

ՄԱՐԶԱՅԻՆ ԲԺԻՇԿՆԵՐԻ ՎԵՐԱՊԱՏՐԱՍՏՄԱՆ ԾՐԱԳԻՐ

Ռ Ե Ֆ Ե Ր Ա Տ

ՆԱՐԻՆԵ ԹՈՒՄԱՆՅԱՆ

Հասցեն՝ ք.Իջևան, Իջևանյան 6

Վերապատրաստման ամսաթիվը 05.10.06թ.-05.11.06թ.

Դասախոսի անունը՝ ՌՈՒՍՈՒԴԱՆ ՎԱՐԴԱՆՅԱՆ

Կլինիկան՝ «Շենգավիթ» բժշկական կենտրոն

Ուսումնասիրման թեման՝ ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ՀԻՊԵՐՏԵՆԶԻՎ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ

ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ՀԻՊԵՐՏԵՆԶԻՎ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ

Հղիության հիպերտենզիվ խանգարումները ժամանակակից մանկաբարձության ամենաարդիական խնդիրներից մեկն է: Համաձայն առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության վարջին տարիների տվյալների, հղիության հիպերտենզիաները մայրական մահացության կառուցվածքում գրավում են առաջատար տեղերից մեկը, կազմելով 15-40%: Մեծ են նաև դրանց շուրջ ծննդյան կորուստները, էկլամպսիայի դեպքում նորածինների մահացությունը կազմում է 30%:

ԱՀԿ հատուկ խմբի կողմից առաջարկված են ախտանշային և ախտածնական դասակարգում, ինչպես նաև մի շարք տերմիններ

EPH- գեստոզ

EPH-համակցություն

EPH-համախտանիշ

E-այտուց, P-պրոտեինուրիա, H-հիպերտենզիա

Հիպերտենզիա է համարվում սիստոլիկ և դիաստոլիկ ճնշման բարձրացումը համապատասխանորեն 135մմ սնդիկի սյուն և ավելի (եւայինից 30մմ սնդիկի սյունով ավել) և 85մմ սնդիկի սյուն և ավելի (եւայինից 16մմ սնդիկի սյունից ավելի):

Ախտանշային դասակարգում

- միախտանիշ EPH-գեստոզ
- բազմախտանիշ EPH -գեստոզ
- սպառնացող էկլամպսիա(imminent)-Ei
- ցնցումային էկլամպսիա(convulsiva)-Ec

Ախտածնային դասակարգում

- EPH- գեստոզ՝ առաջացած այլ հիվանդությունների ֆոնի վրա
- Տրանզիտոր EPH- գեստոզ
- Չդասակարգվող EPH- գեստոզ
- EPH համախտանիշին ուղեկցող հիվանդություններ, սակայն առանց գեստոզի նույն հիվանդությունների և EPH- գեստոզ :

Քանի որ ուշ գեստոզների հիմնական ախտանիշը հիպերտենզիան է, ուստի հիվանդությունների այս շարքը ներկայումս անվանվում է հղիության ընթացքում, հղիության հետևանքով առաջացած հիպերտենզիվ խանգարումներ:

Ներկայումս ընդունված են հետևյալ բնութագրերը

Հղիության հիպերտենզիա այն հիպերտենզիան է, որն ի հայտ է գալիս հղիության 20շաբաթից հետո:

Պրեէկլամպսիա.պրեէլամպսիա է համարվում այն վիճակը,երբ հղիության քսան շաբաթից հետո զարգանում է հիպերտենզիա,պրոտեինուրիայի կամ տարածուն ալբումինուրիայի հետ:

Պրոտեինուրիա համարվում է սպիտակուցի խտությունը մեզի մեջ 24-ժամյա միզարտադրության փորձերում՝0,3գ/լ բարձչ կամ 1գ/լ բարձր մեզի ցանկացած նմուշում,մեզի սովորական անալիզի ժամանակ:

Տարածված են համարվում ալբումինուրիա,երբ 12 ժամվա անկողնային ռեժիմից հետո հյուսվածքները սեղմելիս հետք է մնում,կամ արձանագրվում է քաշի ավելացում 1շաբաթում 2կգ և ավելի:

Էկլամպսիա ցնցուների առաջացումը պրեէկլամպսիայով հղիների մոտ:

Ցանկացած պատճառագիտության քրոնիկական հիպերտենզիա

Չարկերակային ճնշման կայուն բարձրացումն է 140/90 մմ սս բարձր մինչև հղիությունը կամ մինչև հղիության 20շաբաթ ժամկետը(ճնշման բարձրացումը ելային ցուցանիշներից 30/15 մմ սս):

Պրեէկլամպսիա կամ էկլամպսիա զարգացած քրոնիկ հիպերտենզիայի ֆոնի վրա. Պրեէլամպսիան կամ էկլամպսիան զարգանում են քրոնիկ հիպերտենզիայով տառապող հղիների մոտ(դիաստոլիկ ճնշման բարձրացումը 30մմ սս և ավելի),պրոտեինուրիա և կամ տարածուն ալբումինուրիա:

Տրանզիտոր հիպերտենզիա զարգանում է հղիության ժամանակ կամ ծննդաբերությունից հետո,որը կարճատև է և վերադառնում է ելային վիճակին:Պրեէկլամպսիային բնորոշ այլ ախտանիշներ չեն հայտնաբերվում:

Չդասակարգվող հիպերտենզիկ խանգարումներ. Դրանք այն վիճակներն են,որոնք անբավարար տեղեկատվության պատճառով հնարավորություն չեն տալիս դասակարգել:

ԱԽՏԱԾՆՈՒԹՅԱՆ մեջ հիմնական մեխանիզմը խորիոնալ հյուսվածքի նկատմամբ անոթների երկարատև սպազմ ու միկրոցիրկուլյացիայի խանգարումն է,բոլոր կարևոր ռեզիոնային անոթային ավազաններին,անգիոտենզինի նկատմամբ տոլեռանտության բարձրացումը,ինչպես նաև շրջանառվող արյան ծավալի իջեցումը:

Ախտաբանության բարդացման մեջ կարևոր դեր ունեն էրիթրոցիտների և տրոմբոցիտների փոփոխությունները,որի հետևանքով անոթներում գոյանում են փխրուն թրոմբոտիկ զանգվածներ:Ախտաբանական պրոցեսի մեջ ընդգրկվում են նաև երիկամները և գլխուղեղը:

Երկարատև անոթային սպազմը՝անոթա-տրոմբոցիտար օղակի խանգարումները ուղեկցվում են անոթների սնուցման խանգարումով,որը դրսևորվում է դրանց փխրունությամբ և էլաստիկության իջեցմամբ,թափանցելիության

բարձրացմամբ, ներանոթային հեղուկի արտահոսք՝ դեպի արտաբջջային տարածություն:

Կլինիկորեն դա արտահայտվում է հյուսվածքների հիդրոֆիլության, միջհյուսվածքային այտուցով, որը հատկապես նկատելի է փխրուն բջջանքի տեղամասերում՝ դեմք, թաթ, սրունք, որովայնի առաջաին պատ:

Միաժամանակ խանգարվում է անոթներից տոնուսավորումը և նյութափոխանակության բոլոր օղակները: Առաջանում է հիպոպրոտեինեմիա, որը հանգեցնում է դիսպրոտեինեմիայի: Հիպոպրոտեինեմիան առաջանում է պրոտեինուրիայի, լյարդում դրանց համադրության իջեցման, քրոնիկական ներանոթային տարածուն մակարդուկների գոյացման հետևանքով: Հիպերպրոտեինեմիան հանգեցնում է ֆերմենտային համակարգի խանգարման, մայր-պլացենտա-պտուղ համակարգի հորմոնային խանգարումների առաջացման: Դիսլիպիդեմիան նպաստում է բջջային թաղանթների վնասմանը, բջիջների քայքայմանը:

Քրոնիկ ՆՏՄՀ –ը ստրեսի, ծննդալուծման, ցավի, հոգնածության, ծննդադրման հետևանքով կարող է անցնել սուր ձևի, որը կլինիկորեն կարող է դրսևորվել հղիի արտահայտված վատացումով, պրեէկլամսիայի, էկլամպսիայի, ուղեղի և այլ օրգանների արյունազեղման, պլացենտայի վաղաժամ շերտազատման և բազմաօրգանային սուր անբավարարությամբ:

Իշեմիկ երիկամը արտադրում է մեծ քանակությամբ ռենին, որը վեր է ածվում անգիոտենզինի և հանգեցնում է անոթների սպազմի ու հիպերտենզիայի: Պրոստացիկլինի և պրոստոգլանդին E2 հետևանքով հղիի անոթները դառնում են տուլեռանտ անգիոտենզին II նկատմամբ: Երիկամների արտազատիչ ֆունկցիայի խանգարման հետևանքով զարգանում է հիպոկալեմիա, հիպերնատրեմիա, վերջինս հանգեցնում է սպիտակուցային և ածխաջրատային փոխանակության խանգարման, կալիումի և մատրիումի դեպի բջիջ թափանցմանը:

Լյարդում թթվածնաքաղցի և միկրոշրջանառության խանգարման հետևանքով իջնում է օքսիդավերականգնման ռեակցիաների արագությունը, գերակշռում է անաէրոբ գլիկոլիզը: Հիպոպրոտեինեմիան ուղեկցվում է սուր ճարպային հեպատոզի զարգացումով գրեթե բոլոր օրգան-համակարգերում և ողջ օրգանիզմում «արատավոր օղակների» առաջացումով:

Պրեէկլամպսիայի պաթֆիզիոլոգիան կարելի է ձևակերպել հետևյալ կերպ

1. անոթային սպազմ-հիպերտենզիա, էնդոթելի վնասվածք, օրգանների հիպոպերֆուզիա

2. հիպովոլեմիա - արյան խտացում
3. արյունաբանական փոփոխություններ-թրոմբոցիտոպենիա,ֆիբրոնեկտինի և անտիտրոմբին III քչացում
4. երիկամների գործունեության փոփոխություններ-միզանյութի,կրեատինինի,ազոտի ավելացում
5. հեպատիկ փոփոխություններ-AST և ALT մակարդակի բարձրացում
6. ուղեղային փոփոխություններ-ի հայտ են գալիս նաև էկլամպսիայի դեպքում
 Հղիության ընթացքում առաջացած հիպերտենզիվ խանգարումները ըստ ծանրության աստիճանի դասակարգվում են՝թեթև,միջին և ծանր:

ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐ	ԾԱՆՐՈՒԹՅԱՆ ԱՍՏԻՃԱՆ		
	Թեթեվ	Միջին	Ծանր
ԳԻԱՍՏՈԼԻԿ ԴՆՇՈՒՄ	90-100	100-110	110 և ԱՎԵԼԻ
ՄԻՍՏՈԼԻԿ ԴՆՇՈՒՄ	ՄԻՆՉԵՎ 150	150-170	170 և ԱՎԵԼԻ
ՊՐՈՏԵԻՆՈՒՐԻԱ	ՄԻՆՉԵՎ 1Գ/Լ	1-5Գ/Լ	5 և ԱՎԵԼԻ/24Ժ
ՏԵՍՈՂՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ	ԹԵԹԵՎ ԿԱՄ ՉԿԱՆ	ՉԱՓԱՎՈՐ	ՆՇԱՆԱԿԱԼԻ ԿԱՅՈՒՆ
ՑԱՎ ԷՊԻԳԱՍՏՐԱԼ ՇՐՋԱՆՈՒՄ	ՉԿԱ	ՉԿԱ	ԿԱ
ԳԼԽԱՑԱՎ	ՉԿԱ	ԹԵԹՎ ԱՐՏԱՀԱՅՏԱՎԱԾ	ԱՐՏԱՀԱՅՏԱՎԱԾ
ՑՆՑՈՒՄՆԵՐ	ՉԿԱ	ՉԿԱ	ԿԱ
ՕԼԻԳՈՒՐԻԱ	ՉԿԱ>400ՄԼ/ 24ԺԱՄ	<400ՄԼ /24ԺԱՄ	ԿԱ <400ՄԼ/24ԺԱՄ
ՊՏԳԻ ՉԱՐԳԱՅՄԱՆ ՀԵՏ ՄՆԱԼ	ՉԿԱ	ՉԿԱ	ԿԱ
ՄԻՉԱՆՅՈՒԹ	ՆՈՐՄԱԼ 10,7ՄՄՈԼ/Լ	ՄԻ ՔԻՉ ԱՎԵԼԱՑԱԾ 14,28	ԿԱ ԲԱՐՉՐ 17,85
ԿՐԵԱՏԻՆԻԱ	ՆՈՐՄԱԼ	ՄԻ ՔԻՉ ԲԱՐՉՐ 0,1144	ԱՐՏԱՀԱՅՏԱՎԱԾ ԲԱՐՉՐ 0,123
ԱԼԱՏ,ԱՍԱՏ	ՆՈՐՄԱԼ	ՄԻ ՔԻՉ ԲԱՐՉՐ	ԱՐՏԱՀԱՅՏԱՎԱԾ ԲԱՐՉՐ
ՆԵՐԱՆՈԹ ՀԵՍՈԼԻՉ	ՉԿԱ	ՉԿԱ	ԿԱ

