



ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ.

ВЫПОЛНИЛ НИКУЛИН КИРИЛЛ

Л1-С-О-171В

СРОК ПРАКТИКИ: 05.07-16.07.2021

ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

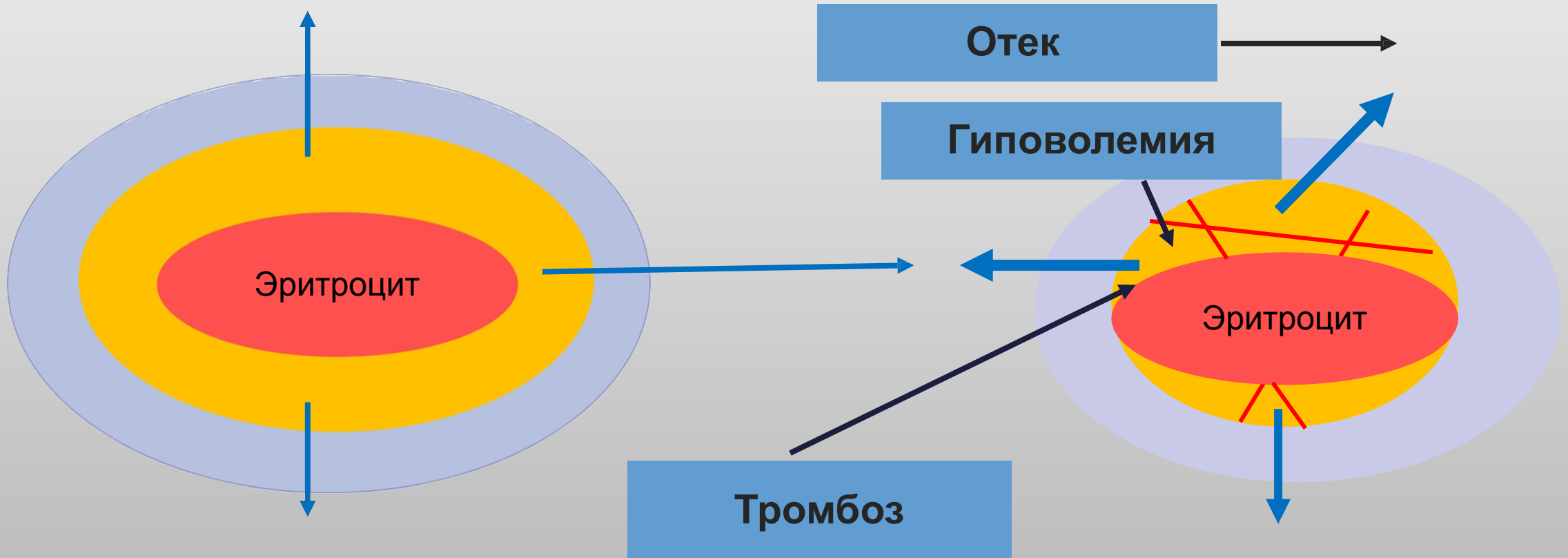
- Существовавшая ранее артериальная гипертензия**
- Гестационная (вызванная беременностью) артериальная гипертензия**
- Преэклампсия**
- Эклампсия**

ТЕОРИИ РАЗВИТИЯ АГ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- Генетическая предрасположенность
 - Иммунная дезадаптация
 - Плацентарная ишемия
 - Эндотелиальная дисфункция
- Артериальная гипертензия во время беременности является одной из основных причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности во всем мире и является основной причиной преждевременных родов.

МИКРОЦИРКУЛЯЦИЯ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Нормальная беременность Преэклампсия



КРИТЕРИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Артериальная гипертензия

систолическое давление > 140 мм.рт.ст.

И/ИЛИ

диастолическое давление

(V тон Короткова) > 90 мм.рт.ст.

