

Pasniedzējai dr. Larisai Tomkovičai

2020.gada 10.jūnijā

### 3.prakse "Išūrija"

**Urīna aizture:** nespēja voluntāri (ar gribas palīdzību) izvadīt urīnu. Vairumā gadījumos šis simptoms ir uroloģiski neatliekama situācija.

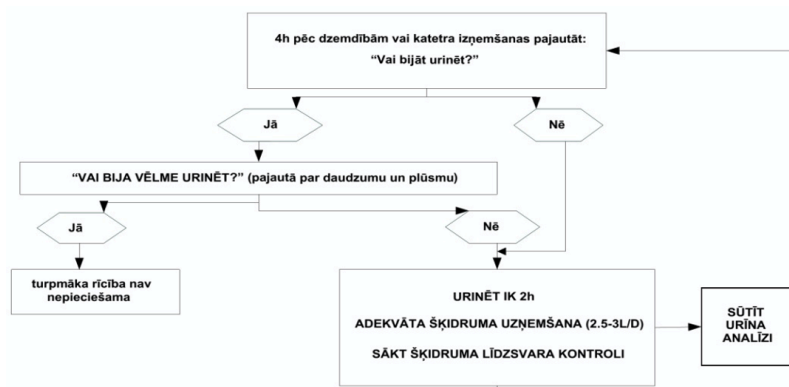
Pēc dzemdībām urīna aizture ir bieži sastopama parādība, kuras izplatība tiek lēsta no 1.5 - 45% gadījumu. Dzemdniecībā pacientes ar urīna aizturi tiek iedalītas 2 grupās:

- Ar atklātu (angļu valodā - overt) urīna aizturi - simptomātiska nespēja urinēt 6h pēc dzemdībām vai urīnkatetra izņemšanas. *Simptomi:*
  - Sāpes
  - Steidzamība
  - Lēna vai neregulāra straume
  - Sajūta par nepilnu iztukšošanos

Traucējums tiek diagnosticēts, ja ir 1 vai vairāki simptomi UN nespēja urinēt >4h pēc dzemdībām vai urīnkatetra izņemšanas.

- Ar slēptu (agnļu valodā - covert) urīna aizturi - ir spēja urinēt, bet saglabājas izteikti pildīta urīnpūšļa sajūta arī pēc urinācijas vai katetra izņemšanas. *Simptomi:*
  - Nav vēlmes urinēt
  - Saglabāta spēja urinēt
  - Nav urīna aiztures simptomu

Traucējums tiek **diagnosticēts** ar 2 jautājumu palīdzību: (1) "Vai bijāt urinēt?"; (2) "Vai bija vēlme urinēt?"



#### Detalizēta diagnostika:

- Ievākt anamnēzi
- Fizikālā izmeklēšana (palpēšana, perkutācija)
- Urīna analīzes
- Rtg gr. vēdera dobumam (ja aizdomas par muguras traumu), CT, MR
- USG
- Cistoskopija
- Elektromiogrāfija (mēra elektrisko aktivitāti muskuļos un nervos)

Urīna aiztures ilgtermiņa ietekme uz veselību nav zināma - pētījumu un pierādījumu bāze ir nepietiekama, tāpēc to mēdz izlaist rutīnas pēcdzemdību aprūpē.

Nepieciešami turpmāki pētījumi par urīna aiztures īstermiņa un ilgtermiņa sekām, kateterizācijas taktikām un ārstēšanu. Līdz pētījumu datu parādīšanās brīdim, urīna aizture ir atzīstama par nozīmīgu veselības traucējumu, tomēr netiek rekomendēta rutīnas pēcdzemību pēc-urinācijas urīnpūšļa tilpuma kontrole (*post-void residual volume - PVRV*).

#### **Ietekmējošie faktori:**

- Pirmdzemdētāja
- Ieilgušas dzemdības/garš II periods
- Epidurālā anestēzija
- Operatīvās vaginālās dzemdības
- Ķeizargrieziens
- Starpenes, maksts plīsumi
- Liels auglis >4kg

**Išūrija:** grieķu cilmes latīņu termins, kas apzīmē nespēju urinēt vai samazinātu urīna plūsmu, kas rodas nieru slimību vai urīnceļu nosprostojuma rezultātā, radot urīna aizturi urīnpūslī.

*ἰσχυρία (iskhouría, "urīna aizture"),  
no ἰσχω (iskhō, "Es aizturu, apvaldu") + οὐρον (ouron, "urīnu")*

#### **Pamata rekomendācijas pacientu ar urīna aizturi uzraudzībā un aprūpē:**

1. Vecmātes, māsas un citi medicīnas darbinieki zina:
  - Riskus, kas ir saistīt ar atklātu un slēptu urīna aizturi.
  - Sievietes, kurām atvieglotās grūtības ir identificētas jau anamenēzē.
2. Visas sievietes tiek monitorētas un iedrošinātas atviegloties 4-6h laikā pēc dzemdībām vai pēc urīnkatetra izņemšanas, jo agrīna urīna aiztures identificēšana ir nozīmīgs faktors turpmākās aprūpes nodrošināšanā.
3. Pirmās divas atvieglotās reizes pēc dzemdībām vai urīnkatetra izņemšanas ir rekomendēts dokumentēt. Tiek rekomendēts pirmās divas urinācijas reizes veikt izvadītā urīna mērījumus.
4. Atvieglotās grūtību simptomus tiek rekomendēts koriģēt konservatīvi, sniedzot ieteikumu urinācijas atvieglšanai:
  - Urinēt siltā dušā vai vannā
  - Urinējot tecināt ūdeni strūklā no krāna
  - Urinācijas brīdī turēt roku aukstā ūdenī
  - Stingri ar pirkstiem uzspiest virs urīnpūšļa
  - Sieviete var klusi svilpot - tas palīdz radīt nelielu spiedienu uz urīnpūslī
  - Lūgt medikamentus vecmātei vai ārstam, ja sāpes ir tās, kas attur no urīnpūšļa iztukšošanas.
5. Pārlicināties, ka pacientei ir nodrošināta adekvāta atsāpināšana un pārlicināties par starpenes traumu stāvokli.

6. Pēc operācijas vai pēc dzemdībām nebūtu pieļaujams, ka sieviete nav atviegljusies ilgāk kā 6h. Ja nav notikusi spontāna atvieglšanās, palpējot vēderu un sataustot palielinātu urīnpūsli, ir izvērtējama iespēja par urīna aizturi.
7. Urīna aiztures diagnostika tiek veikta izmantojot urīnpūšļa skenēšanu vai veicot kateterizāciju un mērot urīnpūšļa satura tilpumu.
8. Ārstniecības personai, kura veic urīnpūšļa ultrasonogrāfisku izvērtēšanu, ir jābūt apmācītai darbā ar šo diagnostikas metodi.
9. Urīnpūslī atlikušā urīna mērījumu veic, izmantojot 12 - 14 izmēra katetru, vēlams 5 minūtes pēc urīnpūšļa iztukšošanas, lai būtu iespēja precīzi noteikt pēcurinācijas urīnpūslī atlikušā urīna daudzumu. Veicot šo mērījumu vēlāk kā 15 minūtes pēc urinācijas, mērījums nebūs precīzs.
10. Pēc katetra ievietošanas ļaut urīnpūslim tukšoties 10 minūtes vai līdz brīdim, kad urīns pārtrauc plūst. Lai veicinātu plūsmu, katetru ieteicams turēt zem urīnpūšļa līmeņa un vēlams, ka katetrs nav ne ar ko citu savienots.
11. Katetru vēlams izņemt līdz ko sieviete spēj kustēties un vēlams to izdarīt no rīta, lai būtu iespējams veikt pirmo divu urināciju mērījumus.
12. Ilgkatetra lietošanas gadījumā, tiek ieteikts ņemt urīna paraugus mikrobioloģiskajiem izmeklējumiem (uzsējumiem).
13. Sievietēm ar urīna aizturi nepieciešams dokumentēt šķidruma uzņemšanu un izdalīšanos. Ikvienai sievietei ir ieteicams slāpju mazināšanai uzņemt 2l ūdens 24h laikā (2,7l - sievietēm, kuras zīda bērnu ar krūti)
14. Sievietes, kurām ir nepārejošas atvieglšanās grūtības, tiek apmācītas, kā veikt intermitējošu paškateterizāciju.
15. Sievietēm, kurām ir urīna aizture, nekavējoties jāvērsas pie medicīniskas aprūpes personas (fizioterapeita, medicīnas māsas vai vecmātes, kas apmācīta urīna katetra aprūpē) pēc padoma un atbalsta.
16. Visām sievietēm, kurām diagnosticēta urīna aizture un nepieciešama intermitējošā paškateterizācija, nozīmējama uzraudzības vizīte pie ginekologa-dzemdību speciālista divu nedēļu laikā pēc dzemdībām. Atvieglšanās problēmām turpinoties, sievietei rekomendēt vērsties pie uroginekologa vai urologa, kā arī, ja nepieciešams, pie urīna katetra aprūpes māsas.

### Ārstēšana

- Simptomātiskā ārstēšana (atkarībā no cēloņa)
- Silta duša (atslābina muskulatūru)
- Katetrizācija (akūtā stāvoklī)
- Medikamentoza terapija
- Ķirurģiska ārstēšana
- *Pasniedzējas piezīmes:* Vecmātes loma: kontrole. Ne tikai urinācija, bet arī cik daudz (slēptais variants!!!!)
- Protokolēšana!!!! Cik un kad!!!
- Urinēt dušā, reflektora iedarbība- tecināt ūdeņi, liet ūdeņi priekšējai sienai, starpenei, svilpot un t.t.
- Biežākai iemesls- psiholoģiskais un fizioloģiskais-gr-as beigās, dzemdībās- urīnpūslis novietots starp augļa galvīņu un simfīzi. Mehāniska iedarbība uz urīnpūšļa kakliņu-trauma, tūska, asinsizplūdums. Atmosferais sprādziens- pūslis, zarnas ilgstoši atradās saspīestā stāvoklī, pēc

dz-ām vēdera dobumā krasi krītās spiedienu un zarnām un pūslim iestājās atonijas momentas. Lai atgrieztos normālajā stāvoklī puelim nepieciešama 1-2 dienās, zarnām 3-4 dienas.

- **Medikamenti:** Oksitocīns-tonizējot dzemdi, tonizējam blakus orgānus. Neostigmine-Kalceks 0,5 mg/ml šķīdums injekcijām - urīnpūšļa funkciju atjaunošanai pēc ķirurģiskas iejaukšanās, dzemdībām.

## Gadījumu analīze

### I. Paciente

Pieņemšanā ieradās paciente 23g.v, sūdzās par menstruāciju kavējumu 2 mēnešus, sliktu dūšu, vemšanu 6-7 reizes dienā, vājums, nevar strādāt. Anamnēzē artificiais aborts (legāls aborts).

*Objektīvi:* augums 166cm, svars 54kg, āda sausa, bāla, pulss 96xmin, R/R 95/60. Mēle aplikta ar baltu aplikumu. Vēders palpējot mīksts, pie palpācijas sāpīgs epigastrijā, aknas, liesa nav palielināti.

*Per speculam:* Maksts brīva, krumkainība saglabāta. Gļotāda cianotiska (**ko tas nozīmē?**), velves brīvas, dzemdes kakls cilindrisks (**par ko tas liecina?**), cianotiskas krāsas, ārēja mute ovāla, slēgta. Izdalījumi gļotaini, mēreni.

*Per vaginam:* Nedzemdējušas sievietes maksts (**ar ko atšķirās no dzemdējušas sievietes maksts?**), dzemdes kakls formēts, slēgts. Dzemde *anteversio*, palielināta līdz 7/8 grūtniecības nedēļām, kustīga, mīksta, gluda, nesāpīga. Piedekļi *parametrii* nepalpējās.

### Precizējumi:

- *Gļotāda cianotiska* (ko tas nozīmē?) - *Jacquemier-Chadwick* grūtniecības pazīme

- *Pasniedzējās pazīmes:*

*Dzemdes kakls cilindrisks* (par ko tas liecina?) - dzemdes kakls grūtniecības laikā maina formu no cilindriska uz konisku; izteiktāk šī pazīme raksturīga *primigravidām* (kas nav mūsu gadījums); mūsu pacientes gadījumā cilindrisks dzemdes kakls liecina par agrīnu grūtniecības laikus (kas atbilst dotajiem datiem). **Cilindriska dz.kakls liecina par to, kā sieviete nav dzemdējusi (vai viņas gr-ba beigusies ar S.C. un dzemdībās viņa nav bijusi. Pēc dzemdībām, kad dz.kakls īsinās, atvērās**

**regresijas rezultātā viņš neatgūst savu cilindrisko formu, bet paliek konisks. Cilindriskais kakls, dotajā uzdevumā, liecina par to kā**

**pacientei nebija dzemdības, vai viņai bija S.C. (tad ir jābut rētai vēdera pr.sienā) Agrāk, kad S.C. nebija tik populārs, pēc dzemdes kakla varēja pateikt vai sieviete ir dzemdējusi, to izmantoja**

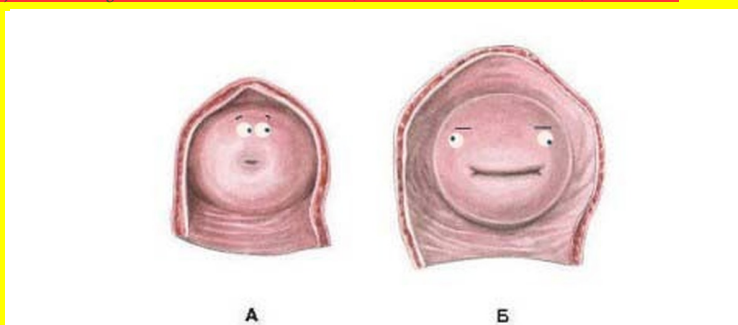


Рисунок: Шейка матки А - нерожавшей, Б - рожавшей женщины.

**krīminālistikā. Mūsdienās, kad biežāk ir S.C. pirms dzemdībām pēta vēdera pr.sienu, meklējot rētas pazīmes. Un ja paciente ir izmantojusi plastiku, to var pierādīt. Un, bez šaubām, USG dati.**

- *Nedzemdējušas sievietes maksts* (ar ko atšķirās no dzemdējušas sievietes maksts?) - pēc dzemdībām sievietes maksts tiek raksturota kā "brīvāka, mīkstāka, atvērta", no kā varam secināt, ka nedzemdējušas sievietes maksts būs sasprīngtāka, stingrāka, noslēgtāka. **Nedzemdējušām sievietēm makstī ir izteiktas krokas. Pēc dzemdībām, perimenopauzē krokas izlīdzinās. Processa ātrums atkarīgs no dažādiem faktoriem. Ieliekot spoguļi un novērtējot maksts platumu padevīgumu, krokainību, mēs varam secināt par paritāti un hormonāliem procesiem organismā.**

### Diagnoze:

GRAVIDITAS II IN septimae 7/8,

**Emesis gravidarum**, - ja seko *Hyperemesis*, tad var būt nevajaga rakstīt emesis, tā ir iestāšanās diagnoze, ko mēs precizēsim pie izraksta. Domāju labāk atstāt vienu un tas būs vienkārši *Hyperemesis gravidarum*

**Hyperemesis gravidarums suspecta**

**Anemia suspecta**

### Vecmātes taktika:

- Uz klausīt sūdzības: emesis gravidarum pazīmes - vidēji smaga toksikoze
  - Sliktu dūšu, vemšanu 6-7 reizes dienā
  - Vājums - *dehidratācijas pazīme*, *anēmija vemšanas izraisītas dzelzs uzsūkšanās traucējumu dēļ*
  - Vēders palpējot mīksts, pie palpācijas sāpīgs epigastrijā - *dehidratācijas pazīme*
- Apkopot anamnēzi:
  - Kāds bija ķermeņa svars pirms 2 mēnešiem (pirms grūtniecības sākuma)?
  - Aprēķināt KMI šobrīd: 19.6 - *norma (grūtniecības sākumā un līdz 12.grūtniecības nedēļai)*
  - Aprēķināt KMI izmaiņas 2 mēnešu laikā, jo pārmērīga vemšana, kas noved pie dehidratācijas, ketozes un svara zuduma vairāk kā 5% → *hyperemesis gravidarums suspecta*
- Veikt objektīvo izmeklēšanu: *Dehidratācijas pazīmes*
  - Āda sausa, bāla – *dehidrēta*
    - Pārbaudīt ādas trugoru (viens no dehidratācijas pazīmēm)
  - Pulss 96 /min - *paātrināts*
  - R/R 95/60 - *hipotensija*
  - Mēle aplikta ar baltu aplikumu - vieglas dehidratācijas pazīme.
- Nosūtīt uz papildus izmeklējumiem (*hyperemesis gravidarums suspecta*)
  - Svēršana
  - Elektrolīti
  - Ketoni urīnā, urīna īpatnējais svars
  - USG
  - Asins bioķīmija: urea, kreatinīns, pilna asins aina, aknu funkcionālie testi, amilāze/lipāze, Ca
  - MR bez kontrastvielas (droša grūtniecības laikā)

### Rekomendācijas vitālo rādītāju stabilizācijai:

- *I/V šķidrums ievade*
  - Sākta ar 2 l Ringera laktāta šķidrums
  - Glikozi tikai pēc tiāmīna nozīmēšanas, lai novērstu Vernikes encefalopātijas risku
  - Uzmanīgi, ja samazināts K, Na
  - Mērķa diurēze 1000 ml
- *Diēta*: Daļēja vai pilnīga parenterāla barošana
- *Antiemētiki*: Doxylamine 20 mg + **Pyridoxine (B6)** – **starptautiskas rekomendācijas, nav stacionāros** 20mg sākotnēji vakarā pirms gulētiešanas, palielinot devu līdz 4 devām dienā
 

**Metoclopramid 10 mg/2 ml šķidrums injekcijām – mēs lietojam ikdienā**
- **B1 vitamīns**, **starptautiskas rekomendācijas, nav stacionāros** ja vemšana ilgāk kā 14 dienas 100mg/100ml NaCl 0,9% i/v pusstundas, stundas laikā
- *Rehidratācija*: Aukstu, tīru ūdeni, arī karbonizētu, skābinātu mazos daudzumos starp ēdienreizēm caur salmiņu, ieteicami elektrolītus saturoši šķidrumi, aromterapija ar citrusiem, šķidrums uzņemšanu 30 min. pirms ēdienreizes jāpārtrauc

**Riska grupa** - C - indikācijas ārstēšanai. Nepieciešams nosūtījums uz sekundārās veselības aprūpes līmeni - pie ginekologa-dzemdību speciālista. Pēc atveseļošanās grūtniecība un dzemdības var tikt organizēta primārās veselības aprūpes līmenī - vecmātes aprūpē.

### Ar kādām saslimšanām jādiferencē grūtnieču vemšanu?

#### Bieži:

- Holecistīts
- Gastroenterīts
- Gastroezofagālas refluks
- Migrēnas galvassāpes

#### Retāk:

- Žults ceļu saslimšanas
- Medikamentu toksicitāte un nepanesamība
- Hepatīti
- Hipertireoīdisms
- Nierakmeņi
- Pūslīsmolas grūtniecība
- Pankreatīts
- Kuņģa čūlas slimības
- Preeklampsija/HELLP sindroms
- Pielonefrīts

#### Reti:

- Akūta aknu taukainā grūtniecības hepatoze
- Adisona slimība
- Apendicīts
- CNS audzējs
- Dzemdes leiomioma
- Diabētiskā ketoacidoze
- Hiperkalcēmija
- Zarnu nosprostojums
- Menjēra slimība
- Olnīcas torsija
- Porfīrija
- Galvas smadzeņu pseidoaudzējs
- Urēmija
- Vestibulārie traucējumi

### Grūtnieču vemšanas ārstēšanas principi?

Trūkst labas pierādījumu bāzes pilnvērtīgiem ārstēšanas ieteikumiem. Šobrīd labākie pieejami ieteikumi ir šādi:

- *I/V šķidruma ievadīšana un daļēja vai pilnīga parenterāla barošana* (augsts pierādījumu līmenis).
- *Citi medikamenti* (vidējs pierādījumu līmenis) - ingvers, B6 vitamīns, antacīdi, B1 vitamīns - pirmās izvēles ārstēšana grūtniecei!
- *Diētas ieteikumi* (zems pierādījumu līmenis) - ēst maz, bieži, cietu, aukstu, ko kārojas, dzert ūdeni, var gāzētu, skābinātu.

**Pasniedzējas piezīmes:** Iemācām pacienti lietot šķidrumu, praktizēt apstākļiem atbilstošu dzīvesveidu (vairāk atpūsties, ievērot „bed rest“ 13:00-17:00, ēdienreizes gultā, sūkājamas ledenes, ledus un t.t)  
Lasām vecās dzemdniecības grāmatas. Mūsdienu grāmatās to neraksta.

## II.Paciente

Uzņemšanā vērsusies 17g.v. paciente ar sūdzībām par sliktu miegu, apakšstilbu tūska, patstāvīga slāpšanas sajūta. Grūtniecība 34n5d. Uzskaitē.

*Objektīvi:* augums 158cm, svars 70 kg, grūtniecības laikā svara pieaugums 25kg. Puls 74xmin, R/R 140/90. Galva nesāp, redze netraucēta, apakšstilbos tūska. Olbaltuma ekspres tests negatīvs. Dzemde palielināta atbilstoši grūtniecības laikam. KTG atbilst gestācijas vecumam.

**Diagnoze:**

GRAVIDITAS II IN septimae 34/35

Patoloģisks svara pieaugums

**Hypertensia gravidarum suspecta** (pakāpe - viegla)

**Diabetes mellitus gestationem suspecta**

**Praeclampsia suspecta**

**Vecmātes taktika:**

- Uzklaut sūdzības:
  - Slikts miegs - tiek saistīts ar gestācijas diabēta aktivizēšanos
  - Slāpšana - gestācijas diabēta simptoms
- Apkopot anamnēzi:
  - Svara pieaugums:
    - + 25kg - svara pieaugums grūtniecības laikā >2x pārsniedz rekomendēto.
    - KMI līdz grūtniecībai:  $70-25=45\text{kg}$   $45:(1,58 \times 1,58)=18,0$  (robeža ar pazemināto svaru)
    - KMI šobrīd: 28,04 (lieka ķermeņa masa) **to neskaitam, svarīgs svara pieaugums**
  - **Noskaidrot OGTT testa rezultātus!** (saskaņā ar MK Nr.611 noteiktu kārtību tests veikts 24.-28.nedēļā vai līdz 32.nedēļai)! **Jā ir nepieciešams veicam GTT jebkādā gr-as laikā. Precīzi rezultāti 28-32n**
- Veikt objektīvo izmeklēšanu:
  - Apakšstilbu tūska - preeklampsijas pazīme. **+/- var būt svara pieauguma rezultāts**
  - R/R 140/90 – hipertensijas diagnostika - atkārtota asinsspiediena mērīšana pēc 15 minūtēm – **spiediena DGR mājas apstākļos ar ierakstu M.P, mērīšana nodaļā 1x 3-6st.**
  - Papildus izmeklējumi atbilstoši klīniksajām rekomendācijām "Grūtniecības hipertensija. Preeklampsija. 2013." – skatīt zemāk sadaļu "Rekomendācijas".

**Rekomendācijas:**

- *Stacionēšana:* Jā
- *Ārstēšana:* Nav nepieciešama
- *TA kontrole:* Vismaz 4x dienā
- *Proteīnūrijas kontrole:* Nav nepieciešams atkārtot urīna kvantitatīvo olbaltuma līmeni
- *Asins analīzes:* Kreatinīns, urīnskābe, elektrolītu līdzsvars, AsAT, AlAT, bilirubīna līmenis, p.a.a. – kontrolē 2x nedēļā. **Sarmainā fosfatāze**
- *Diēta:* **NE**rekomendē bezsāls diētu (iedrošināt grūtnieces lietot nelielu sāls daudzumu nekā bezsāls diētu)
- *Pasniedzējās piezīmes:* Pārrunājam uzvedību, fiziskās aktivitātes, uzturu, šķidruma uzņemšanu, spiediena vērošanu, brīdinām par simptomiem, kas liecina par saslimšanas progresēšanu, profilaktiskas kompresijas zeķes!

JA atkārtotā mērījumā uzrādās hipertensija, TAD

(1) Hipertensija UN  
(2) kāda no Orgānu bojājumu pazīmēm (*pacientei - diabetes mellitus*)  
= preeklampsija

**Riska grupa** - C - indikācijas ārstēšanai. Nepieciešams nosūtījums uz sekundārās veselības aprūpes līmeni - pie ginekologa-dzemdību speciālista.

**Preeklampsijas riska samazināšana grūtniecības laikā?**

Rekomendācija	Pierādījumu kvalitāte	Rekomendācijas spēks
Papildus kalcija uzņemšana 1.5–2.0 g dienā	Vidēja	Stingra
Aspirīns mazā devā 75 mg / dienā sievietēm, kurām ir augsts preeklampsijas attīstīšanās risks. <b>IAU 150mg!!</b>	Vidēja	Stingra
Tiek rekomendēta aspirīna lietošana (75 mg / dienā) uzsākšana līdz 20 grūtniecības nedēļai. <b>17 ned. - līdz placentācijai!!! Riska grupas atspoguļotas Grūtniecības hipertensija. Preeklampsija. 2013."</b>	Zema	Vāja
Sievietēm, kurām grūtniecības laikā ir smaga hipertensija, ir nozīmējami antihipertensīvi medikamenti	Ļoti zema	Stingra
Smagas grūtniecības hipertensijas antihipertensīvo medikamentu izvēle veicama, balstoties uz aprūpes sniedzēja pieredzi ar konkrēto medikamentu, tā izmaksām un pieejamību	Ļoti zema	Vāja
Magnija sulfāts tiek rekomendēts kā antiepileptisks <b>antikonvulsīvais Grūtniecības hipertensija. Preeklampsija. 2013."</b> devas, ievadīšana <b>TIKAI I/V!</b> aģents eklampsijas novēršanai sievietēm ar smagu preeklampsiju	Augsta	Stingra
Magnija sulfāts ir antiepileptisks aģents, kuram dodama priekšroka eklampsijas ārstēšanā salīdzinājumā ar citiem antikonvulsantiem	Vidēja	Stingra
Eklampsijas ārstēšanā tiek rekomendēta pilnībā intravenoza vai <b>tas ir XX gadsimta sākums, tikai I/V</b> magnija sulfāta ievadīšana	Vidēja	Stingra
Tiek rekomendēta sievietes pārvešana uz augstāka aprūpes līmeņa ārstniecības iestādi, lai nodrošinātu pilnvērtīgu magnija sulfāta ievadīšanu smagas preeklampsijas un eklampsijas ārstēšanā, pirms pārvešanas ievadot sākotnējo magnija sulfāta devu.	Ļoti zema	Vāja
Ja ir maza varbūtība, ka auglis būs dzīvotspējīgs vai var sasniegt dzīvotspējīgu gestācijas laiku vienas vai divu nedēļu laikā, smagas preeklampsijas gadījumā tiek rekomendēta dzemdību indukcija <b>RDS profilakse līdz 34.ned</b>	Ļoti zema	Stingra
<b>Ja sievietei ir smaga preeklampsija, dzīvotspējīgs auglis pirms 34 gestācijas nedēļām, tiek rekomendēta nogaidoša taktika, sekojot līdz mātes hipertensijai, mātes orgānu disfunkcijas un augļa distresa parādīšanās pazīmēm</b>	Ļoti zema	Vāja
<b>Ja sievietei ir smaga preeklampsija, dzīvotspējīgs auglis un grūtniecības laiks starp 34 un 36 (plus 6 dienas) gestācijas nedēļām, tiek rekomendēta nogaidoša taktika, sekojot līdz mātes hipertensijai, mātes orgānu disfunkcijas un augļa distresa parādīšanās pazīmēm</b>	Ļoti zema	Vāja
<b>Šī nav laba tabula. Atgriezieties pie Grūtniecības hipertensija. Preeklampsija. 2013."</b>		
Sievietei ar smagu preeklampsiju un iznestu grūtniecību tiek rekomendētas laicīgas dzemdības	Zema	Stingra



Rekomendācija	Pierādījumu kvalitāte	Rekomendācijas spēks
Sievietēm ar vieglu preeklampsiju vai vieglu grūtnieču hipertensiju iznestas grūtniecības gadījumā tiek rekomendēta dzemdību indukcija	Vidēja	Vāja
Sievietēm, kuras antenatāli ir saņēmušas ārstēšanu ar antihipertensīviem medikamentiem, šī terapija ir turpināma arī pēc dzemdībām	Ļoti zema	Stingra
Smagas pēcdzemdību hipertensijas gadījumā ir nozīmējama medikamentoza antihipertensīva terapija	Ļoti zema	Stingra

### Preeklampsijas pakāpes? **Nav stingro pierādījumu**

- 1. pakāpe** - īss intervāls starp dzimumaktu un apaugļošanos rada *mātes organisma tolerācijas traucējumus pret spermu*, kas veicina vāju placentāciju un preeklampsijas aizsākšanos.
- 2. pakāpe** - *embrija veselība un augšana pēc implantācijas*, bet ir maz pierādījumu par šo preeklampsijas pakāpi.
- 3. pakāpe** - placentācijas procesa laikā, kas norit apmēram 10 nedēļas, *placenta kļūst defektīva*, sākas preeklampsijas trešā pakāpe.
- 4. pakāpe** - tiek saistīta ar pārmērīgu un nepilnīgu *placentas atvasinājumu nonākšanu mātes asinsritē*, kas ir sekundāra placentas bojājuma izpausme, pirms parādās pirmo klīniskie simptomi.
- 5. pakāpe** - šajā brīdī tiek *diagnosticēta preeklampsija*.
- 6. pakāpe** - skar mazāk kā pusi no sievietēm ar preeklampsiju. Tā izpaužas kā *spirālo artēriju bojājums, kas izpaužas kā akūta aterosēze*, kurai ir zināma līdzība ar aterosklerozi, ar kuru sirgst vidēja un vecāka gada gājuma ne-grūtniecībā esoši pieauguši cilvēki.

### Stacionēšanas taktika?

Gestācijas hipertensijas gadījumā

Hipertensijas pakāpe	Viegla pakāpe 140/90 – 149/99 mmHg	Vidēji smaga pakāpe 150/100 – 159/109 mmHg	Smaga pakāpe ≥160/110 mmHg
Stacionēšana	Nav nepieciešama	Nav nepieciešama	Ir nepieciešama, ja TA nav mazāks par 159/109 mmHg

Preeklampsijas gadījumā

Hipertensijas pakāpe	Viegla pakāpe 140/90 – 149/99 mmHg	Vidēji smaga pakāpe 150/100 – 159/109 mmHg	Smaga pakāpe ≥160/110 mmHg
Stacionēšana	Jā	Jā	Jā

Asins spiediena kontrole:

- Sievietēm ar preeklampsiju, kuras *nav saņēmušas antihipertensīvo* terapiju dzemdību laikā:
  - 4 reizes dienā stacionārā
- Sievietei ar preeklampsiju, kura *saņēmusi antihipertensīvo terapiju* dzemdību laikā:
  - Vismaz 4 reizes dienā stacionārā