

Кафедра акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева

**Гипертензивные расстройства во
время беременности, в родах и
послеродовом периоде
ЧАСТЬ 3.**

1. Родоразрешение

Мероприятие	Состояние		
	ПЭ умеренная	ПЭ тяжелая	Эклампсия
Тактика	Обследование, наблюдение (возможно амбулаторно)	Активная	
Госпитализация	Для обследования (в отделение патологии беременности, учреждение 3-2-й группы)	Обязательная госпитализация (в ОРИТ, учреждение 3-й, в случае невозможности - 2-й группы)	
Специфическая терапия	-	Профилактика и лечение судорог Антигипертензивная терапия	
Родоразрешение	-	В течение 6-24 час (экстренно - при прогрессировании симптомов или ухудшении состояния плода)	На фоне стабилизации состояния

У беременной женщины с клиникой преэклампсии любой степени тяжести любое ухудшение состояния определяет показания к экстренному родоразрешению

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



Профилактика РДС плода

- Кортикостероиды всем пациенткам с ПЭ в 24-34 нед беременности, с риском преждевременных родов, с гестационной гипертензией (без протеинурии) в случаях, если в течение ближайших 7 дней не исключается родоразрешение.

При оперативном родоразрешении путем операции КС в сроке более 34 и менее 38 недель гестации назначение кортикостероидов не рекомендуется.

Схемы профилактики РДС:

- 2 дозы бетаметазона в/м по 12 мг с интервалом 24 часов;
или
- 4 дозы дексаметазона в/м по 6 мг с интервалом 12 часов;
или
- 3 дозы дексаметазона в/м по 8 мг через 8 часов



Метод родоразрешения

Окончательный выбор – на основе анализа клиники, состояния матери и плода, возможностей учреждения, информированного согласия пациентки;

- ✓ Возможность родов через естественные родовые пути должна быть рассмотрена во всех случаях ПЭ (в том числе тяжелой), при отсутствии абсолютных показаний к КС (В-2b) и удовлетворительном состоянии плода

- 1) **Тяжелая ПЭ** при доношенном сроке – показание к родоразрешению;
- 2) **Умеренная ПЭ** и гестационная гипертензия – показание к индукции родов;
- 3) **Беременность < 32 нед.** – предпочтительно кесарево сечение;
- 4) **Беременность >34 нед.** - роды через естественные родовые пути; Вагинальное применение простагландинов при "незрелой" шейке матки увеличивает шансы успешного влагалищного родоразрешения

В третьем периоде родов – *окситоцин* 10 ЕД внутримышечно или 5 ЕД внутривенно капельно при операции кесарево

Алгоритм ведения родов

При поступлении в родовой блок:

- 1) Вызвать ответственного дежурного врача акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога, неонатолога.
- 2) Оформить карту интенсивного наблюдения.
- 3) Обеспечить в/в доступ - катетеризация периферической вены.

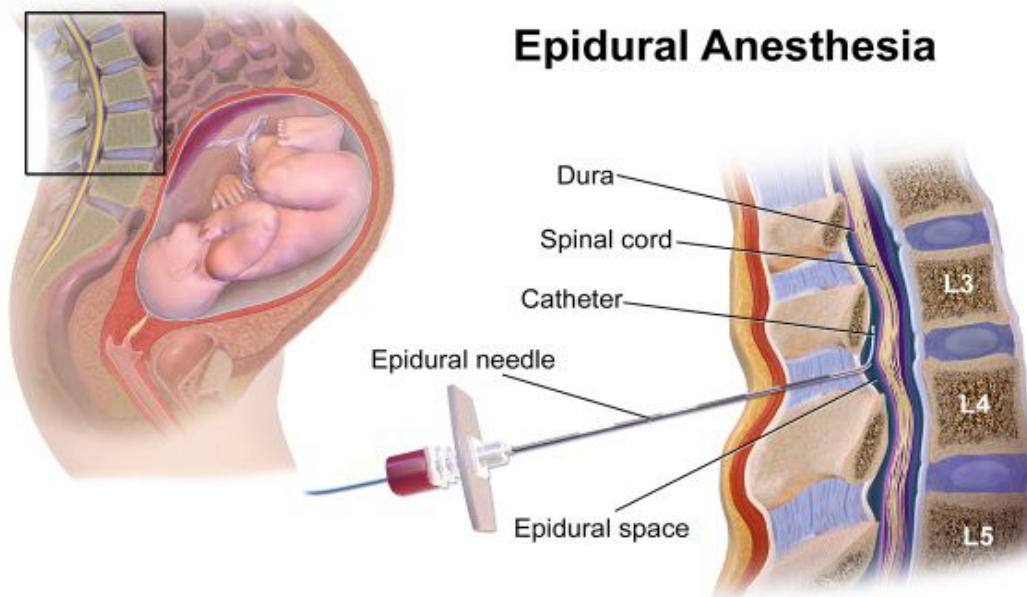
Катетеризация магистральных сосудов опасна!

