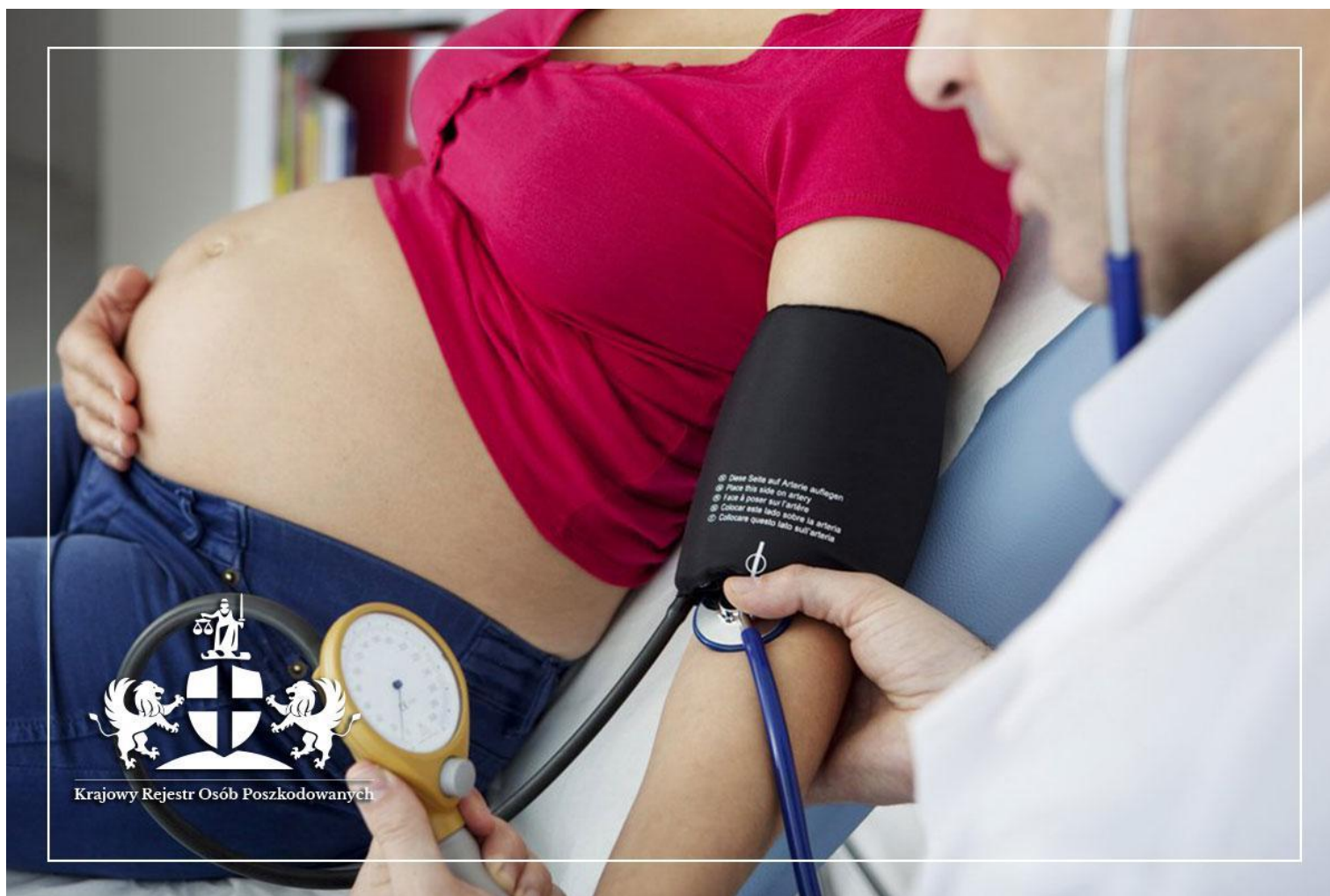


ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕГІ ГИПЕРТЕНЗИВТІ ЖАҒДАЙЛАР

Орындаған : Жақсылық Мадина
Тургумбай Алия
Топ:21-02

ГИПЕРТЕНЗИЯ



ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕГІ ГИПЕРТЕНЗИВТІ ЖАҒДАЙЛАР

- **Гипертензиялар** - бұл диастоликтік қысым 110 мм. сын.бағана тең немесе артық, 4 сағат аралығында екі рет өлшегенде 90 мм. сын.бағана. тең немесе артады.

