровень 2,0 – 4,0 ммоль/л

При повышении уровня магния могут возникнуть следующие симптомы:

- Ощущение тепла, приливов, двоение
- Невнятная речь 3,8 – 5,0 ммоль/л
- Отсутствие сухожильных рефлексов > 5,0 ммоль /л
- Угнетение дыхания > 6,0 ммоль/л
- Остановка дыхания 6,3 – 7,1 ммоль/л
- Остановка сердца > 12,0 ммоль/л



Неотложная помощь при передозировке MgSO₄:

Отсутствие коленных рефлексов:	Прекратить инфузию MgSO₄ до восстановления коленных рефлексов
Угнетение дыхания:	Прекратить инфузию MgSO₄. Подать кислород через кислородную маску, придать пациентке безопасное положение в связи с нарушением сознания. Тщательный мониторинг.
Остановка дыхания:	Прекратить инфузию MgSO₄. Ввести в/в кальция глюконат. Немедленная интубация и вентиляция легких
Остановка сердца:	Начать сердечно-легочную реанимацию. Прекратить инфузию MgSO₄. Ввести в/в кальция глюконат. Немедленная интубация и вентиляция легких. Немедленно родоразрешить.
Антидот	Кальция глюконат 10% - 10 мл в/в в течение 10 мин

Препараты, имеющие второстепенное значение для достижения противосудорожного эффекта

Должны использоваться только как вспомогательные средства и в течение короткого промежутка времени!

- Бензодиазепины: диазепам 10 мг в/м или в/в, однократно.
- Барбитураты: фенобарбитал 0,2 г/сутки per os.



Алгоритм оказания медицинской помощи при развитии приступа ЭКЛАМПСИИ

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.
- При развитии дыхательного апноэ немедленно начинают принудительную вентиляцию носолицевой 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 ИВЛ в режиме нормовентиляции;



Mg	12
МАГНИЙ	2
24,312	8
	2
<small>rosstatinfo-rosstat.gov.ru</small>	

- Параллельно с проводимыми мероприятиями по возобновлению адекватного газообмена осуществляют катетеризацию периферической вены и начинают введение сульфата магния (4 г в/в в теч. 5 мин, затем 1–2 г/час) при тщательном контроле АД и ЧСС. Если судороги продолжаются, в/в вводят еще 2 г сульфата магния (8 мл 25% р-ра) в теч. 3–5 мин. Вместо дополнительного болюса сульфата магния можно ввести диазепам в/в медленно (10 мг) или тиопентал-натрий (450–500 мг).



- Если диастолическое АД остается на высоком уровне (>110 мм рт. ст.), проводят антигипертензивную терапию;
- Катетеризируют мочевой пузырь (постоянный катетер – почасовая регистрация выделения мочи и анализ протеинурии);
- При эпилептическом статусе, коме - все манипуляции (катетеризация вен, мочевого пузыря, акушерские манипуляции и др.) проводят под общей анестезией тиопенталом натрия.
- **Не применяют кетамин!**
↑ АД, ЧСС, внутричерепное давление



После ликвидации судорог проводят коррекцию метаболических нарушений, водно-электролитного баланса, кислотно-основного равновесия и белкового обмена.

После прекращения судорог - более подробное клиническое обследование.



Объём обследований:

- **консультация невролога и окулиста с обязательным исследованием глазного дна.**
- **лабораторные анализы: развёрнутый и б/х анализ крови (тромбоциты, гематокрит, гемоглобин, время свертывания, общий белок, уровень альбумина, глюкозы, мочевины, креатинина, трансаминаз, электролитов, кальция, магния), коагулограмма, анализ мочи, суточная протеинурия.**



Объём обследований:

- **Постоянный мониторинг АД, определение почасового диуреза, оценка клинических симптомов – ежечасно.**
- **Выполняется непрерывный КТГ- мониторинг плода.**
- **Родоразрешение проводится после наступления стабилизации.**



Показания к ИВЛ.

- экламптическая кома или экламптический статус;
- кровоизлияние в головной мозг;
- острый респираторный дистресс–синдром взрослых;
- сочетание преэклампсии/эклампсии с шоком какого – либо генеза;
- нестабильная гемодинамика,
- прогрессирующая полиорганная недостаточность.

ИВЛ проводят в режиме нормовентиляции.



РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПРИ ЭКЛАМПСИИ

Эклампсия является абсолютным показанием к родоразрешению, однако сначала необходимо стабилизировать состояние пациентки.



РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

При ПЭ - плановое родоразрешение – «в наилучший день (не по дежурству) наилучшим методом»

Перед родоразрешением необходимо стабилизировать состояние женщины.

При сроке беременности <32 нед – предпочтительно кесарево сечение.

После 34 нед – влагалищное родоразрешение при головном предлежании.



- Противосудорожная антигипертензивная терапия должна проводиться на протяжении всего периода родоразрешения.
- Второй период родов может быть сокращен – вагинальное оперативное родоразрешение.
- В третьем периоде – 5 мл окситоцина, но не метилэргометрина (вызывающего ↑ АД).
- Для профилактики развития эклампсии в родах все женщины при консервативном родоразрешении обязательно должны быть обезболены методом эпидуральной анальгезии.



ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЭКЛАМПСИИ

Беременным группы высокого риска развития ПЭ рекомендовано:

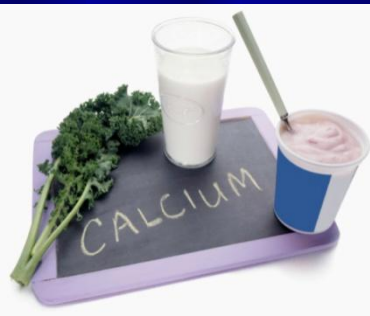
- Низкие дозы аспирина (75 мг в день), начиная с 12 нед. до родов. При назначении ацетилсалициловой кислоты (аспирина) необходимо письменное информированное согласие женщины, т.к. в соответствии с инструкцией по применению, прием ацетилсалициловой кислоты противопоказан в первые 3 месяца беременности.



ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЭКЛАМПСИИ

- **Беременным с низким потреблением Ca (< 600 мг в день) - назначение в виде препаратов Ca – не менее 1г в день.**

Следует принять во внимание, что среднее потребление кальция в России – 500-750 мг/сутки. Согласно современным нормам, физиологическая потребность беременных составляет не менее 1000 мг кальция в сутки.



Для профилактики ПЭ не рекомендовано рутинное применение:

- режима bed-rest;
- диуретиков;
- препаратов группы гепарина, в т.ч. НМГ;
- витаминов Е и С;
- препаратов магния;
- рыбьего жира;
- чеснока (в таблетках);
- ограничения соли



Литература

Основная:

- 1. Савельева Г.М. Акушерство: Акушерство: Учебник для мед. вузов, 2007

Дополнительная

- Абрамченко, В.В. Активное ведение родов: Руководство для врачей.-2-е изд., испр. /В. В. Абрамченко. - СПб.: Спец. лит., 2003.-664 с.
- Акушерство и гинекология: Учебник /Ч. Бекманн, Ф. Линг, Б. Баржански и др. /Пер. с англ. - М.: Мед. лит., 2004. - 548 с.
- Дуда В.И., Дуда В.И., Дражина О.Г. Акушерство: Учебник. - Минск: Высш. шк.; ООО «Интерпрессервис», 2002. - 463 с.
- Жиляев, Н.И. Акушерство: Фантомный курс /Н.И. Жиляев, Н. Жиляев, В. Сопель. - Киев: Книга плюс, 2002. - 236 с.

Учебно-методические пособия

- Клинические лекции по акушерству и гинекологии: Учебное пособие /ред. А. И. Давыдов и Л. Д. Белоцерковцева; Ред. А. Н. Стрижаков. - Москва: Медицина, 2004. - 621 с.
- Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии: Учебное пособие / Ред. Г. М. Савельева. - Москва: ООО "Мед. информ. агентство", 2006. - 720 с.
- Руководство к практическим занятиям по акушерству: Учеб. пособ. /Ред. В.Е. Радзинский. - М.: Мед. информ. агентство, 2004. - 576 с. -(Учеб. лит. для студ. мед. вузов)
- Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии/Ред. Ю. В. Цвелев, В.Г. Абашин. - СПб.: Фолиант, 2004. - 640 с.
- Цхай, В.Б. Перинатальное акушерство: Учеб. пособ. /В.Б. Цхай. - М.: Мед. книга; Нижн. Новгород: НГМА, 2003. - 414 с. - (Учеб. лит. для мед. вузов. и последипломного образования)
- Эталоны ответов на вопросы практических знаний и умений по акушерству и гинекологии: Учеб. пособ./ В.Б. Цхай и др. - Красноярск: КаСС, 2003. - 100 с.

Благодарю за внимание!

