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

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

Эклампсия		О 15
Эклампсия во время беременности	Эклампсия во время беременности	О 15.0
Эклампсия в родах	Эклампсия в родах	О 15.1
Эклампсия в послеродовом периоде	Эклампсия в послеродовом периоде	О 15.2
Эклампсия неуточненная по срокам	Эклампсия неуточненная по срокам	О 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 ≥ 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 ≥ «1+»

Умеренная протеинурия

- это уровень белка >0,3г/24ч или >0,3 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 г/24ч или > 3 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 х 106 /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 неконтролируемойАГ, 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 $100*10^9$/л и прогрессирующее его снижение
- нарушение состояния плода, зафиксированное по данным КТГ, УЗИ,
- выраженное маловодие

Критерии начала антигипертензивной терапии при ПЭ:

- **АД ≥ 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 <u>не рекомендованы:</u> 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 профилизированной 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 дегитратации (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

- **<u>Нагрузочная (стартовая) доза</u>**
- *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 адекватногогазообмена 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;

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

проводят антигипертензивную терапию;

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

- При эпилептическом статусе, коме 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:

- <u>консультация</u> невролога и окулиста с обязательным исследованием глазного дна
- <u>лабораторные анализы:</u>

  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

<u>ежечасно</u>

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 выборарородоразрешения.
- 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.

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

- 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 допплерометрии почти вдвое снижает процент успешных вагинальных родов (> 50%); при нулевом или реверсивном кровотоке (по данным допплерометрии) 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

- **<u>Гемолиз</u>**
- 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 свыше 70 МЕ/л
- рассматривается, как значительный, а уровень свыше 150 МЕ/л связан с повышенной заболеваемостью для матери)

Тромбоцитопения

- Количество тромбоцитов < 100×10^6 /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!