



ПРЕЭКЛАМПСИЯ.

Диагностика, акушерская тактика

Подготовила: врач-интерн

Виноградова А.А.

Руководитель: к.м.н., доцент Ганчар Е.П.

Преэклампсия

– это осложнение беременности, родов и послеродового периода, которое обычно развивается **не раньше 20-й недели беременности** в виде **резкого повышения артериального давления** в сочетании с **протеинурией**.

Регламентирующие документы

- **Постановление
Министерства
здравоохранения
Республики Беларусь
19.02.2018 №17**

**Об утверждении клинических
протоколов «Медицинское
наблюдение и оказание
медицинской помощи женщинам
в акушерстве и гинекологии».**

- **ПОСТАНОВЛЕНИЕ
МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
06.06.2017 г. № 59**

**Об утверждении некоторых
клинических протоколов
диагностики и лечения
заболеваний системы
кровообращения.**

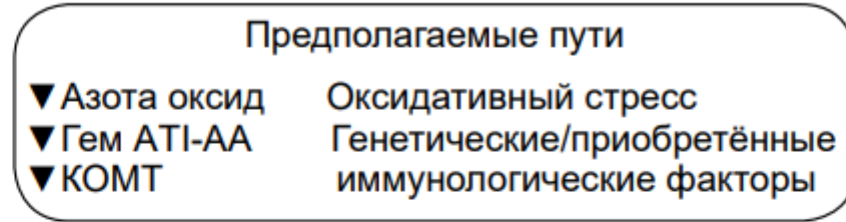
Этиология и патогенез

Актуальной на сегодняшний момент является **трехступенчатая модель развития преэклампсии:**

- 1. Недостаточная инвазия цитотрофоблата плаценты в миометриальную часть спиральных артерий, что является причиной плацентарной ишемии (стадия I);**
- 2. Высвобождение антиангиогенных факторов из ишемической плаценты в материнский кровоток, что способствует повреждению эндотелия — развитию эндотелиальной дисфункции, эндотелиоза (стадия II).**
- 3. Эндотелиальная дисфункция проявляется в нарушении эндотелием продукции эндотелиальных релаксирующих факторов, к которым относятся оксид азота, эндотелин I, простациклин, тканевой активатор плазминогена. Снижение концентрации данных субстанций приводит к нарушению реактивности сосудов — генерализованной вазоконстрикции, нарушению скорости клубочковой фильтрации с задержкой солей и жидкости, системной ишемии (стадия III).**

Таким образом, узловые патогенетические звенья преэклампсии могут быть представлены следующим образом: недостаточная инвазия цитотрофоблата в спиральные артерии → нарушение их ремоделирования → потеря вазопрессорной рефрактерности → плацентарная ишемия → синтез антиангиогенных факторов → повреждение эндотелия → генерализованная вазоконстрикция.

Стадия I

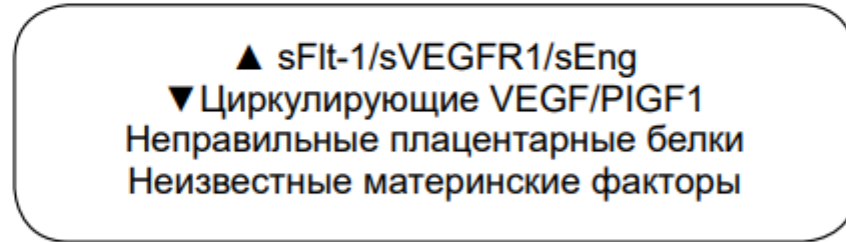


Патологическая
плацентация



Патологическое
ремоделирование
спиральных артерий

Стадия II Ишемия плаценты



АГ
Протеинурия
Оёки

Проницаемость
сосудов
Лёгочный
отёк

Головная боль
Судорожные
припадки
Давление

Повышение
концентрации
печёночных
ферментов

Активация системы
коагуляции
Тромбоцитопения

Клинико-анамнестические факторы развития преэклампсии:

- первая беременность;**
- повторная беременность: ПЭ в анамнезе, длительный перерыв после последних родов (10 лет и более);**
- семейный анамнез (ПЭ у матери или сестры, у предыдущей жены партнера);**
- возраст женщины более 35 лет;**
- многоплодная беременность;**
- экстрагенитальные заболевания (хроническая АГ, заболевания почек, печени, коллагенозы, заболевания сосудов, сахарный диабет, антифосфолипидный синдром);**