Мақсаты: уақтылы анықтау, қадағалау, тиімді мерзімді анықтау және босануға рұқсат беру тәсілі.

- ◎ **Созылмалы артериальды гипертензия** - жүктілікке дейінгі болған немесе 20 аптаға дейін анықталған гипертензия. Гипертензия босанған соң 6 аптадан соң да сақталады.

Гестациялық гипертензия - жүктіліктің 20 аптасынан кейін туындайды. АҚ босанған соң 6 апта ішінде қалпына келеді. Гестациялық гипертензия преэклампсияға өтіп кетуі мүмкін, сондықтан тиісті мониторинг жасауды қажет етеді.

Преэклампсия - бұл жоғары АҚ мен протеинуриямен көрініс табатын көп жүйелі синдром.

Эклампсия - кең таралған түйілу, құрысу немесе белгілі патологияға байланысты емес.

○ Жіктелуі

1. Созылмалы артериалды гипертензия

2. Гестациялық гипертензия

3. Презэклампсия:

- Ауыр емес (жеңіл), ауыр

- эклампсия

○ **Диагностикалық іс-шаралардың негізгі және қосымша тізімі:**

Стационарлық деңгей:

- негізгі (міндетті);
- қан тобы мен резус-фактор;
- АҚ, тамыр соғысын өлшеу (тәулік бойы кардиомониторлы қадағалау);
- СМАД (түсу кезінде және әрі қарай көрсеткіш бойынша);
- ЭКГ (түсу кезінде және әрі қарай көрсетім бойынша);
- несепті жалпы талдау - күн сайын, тәуліктің несептегі протеинурияны — түсу кезінде және ары қарай көрсеткіш бойынша;
- қанды клиникалық талдау (гемоглобин, гематокрит, тромбоциттер, қанның қоюлануы) - түсу кезінде және әрі қарай көрсеткіш бойынша;
- қанды биохимиялық талдау (жалпы ақуыз, альбумин, креатинин, АЛаТ, АСаТ, несепнәр, билирубин (жалпы, тік)) - түсу кезінде және әрі қарай көрсеткіш бойынша;
- коагулограмма — түсу кезінде және әрі қарай көрсеткіш бойынша;
- Д-димерлер - түсу кезінде және әрі қарай көрсеткіш бойынша;
- көздің түбі - түсу кезінде және әрі қарай көрсеткіш бойынша;
- ұрықтың КТГ - түсу кезінде және әрі қарай көрсеткіш бойынша;
- ұрық УДЗ, құрсақ қуысы органдарының УДЗ - түсу кезінде және әрі қарай көрсеткіш бойынша;
- доплерометрия - түсу кезінде және әрі қарай көрсеткіш бойынша;
- бейінді мамандардың кеңесін алу: окулист, терапевт.

◎ Стационарлық деңгей

Қосымша зерттеулер:

- жүрек УДЗ (көрсеткіштер бойынша) /.
- бас миына МРТ (көрсеткіштер бойынша)
- кеуде қусының рентгені (көрсеткіштер бойынша)
- өкпе КТ (көрсеткіштер бойынша)
- бейінді мамандардың кеңесі: кардиолог (көрсетім бойынша), невропатолог (көрсетім бойынша), эндокринолог (көрсетім бойынша), нефролог (көрсетім бойынша), гепатолог (көрсетім бойынша), гематолог (көрсетім бойынша).

- **Жоспарлы госпитальдауға жіберу кезінде жүргізуге қажетті тексерудің минимальді тізімі:**
 - қан тобы мен резус-фактор
 - АҚ, тамыр соғысын өлшеу АҚ, тамыр соғысын өлшеу (тәулік бойы кардимониторлы қадағалау);
 - ЭКГ
 - несепті жалпы талдау - күн сайын, тәуліктің несептегі протеинурия.
 - қанды клиникалық талдау (гемоглобин, гематокрит, тромбоциттер, қанның қоюлануы);
 - қанды биохимиялық талдау (жалпы ақуыз, альбумин, креатинин, АЛаТ, АСаТ, несепнәр, билирубин);
 - коагулограмма — түсу кезінде және ары қарай көрсеткіш бойынша;
 - ұрықтың КТГ;
 - қуық ҰДЗ;
 - доплерометрия;
 - бейінді мамандардың кеңесін алу: окулист, терапевт

○ **Ауыр артериалды гипертензия**

-диастоликалық қысым >110 мм. сын.бағанасы екі рет өлшегенде аралығы 30 минуттан кем емес

-немесе систоликалық қысым > 160 мм.сын.бағанасы екі рет өлшегенде аралығы 30 минуттан кем емес.