Կլինիկական այնպիսի կարևոր ախտանիշներ,ինչպիսիք են գլխացավը,տեսողության խանգարումները,ցնցումները կապված են ուղեղային արյան շրջանառության խանգարման,նրա իշեմիայի և արյունազեղումների հետ:

Մյուս կարևոր ախտանիշը էպիգաստրալ շրջանի ցավերն են,որոնք կապված են լյարդում առաջացող փոփոխությունների հետ՝մանր հեմատոմաներ,որոնք հանգեցնում են գլխոնյան թաղանթի ձգմանը,ինչպես նաև արևային հյուսակի արյունազեղման,որը կրկին ուղեկցվում է վերստամոքսային շրջանի ցավերով:

Հղիության հիպերտենզիայի առումով բարձր ռիսկի խումբ են կազմում

- Առաջնածինները
- Բազմապտղության,բշտիկային զանգվածի դեպքում
- Պտղային ջրգողության դեպքում
- Քր.հիպերտենզիայով,երիկամային անբավարարությամբ,շաքարախտով,սիստեմային կարմիր գայլախտով տառապող կանայք
- Անամնեզում պրեէկլամպսիա և էկլամպսիա տարած կանայք
- Անտիկարդիոլիպին հակամարմինների ախտանիշների համակցության դեպքում:

ԷԿԼԱՄՊՍԻԱ -սա հղիության հիպերտենզիվ խանգարումների զարգացման բարձրագույն փուլն է:Բնութագրվում է օրգանիզմի բոլոր օրգանների ու համակարգերի ֆունցիայի խանգարումով,որի յուրահատուկ ախտանիշները մեկը մարմնի ցնցումներն են ու գիտակցության կորուստը:

Էկլամպսիան ամենից հաճախ առաջանում է ծննդաբերության ժամանակ,ավելի քիչ հղիության ժամանակ և ծննդաբերությունից հետո:

Էկլամպսիային նախորդում են նախանշաններ,որոնք վկայում են ԿՆՀ-ի,հատկապես գլխուղեղի կեղևի գերզրգռման մասին:Նկատվում է ռեֆլեկտոր բարձր դրոփելիություն,գերզգայունության:Ուժեղ լույսը,աղմուկը,ցավային գրգիռները և մյուս գործոնները կարող են հրահրել ցնցումային նոպա:Տիպիկ նոպան կարող է տևել 1-2 րոպե և բաղկացած է 4 իրար հաջորդող փուլերից:

I փուլ– նախացնցումային

Առկա է կոպերի թեթև ֆիբրիլյացիա,որոնք արագ տարածվում են դեմքի և վերին վերջույթների վրա.հայացքը դառնում է անշարժ,շնչառությունը պահպանված է:Տևում է 20-30 վայրկյան:

II փուլ- տոնիկ ցնցումներ:Տեղգի է ունենում մարմնի բոլոր մկանների կծկում,գլուխը հետ է ընկնում,մարմինը ձգվում է,ողնաշարը կորանում է,դեմքը գունատվում է ,ծնոտները ամուր սեղմված են,բքերը լայնացած,երևում է միայն

աչքերի սպիտակուցային թաղանթները:Տևում է 20-30վայր.շնչառությունը ու անոթազարկը բացակայում են:

III փուլ- կլոնիկ ցնցումներ:Նրանք հաջորդում են մեկը մյուսին,ընդգրկում են մարմնի մկանները վերից վար:Շնչառությունը բացակայում է,անոթազարկը չի շոշափվում:Դեմքը կապրա-կարմրավուն է,լծերակները արտահայտված են:Ցնցումները դառնում են հազվադեպ և դադարում են:Տևում է 30-60վայր.,երբեմն ավելի:

IV փուլ – նոպայի անցման փուլ:Աղմկոտ խորը շնչումը ուղեկցվում է խզզոցով,շնչառությունը վերականգնվում է:Կինը սկսում է շնչել դանդաղ և խորը,բերանի խոռոչից արտազատվում է փրփուր,երբեմն արյունախառը:Դեմքը դառնում է վարդագույն,բբերը լայնանում են,անոթազարկը ի հայտ է գալիս:Նոպայից հետո հիվանդը գտնվում է կոմատոզ վիճակում:Գիտակցությունը բացակայում է,առաջանում է հիշողության կորուստ:

ԱՆՀԵՏԱԶԳԵԼԻ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՍԿԶԲՈՒՆՔՆԵՐԸ ՅՆՅՈՒՄՆԵՐԻ ԺԱՍԱՆԱԿ.

- հիվանդին պառկեցնել և կողմնայնորեն շրջել գլուխը
- ամուր բռնել հիվանդին,արագ ազատել շնչուղիները,զգուշորեն բացել բերանը,լեզուն ձգել առաջ և արտածծել բերանի խոռոչի և վերին շնչուղիների պարունակությունը
- ինքնուրույն շնչառությունը հաստատվելուց հետո տալ թթվածին:Երկարատև ապնոէի դեպքում կատարել թոքերի արհեստական օդափոխություն
- սրտային գործունեության բացակայության դեպքում թոքերի արհեստական օդափոխություն հետ միասին կատարել սրտի փակ մերսում և միջոցառումներ սիրտ-անոթային համակարգի վերակենդանացման համար
- ցնցումը վերացնելու համար անհրաժեշտ է ներարկել ն/ե 25% 20մլ մագնեզիումի սուլֆատ ,ն/ե դիազեպամ,0.002գ դրոպերիդոլ,և կրկնել 10րոպե անց կես դեղաչափով,անհրաժեշտության դեպքում կատարել ինտուբացիա:

ԷԿԼԱՄՊՍԻԱՅԻ ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

- առիթմիա,սրտային անբավարարություն,թոքի այտուց
- ուղեղի այտուղ,կոմա,թրոմբոզ,արունահոսություն
- ՆՏՄ-համախտանիշ,հեմոլիտիկ անգիոպաթիկ սակավարյունություն
- լյարդի նեկրոզ,պատիճի պատռվածք,արյունազեղումներ

- շնչական ուղիների օբստրուկցիա, շոկային թոքի առաջացում
- երիկամների խողովակային կեղևային սուր մեռուկացում, արյունազեղում
- ցանցաթաղանթի շերտազատում, արյունազեղում
- մակերիկամներում, աղիներում, ենթաստամոքսային գեղձում, փայծախում արյունազեղումներ
- պլացենտային վաղաժամ շերտազատում, սուր թթվածնաքաղց, պտղի ներարգանդային մահ, վաղաժամ ծննդաբերություն

ԽՐՈՆԻԿ ՀԻՊԵՐՏԵՆԶԻԱՅԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Հղիության 12շաբաթից սկսած նշանակվում է ասպիրինի ցածր դեղաչափեր, որը հանգեցնում է պրոստոցիկլինի և տրոմբոքսանի խտության իջեցման: Չարկերակային ճնշումը պետք է կայունացնել 140/90մմ սս սահմանում, նշանակվում է պրոմետ կամ մեֆիլդրպա 250մգ:

ՊՐԵԷԿԼԱՄՊՍԻԱՅԻ ԲՈԼՈՐ ՁԵՎԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ ՀՂԻՆՆ ՊԵՏՔ Ե ՀԱՍՊԻՏԱԼԱՅՆԵԼ ԵՎ ՊԱՀԵԼ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅԱՆ ՏԱԿ ՄԻՆՉԵՎ ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆԸ;