- нарушение жирового обмена (ИМТ > 25);**
- диастолическое АД — 80 мм рт. ст. и выше;**
- патологическая прибавка массы тела на протяжении беременности;**
- протеинурия при постановке на учет по беременности (более одного плюса по тест-полоске при двукратном тестировании или ≥ 300 мг/л в суточной порции);**
- уменьшение суточного диуреза (900 мл и менее) и увеличение ночного диуреза (> 75 мл) при снижении онкотической плотности мочи;**
- высокий уровень предполагаемой боли (по визуально-аналоговой шкале > 7,5; Мак-Гилловский > 40).**

Гемодинамические факторы риска развития ПЭ:

- лабильность цифр АД в I триместре беременности;**
- повышение диастолического АД в ночное время по данным суточного мониторирования АД;**
- выявление сосудистой асимметрии свыше 10 мм рт. ст. при измерении АД на обеих руках, снижение пульсового давления до 30 мм рт. ст. и ниже (норма — 40–50 мм рт. ст.), повышение среднего АД на 10–20 мм рт. ст.;**
- повышение пульсационного индекса и индекса резистентности в маточных артериях по данным доплеровского исследования кровотока в 7–15 недель беременности.**

Биохимические маркеры риска развития ПЭ:

- гиперкоагуляция в плазменном и клеточном звене гемостаза (прогрессирующее снижение числа тромбоцитов до $160 \cdot 10^9$ /л, повышение агрегации тромбоцитов до 76 %, снижение АЧТВ (< 20 с), гиперфибриногенемия — 4–5 г/л и более, повышение гематокрита более 0,46);
- снижение уровня антикоагулянтов: эндогенного гепарина и антитромбина III;
- гипопротейнемия (60 г/л и менее); диспротеинемия со снижением альбумин-глобулинового коэффициента ($< 0,5$);
- снижение в I триместре связанного с беременностью плазменного ипротеина А (РАРР-А) < 5 -й процентиля;
- необъяснимое другими причинами повышение во II триместре беременности альфа-фетопротейна ($> 2,5$ МоМ);
- повышение во II триместре беременности хорионического гонадотропина (> 3 МоМ);
- повышение в I или II триместре беременности ингибина А (> 2 МоМ).

Классификация ПЭ и эклампсии (МКБ-Х):

1. *Умеренная ПЭ (O14.0)*: АД составляет $\geq 140/90$ – $159/109$ мм рт. ст.; протеинурия — $\geq 0,3$ г/сут, но ≤ 5 г/сут.
2. *Тяжелая ПЭ (O14.1)*: АД составляет $\geq 160/110$ мм рт. ст.; протеинурия — ≥ 5 г/сут или 3 г/л в порциях мочи, полученных дважды с разницей ≥ 4 ч; HELLP-синдром; острая жировая дистрофия печени. Начало ПЭ до 32 недель, наличие признаков хронической фетоплацентарной недостаточности, сочетающейся с синдромом задержки роста плода, служат независимыми критериями тяжелой степени ПЭ.
3. *Эклампсия*: во время беременности (O15.0), в родах (O15.1), в послеродовой период (O15.2).

Умеренная преэклампсия, тяжелая преэклампсия, эклампсия.

Понятия

Умеренная преэклампсия (далее ПЭ) - осложнение беременности, родов и послеродового периода, характеризующееся повышением после 20-й недели беременности САД >140 мм рт. ст. и/или ДАД >90 мм рт. ст. независимо от уровня АД в анамнезе в сочетании с протеинурией $>0,3$ г в сутки или $> 0,3$ г/л в 2-х порциях мочи, взятых с интервалом в 6 часов.

Тяжелая ПЭ - осложнение беременности, родов и послеродового периода, характеризующееся повышением после 20-й недели беременности САД >160 мм рт. ст. и/или ДАД >110 мм рт. ст. независимо от уровня АД в анамнезе в сочетании с протеинурией >5 г в сутки или > 3 г/л в 2-х порциях мочи, взятых с интервалом в 6 час, или хотя бы одним другим параметром, свидетельствующим о присоединении полиорганной недостаточности.

Эклампсия - серия судорог, сначала тонических, а затем клонических, которые, как правило, возникают на фоне тяжелой ПЭ при отсутствии других причин.

Общемировая статистика

- Гипертензивные расстройства во время беременности возникают в 5-10% наблюдений, являются одной из ведущих причин материнской смертности и в **20-25% случаев - причиной перинатальной смертности.**
- Особое место при этом занимает ПЭ, частота которой во время беременности составляет 2-8%. **10-15% всех случаев материнской смертности связаны с ПЭ** или эклампсией, что составляет в мире **по меньшей мере 70 000 смертей в год.**
- Почти половина всех случаев эклампсии встречается во время беременности, более 1/5 - до 31-й недели беременности.
 - До 44% случаев эклампсии возникают в послеродовом периоде, особенно при доношенной беременности.
 - **При доношенном сроке беременности эклампсия в 75% случаев возникает в родах или в течение 6 часов после родов.**
 - В 16% случаев эклампсия возникает в интервале от 48 часов до 4 недель послеродового периода.

Шкала тяжести преэклампсии (Гоеске в модификации Г.М. Савельевой)

Симптомы	0	1	2	4
Отеки	Нет	На голенях, патологическая прибавка массы тела	На голенях, передней брюшной стенке	Генерализованные
Протеинурия, г/л	Нет	0,033-0,132	0,132-1,0	1,0 и более
Систолическое АД	Ниже 130	130-150	150-170	170 и выше
Диастолическое АД	Ниже 85	85-90	90-110	110 и выше
Срок появления преэклампсии	-	36-40	35-30	24-30
Гипотрофия плода	-	-	Отставание на 1-2 нед	Отставание на 3 нед и более
Фоновые заболевания	-	Проявления до беременности	Проявление во время беременности	Проявление до и во время беременности

Легкая степень до 7 баллов, средней тяжести 8-11, тяжелая степень – 12 и выше

Клинический протокол: «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии» от 19.03.2018 №17. Комплексные рекомендации по ведению пациенток с умеренной, тяжелой ПЭ (включая HELLP-синдром), эклампсией. Справочно. Блок А.

Клиническое обследование беременной (Блок А).

- Обязательное
 - Анамнез: жизни, болезни, акушерский, гинекологический, семейный, аллергологический, фармакологический, трансфузионный;
 - Общий осмотр;
 - Измерение артериального давления на обеих руках и частоты сердечных сокращений;
 - Измерение температуры тела;
 - Контроль массы тела беременной;
 - Специальное наружное акушерское исследование – при первом осмотре в женской консультации и (или) поступлении в организацию здравоохранения (родильное отделение, родильный дом) однократно:
 - Осмотр молочных желез и периферических лимфатических узлов
 - Измерение размеров таза
 - Измерение индекса Соловьева
 - Измерение ромба Михаэлиса
 - Измерение окружности живота
 - Определение высоты стояния дна матки
 - Определение наружными приемами положения, позиции, предлежащей части плода и ее положения по отношению к плоскости входа в таз
 - Осмотр врача-терапевта;
 - Дотестовое и послетестовое консультирование на вирус иммунодефицита человека;
 - Консультации врача-офтальмолога,
 - Врача-оториноларинголога,
 - Врача-стоматолога,
 - Врача-эндокринолога в установленные сроки.
- Дополнительная диагностика и консультации врачей-специалистов по показаниям.

Клинический протокол: «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии» от 19.03.2018 №17. Комплексные рекомендации по ведению пациенток с умеренной, тяжелой ПЭ (включая HELLP-синдром), эклампсией. Справочно. Блок В.

Специальное акушерское (гинекологическое) обследование (Блок В):

- Осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах;
- Бимануальное влагалищное исследование;
- Ректовагинальное исследование (по показаниям).

Клинический протокол: «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии» от 19.03.2018 №17. Комплексные рекомендации по ведению пациенток с умеренной, тяжелой ПЭ (включая HELLP-синдром), эклампсией. Справочно. Блок Г. Обязательная диагностика.