Тяжёлая артериальная гипертензия

диастолическое давление ≥ 110 мм.рт.ст. при двукратном измерении

ИЛИ

систолическое давление ≥ 160 мм.рт.ст. при двукратном измерении

РАНЕЕ СУЩЕСТВОВАВШАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

В случае неосложнённой артериальной гипертензии –
риск для матери и плода невысокий

Лечение направлено на предотвращение развития
тяжёлой гипертензии

Антигипертензивная терапия должна быть
назначена в соответствии с уровнем
артериального давления

Предпочтительно амбулаторное лечение

ГЕСТАЦИОННАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ⁽¹⁾

Гипертензия, возникшая после **20 недели** беременности без каких-либо признаков полиорганных нарушений и которая проходит в течение 6-8 недель после родов

ГЕСТАЦИОННАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ (2)

Лёгкая или умеренная гипертензия, спровоцированная беременностью

невысокий риск для матери и плода

госпитализация и постельный режим не рекомендуются

использование диуретиков не влияет на частоту случаев:

протеинурии

задержки внутриутробного развития плода

преждевременных

родов кесарева

сечения

Если к гестационной гипертензии присоединилась

протеинурия,

необходима госпитализация для проведения оценки и тщательного наблюдения

с целью своевременного выявления любых изменений в состоянии матери или

плода

ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЭКЛАМПСИИ

- подростковая беременность, возраст старше 40 лет
- преэклампсия при предыдущих беременностях
- бесплодие 10 лет, беременность после ВРТ
- ожирение,
- хроническая гипертензия
- диабет,
- отсутствие в анамнезе успешных беременностей и родов,
- первобеременные
- заболевания, ведущие к гиперплацентации и развитию крупной плаценты (напр., в случае многоплодной беременности)

ПРЕЭКЛАМПСИЯ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Преэклампсия

гипертензия в сочетании с протеинурией (> 0.3 г/сут) \pm отёки и возможные любые органические поражения

Тяжёлая преэклампсия

тяжёлая гипертензия + протеинурия

ТЯЖЁЛАЯ ФОРМА ПРЕЭКЛАМПСИИ

- систолическое АД, измеренное два раза в течение 6 ч. - ≥ 160 mmHg;
- диастолическое АД, измеренное два раза в течение 6 ч. - ≥ 110 mmHg,
или диастолическое АД, измеренное хотя бы 1 раз - ≥ 120 mmHg.;
- высокая протеинурия (5 г/24 ч., или $\geq 3+$);
- головная боль, нарушение зрения;
- боль под грудиной или под правым подреберьем;
- увеличенная концентрация ферментов в крови (АСАТ, АЛАТ, ЛДГ);
- синдром HELLP;
- олигурия (<100 мл за 4 ч. или <500 мл за 24 ч.);
- отек легких;
- недостаточный рост плода;

ОТЁК И

Отёки рук и голеней зачастую (в 50-80% случаев) являются нормальной физиологической реакцией на увеличение объема циркулирующей крови и массы тела за время беременности

Использование наличия отеков как критерий диагностики преэклампсии часто приводит к гипердиагностике

В диагностике преэклампсии имеют значение только внезапно появившиеся или/и генерализованные отёки

ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЭКЛАМПСИИ:

ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ

Использование антиагрегантов (аспирин 75-120 мг в сутки) **с 12 недель беременности до родов.**

Эффективность антитромбоцитарных препаратов для профилактики преэклампсии повышается по мере увеличения дозы (**прием 75 мг и менее**

аспирина ежедневно - **снижение риска на 12%**, дозы аспирина, **превышающие 75 мг/день**, в сочетании с антиагрегантным препаратом -

70% снижение риска).

В группах населения со сниженным потреблением кальция с пищей для снижения риска преэклампсии беременным рекомендуется ежедневный прием внутрь препаратов кальция в дозе 1,5—2 г в пересчете на кальций.

КОГДА НАЧИНАТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНУЮ ТЕРАПИЮ?