Протеинурия - > 0.3 г/тәулігіне немесе 0,3 г/л 4 сағаттан кейін алынған зәрді екі рет талдауда.

Ісінулер

Шағын ісінулер жүктіліктің физиологиясына байланысты жүктілердің 50-80% -да байқалады. Ісінуі жоқ преэклампсия, ісінуі бар преэклампсияға қарағанда ана мен бала үшін қауіпті деп танылды. Бел бөлігіндегі тез көтеріліп кеткен ісінулер нашар болжамалы белгіге

Прэклампсия - бұл протеинурияға қосылған артериалды гипертензия.

Жеңіл преэклампсия - протеинуриямен қосылған гипертен

- **Презкламсияның ауыр пішіні -**
 - ауыр гипертензия+протеинурия;
 - кез келген ауырлықтағы гипертензия+протеинурия+мына симптомдардың бірі
 - қатты бас ауруы
 - көрудің бұзылуы
 - көру жүйкесі дискісінің ісінуі;
 - эпигастральдағы ауырлық және/немесе жүрегі айну, құсу;
 - құрысуға дайындық;
 - таралған ісінулер
 - олигоурия (сағатына 30 мл аз немесе 24 сағатта 500 мл аз зәр)
 - бауырды саусақпен басып көру кезіндегі ауырлық
 - тромбоциттер саны 100×10^6 г/л төмен
 - өкпе ферменттерінің деңгейінің артуы (АлАТ немесе АсАТ 70 МЕ/л артық)
 - HELLP-синдром

○ **Емдеу мақсаттары:** жай-күйді тұрақтандыру, ұрықты аман сақтап қалу мақсатында жүктілікті ұзарту мүмкіншілігі туралы мәселені шешу және уақтылы босануға рұқсат алу.

Емдеу тәсілі:

Құрысуға қарсы:

Магnezиялы терапия аса зерттелген, тиімді және қауіпсіз ретінде преэклампсия/эклампсияны реттеу үшін таңдау тәсілі болып табылады. Магний сульфатының құрғақ затын 5 г. (20 мл 25% ерітінді) т/і ақырын 10-15 минут ішінде құю.

Қолданатын мөлшер

магний сульфаты + 1 мл 2% прокаин немесе 1 мл 1% лидокаин
1-2г сағатына (инфузоматтың көмегімен)

Инфузомат жоқ болғанда:

320 мл физиологиялық ерітіндіге - 80 мл 25% магний сульфаты ерітіндісін:

11 тамшы/мин - 1 г құрғақ зат /сағатына

22 тамшы /мин - 2 г құрғақ зат/сағатына

Магний сульфатын тамыр ішіне үздіксіз енгізудің ұзақтығы 12-24 сағат (сағатына 1-2 г.)

Немесе (тамыр ішіне енгізу мүмкіндігі болмаған жағдайда) 10 г құрғақ затты, әр бөксеге бұлшықет ішіне 5 г 1 мл 2% новокаин немесе 1мл 1% лидокаинмен бір шприцте енгізу.

- **Магний сульфатын артық салғанда:**
 - ТАЖ минутына 16-дан аз;
 - бұлшықет рефлекстерінің жоқтығы немесе төмендеуі;
- Олигоурия (сағатына 30 мл аз) магний сульфатының артық ену тәуекелін арттырады. Олигоурия болған кезде аса жіті қадағалау қажет.
- Магний сульфатын артық салған кезде - дәріні енгізуді тоқтатып, 10 минут ішінде 10 мл 10% кальций глюконат ерітіндісін енгізу қажет.