- **Обязательная диагностика**

- Анализ крови общий: эритроциты, гемоглобин, гематокрит, тромбоциты, лейкоциты и лейкоцитарная формула, скорость оседания эритроцитов;
- Определение групп крови по системам АВ0 и резус.
- Скрининг антиэритроцитарных антител при первой явке, в 28–29 и 34–35 недель беременности, независимо от Rh. При выявлении слабого антигена D(u) уточнить Rh-принадлежность крови в специализированной лаборатории службы крови. При Rh-отрицательной крови матери: определение групп крови по системе АВ0 и Rh отца ребенка. Определение титра антител (далее – АТ) 1 раз в месяц до 38 недель беременности. После проведенной профилактики Rh-сенсibilизации определение титра АТ не проводится в течение 8 недель;
- Биохимическое исследование крови (билирубин, глюкоза, мочеви́на, креатинин, общий белок, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, электролиты (калий, натрий, кальций; анализ крови на глюкозу (натощак);
- Коагулограмма – активированное частичное тромбиновое время, протромбиновый индекс, протромбиновое время, международное нормализованное отношение, фибриноген;
- Анализ мочи общий;
- Забор биологического материала из эндоцервикса и экзоцервикса, по показаниям из места поражения, для цитологического исследования (далее – цитологическое исследование) у беременных – при 1-й явке; у гинекологических пациенток – при первичном обращении, при отсутствии по результату исследования отклонений от нормы – 1 раз в год и по показаниям.

Клинический протокол: «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии» от 19.03.2018 №17. Комплексные рекомендации по ведению пациенток с умеренной, тяжелой ПЭ (включая HELLP-синдром), эклампсией. Справочно. Блок Г. Дополнительная диагностика.

- Дополнительное обследование по медицинским показаниям:
 - Определение среднего объема эритроцитов (MCV);
 - Определение среднего содержания гемоглобина в эритроците (MCH);
 - Определение средней концентрации гемоглобина в эритроците (MCHC);
 - Определение титра антиэритроцитарных антител;
 - Определение параметров кислотно-основного состояния;
 - Электролиты крови;
 - Сывороточный ферритин;
 - Трансферрин сыворотки;
 - Железо сыворотки;
 - Определение общей железосвязывающей способности сыворотки;
 - Коэффициент насыщения трансферрина железом
 - Тромбоэластография;
 - С-реактивный белок;
 - D-димеры;
 - Спонтанный фибринолиз;
 - Антитромбин III;
 - Обследование на антифосфолипидный синдром;
 - Гомозиготная мутация MTHFR (C677 T)
 - Гипергомоцистеинемия
 - Исследование крови на глюкозу в 7:00 (натощак), 10:00, 13:00, 16:00;
 - Пероральный тест толерантности глюкозы;
 - Гликированный гемоглобин;
 - Исследование гормона, регулирующего эритропоэз (эритропоэтин);
 - Гормоны щитовидной железы – тиреотропный гормон, свободный тироксин, антитела к тиреоидной пероксидазе;
 - Исследование центральных и периферических половых гормонов и их метаболитов (пролактин, фолликулостимулирующий гормон, лютеинизирующий гормон, эстрадиол, прогестерон, дегидрэпиандростерон-сульфат, 17-оксипрогестерон, тестостерон);
 - Липидограмма (общий холестерин, триглицериды, липопротеины низкой и высокой плотности);
 - Анализ мочи на суточную потерю белка;
 - Анализ мочи по Нечипоренко;
 - Анализ мочи по Зимницкому;
 - Анализ мочи на желчные пигменты, уробилин;
 - Гистологическое исследование интраоперационно удаленного биологического материала.

Клинический протокол: «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии» от 19.03.2018 №17. Комплексные рекомендации по ведению пациенток с умеренной, тяжелой ПЭ (включая HELLP-синдром), эклампсией. Справочно. Блок Д.

- Функционально-инструментальное исследование беременной
 - Обязательная диагностика:
 - Электрокардиография;
 - Ультразвуковое исследование матки и плода;
 - Кардиотокография;
 - Дополнительное обследование по показаниям:
 - Доплерометрия сосудов матки и плода;
 - УЗИ молочных желез;
 - УЗИ органов брюшной полости;
 - УЗИ щитовидной железы;
 - Эхокардиография (эхокг);
 - Суточное мониторирование артериального давления (СМАД)
 - Суточное мониторирование ЭКГ;
 - УЗИ вен нижних конечностей;
 - Амниоцентез;
 - Биопсия ворсин хориона;
 - Кольпоскопия простая и расширенная.