ՊՐԵԷԿԼԱՄՊՍԻԱՅԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Պրեէկլամպսիայի թեթև ձևերի դեպքում սահմանվում է դիետա և անկողնային ռեժիմ: Չարկերակային ճնշումը չափվում է ամեն 4ժամը մեկ, միզարտադրության ծավալը որոշվում է 8ժամը մեկ/30մլ ոչ քիչ/: Երկու օրը մեկ անգամ անհրաժեշտ է կշռել և կատարել մեզիքնություն՝ սպիտամիզությունը որոշելու համար: Հսկողության տակ են պահվում լյարդի ֆերմենտները: Եթե գեստոզի ծանրացման միտում չկա, հղիի համար կազմվում է դիտարկման պլան և նրան հսկողության տակ պահում են մինչև 38-39շաբ., որից հետո որոշվում է ծննդալուծման հարցը:

Երկարատև դիտարկման ծրագիր կազմելիս անհրաժեշտ է հիշել

- հղին չպետք է ստանա այն պատրաստուկները, որոնք ստացել է մինչև ստացիոնար ընդունվելը, բացառությամբ վիտամինների և երկաթի պատրաստուկների
- հղիին նշանակվում է սննդակարգ, առանց աղի սահմանափակման
- պետք չէ սահմանել խիստ անկողնային ռեժիմ, ֆիզիկական ակտիվության լրիվ սահմանափակումով

- հղին պետք է գտնվի հսկողության տակ մինչև ծննդաբերելը

ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ՎԱՐՈՒՄԸ ՀԻՊԵՐՏԵՆԶԻՎ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԻ ԾԱՆՐ ՁԵՎԵՐԻ ԺԱՍԱՆԱԿ

Անկախ հղիության ժամկետից ծանր պրեէկլամպսիայի և էկլամպսիայի ժամանակ

1. Դնել հղիության ընդհատման հարց
2. Տանել մազնեզիալ բուժում ցնցումները կանխելու նպատակով
3. Հիպոտենզիվ բուժում

Հղիության հիպոտենզիվ խանգարումների բուժման միակ յուրահատուկ մեթոդը հղիության ընդհատումն է :Բնական ուղիներով ծննդալուծման անհնարինության և ծննդադրդման անարդյունավետության/12ժամվա ընթացքում/ և բացարձակ ցուցումների դեպքում հղիությունը պետք է ավարտել կեսարյան հատման ճանապարհով:

ՕԶՍԻՏՈՑԻՆԻ ԿԻՐԱՌՈՒՄԸ ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ԴՐԴՄԱՆ ՆՊԱՏԱԿՈՎ

10միավոր օքսիտոցինը լուծել 5% 250մլ գլյուկոզայի մեջ:Ն/ե ներերկումը կատարվում է 1մ միավորով արագությամբ և կարելի է կրկնապատկել 15րոպեից ոչ շուտ:Եթե 10 րոպեների ընթացքում արձանագրվում է արգանդի կծկանքներ,ապա ներարկման տեմպը պետք չէ ուժեղացնել:

Օքսիտոցինի ներարկումը պետք է դադարեցնել եթե

- մոնիտորնգը վկայում է պտղի վիճակի խանգարման մասին
- արգանդի տոնուսը բարձրացած է,կծկանքների միջև թուլացումը անբավարար
- կծկանքի միջև ընդմիջումը փոքր է 90վայրկ.

ՍԱԳՆԵԶԻՈՒՄԻ ՍՈՒԼՖԱՏԻ ԿԻՐԱՌՈՒՄԸ.նպատակ ունի կանխելու ցնցումները:Մազնեզիումը օժտված է ծայրամասային հակացնցումային ազդեցությամբ:Ցնցումների կանխման նպատակով կիրառվող մյուս պատրաստուկները ևս հանդիսանում են ախտանշանային միջոցներ:Դրանք և մազնեզիումը չեն ազդում ցնցումների ծագման և ախտաբանական էլեկտրական լիցքավորման վրա:Ցնցումների ծագման առաջացումը կարելի է վերացնել միայն հղիության ընդհատման միջոցով:

Էկլամպսիայի ցնցումների կանխման նպատակով նշանակվում է մազնեզիումի սուլֆատ 6գր չոր նյութի հաշվով և/ե 15-20րոպեի ընթացքում,որից հետո 2գր կաթիլային պահպանող դեղաչափով:

Ներեկելով 4գր մազն սուլֆատ,իոնների խտությունը շատ արագ բարձրանում է արյան մեջ 3,5-4,5 մմոլ/լ:Մեկ ժամ անց խտությունը կրճատվում է մոտ 2անգամ:

Պահպանողական դեղաչափ. 5% դեքստրոզայի կամ 1000մլ գլյուկոզայի մեջ լուծել 20գր մագնեզիում սուլֆատ և ներարկել 100մլ/ժամ արագությամբ:Անհրաժեշտ է մագնեզիումի սուլֆատի ներարկումը շարունակել ծննդաբերությունից հետո ևս 24ժամ:

Մագնեզիալ բուժման ժամանակ խիստ կարևոր է որոշել

- միզարտադրությունը /30մլ/ժ ոչ պակաս/
- խորանիստ ջլային ռեֆլեքսները
- շնչառական շարժումները 1րոպ-14 ից ոչ ցածր

Այս ցուցանիշներից որևէ մեկի շեղումը պահանջում է շտկել մագնեզիում սուլֆատի ներերկման արագությունը;

ՀԻԴՐԱԼԱԶԻՆԻ ԿԻՐԱՌՈՒՄԸ

Անհրաժեշտ է ներերկել հիպերտենզիայի դեպքում,որը թույլ է տալիս կանխել ցնցումների առաջացումը,ինչպես նաև փոքրացնել ուղեղի արյունազեղման և ձախ փորոքային անբավարարության զարգացման վտանգը:Հիդրալազինը անմիջականորեն ազդում է զարկերակիկների հարթ մկանների վրա ,իջեցնում է զարկերակային ճնշումը՝ծայրամասային անոթային դիմադրողականության իջեցման միջոցով,այն անհրաժեշտ է ներկել ն/ե՝ընդմիջվող ռեժիմով:

Եթե դիաստոլիկ ճնշումը գերազանցում է 110մմ սս,ն/ե արագ ներարկվում է 0,005գր հիդրալազին,որից հետո ամեն 5րոպեն մեկ անգամ չափվում է ճնշումը:Եթե դիաստոլիկ ճնշումը չի իջնում ցանկալի մակարդակով,ապա ամեն 15-20րոպեն մեկ անհրաժեշտ է մեծացնել պատրաստուկի դեղաչափը 0,005գր,մինչև բուժական արդյունավետության ստացումը/թույլատրելի է 0.02գր/:

Հիդրալազինը բացասական է անդրադառնում արգանդ-ընկերքային արյան շրջանառության վրա,ուստի անհրաժեշտ է պտղի նկատմամբ սահմանել մշտական հսկողություն:

Մեֆիդրպալի ներարկումը ցուցված է խր.հիպերտենզիայի ժամանակ,քանի որ լրիվ արդյունավետությունը կարելի է դիտարկել ներերկումից մի քանի ժամ անց,ապա,երբ ցուցված է ճնշման արագ իջեցում,այն կիրառել հնարավոր չէ:

_____Դիազոքսիդը շատ ակտիվ միջոց է և առաջացնում է ճնշման կտրուկ իջեցում ներարկումից մի քանի վայրկյան անց:Այն առաջացնում է մոր և պտղի հիպերգլիկեմիա,ընկճում է արգանդի կծկողական ֆունկցիան,նպաստում է նատրիումի և ջրի պահպանմանը:Լայն կիրառություն չունի,քանի որ կարող է առաջացնել անվերադարձ շոկ:

Նիտրոպրուսիդ նատրիում առաջացնում է ճնշման աստիճանական իջեցում,սակայն դրա մետաբոլիզմի ժամանակ օրգանիզմում գոյանում են ցիանաթթվի աղեր,որոնք կարող են բացասաբար ազդել պտղի վրա:

Այսպիսով, պրեէկլամպսիայի ծանր ձևերի ժամանակ անհրաժեշտ է

1. ընդհատել հղիությունը, անկախ նրա ժամկետից
2. տանել մագնեզիալ բուժում
3. հիպոտենզիվ բուժում/հիդրալազինով/

