



Гипертензии, связанные с беременностью.



Выполнил: Шерипбай Е.Т.

Группа: ЖМ-29-1к

Проверил: Майкупов М.М.

***Гипертензионные состояния у беременных** (поздние гестозы) - являются синдромом полиорганной недостаточности, который развивается в результате беременности или же обостряется в связи с беременностью, обусловленной несоответствием возможностей адаптационных систем организма матери адекватно обеспечивать возрастающие потребности развивающегося плода. Основным симптомами являются **патологическое увеличение массы тела, отеки, артериальная гипертензия, протеинурия и приступы судороги или кома.**



* По данным совещания исследовательской группы ВОЗ по гипертензивным нарушениям (1985) *основным клиническим симптомом является **изменения артериального давления.***



Артериальная гипертензия

- если при измерении АД, диастолическое АД показывает 90 мм рт ст, и это давление сохраняется и после измерения через 4 часа
- Если тонометр показывает 140/90 мм рт сб
- Если при измерении АД, диастолическое АД показывает 110 мм рт сб



По данным ВОЗ в структуре материнской смертности доля гипертензивного синдрома составляет 20-30%, ежегодно во всем мире более 50 000 женщин погибает в период беременности из-за осложнений АГ.

*Этиология

- * Этиология артериальной гипертензии у беременных до настоящего времени остается **неясной**.
- * Самые ранние теории, объясняющие происхождение **гипертензии у беременных** - это инфекционная, затем токсическая, почечная, гормональная. С развитием иммунологии репродукции исследователи стали объяснять происхождение гестационной гипертензии с точки зрения иммунологии и аллергологии. Так появились иммунологическая и аллергологическая теории. Ни одна из них четко не может объяснить причину возникновения АГ. При АГ все системы организма подвержены тем или иным нарушениям, то есть налицо полиорганное поражение организма беременных.

нервно-психическое перенапряжение, стресс, генетическая предрасположенность

сосудодвигательный центр в головном мозге



активизация симпато-адреналиновой системы

надпочечник выделяет адреналин, норадреналин



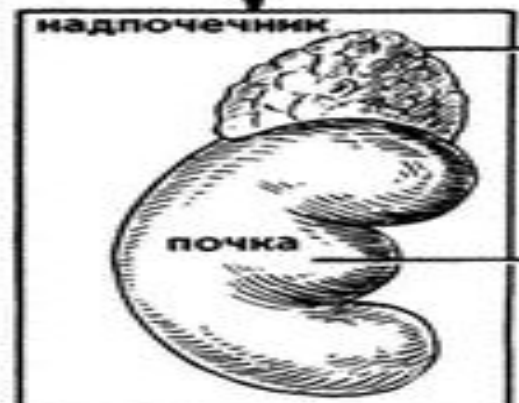
увеличение частоты и силы сокращений сердца



атеросклероз

сужение просвета сосудов

уменьшение притока крови к органам



надпочечник альдо-стерон

отеки стенки сосудов

почка ренин

ангиотензин

факторы, приводящие к сужению просвета сосудов

I стадия функциональных изменений
могут беспокоить слабость, головокружение, бессонница, быстрая утомляемость, головная боль

II стадия начальных органических изменений
могут возникать кризы, усугубляться течение атеросклероза, развиваться ИБС, поражения почек, глаз, других органов

III стадия выраженных органических изменений
могут возникать инфаркт миокарда, почечная и сердечная недостаточность, слепота

Степени гипертензии

- ✓ **Легкая гипертензия** - диастолическое артериальное давление 90-109 мм.рт.ст., систолическое артериальное давление 140–159 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
- * гестационная гипертензия
- * Преэклампсия
- * тяжёлая преэклампсия
- * Эклампсия



✓ **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.



✓ **Тяжелая преэклампсия** – преэклампсия с тяжелой 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 печеночных 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).

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.

