

ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

**ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ
РАССТРОЙСТВА ВО ВРЕМЯ
БЕРЕМЕННОСТИ, В
РОДАХ И ПОСЛЕРОДОВОМ
ПЕРИОДЕ.
ПРЕЭКЛАМПСИЯ.
ЭКЛАМПСИЯ.**

Гипертензивные расстройства во время беременности встречаются с частотой около 10 % беременностей

В развитых странах в 12-18% они являются второй непосредственной причиной антен- и постнатальной смертности, влияя на перинатальную смертность в 20-25% случаях.



Распространенность
артериальной гипертензии (АГ)
среди беременных в Российской
Федерации составляет
5-30%.

ПО ДАННЫМ
МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ

гипертензивные осложнения
беременности занимают
4 место в списке причин
материнской смертности
в течение
последнего десятилетия

КЛАССИФИКАЦИЯ :

В соответствии с приказом Минздрава России от 27.05.1997г. № 170 (с изменениями от 12 января 1998 г.) «О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра» (далее – МКБ X), для постановки диагноза и оценки тяжести заболевания должна использоваться терминология МКБ X.



МКБ-10

Класс XV: беременность, роды и послеродовой период

Хроническая АГ	Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период	O 10
Хроническая АГ (ГБ)	Существовавшая ранее эссенциальная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период	O 10.0
	Существовавшая ранее кардиоваскулярная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период	O 10.1
	Существовавшая ранее почечная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период	O 10.2
	Существовавшая ранее кардиоваскулярная и почечная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период	O 10.3



Хроническая АГ (вторичная АГ)	Существовавшая ранее вторичная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период	О 10.4
Хроническая АГ неуточненная	Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период, неуточненная	О 10.9



ПЭ на фоне Хронической АГ	Существовавшая ранее гипертензия с присоединившейся протеинурией	О 11
	Вызванные беременностью отеки и протеинурия без гипертензии	О 12
	Вызванные беременностью отеки	О 12.0
	Вызванная беременностью протеинурия	О 12.1
	Вызванные беременностью отеки с протеинурией	О 12.2



Гестационная АГ	Вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии	O 14
Преэклампсия (ПЭ)	Вызванная беременностью гипертензия со значительной протеинурией	O 14.0
ПЭ умерено выраженная	Преэклампсия средней тяжести	O 14.1
ПЭ тяжелая	Тяжелая преэклампсия	O 14.2
	Преэклампсия неуточненная	O 14.9



Эклампсия		0 15
Эклампсия во время беременности	Эклампсия во время беременности	0 15.0
Эклампсия в родах	Эклампсия в родах	0 15.1
Эклампсия в послеродовом периоде	Эклампсия в послеродовом периоде	0 15.2
Эклампсия неуточненная по срокам	Эклампсия неуточненная по срокам	0 15.9



Осложнения ПЭ:

- эклампсия;
- отек, кровоизлияние и отслойка сетчатки;
- острый жировой гепатоз;
- HELLP-синдром;
- острая почечная недостаточность;
- отек легких;
- инсульт;
- отслойка плаценты;
- антенатальная гибель плода.



ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЭКЛАМПСИИ

- **Беременным группы высокого риска развития ПЭ рекомендовано:**
- Беременным с низким потреблением
- Са (< 600 мг в день) - назначение в виде препаратов Са – не менее 1г в день.
- *Следует принять во внимание, что среднее потребление кальция в России – 500-750 мг/сутки. Согласно современным нормам, физиологическая потребность беременных составляет не менее 1000 мг кальция в сутки*



Не рекомендовано рутинное применение:

- режима bed-rest ;
- диуретиков ;
- препаратов группы гепарина, в т.ч. НМГ ;
- витаминов Е и С;
- препаратов магния;
- рыбьего жира;
- чеснока (в таблетках);
- ограничения соли (А-1а).



КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

- Критерии артериальной гипертензии во время беременности:

Критериями диагностики АГ являются:
систолическое АД ≥ 140 мм рт. ст.
и/или диастолическое АД ≥ 90 мм рт. ст.



Клинически значимая протеинурия

- Золотой стандарт для диагностики протеинурии – количественное определение белка в суточной порции
- Граница нормы суточной протеинурии во время беременности определена как 0.3 г/л.



Клинически значимая протеинурия во время беременности определена

- Как наличие белка в моче $\geq 0,3$ г/л в суточной пробе (24 часа) либо в двух пробах,
- взятых с интервалом в 6 часов; при использовании тест-полоски (белок в моче) - показатель \geq «1+»



Умеренная протеинурия

- это уровень белка $>0,3\text{г}/24\text{ч}$ или $>0,3\text{ г/л}$, определяемый в двух порциях мочи, взятой с интервалом в 6 часов, или значение «1+» по тест-полоске
- **Выраженная протеинурия** – это уровень белка $>5\text{ г}/24\text{ч}$ или $> 3\text{ г/л}$ в двух порциях мочи, взятой с интервалом в 6 часов, или значение «3+» по тест-полоске



Для оценки истинного уровня протеинурии необходимо исключить наличие инфекции мочевыделительной системы. Патологическая протеинурия у беременных является первым признаком полиорганных поражений



**Наличие отеков не является
диагностическим критерием ПЭ.
Однако опыт показывает, что отеки
лица и рук нередко предшествуют
развитию ПЭ, а генерализованные,
рецидивирующие отеки нередко
свидетельствуют о сочетанной ПЭ
(часто на фоне патологии почек)**



Клинически целесообразно различать

- умеренную ПЭ
- тяжелую ПЭ



Умеренная ПЭ

- встречается у 3-8% беременных; из них в 1-2% случаях приобретает тяжелое течение.



Тяжелая ПЭ

- ПЭ с тяжелой гипертензией (с цифрами ДАД ≥ 110 мм рт ст, САД ≥ 160 мм рт ст) и/или с наличием специфических симптомов и/или биохимических и/или гематологических нарушений.
- Уровень суточной протеинурии превышает 3 г/л.



Клинические критерии тяжелой ПЭ

- Расстройство ЦНС (нарушение зрения, головная боль);
- Нарушение функции почек (олигурия < 500 мл/сут, повышение уровня креатинина);
- Отек легких;
- Внезапное возникновение отеков лица, рук, ног;
- Отек зрительного диска;



Клинические критерии тяжелой ПЭ

- Нарушение функции печени (повышение ферментов АлАТ, АсАТ);
- Боли в эпигастрии/правом верхнем квадранте живота (перерастяжение капсулы печени вследствие нарушения кровообращения);
- Тромбоцитопения (ниже 100×10^6 /л);
- HELLP синдром;
- Подтверждение страдания плода



КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ОСЛОЖНЕНИЙ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ,

ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ КРАЙНЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД

- Нарушение функции ЦНС в результате кровоизлияния в мозг
- Нарушение дыхательной функции в результате РДС, отека легких, пневмония
- Нарушение функции печени: HELLP-синдром, некроз, подкапсульная гематома
- Все формы синдрома ДВС (явный или неявный)
- Острая почечная недостаточность

СИМПТОМЫ И СИМПТОМОКОМПЛЕКСЫ, ПОЯВЛЕНИЕ КОТОРЫХ УКАЗЫВАЕТ НА РАЗВИТИЕ КРИТИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ

- Боль в груди
- Одышка
- Отек легких
- Тромбоцитопения
- Повышение уровня печеночных трансаминаз
- HELLP-синдром
- Уровень креатинина более 90 мкмоль/л
- Диастолическое АД более 110 мм рт.ст.
- Влагалищное кровотечение (любой объем)

- **До 44% случаев эклампсии возникают в послеродовом периоде, особенно при доношенной беременности.**
- **В этой связи женщины с симптомами и признаками, свидетельствующими о ПЭ, заслуживают особого наблюдения**



ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ЭКЛАМПСИИ

Родоразрешение

- самое эффективное лечение ПЭ



При умеренной ПЭ

необходима госпитализация для уточнения диагноза

и тщательный мониторинг состояния беременной и плода, но при этом возможно пролонгирование беременности.

Родоразрешение показано при ухудшении состояния матери и плода.



При тяжелой ПЭ

- необходимо решение вопроса о родоразрешении после стабилизации состояния матери, при возможности, после проведения профилактики РДС плода при сроке беременности менее 34 нед и перевода матери в акушерский стационар 3-й группы.



Тактика ведения тяжелой ПЭ в зависимости от срока беременности согласно рекомендациям ВОЗ

- 22-24 нед → прекращение опасной беременности.
- 25-27 нед → пролонгирование беременности при отсутствии неконтролируемой АГ, прогрессирования органной дисфункции у матери, дистресса плода; профилактика РДС плода.



- 28-33 нед → пролонгирование беременности при отсутствии неконтролируемой АГ, прогрессирования органной дисфункции у матери, дистресса плода; профилактика РДС плода, подготовка к возможному родоразрешению.
- ≥ 34 нед → лечение, подготовка, родоразрешение.



Показания к экстренному родоразрешению (минуты):

- кровотечение из родовых путей, подозрение на отслойку плаценты
- острая гипоксия плода, в сроке беременности более 22 недель



Показания к срочному родоразрешению (часы):

- постоянная головная боль и зрительные проявления
- постоянная эпигастральная боль, тошнота или рвота
- прогрессирующее ухудшение функции печени и/или почек
- эклампсия



Показания к срочному родоразрешению (часы):

- артериальная гипертензия не поддающаяся медикаментозной коррекции
- количество тромбоцитов менее $100 \cdot 10^9/\text{л}$ и прогрессирующее его снижение
- нарушение состояния плода, зафиксированное по данным КТГ, УЗИ,
- выраженное маловодие



Критерии начала антигипертензивной терапии при ПЭ:

- АД \geq 140/90 мм рт. ст.
- Целевой (безопасный для матери и плода) уровень АД при проведении антигипертензивной терапии:
 - САД 130-150 мм рт. ст.
 - ДАД 80-95 мм рт.ст.



Антигипертензивные лекарственные средства

- **Метилдопа**, антигипертензивный препарат центрального действия, альфа 2 - адреномиметик (препарат первой линии);
- **Нифедипин**, блокатор кальциевых каналов, (препарат второй линии);
- **β -адреноблокаторы: метопролол, пропранолол, соталол, бисопролол.**
- При наличии показаний возможно использование верапамила, клонидина, амлодипина.



При беременности противопоказаны:

- ингибиторы АПФ, антагонисты рецепторов ангиотензина II, спиронолактон, антагонисты кальция дилтиазем и фелодипин
- При беременности не рекомендованы: атенолол, празозин



Магния сульфат
не является собственно
гипотензивным препаратом

**При тяжелой ПЭ, его введение
необходимо для профилактики
судорожного синдрома**



ТЯЖЕЛАЯ ПРЕЭКЛАМПСИЯ/ЭКЛАМПСИЯ

1 этап:

- До приезда анестезиолого-реанимационной акушерской бригады, в условиях акушерского стационара 1-ой и 2-ой групп (уровней), а также не профилированной бригады СМП необходимо выполнить следующий объем медицинской помощи:



1. Оценить тяжесть преэклампсии:
АД, сознание, головная боль, судороги,
одышка, боли в животе, кровотечение
из родовых путей, сердцебиение плода
2. Обеспечить венозный доступ:
периферическая вена



3. Ввести магния сульфат 25% 20 мл в/в медленно (за 10 мин) и 100 мл через инфузомат со скоростью 2 г/ч.

Инфузия: только магния сульфат на
р-ре NaCl 0,9% (или другого
кристаллоида)



4. При АД выше 140/90 мм рт.ст. – гипотензивная терапия: метилдопа, нифедипин

5. При судорогах: обеспечить проходимость дыхательных путей
При судорогах или судорожной готовности – бензодиазепины (диазепам 10 мг) в/в однократно



6. При отсутствии сознания и/или серии судорожных приступов – перевод на ИВЛ с тотальной миоплегией.



- В приемном покое проводится оценка тяжести преэклампсии:

АД, сознание, головная боль, судороги, одышка, боли в животе, кровотечение из родовых путей, сердцебиение плода.



NB!

- **На протяжении последних 20 лет отек легких является значимой причиной смерти при тяжелой ПЭ/эклампсии.**

Летальность часто ассоциируется с неадекватным введением жидкости



- Инфузия (только сбалансированные кристаллоиды).
- Применение синтетических (ГЭК, желатин) и природных (альбумин) коллоидов должно быть обусловлено только абсолютными показаниями
- гиповолемия, шок, кровопотеря).

(Умеренная дегидратация лучше, чем гипергидратация.

Объём примерно 1-1,2 л в сутки.

Трансфузия альбумина возможна
только
при гипоальбуминемии < 25 г/л,
лучше после родоразрешения

- Темп инфузии не более 40-45 (максимальный болюс – 80) мл/час или 1 мл/кг/час.
- Контроль за проводимой инфузионной терапией осуществляется за счет оценки темпа диуреза.
- Диуретики применяются только при отеке легких.



Инфузионная нагрузка необходима при эпидуральной блокаде, парентеральной антигипертензивной терапии, в/в введении магнезии, при олигурии или признаках центральной дегидратации (снижении диуреза менее 35 мл/час, гемоконцентрации - повышение гематокрита выше 42).



- Ограничительный режим инфузионной терапии применяется и после
- родоразрешения (исключение – HELLP-синдром).
- При любом варианте развития критического состояния при преэклампсии/эклампсии необходимо как можно раньше перейти к энтеральному питанию.



- **Растворы глюкозы при родоразрешении не используют из-за риска гипогликемии у новорожденного**



- При сроке беременности < 34 нед назначаются кортикостероиды
- Рекомендованная терапия включает назначение двух доз бетаметазона по 12 мг в/м с интервалом в 24 часа. Может быть применен дексаметазон в том же режиме, что то и бетаметазон.

Профилактика РДС плода

Режимы введения и мониторинга магния сульфата

- Нагрузочная (стартовая) доза
- *4-6г в/в (16-24 мл 25% MgSO₄) в течение 10-15 мин вводится шприцем медленно в течение 15 мин*



Режимы введения и мониторинга магния сульфата

- Поддерживающая доза:

1-2 г в час в/в

- Цель: поддержание концентрации ионов магния в крови беременной на уровне, достаточном для профилактики судорог



4-8 мл/час 25% раствора

через инфузионную помпу (инфузомат)
вводится на протяжении 24 час
после родов или после последнего
эпизода судорог, в зависимости от того,
что было позднее



Для предотвращения повторных эпизодов судорог

может потребоваться более высокая поддерживающая доза.

2-4 г в зависимости от веса пациентки в течение 5-10 мин

(2 г при весе < 70 кг,

4 г при весе > 70 кг)



Антидот

10% Кальция глюконат
10 мл в/в в течение 10 мин



**Алгоритм оказания
медицинской помощи
при развитии приступа
эклампсии**

(лечение в случае судорожного припадка начинается на месте):

- разворачивают палату интенсивной терапии в родильном блоке (приемном отделении) или срочно беременную в отделение анестезиологии-реаниматологии;



- пациентку укладывают на ровную поверхность в положении на левом боку для уменьшения риска аспирации желудочного содержимого, рвотных масс и крови, быстро освобождают дыхательные пути, открывая рот и выдвигая вперед нижнюю челюсть; одновременно необходимо эвакуировать (аспирировать) содержимое полости рта; необходимо защитить пациентку от повреждений, но не удерживать ее

активно



- при сохранённом спонтанном дыхании, вводят ротоглоточный воздуховод и проводят ингаляцию кислорода накладывая носо-лицевую маску, через систему увлажнения кислородной смеси; при развитии дыхательного апноэ немедленно начинают принудительную вентиляцию носо-лицевой маской с подачей 100% кислорода в режиме положительного давления в конце выдоха.



- Если судороги повторяются или больная остается в состоянии комы, вводят миорелаксанты и переводят пациентку на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) в режиме нормовентиляции;



- параллельно с проводимыми мероприятиями по возобновлению адекватного газообмена осуществляют катетеризацию периферической вены и начинают введение противосудорожных препаратов (сульфат магния – болюс 4 г на протяжении 5 минут внутривенно, затем поддерживающая терапия (1–2 г/час) при тщательном контроле АД и ЧСС. Если судороги продолжаются, внутривенно вводят
- еще 2 г сульфата магния (8 мл 25% раствора) в течение 3 – 5 минут.



- Вместо дополнительного болюса сульфата магния можно использовать диазепам внутривенно медленно (10 мг) или тиопентал-натрий (450–500 мг).

Если судорожный припадок длится более 30 минут, это состояние расценивается как экламптический статус;



- если диастолическое АД остается на высоком уровне (>110 мм рт. ст.)

проводят антигипертензивную терапию;
катетеризируют мочевой пузырь
(оставление постоянного катетера –
почасовая регистрация выделения мочи
и анализ протеинурии);



- При эпилептическом статусе, кроме все манипуляции (катетеризация вен, мочевого пузыря, акушерские манипуляции и др. проводят под общей анестезией тиопенталом натрия.
- **Не применяют кетамин!**



- После ликвидации судорог проводят коррекцию метаболических нарушений, водно-электролитного баланса и кислотно-основного равновесия и белкового обмена.
- Более подробное клиническое обследование осуществляют после прекращения судорог.



ОБЪЁМ ОБСЛЕДОВАНИЙ:

- консультация невролога и окулиста с обязательным исследованием глазного дна
- лабораторные анализы:
развёрнутый клинический анализ крови (тромбоциты, гематокрит, гемоглобин, время свертывания)

- **общий белок, уровень альбумина, глюкозы, мочевины, креатинина,**
- **трансаминаз, электролитов, кальция, магния, фибриногена и продуктов его деградации, протромбина и протромбинового времени,**
- **анализ мочи,**
- **суточная протеинурия.**

ПРОВОДИТСЯ ПОСТОЯННЫЙ МОНИТОРИНГ АД,

**определение почасового диуреза,
оценка клинических симптомов с
обязательной регистрацией
в истории родов
ежечасно**

**Выполняется непрерывный КТГ-
мониторинг плода.**

- Родоразрешение проводится после наступления стабилизации



**Если причина судорог не
определена, женщина ведется, как
в случае эклампсии и
продолжается выяснение истинной
причины судорог**



Искусственная вентиляция легких

**не является основным способом
лечения эклампсии,
однако устранение гипоксии
(важнейшего
патогенетического фактора
развития полиорганной
недостаточности) –
обязательное условие проведения
других мероприятий**



РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ/ЭКЛАМПСИИ

Эклампсия является абсолютным показанием к родоразрешению, однако сначала необходимо стабилизировать состояние пациентки.



- Принятие решения о родоразрешении женщины в нестабильном состоянии следует считать неадекватной тактикой ведения даже в случае дистресса у плода.
- Женщина может быть срочно родоразрешена в ситуации, когда под контролем находятся судорожный синдром, тяжелая гипертензия, а также устранена гипоксия.



- Кесарево сечение при эклампсии не является единственным методом выбора родоразрешения.
- Самопроизвольные роды при правильном ведении являются для матери гемодинамически менее стрессорными и снижают частоту респираторных осложнений у недоношенных новорожденных.



- Перед родоразрешением необходимо стабилизировать состояние женщины.
- Родоразрешение лучше проводить в течение рабочего дня (особенно в случае преждевременных родов).



- При сроке беременности <32 нед – предпочтительно кесарево сечение.
- После 34 нед – влагалищное родоразрешение при головном предлежании.
- Вагинальное использование простагландинов повышает шансы на успешное родоразрешение.



Противосудорожная антигипертензивная терапия

- должна проводиться на протяжении всего периода родоразрешения.
- Второй период родов может быть сокращен – вагинальное оперативное родоразрешение.

В третьем периоде – 5 мл окситоцина,
но не метилэргометрина
(вызывающего повышение АД)



- Для профилактики развития эклампсии в родах все женщины при
- консервативном родоразрешении обязательно должны быть обезболены методом эпидуральной анальгезии.
- Целесообразно проведение адекватной тромбопрофилактики



Вопрос о времени родоразрешения

- решается в зависимости от состояния матери и плода.
- Также в зависимости от клинической ситуации выбор может быть сделан в пользу операции кесарева сечения или индукции родовой деятельности

Родоразрешение при тяжелой преэклампсии

Срок беременности	Родоразрешение при тяжелой ПЭ
До 34 нед	При неэффективности проводимой антигипертензивной и противосудорожной терапии (нестабильное состояние женщины) или ухудшении состояния плода
34-37 нед	В течение 6-24-х часов после стабилизации состояния женщины в учреждении III-й группы (уровня)
> 37 нед	В течение 24-48 часов



Метод родоразрешения

- **Возможность родов через естественные родовые пути должна быть рассмотрена во всех случаях ПЭ (в том числе тяжелой), при отсутствии абсолютных показаний к КС и удовлетворительном состоянии плода**

- **Повышенная резистентность в сосудах пуповины по данным доплерометрии почти вдвое снижает процент успешных вагинальных родов ($> 50\%$); при нулевом или реверсивном кровотоке (по данным доплерометрии) показано КС**