У женщин с:

систолическим артериальным давлением
выше **160 мм.рт.ст.**

диастолическим артериальным давлением
выше **110 мм.рт.ст.**

другими признаками тяжёлой преэклампсии при более низких
показателях

артериального давления

массивная протеинурия

нарушения функции

печени

неудовлетворительные результаты анализов крови

Если артериальное давление ниже 160/100 мм.рт.ст. нет необходимости

КОНТРОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ: ПРЕПАРАТЫ БЫСТРОГО ДЕЙСТВИЯ

Гидралазин

Вводится внутривенно, обычно капельно

Может маскировать симптомы угрожающей эклампсии

Нифедипин

Может приниматься перорально

Сильная головная боль возникает чаще, чем при применении гидралазина

Лабетолол

Нитропруссид

натрия Изокет

КОНТРОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО

ДАВЛЕНИЯ:

ПРЕПАРАТЫ ЗАМЕДЛЕННОГО ДЕЙСТВИЯ

Метилдопа

Вызывает сонливость в первые 48 часов приёма

Единственный известный гипотензивный препарат без существенного влияния на ребёнка

Клонидин

Более быстрое начало действия, чем у метилдопа (около 30 мин)

Бета-блокаторы (окспренолол, лабеталол)

Вызывает меньше побочных эффектов, чем метилдопа

ПРОФИЛАКТИКА

СУДОРОГ

Должен применяться сульфат магния у женщин с **тяжёлой преэклампсией** Если назначен:

следует продолжать приём в течение последующих 24 часов после родов или 24

часов после последнего приступа судорог должны регулярно оцениваться:

диурез

коленные рефлексy

частота дыхания

сатурация кислорода

Начните с 4-5 г внутривенно, вводя дозу на протяжении **20 мин**

(16-**20 мл** 25% раствора)

Далее продолжать инфузию со скоростью 1-2 г/час

Общие дозы должны продолжаться 24 часа после родов или после последнего приступа судорог

ПОКАЗАНИЯ К РОДОРАЗРЕШЕНИЮ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Доношенная/почти доношенная беременность
Срок гестации более 34

недель Ухудшение

состояния плода

Осложнения преэклампсии угрожающие жизни
матери

ЭКЛАМПСИЯ

Эпизод однократных или повторных судорог на фоне преэклампсии

5/10 000 рожениц страдают

эклампсией Уровень смертности –

1,8%

ВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИНЫ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Тщательное наблюдение

Антигипертензивную терапию следует продолжать
артериальное давление не должно превышать 160/110 мм.
рт.ст.

Отменять антигипертензивную терапию следует
постепенно

Большинство женщин требуют наблюдения в
стационаре на протяжении 4 или более дней после
родов

Если необходимо, обратитесь за консультацией к

HELLP СИНДРОМ

- ВСТРЕЧАЕТСЯ В 10-20% СЛУЧАЕВ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ И В 0,5-0,9% ВСЕХ БЕРЕМЕННОСТЕЙ.
- ОБЫЧНО ЭТО ПРОЯВЛЯЕТСЯ МЕЖДУ 27 И 37 НЕДЕЛЯМИ БЕРЕМЕННОСТИ.
- ПРИМЕРНО 30% СЛУЧАЕВ ПРОИСХОДЯТ ПОСЛЕ РОДОВ.
- ОН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ГЕМОЛИЗОМ, ПОВЫШЕННЫМИ УРОВНЯМИ ФЕРМЕНТОВ ПЕЧЕНИ И НИЗКИМ УРОВНЕМ ТРОМБОЦИТОВ.
- ГИПЕРТОНИЯ И ПРОТЕИНУРИЯ МОГУТ ОТСУТСТВОВАТЬ, НО ДРУГИЕ СИМПТОМЫ
- ВКЛЮЧАЮТ БОЛЬ В ЭПИГАСТРИИ ИЛИ ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ, ТОШНОТУ, РВОТУ, ОБЩЕЕ НЕДОМОГАНИЕ.