○ Гипотензивті терапия

Артериалды қысымды АҚ АД 160/110 мм.сын. бағанасы және одан артық кезде реттеу керек, мұнда систоликалық қысымды 130-140 мм.сын. бағанасы деңгейде қолдау қажет, диастоликалық қысымды 90-95 мм.сын. бағанасы қолдау керек (жатыр-ұрық жолдас қанайналымының нашарлау қаупіне байланысты)

Гипотензивті құралдарды іріктеу - жеке.

А. Тез әсер ететін гипотензивті құралдар:

Нифедипин (Са каналдарын оқшаулағыш блоктарынан) - бастапқы мөлшер 10 мг (сублингвальді мүмкін), қайта 30 минуттан кейін (ең жоғарғы тәуліктік мөлшер 120 мг).
немесе

Динитрат изсорбиді (перифериялық вазодилататор) - спрей, 30 секунд аралығында 1-2 рет, шашу кезіндедемді ұстап тұру арқылы.

Уранидил - перифериялық 1 -адренорецепторларды оқшаулағыш, орталық әсерді білдіреді - т/і 25 мг, болюстік, 3 минуттан кейін, тиімсіз болмағанда қайталау немесе тәулігіне 60-180 мг. per os.

○ **А. Тез әсер ететін гипотензивті құралдар:**

Нифедипин (Ca каналдарын оқшаулағыш блоктарынан) - бастапқы мөлшер 10 мг (сублингвальді мүмкін), қайта 30 минуттан кейін (ең жоғарғы тәуліктік мөлшер 120 мг).
немесе

Динитрат изсорбиді (перифериялық вазодилататор) - спрей, 30 секунд аралығында 1-2 рет, шашу кезіндедемді ұстап тұру арқылы.

Уранидил - перифериялық 1 -адренорецепторларды оқшаулағыш, орталық әсерді білдіреді - т/і 25 мг, болюстік, 3 минуттан кейін, тиімсіз болмағанда қайталау немесе тәулігіне 60-180 мг. per os.

Б. Әлсіз әсер ететін гипотензивті құралдар:

Мегилдопа- орталық әрекеті бар антигипертензивті дәрі - бастапқы мөлшер тәулігіне 1000 мг, ең жоғарғы мөлшер тәулігіне 2000 мг.

Амлодипин - кальций каналдарын оқшаулағыш - бастапқы мөлшер күніне 5 мг. x 2 рет, ең жоғарғы мөлшер 10 мг. per os.

Метопролол - кардиоселективті В-оқшаулағыш - күніне 25 мг. X 2 рет, ең жоғарғы мөлшер тәулігіне 100 мг per os.

○ Тәуекел факторлары

- алдындағы жүктілік кезінде преэклампсия/эклампсия
- отбасылық анамнездегі эклампсия;
- көп ұрықты жүктілік;
- созылмалы соматикалық аурулар:
- жүрек-қан тамырлары жүйесі;
- қант диабеті;
- семіздік (ИМТ>35);
- бірінші жүктілер;
- антифосфолипидті синдром;
- жасы 40-тан астам;
- туу алдындағы аралық 10 жылдан астам.

○ Емдеу тәсілі

Жеңіл преэклампсия — емдеуді қажет етпейді, тек тыңғылықты қадағалауды қажет етеді.

Мына жағдайларды сақтау кезінде амбулаториялық қадағалау мүмкін:

- пациент өзінің жай-күйін бағалай алады, дәрігердің ұсыныстарын орындайды,
- кез-келген уақытта медициналық көмек жүгінуге мүмкіншілігі бар.

Ауыр преэклампсия кезінде - магний сульфатымен терапияны және көрсеткіштер бойынша гипотензивті емдеуді бастау қажет.

III деңгейлі мекемеге, госпитализациялау міндетті, осындай мүмкіншілік болмаған жағдайда - жағдайды орында тұрақтандырып алған соң жедел жәрдем көлігімен II деңгейлі мекемеге госпитализациялау.

Стационар

Ауыр преэклампсия белгілері бар жүктілерді қарауды қабылдау бөлімінде дәрігер жүргізеді.

Босану әрекеті басталғанда немесе қағанақ су босанғанға дейін төгілгенде жүкті әйел дереу, туу блогына жатқызылу керек, пациенттің жай-күйіне байланысты акушер-гинеколог анестезиолог-реаниматологпен бірге бейінді бөлімге жатқызу туралы мәселені шешеді (ЖПБ, ҚТБ). Пациентті кез-келген тасу арбамен жүзеге асырылады.

Жүктілігі 34 аптаға дейінгі мерзімде ауыр преэклампсия кезінде магнезиялы терапия мен гипотензивті терапиядан кейін III деңгейлі стационарға ауыстырылады.

- Ауыр преэклампсияны емдеудің жалғыз тиімді әдісі болып босануға рұқсат беру саналады

Жедел босандыру үшін көрсетімдер (гестация мерзіміне байланыссыз):

- ауыр преэклампсия;
- ұрықтың жай-күйінің нашарлауы;
- преэклампсияның симптомдарының үдеуі.

Жүктіліктің 37 аптасы мен одан жоғарыда ауырлық деңгейіне байланыссыз босануға рұқсат беріледі.

Жедел босануға рұқсат беруге қарағанда табиғи босану жолдары арқылы кеңес беріледі.

Жетілмеген жатыр кезінде босануды индукциялау үшін (Бишоп бойынша 6 баллдан кем емес)

- мифепристон (синтетикалық стероидты антигестагенді құрал, 200 мг.),
- мизопропростол (простагландин Е1, әр 6-8 сайын 25-25-50-50-г.чұлбасы бойынша, ең көп мөлшер 200 мг., пероральді, трансбукалді, қынап ішіне).
- жетілген босану жолдарында (Бишоп бойынша 6 баллдан астам) амниотомия, окситоцин қолданылады.
- босанудағы жансыздандыру тәсілі - перидуральды анестезия.

- Ауыр преэклампсия кезінде кесарь тілігіне көрсетім:
 - жүргізілетін босануға мазасыздықтың жоқтығы;
 - 30 аптадан кем ұрықтың жамбаспен жатуы.Пациент пен іштегі ұрықтың жай-күйін тыңғылықты мониторингілеу немесе тұрақты КТГ жүргізу.
Күтім қауіпсіз жағдайда жүзеге асырылуы керек немесе әйел бір өзі қалмауы қажет.
Жедел босануға рұқсат беруде жансыздандырудың ең тиімді тәсілі болып өткізгіш анестезия табылады: спинальды немесе перидуральды.
Жалпы анестезияның қаупі мен қиыншылықтары:
 - Көмейдің ісінуінен интубация кезіндегі қиындық;
 - Интубация немесе экстубация кезінде САД-тың кенет көтерілуінен ми ішіне қан құйылудың жоғары тәуекелі;
 - Өкпе қан тамырларындағы қысымның артуына байланысты өкпенің ісінуінің жоғары тәуекелі.Ауыр преэклампсия кезінде босану диагнозды белгілеген соң 24-48 сағат ішінде жүргізілуі керек.

Мекеменің - республикалық деңгейдегі деңгейін ескеріп, жансақтау мен тұрақтандыру кезіндегі медициналық көмектің басқа түрлерінің мүмкіншілігін ескере отырып, 32-34 аптаға дейін іштегі ұрықтың және жүкті әйелдің жағдайын тәулік бойы бақылауға іштегі ұрықтың мүддесіне жүктілікті ұзартуы мүмкін.

- **Симптоматикалық емдеу:**
Қазіргі уақытта симптоматикалық емдеудің екі түрін ғана ұсынуға негізі бар: дірілге қарсы және гипотензивті терапия.

Асқынған преэклампсия кезінде қосымша:

Генатопротекторлар:

Адеметионин - 400-800 мг. ерітінді т/і глюкозамен 5%-500 мл. ең жоғары мөлшер 1200 мг.).
Карпитинит оротат, D1-карнитина гидрохлорид (оның ішінде негіз карнитині), бауыр сығындысының уландыруға қарсы фракциясы (оның ішінде цианкобаламин), аденозин, ниридоксин гидрохлориді, цнанкобаламин - 1 флаконда 5 мг. т/і, декстрозбен 5%-500 мл. (ең жоғары мөлшер).

Тікелей емес антикоагулянттар:

Натрий энексапарині - п/к 0,4 мл. күн сайын.

Кальций падропарині - 0,3 мл. күн сайын.

Қан препараттары:

Тромбоконтрат - 2 мөлшер және көрсетімдер бойынша.

Эр.масса - көрсетімдер бойынша.

СЗН - 10-20 мл/кг көрсетімдер бойынша.

Бастапқы 2-2,5, 2,5-3,3, 3,3-3,5 көпШамамен мөлшер (мл) 0,9-1,3, 1,3-1,6, 1,6-1,9, 1,9 көпДене салмағының индексі/кг

- **Энтаког альфа (белсенді)** - адам қанының рекомбинантты 7 факторы, 90 мкг/кг. Босану кезінде - эпидуральды анестезия. Кесарь тілігі белге анестезиямен жүргізіледі.

○ **Босанудан кейінгі жүргізу**

Қадағалау және емдеу ПИТ жағдайларында акушер-гинеколог пен анестезиолог-ревматологпен бірге жалғасуы керек

Магнезиялы терапия босанғаннан кейін бір тәуліктен кем емес мерзімге дейін немесе соңғы эклампсияның төмендеген соң қалыпты қарқынға дейін жүргізілуі керек.

Гипотензивті терапия жай-күйді тұрақтандыру кезінде мөлшерді шамамен азайту арқылы дәрілік құралдарды іріктеу арқылы жүргізіледі.

Босануға 12 сағат қалғанда түйілу басталған сәттен бастап эклампсия кезінде босану мүмкін.

Құрысу кезіндегі көмек

-Құралдарды дайындаңыз (ауа өткізгіштер, сору, бетперде және қалта, оттегі) және минутына 4-6 жылдамдықпен оттегі беріңіз.

-Әйелді зақымданудан қорғаңыз, бірақ оны белсенді ұстамаңыз.

-Әйелді сол жақ бүйіріне жатқызыңыз, осылайша асқазандағы заттарды, құсық массаларын және қанды аспирациялаудың тәуекелін азайтасыз.

-Құрысудан кейін қажеттілігі бойынша сорғышпен ауыз қуысын және көмейді тазалаңыз.

-Құрысу басталғанда, тез арада магнезиялы терапияны бастау керек.

Артық жүктеме мөлшері

5г магний сульфаты (20 мл 25% ерітінді) т/і, баяу, 10-15 минут ішінд

○ **Қолдау көрсететін мөлшер**

320 мл физиологиялық ерітіндіге - 80 мл 25% магний сульфаты ерітіндісін:

11 тамшы/мин - 1 г құрғақ зат /сағатына

22 тамшы /мин - 2 г құрғақ зат/сағатына

Магний сульфатын тамыр ішіне үздіксіз енгізудің ұзақтығы 12-24 сағат (сағатына 1-2 г.)

Жанама әсері болғандықтан седативті құралдарды (диазепам) қолдану - аса кеңес берілмейді.

Егер құрысу 15 минуттан кейін қайталанса, 2 г магний сульфатын енгізіңіз (10 мг - 20% ерітіндіні 20 минутта т/і енгізіңіз). Егер құрысу жалғасатын болса, **диапезамды енгізіңіз (бензодиазепин туындысы).**

Артық жүктеме мөлшері - т/і 10 мг диазепамды 6-8 сағат ішінде, құрысу қайта пайда болса, қайта 10 мг диапезамды енгізіңіз.

Диапезамның қолдау көрсететін мөлшері:

500 мг физиологиялық ерітіндіде 40 мг диапезамды 6-8 сағат ішінде енгізу.

Егер ЧДД минутына 16-дан кем болса, диапезамның қолдаушы мөлшерін тоқтату керек.

Ректальды енгізуге болады - 10 мг шприцте 20 мг (4мл) (немесе қуық қалбыршағында).

Босанғаннан кейін 24 сағат ішінде немесе құрысудың болуына байланысты, соңғысы болған жағдайда 24 сағат ішінде магний сульфатымен емдеуді жалғастырыңыз.

Эклампсия жедел босану үшін абсолютті көрсеткіш болып табылмайды.

Алдымен пациенттің жай-күйін тұрақтандыру керек.

Емдеу тиімділігі мен диагностикалау және емдеу әдістерінің қауіпсіздік индикаторлары - гемодинамиканың, клиникалық-зертханалық- аспапты зерттеу тәсілдерінің нәтижелерін тұрақтандыру .