



ЭКЛАМПСИЯ

Эклампсия - судорожный синдром, возникающий у беременных с преэклампсией и не имеющий отношения к другим мозговым явлениям (эпилепсия или нарушение мозгового кровообращения).

Под преэклампсией понимают такое состояние, при котором после 20 недель беременности развиваются артериальная гипертензия, отёки и протеинурия.



В зависимости от преобладающих симптомов и поражения какого-либо органа выделяют три клинических формы эклампсии:

- Типичная форма эклампсии характеризуется сильными отеками подкожной клетчатки всей поверхности тела, повышением внутричерепного давления, выраженной протеинурией (концентрация белка составляет более 0,6 г/л в суточной моче) и гипертензией более 140/90 мм рт.ст.;
- Нетипичная форма эклампсии наиболее часто развивается при затяжных родах у женщин с лабильной нервной системой. Данная форма эклампсии характеризуется отеком мозга без отека подкожной клетчатки, а также незначительной гипертензией, повышением внутричерепного давления и умеренной протеинурией (концентрация белка в суточной моче от 0,3 до 0,6 г/л);
- Почечная или уремическая форма эклампсии развивается у женщин, страдавших заболеваниями почек до наступления беременности. Почечная форма эклампсии характеризуется несильными или вовсе отсутствующими отеками подкожной клетчатки, но наличием большого количества жидкости в брюшной полости и плодном пузыре, а также умеренной гипертензией и внутричерепным давлением.



Принципы лечения

ПРИНЦИП № 1:

Главным препаратом для лечения и профилактики последующих судорожных приступов является магния сульфат, другие препараты (бензодиазепины и барбитураты) играют вспомогательную роль.

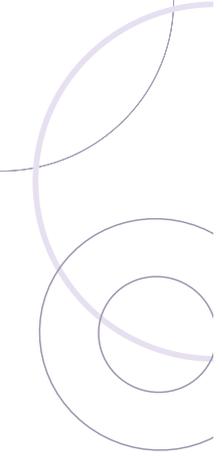
ПРИНЦИП № 2:

При развитии эклампсии необходимо быть готовым к профилактике и лечению таких осложнений эклампсии как отслойка плаценты (7-11%), ДВС-синдром (8%), отек легких (3-5%), острая почечная недостаточность (5-9%), HELLP-синдром (10-15%), гематома печени (1%), аспирационная пневмония (2-3%), легочно-сердечная недостаточность (2-5%), острая гипоксия плода (48%).

АЛГОРИТМ неотложной помощи и интенсивной терапии ПРИ преэклампсии, эклампсии

Догоспитальный этап (женская консультация, скорая медицинская помощь, амбулаторный прием см

- Оценка тяжести преэклампсии: АД, сознание, головная боль, судороги, одышка, боли в животе, к
- Венозный доступ: периферическая вена
- Магния сульфат 25% 20 мл в/в медленно (за 10 мин) и 100 мл через инфузомат со скоростью 2 г
- При АД выше 160/110 мм рт.ст. – гипотензивная терапия метилдопа, нифедипин
- При судорогах: обеспечение проходимости дыхательных путей
- При судорогах или судорожной готовности – бензодиазепины (диазепам 10 мг) в/в однократно
- При отсутствии сознания и/или серии судорожных приступов – перевод
• на ИВЛ с тотальной миоплегией
- Госпитализация в роддом/перинатальный центр исключительно на транспортировочных носилках





- Оценка тяжести преэклампсии: АД, сознание, головная боль, судороги, одышка, боли в животе, кровотечение из родовых путей, сердцебиение плода

- Анестезиолог-реаниматолог вызывается в приемный покой при поступлении женщины в следующих ситуациях:

- развитии судорог (судороги в анамнезе)

- отсутствии сознания

- высоком АД – выше 160/110 мм рт.ст.

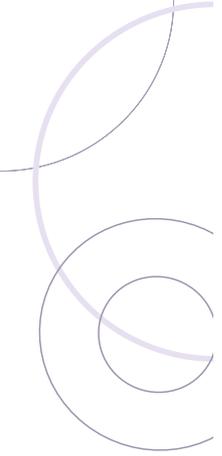
- нарушении дыхания

- при рвоте



Госпитальный этап (палата интенсивной терапии)

- При АД выше 140/90 мм рт.ст. – госпитализация в ПИТ роддома
- Оценка тяжести преэклампсии: АД, сознание, головная боль, судороги, одышка, боли в животе, темп диуреза,
- кровотечение из родовых путей, сердцебиение плода + УЗИ плода + КТГ + лабораторный контроль (протеинурия, тромбоциты, МНО, АПТВ, ПДФ, общий белок, альбумин, билирубин, АСТ, АЛТ, эритроциты, гемоглобин, лейкоцитоз, креатинин, калий, натрий)
- Венозный доступ: периферическая вена. Не рекомендуется катетеризация подключичной вены без абсолютных показаний (шок, гиповолемия)! При тяжелой преэклампсии нет показаний для контроля ЦВД.

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

Магния сульфат 25% 20

- мл в/в медленно (за 10 мин) и 100 мл дозатором со скоростью 2 г/ч
- Другие противосудорожные препараты (бензодиазепины, барбитураты) должны использоваться осторожно и только
 - при неэффективности магния сульфата
- Общий объем инфузии: только кристаллоиды (Рингер, Стерофундин) 40-80 мл/ч при диурезе более 0,5 мл/кг/ч
- Гипотензивная терапия: метилдопа, нифедипин
- Оценка состояния родовых путей

Лечебная тактика при эклампсии

- Оценить проходимость дыхательных путей и принять меры для её нормализации, при необходимости – проведение ИВЛ.
- Катетеризировать вену.
- Ввести внутривенно сульфат магния – 6 г медленно (в течение 15–20 мин), затем – со скоростью 2 г/час.
- При повторении судорожных припадков или безуспешности предыдущей меры – ввести диазепам (5–20 мг) или барбитураты (250–400 мг),.
- Инфузионная терапия с учетом показателей центральной гемодинамики (АД, ЦВД, частоты пульса и др.), темпа диуреза.
- Срочная госпитализация, экстренное родоразрешение.