Պրեէկլամպսիայի և էկլամպսիայի ժամանակ չի կարելի

1. նշանակել դիուրետիկներ՝ անուրիան և օլիգուրիան ցուցում են հղիության ընդհատման համար և ոչ դիուրետիկների նշանակման համար
2. նշանակել դիազեպամ/եթե խիստ անհրաժեշտ չէ/, որը կուտակվում է պտղի օրգանիզմում և ծնվելուց հետո ընկճում է շնչառական ֆունկցիան
3. դիազոքսիդ, նիտրոպրոսիդ-նատրիում այս անգիոհիպոտենզիվ միջոցները բացասաբար են անդրադառնում պտղի վրա
4. հեպարին՝ սրա հակամակարադիչ ազդեցության վտանգը շատ մեծ է բարձր ճնշման ժամանակ:

ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ՀԻՊԵՐՏԵՆԶԻՎ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ ՏԱՐԱԾ ԿԱՆԱՆՑ ՌԵԱԲԻԼԻՏԱՑԻԱՆ

Բժշկական ռեաբիլիտացիան տարվում է 2 կամ 4 էտապով: Այն կանանց ում մոտ ծննդաբերությունից հետո ճամսվա ընթացքում հաջողվել է լիկվիդացնել պրոտեինուրիան և հիպերտենզիան, իրականացվում է երկէտապ ռեաբիլիտացիա, իսկ չկարգավորված պաթոլոգիական սիմպտոմների ժամանակ 4 էպապով:

I էպատ- Այս էտապի խնդիրը կայանում է հղիների գեստոզի հետևանքների վերացման մեջ: Այն իր մեջ ներառում է կենտրոնական նյարդային համակարգի ֆունկցիաների լավացում, անոթային տոնուսի և զարկերակային ճնշման կարգավորում, ջրա-էլեկտրոլիտային և սպիտակուցային բալանսի նորմալացում, հիպովոլեմիայի վերացում: Հսկողությունը իրականացվում է երեք շաբաթվա ընթացքում: Այս հղիների մոտ կատարվում է զարկերակային ճանշման ամենօրյան չափում, յուրաքանչյուր շաբաթ իրականացվում է արյան և մեզի ընդհանուր քննություն: Յուրաքանչյուր շաբաթ կատարվում է Ջիմնիցկու և Նեչիպարենկոյի փորձերը, որոշվում է միզանյութի և ընդհանուր սպիտակուցի քանակը:

II էպատ -Այս էտապը տևում է մեկ տարի: Յուրաքանչյուր ամիս 1-2 անգամ չափվում է զարկերակային ճնշումը, կատարվում է մեզի ընդհանուր քննություն: Ամիսը մեկ անգամ կատարվում է թերապևտի կոնսուլտացիա՝ հետևելով կենտրոնական

նյարդային համակարգի ֆունկցիաներին,անոթների տոնուսի և զարկերակային ճնշման նորմալացմանը:Ռեաբիլիտացիայի երկրորդ էտապի բուժումը ընդգրկում է սեղատիվ միջոցների նշանակում,ըստ ցուցումների`հիպոտենզիվների կիրառում:

III էտապ - Այս էտապի խնդիրը կայանում է այն հիվանդությունների ախտորոշումը,որոնք զարգացել են ուշ գեստոզի հետևանքով և իր մեջ ներառում է հայտնաբերած հիվանդության դիֆֆերենցված բուժումը.հիպերտոնիկ հիվանդություն,երիկամների հիվանդություն`գլոմերուլոնեֆրիտ,պիելոնեֆրիտ:Այն կանայք,որոնց մոտ ծննդաբերությունից հետո ճամիս պահպանվում է պրոտեինուրիան և բարձր զարկերակային ճնշումը,կարիք ունեն հետագա հետազոտման տարբեր սպեցիֆիկ մեթոդներով:

IV էտապ - Յուրաքանչյուր ամիսը մեկ անգամ կատարվում է հայտնաբերված հիվանդությանը համապատասխան հետազոտություն,շարունակելով բուժումը այն կանանց մոտ,երբ ծննդաբերությունից ճամիս անց պահպանվում է պրոտեինուրիան և բարձր զարկերակային ճնշումը:Տևողությունը ծննդաբերությունից հետո մեկ տարի է:

Ռեաբիլիտացիայի չորրորդ էտապում շարունակվում է այն բուժումը,որը նշանակվել է III կամ IV էտապում`կախված որևէ էտապում հայտնաբերված հիվանդության ախտորոշումից: