

С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

АГ у беременных



Презентацию подготовила: Кенжеева М

Группа : 703-2к

Преподаватель:

Артериальная гипертензия – определяется как систолическое АД ≥ 140 мм рт.ст. и диастолическое АД ≥ 90 мм рт.ст. измеренное в состоянии покоя в течении 5 минут, дважды с интервалом 2 минуты.



Этиология

- АГ в 80% случаев обусловлено гипертонической болезнью
- АГ в 20% случаев вследствие других причин-симптоматическое

Факторы риска АГ у беременных

1. Возраст 28 лет и старше.
2. Высокая (> 90 кг) или избыточная масса тела (на 30% больше должных значений).
3. В анамнезе эпизоды повышения АД.
4. Наследственность.
5. Тяжелая форма гестоза при предыдущей беременности.

Классификация АГ у беременных

<i>Терминология</i>	<i>Определение</i>
I. АГ, предшествующая беременности 1. Первичная АГ, или гипертоническая болезнь, или эссенциальная АГ 2. Вторичная АГ, или симптоматическая АГ	АГ, наблюдающаяся до беременности, или выявленная до 20-ти недель беременности АГ, не связанная с какой-либо известной причиной АГ, являющаяся следствием поражения тех или иных органов
II. АГ, обусловленная беременностью 1. Гестационная гипертензия 2. Преэклампсия 3. Эклампсия	АГ, возникшая после 20-ти недель беременности АГ, не сопровождающаяся протеинурией (<0,3 г/л) и/или выраженными отеками АГ в сочетании с протеинурией и/или выраженными отеками Судорожный припадок в результате гипертензивной энцефалопатии
III. Сочетанная преэклампсия	Присоединение преэклампсии у женщин с АГ, предшествующей беременности
IV. Гипертензия неуточненная	АГ, выявленная после 20-ти недель беременности при условии отсутствия информации об АД до 20-ти недель беременности (исключение – АГ, сопровождающаяся ГЛЖ и нет никаких других причин для ее развития, кроме повышенного АД; такая АГ-АГ, предшествующая беременности)

Степени гипертензии

Легкая гипертензия - диастолическое артериальное давление 90-99 мм.рт.ст., систолическое артериальное давление 140–149 мм.рт.ст..

Умеренная гипертензия - диастолическое артериальное давление 100–109 мм.рт.ст., систолическое артериальное давление 150–159 мм.рт.ст..

Тяжелая гипертензия - диастолическое артериальное давление 110 мм.рт.ст. или выше, систолическое артериальное давление 160 мм.рт.ст. или выше.

Клиническая классификация

- **хроническая артериальная гипертензия** – гипертензия, которая существовала до беременности или выявлена до 20 недель беременности. Гипертензия сохраняется после 6 недель родов.
 - **гестационная гипертензия** – возникает после 20 недели беременности, АД нормализуется в течение 6-8 недель послеродового периода.
 - **преэклампсия** – это гипертензия с манифестацией после 20 недель с протеинурией более 300 мг белка в суточной моче.
 - **тяжёлая преэклампсия** – преэклампсия с тяжёлой артериальной гипертензией и/или с симптомами, и/или биохимическими и/или гематологическими нарушениями (сильная головная боль, нарушение зрения, боль в эпигастральной области и/или тошнота, рвота, отёк диска зрительного нерва, клонус, болезненность при пальпации печени, количество тромбоцитов ниже 100×10^6 г/л, повышение уровня печёночных ферментов).
 - **эклампсия** – судорожное состояние, связанное с преэклампсией, значительной протеинурией (более 300 мг белка в суточной моче) с/без отклонениями в лабораторных показателях (креатинин, трансаминазы, билирубин, тромбоциты)
 - **HELLP синдром** – повышение активности печёночных ферментов, низкое количество тромбоцитов, микроангиопатическая гемолитическая анемия.

Клиническая картина

Диагностические критерии:

Жалобы и анамнез:

Жалобы:

- головная боль;
- тошнота, рвота;
- боли в эпигастрии, правом подреберье;
- отеки;
- снижение мочеотделения.

Анамнез: в анамнезе возможно указание на наличие гипертензии вне беременности/или при предыдущих беременностях.

Физикальное обследование:

общий осмотр:

- артериальная гипертензия;
- отеки;
- протеинурия;
- нарушение зрения;
- рвота;
- клонус (судорожные подёргивания отдельных групп мышц);
- болезненность при пальпации печени.

Диагностика

- Начальными клиническими симптомами является повышение систолического АД на 15-20%, а диастолического на 10% и более по сравнению с исходными показателями
- Индекс массы тела женщины более 27 кг/на м²- фактор развития риска АГ
- При ЭКГ признаки- гипертрофии левого желудочка
- При УЗИ исследовании- поликистоз почки
- При неврологической симптоматике определяют нистагм, устойчивость в позе Ромберга
- Осмотр нижних конечностей с целью обнаружения отеков



- Скрытые отеки, которые проявляются патологической прибавкой в весе (более 300-350 г в неделю)
- Видимые отеки - не проходят после ночного отдыха, как правило, начинаются с нижних конечностей, затем распространяются на передне-брюшную стенку, верхние конечности, лицо
- Генерализованные отеки – анасарка.



Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий.

Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне при экстренной госпитализации и по истечении сроков более 10 дней с момента сдачи анализов в соответствии с приказом МО:

- сбор жалоб анамнеза заболевания и жизни;
- физикальное обследование (оценка состояния беременной, повышение АД, пульс);
- общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов;
- количественное определение белка в разовых порциях мочи или суточная протеинурия;
- биохимический анализ крови (определение трансаминаз и билирубина, креатинин);
- кардиотокография плода, биофизический профиль плода, доплерометрия пупочной артерии.