*Общий осмотр:

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



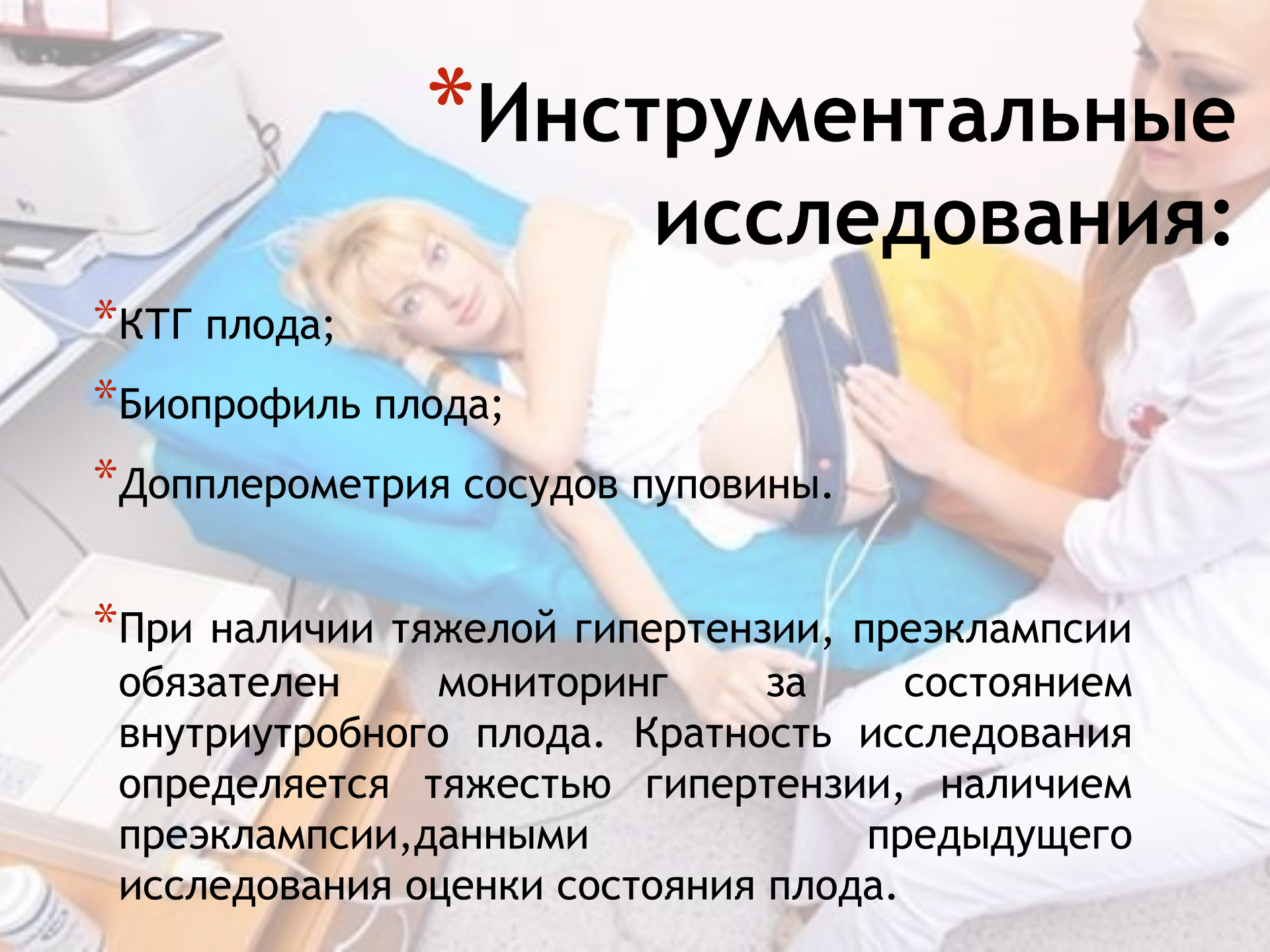
Лабораторные исследования при тяжелой преэклампсии:

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:

- * КТГ плода;
 - * Биофильм 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.

Дифференциальная диагностика артериальной гипертензии у беременных

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

Цели лечения:

выявление беременных с артериальной гипертензией в т. ч. с преэклампсией, адекватный мониторинг в соответствии с тяжестью состояния беременной и внутриутробного плода, выбор оптимального срока и метода родоразрешения, для снижения материнской и неонатальной заболеваемости / смертности/инвалидизации.



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.

Мониторинг плода при хронической гипертензии

Женщины с хронической гипертензией должны пройти ультразвуковое исследование роста плода и обследование объема околоплодных вод, а также доплерометрию пупочной артерии между 28-30 недель и 32-34 недель. Если результаты являются нормальными, то не надо повторять эти мероприятия после 34 недель, за исключением случаев других клинических показаний.

Женщины с хронической гипертензией должны проходить только кардиотокографию при аномальной активности плода.

Повторное полное обследование состояния плода по показаниям (КТГ, БПП)

Ведение беременности и родов при гестационной гипертензии.

Степень гипертензии	Легкая гипертензия (140/90 до 159/109 мм.рт.ст.)	Тяжелая гипертензия (160/110 мм.рт.ст. или выше)
Госпитализация	Нет	Да (до АД 159/109 мм.рт.ст или ниже)
Лечение	Соблюдать диетический низкий уровень потребления натрия за счет сокращения, либо за счет замены поваренной соли.	Нифедипин или метилдопа перорально в качестве первоочередного лечения для поддержания: <ul style="list-style-type: none">• диастолического артериального давления между 90–100 мм.рт.ст.• систолического артериального давления менее чем 150 мм.рт.ст

Антигипертензивные препараты,
противопоказанные для применения в период беременности

- * иАПФ и блокаторы рецепторов АТІ
- * Спиронолактон (D)
- * Дилтиазем (C)
- * Резерпин (C)



Степень гипертензии	Легкая гипертензия (140/90 до 159/109мм.рт.ст.)	Тяжелая гипертензия (160/110 мм.рт.ст. или выше)
Измерение АД	Не более одного раза в неделю	По меньшей мере, четыре раза в день
Исследование на протеинурию	При каждом посещении врача использовать количественное определение белка в разовой порции мочи или белка в суточной моче.	Ежедневное использование количественного определения белка в разовой порции мочи или белка в суточной моче.
Анализ крови	Только для рутинного пренатального ухода	Анализ при поступлении и наблюдение в течение недели: <ul style="list-style-type: none"> • функции почек, полный анализ крови, трансаминаза, билирубина.

Степень гипертензии	Легкая гипертензия (140/90 до 159/109мм.рт.ст.)	Тяжелая гипертензия (160/110 мм.рт.ст. или выше)
Мониторинг плода	<p>УЗИ, биофизический профиль, ДПА пупочной артерии до 34 недель. В случае нормы повторные исследования по показаниям.</p> <p>КТГ при аномальной активности плода</p> <p>Повторное полное обследование состояния плода по показаниям (КТГ, БПП)</p>	<p>При запланированном консервативном лечении тяжелой гестационной гипертензии необходимо</p> <ul style="list-style-type: none"> • УЗИ, биофизический профиль, ДПА пупочной артерии <p>При нормальных показателях</p> <p>КТГ один раз в неделю.</p> <p>Показания для повторного КТГ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • изменения в движении плода • вагинальное кровотечение • боль в животе • ухудшение материнского состояния <p>Биометрия, определение ИАЖ, ДПА не чаще, чем каждые 2 недели.</p> <p>Роды и мониторинга плода должны быть запланированы.</p>

Интранатальная помощь

Артериальное давление во время родов необходимо измерять:

- 1 раз в час у женщин с легкой или умеренной гипертензией
- непрерывный мониторинг у женщин с тяжелой гипертензией.

продолжать гипотензивную терапию во время родов.

Гематологический и биохимический мониторинг по показаниям

Ведение второго этапа родов.

Не ограничивать продолжительность второго периода родов:

- у женщин со стабильно легкой или умеренной гипертензией
- если артериальное давление регулируется в рамках допустимых пределах у женщин с тяжелой гипертензией.

Рекомендуются оперативные роды (кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум-экстракция) на втором периоде родов для женщин с тяжелой гипертензией, чья гипертензия не поддавалась первоначальному лечению.

* Медикаментозное лечение:

- * Необходимо рассмотреть вопрос о введении сульфата магния внутривенно женщинам с тяжёлой преэклампсией в условиях интенсивной терапии, если у женщины запланированы роды в течение 24 часов.
- * Использовать следующий режим введения **сульфата магния**:
- * нагрузочная доза 5 г следует вводить внутривенно в течение 15 минут с последующим введением 1г/час в течение 24 часов;
- * **магния сульфата** - 25% 80 мл на физ раствор 320 мл внутривенно в течение 5 минут с последующим введением поддерживающей дозы в/в, из расчета 1 г/час сухого вещества в течение 24 часов.

* Медикаментозное лечение:

* Гипотензивные препараты:

- * α -адреномиметики - метилдопа;
- * β -блокаторы - атенолол, небиволол;
- * α и β -блокаторы - лабеталол (после регистрации в РК)

* Кортикостероиды. (При необходимости родоразрешения в сроке 24-34 недели показано)

- * дексаметазон 6 мг в/м каждые 12 часов;
- * бетаметазона 12 мг в/м каждые 24 часа

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