Контроль АД:

- 1) При умеренной гипертензии - не реже 1 раза в час.
- 2) При тяжелой гипертензии - постоянный мониторинг.
- 3) Продолжить антигипертензивную и противосудорожную терапию.
- 4) Обеспечить адекватное обезболивание родов
- 5) Оптимальным методом обезболивания родов является эпидуральная аналгезия

Обезболивание родов и КС

- Условия для нейроаксиальных методов:
 - надежный контроль судорожной активности;
 - отсутствие симптомов неврологического дефицита;
 - контролируемое АД;
 - нормальные показатели свертывающей системы (тромбоциты $> 100 \times 10^9 /л$);
 - отсутствие признаков острого нарушения состояния плода
- Общая анестезия: при противопоказаниях к нейроаксиальной;
- Эклампсия – метод выбора общая анестезия с ИВЛ (тиопентал натрия, фента



2. Противосудорожная терапия

- Препарат выбора – сульфат магния;
- Стартовая доза - 4 г в/в (16 мл 25% раствора сульфата магния) медленно в течение 10-15 мин;
- Поддерживающая доза - 1 г в час в/в на протяжении 24 час после родов или после последнего эпизода судорог;
- **Прекратить инфузию сульфата магния, если:**
 - отсутствуют коленные рефлексy;
 - угнетение/остановка дыхания (подать кислород через маску/интубация);
 - остановка сердца (начать СРЛ)
- Антидот - 10% Кальция глюконат 10 мл в/в в течение 10



Критерии отмены магниальной терапии

1. Прекращение судорог.
2. Отсутствие признаков повышенной возбудимости ЦНС (гиперрефлексия, гипертонус).
3. Нормализация артериального давления (диастолическое АД 90 мм рт. ст.).
4. Нормализация диуреза (50 мл/час).

Бензодиазепины (диазепам, мидазолам),
барбитураты (тиопентал натрия) используются
исключительно как седация и
противосудорожная терапия при ИВЛ.

Возможно отрицательное воздействие на плод:

-артериальная гипотония;

-гипотермия;

-апноэ.

Алгоритм оказания помощи при приступе эклампсии

(лечение в случае судорожного припадка начинается на месте)

1. Срочная госпитализация в ОРИТ;
2. Уложить на левый бок для предотвращения аспирации желудочного содержимого и рвотных масс, освободить дыхательные пути;
3. При сохраненном дыхании – ротоглоточный воздуховод с ингаляцией кислорода;
4. При апноэ – вентиляция носо-лицевой маской с подачей 100% кислорода. Если судороги продолжаются/кома – миорелаксанты и ИВЛ;
5. Катетеризация периферической вены и сульфат магния (4 г на протяжении 5 минут внутривенно, затем поддерживающая терапия (1-2 г/час) при контроле АД и ЧСС);
6. При отсутствии эффекта – диазепам в/в медленно 10 мг;
7. Катетризация МП;
8. При эклампсическом статусе (> 30 минут) – все манипуляции под общей анестезией тиопенталом натрия.

3. Антигипертензивная терапия



- 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.