● **Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне при экстренной госпитализации и по истечении сроков более 10 дней с момента сдачи анализов в соответствии с приказом МО:**

- осмотр глазного дна при подозрении на внутримозговое кровоизлияние;
- УЗИ органов брюшной полости при подозрении на патологию печени, почек;
- ЭХО КГ при хронической артериальной гипертензии;

Инструментальные исследования:

- КТГ плода;
- Биопрофиль плода;
- Допплерометрия сосудов пуповины.

При наличии тяжелой гипертензии, преэклампсии обязателен мониторинг за состоянием внутриутробного плода. Кратность исследования определяется тяжестью гипертензии, наличием преэклампсии, данными предыдущего исследования оценки состояния плода.

Лабораторные исследования

Количественное определение белка в моче:

- в разовой порции мочи – более 0,3 г/л;
- суточная протеинурия – протеинурия в суточной моче более 0,3 г\с.

Общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов – тромбоциты ниже 100×10^6 г/л;

Биохимический анализ крови – повышение уровня печёночных ферментов более чем в 2 раза от нормы (АлАТ или АсАТ выше 70 МЕ/л при норме АСТ 0-30 МЕ/л, АЛТ 0-20 МЕ/л)

Инструментальные исследования

- УЗИ, доплерография сосудов фето- плацентарного комплекса
- КТГ плода
- Исследование глазного дна
- Суточный мониторинг АД
- ЭКГ, Эхо КГ
- УЗИ почек и надпочечников
- Бактериурия мочи



ДИАГНОСТИКА

Нозологические формы	Хроническая артериальная гипертензия	Гестационная гипертензия	Преэклампсия
Анамнез, АД	Существует до беременности	Возникает после 20 недель беременности	Возможно при предыдущей беременности, Возникает после 20 недель беременности
Протеинурия	Менее 0,3 г\л	Менее 0,3 г\л	Более 0,3 г\л
анализ крови (АСТ, АЛТ, билирубин, креатинин, уровень тромбоцитов)	Как правило в норме	Как правило в норме	Возможны снижения тромбоцитов ниже 100×10^6 г/л, повышение трансаминаз более чем в 2 раза, крайне редко HELLP-синдром.
Состояние внутриутробного плода	Чаще удовлетворительное	Чаще удовлетворительное	Возможна ЗВУР

Лечение

- **Тактика лечения:** гипотензивная терапия с целью стабилизации артериального давления на цифрах ниже 150/100 мм рт ст. При наличии хронической артериальной гипертензии с поражением органов-мишеней целевое артериальное давление ниже 140/90 мм рт ст. При тяжелой гестационной гипертензии, тяжелой преэклампсии показана противосудорожная терапия с использованием сульфата магния.

● **Ведение беременности при хронической артериальной гипертензии:**

Не проводить роды ранее 37 недель у женщин с хронической гипертензией, артериальное давление которых ниже 160/110 мм.рт.ст., вне зависимости от проводимой гипотензивной терапии, с учетом состояния внутриутробного плода.

Для женщин с хронической гипертензией, артериальное давление которых ниже 160/110 мм.рт.ст. после 37 недель, с антигипертензивным лечением или без антигипертензивного лечения, сроки родов, материнские и внутриутробные показания должны решаться индивидуально.

Проводить роды женщинам с резистентной гипертензией вне зависимости от срока гестации.

Медикаментозное лечение

- **Противосудорожные препараты при тяжелой гипертензии/тяжелой преэклампсии:** Необходимо рассмотреть вопрос о введении сульфата магния внутривенно женщинам с тяжелой преэклампсией в условиях интенсивной терапии, если у женщины запланированы роды в течение 24 часов. При рассмотрении возможности лечения сульфатом магния нужно учитывать следующие особенности тяжелой преэклампсии:
Тяжелой гипертензии и протеинурия, или легкая или умеренная гипертензия и протеинурия с одним или более:
 - симптомами сильной головной боли;
 - проблемами со зрением, таких, как затемнение или мигание перед глазами;
 - сильная боль под ребрами или рвота;
 - отек диска зрительного нерва;
 - признаки сокращения мышц (3 ритма);
 - чувствительность печени при пальпации;
 - синдром HELLP;
 - падение количества тромбоцитов ниже 100×10^9 на каждый литр;
 - нарушение печеночных ферментов.Использовать следующий режим введения сульфата магния:
 - нагрузочная доза 4 г следует вводить внутривенно в течение 5 минут с последующим введением 1г/час в течение 24 часов;
 - магния сульфата – 25% 16-20 мл внутривенно в течение 5 минут с последующим введением поддерживающей дозы в/в, из расчета 1 г/час сухого вещества в течение 24 часов. При наличии судорог вводится дополнительная доза 2-4 г сухого вещества в течение 5 минут;

● **Гипотензивные препараты:**

- α -адреномиметики – метилдопа;
- β -блокаторы – атенолол, небиволол;
- α и β -блокаторы – лабеталол (после регистрации в РК);
- блокаторы кальциевых каналов – нифедипин;
- α -адреноблокаторы - урапидил;
- периферические вазодилататоры – гидралазин (после регистрации в РК).

Гипотензивная терапия назначается в зависимости от тяжести гипертензии индивидуально!

Кортикостероиды.

При необходимости родоразрешения в сроке 24-34 недели показано:

- дексаметазон 6 мг в/м каждые 12 часов №4;
- или бетаметазона 12 мг в/м каждые 24 часа №2.

Рассмотреть использование дексаметазона/бетаметазона при родоразрешении со сроком беременности между 35 и 36 недель.

Немедикаментозное лечение:

При хронической артериальной гипертензии - соблюдать диетический низкий уровень потребления натрия за счет сокращения, либо за счет замены поваренной соли.