Тактика ведения беременных с умеренной преэклампсией

Тактика ведения беременных с преэклампсией определяется **контролируемостью** состояния жизненно важных органов и систем матери и **жизнеспособностью плода** :

- **22-24 нед.-** прекращение опасной беременности-родоразрешение.
- **25-33 нед.-** пролонгирование беременности только при условии контролируемой артериальной гипертензии, отсутствия дистресс- синдрома у плода и прогрессирования органной дисфункции у матери.
- **34-36 нед.-** лечение, подготовка к родоразрешению.
- **37 нед. и более** – родоразрешение в течение 24- 48 часов.

Клинический протокол: «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии» от 19.03.2018 №17. Комплексные рекомендации по ведению пациенток с умеренной ПЭ (в частности, в родах)

О14.0 Умеренная преэклампсия.		
Блок А ежедневно.	Лечебно-охранительный режим.	7 дней.
Блок В – при поступлении, 1/5.	Противосудорожные средства (Группа № 24).	Госпитализация в акушерский стационар.
Блок Г+ электролиты крови – при поступлении, 1/3.	Антигипертензивные средства (Группа № 23):	В сроке беременности до 37 недель при отсутствии эффекта от лечения в течение 7 дней – досрочное родоразрешение.
ОАМ ежедневно.	метилдопа 0,5–2,0 г/сут. в 2–4 приема внутрь;	В сроке 37 недель беременности и более – родоразрешение в течение 2-3 суток в зависимости от акушерской ситуации.
Анализ мочи на суточную потерю белка 1/3.	нифедипин пролонгированного действия 30–60 мг/сут. в 1–2 приема,	Роды через естественные родовые пути возможны при готовности родовых путей, компенсированном состоянии плода, управляемой нормотонии.
Анализ мочи по Нечипоренко.	амлодипин 2,5–10 мг/сут. в 1–2 приема).	В родах:
Анализ мочи по Зимницкому.	При недостаточном гипотензивном эффекте и АД $\geq$ 160/110 мм рт. ст.:	Антигипертензивные средства (Группа № 23).
Блок Д – при поступлении и по показаниям.	клонидин 0,1 мг/1 мл внутримышечно или внутривенно;	Инфузионная терапия (Группа № 17.1).
УЗИ почек.	урапидил внутривенно медленно 10–50 мг под контролем АД,	Спазмолитики (Группа № 26).
Консультации врача-терапевта, врача-офтальмолога.	поддерживающая доза инфузоматом 9 мг/ч.	ЛС, улучшающие кровоток в тканях (Группа № 28).
	Инфузионная терапия (Группа № 17.2).	Аналгетики (Группа № 31.1).
	Спазмолитики (Группа № 26).	Обезболивание родов (Группа № 31.3).
	Фитопрепараты для седативной терапии (Группа № 44.2).	При уровне АД выше 150/100 мм рт. ст. – кюретаж полости матки в раннем послеродовом периоде.
	Прямые антикоагулянты на основе гепарина и его производных (Группа № 19) по показаниям.	
	ЛС для дезагрегантной терапии (Группа № 22).	
	Кортикостероиды для профилактики РДС у плода (Группа № 8.1) при досрочном родоразрешении в 26-35 6/7 недель.	

Группа экспертов ВОЗ (2011) после 36-37 нед. рекомендует родоразрешение независимо от степени тяжести преэклампсии, поскольку выжидательная тактика в эти сроки связана с существенным риском материнских и перинатальных осложнений при отсутствии достоверной пользы для матери и плода.

Акушерская тактика при умеренной преэклампсии:

при компенсированном состоянии матери и плода рекомендовано родоразрешение на доношенном сроке (37-38 недель) через естественные родовые пути.

- Раннее вскрытие плодного пузыря;
- Адекватная антигипертензивная терапия;
- Эпидуральная анестезия и ее продолжение во II периоде родов (при отсутствии коагулопатии, уровне тромбоцитов более $100 \times 10^9/\text{л}$);
- Профилактика кровотечения (окситоцин);
- Профилактика тромбоэмболических осложнений (НМГ).

Лечение тяжелой преэклампсии

От 4-6 часов до 3-х суток при условии **наличия эффекта от проводимой терапии**, подтвержденного лабораторными показателями либо проведение **предоперационной подготовки (1-3 часа)** для стабилизации состояния пациентки перед родоразрешением.

-

Клинический протокол: «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии» от 19.03.2018 №17. Комплексные рекомендации по ведению пациенток с тяжелой ПЭ, включая HELLP-синдром (в частности, в родах).

О14.1 Тяжелая преэклампсия (включая HELLP-синдром).		
Блок А ежедневно. Блок В – при поступлении, 1/5. Блок Г+ электролиты крови – при поступлении 1/3. ОАМ ежедневно. Анализ мочи на суточную потерю белка 1/3. Анализ мочи по Нечипоренко. Блок Д – при поступлении и по показаниям. УЗИ почек. Консультации врача-терапевта, врача-офтальмолога.	Госпитализация в отделение интенсивной терапии реанимации стационара. Лечебно-охранительный режим. Противосудорожные средства (Группа № 24). Антигипертензивные средства (Группа № 23): метилдопа 0,5 г, нифедипин 10–20 мг, амлодипин 5–10 мг, метопролол 25–75 мг). При недостаточном гипотензивном эффекте и АД > 160/110 мм рт. ст.: клонидин 0,1 мг/1 мл внутримышечно или внутривенно; урапидил внутривенно медленно 10–50 мг под контролем АД, поддерживающая доза инфузоматом 9 мг/ч; после родоразрешения натрия нитропруссид 0,25–5,0 мг/кг/мин внутривенно титрованием. Спазмолитики (Группа № 26). Инфузионная терапия (Группа № 17.3). Прямые антикоагулянты на основе гепарина и его производных (Группа № 19) по показаниям. Кортикостероиды для профилактики РДС у плода (Группа 8.1) при досрочном родоразрешении в 26-35 6/7 недель. Средства для лечения заболеваний печени и желчевыводящих путей (Группа № 37) по показаниям. Интенсивная терапия совместно с врачом-анестезиологом-реаниматологом. При преэклампсии с отеком легких: нитроглицерин внутривенно в дозе 5 мг/мин, которую увеличивают каждые 3–5 минут до максимальной дозы 100 мг/мин.	7–10 дней. Госпитализация в акушерский стационар. Экстренное родоразрешение кесаревым сечением в течение 24 часов после предоперационной подготовки. Кюретаж полости матки.

Противопоказания для выжидательной тактики и пролонгирования беременности во всем мире созвучны.

Это:

- тяжелая, рефрактерная к терапии артериальная гипертензия,
- собственно эклампсия,
- прогрессирующая тромбоцитопения (менее 100×10^9 /л),
- прогрессивное ухудшение функции печени (HELLP- синдром, гематома/разрыв капсулы печени, острый жировой гепатоз, боль в эпигастрии),
- острая почечная недостаточность или прогрессивное ухудшение функции почек,
- отслойка плаценты,
- появление неврологической симптоматики,
- острая дыхательная недостаточности, отек легких.

Пролонгирование беременности категорически противопоказано при сочетании преэклампсии с:

- синдромом задержки роста плода II-III степени,
- критическими показателями кровотока в системе «мать- плацента- плод»,
- выраженным маловодием.



Наиболее частые ошибки при лечении преэклампсии

- Недооценка тяжести состояния;
- Неадекватная терапия и/или ее несвоевременное проведение;
- Бесконтрольная ИТТ , которая способствует гипергидротации;
- Неправильная тактика родоразрешения;
- Неполноценная профилактика кровотечений.

Эклампсия – диагностируется в случаях возникновения у женщин с преэклампсией судорог, которые не могут быть объяснены другими причинами.

Эклампсия служит **абсолютным показанием к родоразрешению независимо от срока беременности.** После предоперационной подготовки и стабилизации состояния пациентке **Показано родоразрешение!!!**

Анестезиологическое пособие при родоразрешении при эклампсии – ИВЛ.

Клиническая картина. Эклампсия

- Об угрозе эклампсии у беременной с ПЭ свидетельствует появление неврологической симптоматики, нарастание головной боли, нарушения зрения, парестезии нижних конечностей, возбужденное состояние или, наоборот, сонливость.
 - Стоит заметить, что до 25% женщин не имеют каких-либо предшествующих симптомов, а судорожный приступ развивается молниеносно.
- Судороги при эклампсии имеют свои особенности: вначале появляются отдельные мелкие сокращения лицевых мышц (15-30 секунд), которые сменяются тоническими судорогами - спазмом скелетной мускулатуры (15-20 секунд), а затем — генерализованными клоническими судорогами (конвульсиями), охватывающими мышцы туловища и конечностей.
- При эклампсии может наблюдаться один судорожный припадок или серия приступов.
- Судорожный приступ сопровождается кратковременным апноэ, цианозом, расширением зрачков, прикусыванием языка, выделением пены изо рта.
- Длительность судорожного приступа обычно составляет не более 1,5-2 минут.
- После исчезновения судорог беременная, как правило, впадает в кому.

Клинический протокол: «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии» от 19.03.2018 №17. Комплексные рекомендации по ведению пациенток с эклампсией (в частности, в родах).

O15.0 Эклампсия во время беременности. O15.1 Эклампсия в родах. O15.2 Эклампсия в послеродовом периоде. O15.9 Эклампсия неуточненная по срокам.		
Блок А – ежедневно. Суточное мониторирование АД. Блок В – при поступлении, 1/7-14 и по показаниям. Блок Г+ электролиты крови – 1/1-2. ОАК ежедневно в первые 3–5 дней. Анализ мочи на суточную потерю белка ежедневно. Анализ мочи по Нечипоренко 1/7. Анализ мочи по Зимницкому 1/7. Блок Д – при поступлении и по показаниям. УЗИ почек. Консультации врача-терапевта, врача-невролога, врача-офтальмолога; по показаниям врача-нефролога, врача-кардиолога.	Лечение проводится совместно с врачом-анестезиологом-реаниматологом. Предотвратить возможные травмы (уложить, удержать, предотвратить прикус языка). Купировать судороги (Противосудорожная терапия – Группа № 24): диазепам 10–20 мг внутривенно или внутримышечно (0,5 % раствор 2–4 мл), повторные введения при необходимости; магния сульфат 4–6 г внутривенно струйно в течение 20 минут (максимальная скорость введения – 1 г/мин), затем инфузия со скоростью 1 г/час. Аспирировать содержимое ротовой полости, уложить на левый бок. При восстановлении спонтанного дыхания ингаляционная анестезия (севофлюран) и (или) барбитураты (тиопентал натрия болюсом 3–5 мг/кг внутривенно, обычно до 300 мг) с последующей интубацией трахеи и решением вопроса о родоразрешении. Антигипертензивные средства (Группа № 23): после купирования судорог (метилдопа 0,5 г, нифедипин 10–20 мг, амлодипин 5–10 мг, метопролол 25–75 мг внутрь). Инфузионная терапия (Группа № 17.3). Препараты плазмы крови и плазмозамещающие препараты (Группа № 18) по показаниям. Прямые антикоагулянты на основе гепарина и его производных (Группа № 19).	7–10 дней. Госпитализация в акушерский стационар. Экстренное родоразрешение после купирования судорог и стабилизации гемодинамики во время беременности, в I периоде родов – кесаревым сечением, во 2 периоде родов – акушерскими щипцами. Кюретаж полости матки в раннем послеродовом периоде. Продленная искусственная вентиляция легких (далее – ИВЛ) после операции до стабилизации витальных функций.

ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЭКЛАМПСИИ

- здоровое питание, нормальная масса тела и умеренный набор ее за беременность, физическая активность
- прием аспирина 75 мг/сут с 12-36 недели беременности (для женщин из групп риска по ПЭ, назначается лечащим врачом)
- прием кальция 1,5-2 г/день с 12-той недели беременности (назначается лечащим врачом, дозировка оговаривается исходя из рациона пациентки) !!!

Никакой доказательной базы не имеют и не рекомендуются в качестве профилактики ПЭ: мультивитаминные комплексы, отдельно витамины С и Е, рыбий жир, ограничение соли и жидкости, диуретики, прогестерон, гепарин, магния сульфат, чеснок, пиявки, постельный режим.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