Алгоритм ведения родов

- При поступлении в родовой блок:
Вызвать ответственного дежурного
врача-акушера-гинеколога,
анестезиолога-реаниматолога,
неонатолога;
- Оформить карту интенсивного
наблюдения;
- Обеспечить в/в доступ – катетеризация
периферической вены



Контроль АД:

- При умеренной гипертензии - не реже 1 раза в час;
- При тяжелой гипертензии - постоянный мониторинг



ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕРОДОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ. ТРОМБОПРОФИЛАКТИКА

В третьем периоде родов с целью профилактики кровотечения назначается окситоцин 10 ЕД в/м или 5 ЕД в/в.

При тяжелой ПЭ и эклампсии назначение алкалоидов спорыньи (эргометрина) **следует исключить в связи с гипертензивным эффектом** последних

Профилактика тромбоэмболических осложнений

проводится при умеренной и тяжелой ПЭ, сопровождающейся высоким риском тромбоэмболии (тромбофилия, ожирение, возраст > 35 лет, постельный режим и т.д.).

Критериями назначения НМГ являются гиперкоагуляционные изменения гемостазиограммы с активацией внутрисосудистого тромбообразования.



Критериями отмены НМГ являются удовлетворительное состояние пациентки со стабильными показателями АД, отсутствием протеинурии и нормальными показателями гемостазиограммы в течение 5-7-дней.

Длительность терапии НМГ подбирается индивидуально и в среднем составляет до 7-10 суток при умеренной преэклампсии и до 30 суток при тяжелой преэклампсии).



HELLP-СИНДРОМ

□ Гемолиз

- Патологический мазок крови с наличием фрагментированных эритроцитов (шизоцитов) (норма 0-0,27%)
- Уровень ЛДГ > 600 МЕ/л
- Уровень непрямого билирубина > 12 г/л
- Наличие свободного Hb



Повышение уровня ферментов печени

- АсАТ > 70 МЕ/л (уровень АсАТ или АлАТ выше 70 МЕ/л)
- рассматривается, как значительный, а уровень выше 150 МЕ/л связан с повышенной заболеваемостью для матери)



Тромбоцитопения

- Количество тромбоцитов $< 100 \times 10^6$ /л



Клиническая картина HELLP синдрома

- Боли в эпигастрии или в правом верхнем квадранте живота (86-90%)
- Тошнота или рвота (45-84%)
- Головная боль (50%)
- Чувствительность при пальпации в правом верхнем квадранте живота (86%)
- ДАД выше 110 мм рт ст (67%)
- Массивная протеинурия > 2+ (85-96%)
- Отеки (55-67%)
-  Артериальная гипертензия (80%)

Врачебная тактика при HELLP-синдроме:

- Немедленная госпитализация
- Стабилизация состояния женщины, в т. ч. профилактика тромбозов
- Оценка состояния плода
- Контроль АД
- Магнезиальная терапия
- Планирование родоразрешения



Родоразрешение при HELLP синдроме

Срок беременности	Родоразрешение при тяжелом HELLP синдроме
≤ 34 нед беременности	Профилактика РДС и родоразрешение в течение 48 часов с обеспечением интенсивной терапии.
≥ 34 нед беременности	Экстренное родоразрешение



ПРОФИЛАКТИКА ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

- Перед выпиской из стационара проконсультировать пациентку о тревожных симптомах (головные боли, нарушения зрения, боли в правом подреберье, снижение диуреза, высокое АД), а также о повышенном риске АГ в дальнейшем, необходимости диспансерного наблюдения;



- Контрольный осмотр через 2 нед. (при отсутствии экстренных показаний); (С)
- При гипертензии, сохраняющейся дольше 2 нед. послеродового периода, -
- консультация терапевта;
- При сохранении протеинурии 1+ и выше после 6-8 нед. – консультация нефролога (С)
- При наличии диагноза эклампсия рассмотреть необходимость выполнения КТ-сканирования головного мозга



- Специфические исследования: антифосфолипидные антитела, волчаночный антикоагулянт, скрининг на тромбофилию
- Рекомендовать пациентке диспансерное наблюдение терапевта, акушера-гинеколога, регулярный контроль АД, подбор антигипертензивной терапии



Спасибо за внимание!