Тактика ведения пациенток

Тяжелая ПЭ

- 1) Антигипертензивная терапия проводится под постоянным контролем состояния плода, так как снижение плацентарного кровотока способствует прогрессированию функциональных нарушений у плода.
- 2) У пациенток с хронической АГ при присоединении ПЭ вероятность развития тяжелой АГ выше в сравнении с беременными, не имевшими исходно повышенного АД. В этой группе чаще применяется сочетанная антигипертензивная терапия с применением комбинаций из двух-трех препаратов. при этом: - Артериальное давление должно быть снижено при показателях систолического АД более 160 мм рт. ст. и диастолического более 110 мм рт. ст. –
- 3) Начальная антигипертензивная терапия в стационаре должна включать нифедипин в таблетках
- 4) Антигипертензивная терапия в отдельных клинических ситуациях может включать инфузию нитропруссид натрия
- 5) В послеродовом периоде может использоваться альфа2-адреноблокатор урапидил
- 6) Сульфат магния не рекомендован как антигипертензивное средство
- 7) Постоянное мониторирование состояния плода необходимо до стабилизации АД

Умеренная ПЭ без коморбидных заболеваний

- 1) Антигипертензивные препараты могут быть использованы для удержания систолического АД от 130 до 150 мм рт. ст. и диастолического АД 80-105 мм рт. ст. Выбор начального препарата основывается на характеристике пациента, противопоказаниях к препарату, предпочтениях врача и пациента.
- 2) Основными лекарственными средствами (ЛС), используемыми в настоящее время для лечения АГ в период беременности, являются: - Метилдопа, антигипертензивный препарат центрального действия, альфа2-адреномиметик (препарат первой линии); - Нифедипин, блокатор кальциевых каналов, (препарат второй линии); В-адреноблокаторы: метопролол

Умеренная ПЭ с коморбидными заболеваниями

- 1) Для женщин с коморбидными состояниями (сахарный диабет, заболевания почек и т.д.) антигипертензивная терапия должна удерживать систолическое АД < 140 мм рт. ст., диастолическое < 90 мм рт. ст.). Начальная терапия не отличается от пациенток без коморбидных заболеваний

Обратите внимание!

1. При беременности противопоказаны:
 - 1) Ингибиторы АПФ
 - 2) Антагонисты рецепторов ангиотензина II
 - 3) Спиринолактон
 - 4) антагонисты кальция дилтиазем и фелодипин
2. При беременности не рекомендованы:
 - 1) Атенолол
 - 2) празозин

Препараты для быстрого снижения уровня АД при тяжелой АГ

Препарат	Дозы, способ применения	Время наступления гипотензивного эффекта	Примечание
Нифедипин	5-10 мг в табл., внутрь в/в, инфузионно, в течение, примерно, 4-8 ч (со скоростью 6,3-12,5 мл/ч, что соответствует 0,63-1,25 мг/ч). Максимальная доза препарата, вводимого в течение 24 ч, не должна превышать 150-300 мл (что соответствует 15-30 мг/сут).	30-45 мин, повторить через 30 мин	Не рекомендовано сублингвальное применение! Возможна тахикардия у матери. С осторожностью применять одновременно с сульфатом магния
Клонидин	0,075-0,15 мг внутрь. Максимальная разовая доза - 0,15 (суточная - до 300 мкг/сутки). Возможно в/в введение	2-15 мин	Недопустимо применение на ранних сроках, может вызывать эмбриопатию. Противопоказан при синдроме слабости синусового узла, АВ-блокаде, брадикардии у плода

Нитропруссид натрия	В/в капельно, начальная доза - 0,3 мкг/кг/мин, обычная - 3,0 мкг/кг/мин максимальная доза для взрослых - до 10 мкг/кг/мин (не более 10 минут)	2-5 мин	Используется редко, в том случае, если нет эффекта от вышеперечисленных средств и/или есть признаки гипертонической энцефалопатии. Эффект отравления плода цианидом и развитие преходящей брадикардии у плода может наступить при использовании в течение более 4 часов
---------------------	---	---------	---

- **NB!** При любом исходном уровне артериального давления его снижение должно быть плавным - на 10-20 мм рт. ст. в течение каждых 20 мин

Инфузионная терапия

- Не является базовой в лечении ПЭ и Э;
- В/в и пероральное введение жидкости ограничить для предупреждения отека легких у беременной;
- Проводится только при наличии кровопотери, рвоты или диареи.

Трансфузионная терапия

- При оказании неотложной помощи пациенткам этой категории необходима готовность обеспечить хирургический, местный и консервативный гемостаз, интенсивную терапию массивной кровопотери (компоненты крови, факторы свертывания крови, возможность аппаратной реинфузии крови)