

# Гипертензивные состояния при беременности

# Гипертензивные состояния

- Ранее существовавшая (хроническая) артериальная гипертензия
- Гестационная (вызванная беременностью) артериальная гипертензия
- Преэклампсия
- Эклампсия

# Критерии артериальной гипертензии

- Артериальная гипертензия
  - систолическое давление  $\geq 140$  мм.рт.ст.
  - И/ИЛИ**
  - диастолическое давление (V тон Короткова)  $\geq 90$  мм.рт.ст.
- Тяжёлая артериальная гипертензия
  - диастолическое давление  $\geq 110$  мм.рт.ст. при двукратном измерении
  - ИЛИ**
  - систолическое давление  $\geq 170$  мм.рт.ст. при двукратном измерении

# Хроническая артериальная гипертензия

- Хроническая гипертензия является основным predisposing фактором преэклампсии
- У большинства женщин с хронической гипертензией, у которых НЕ развилась преэклампсия, исходы беременности будут нормальными
- Лечение направлено на предотвращение развития тяжёлой гипертензии
- Антигипертензивная терапия должна быть назначена в соответствии с уровнем артериального давления
- Предпочтительно амбулаторное лечение

# Гестационная гипертензия

- Гипертензия, возникшая после 20-й недели беременности без каких-либо признаков полиорганных нарушений и которая проходит в течение 3-х месяцев после родов
- Если к гестационной гипертензии присоединилась протеинурия, необходима госпитализация для проведения оценки и тщательного наблюдения

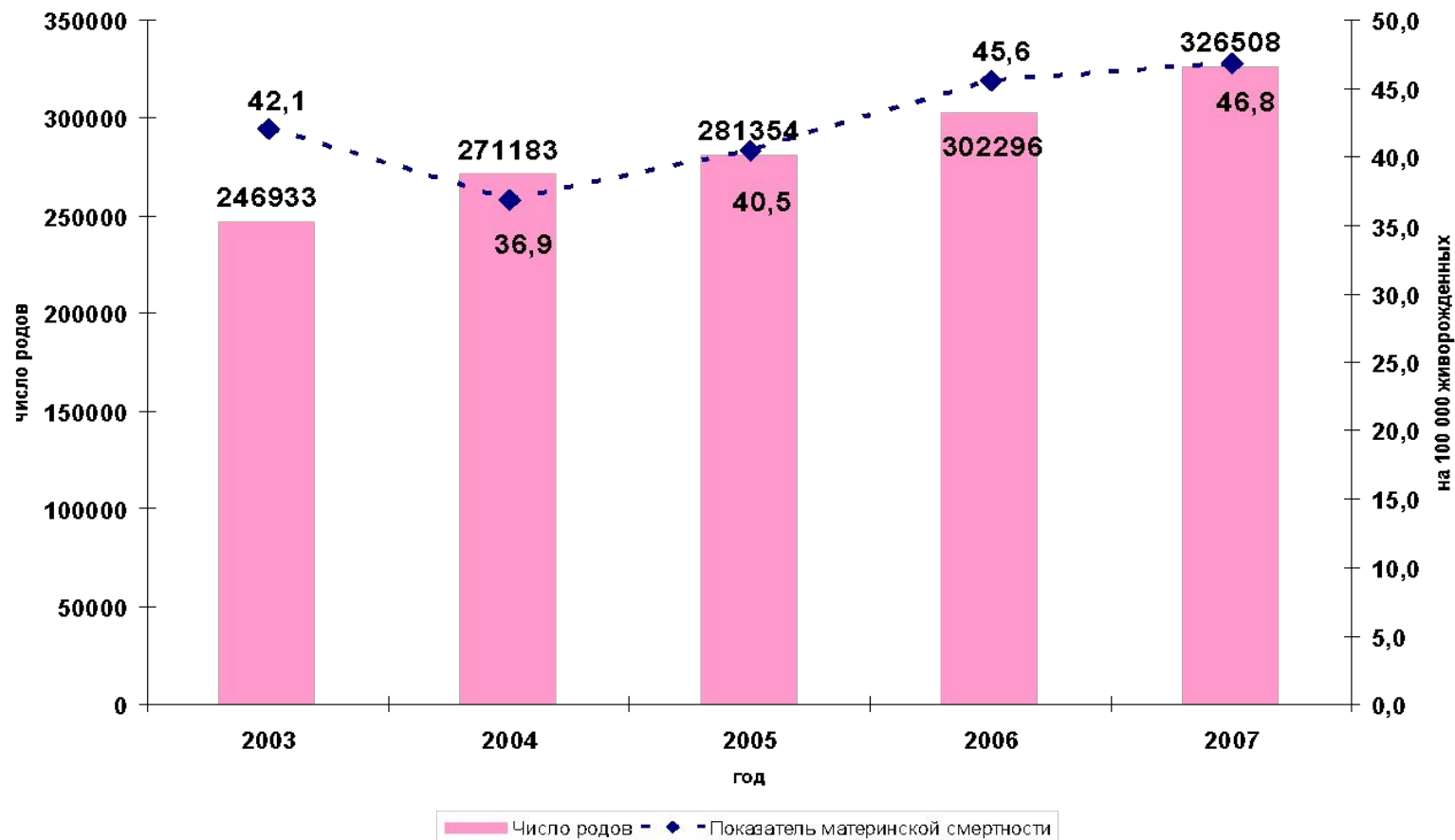
# Преэклампсия

- это полисистемный синдром, который обычно проявляется повышением АД и протеинурией

# Преэклампсия

- Развивается у 3% всех беременных
- Является причиной смерти 100 000 женщин ежегодно во всём мире
- Одна из трёх основных причин материнской смертности
- В 25% случаев сопровождается рождением детей с низкой массой тела (<1500 г) и в 15% случаев - преждевременными родами
- Последствия для матери – эклампсия, почечная и печёночная недостаточность, отёк лёгких, внутричерепные кровоизлияния и др

# Динамика Показателя материнской смертности в РК (2003-2007)

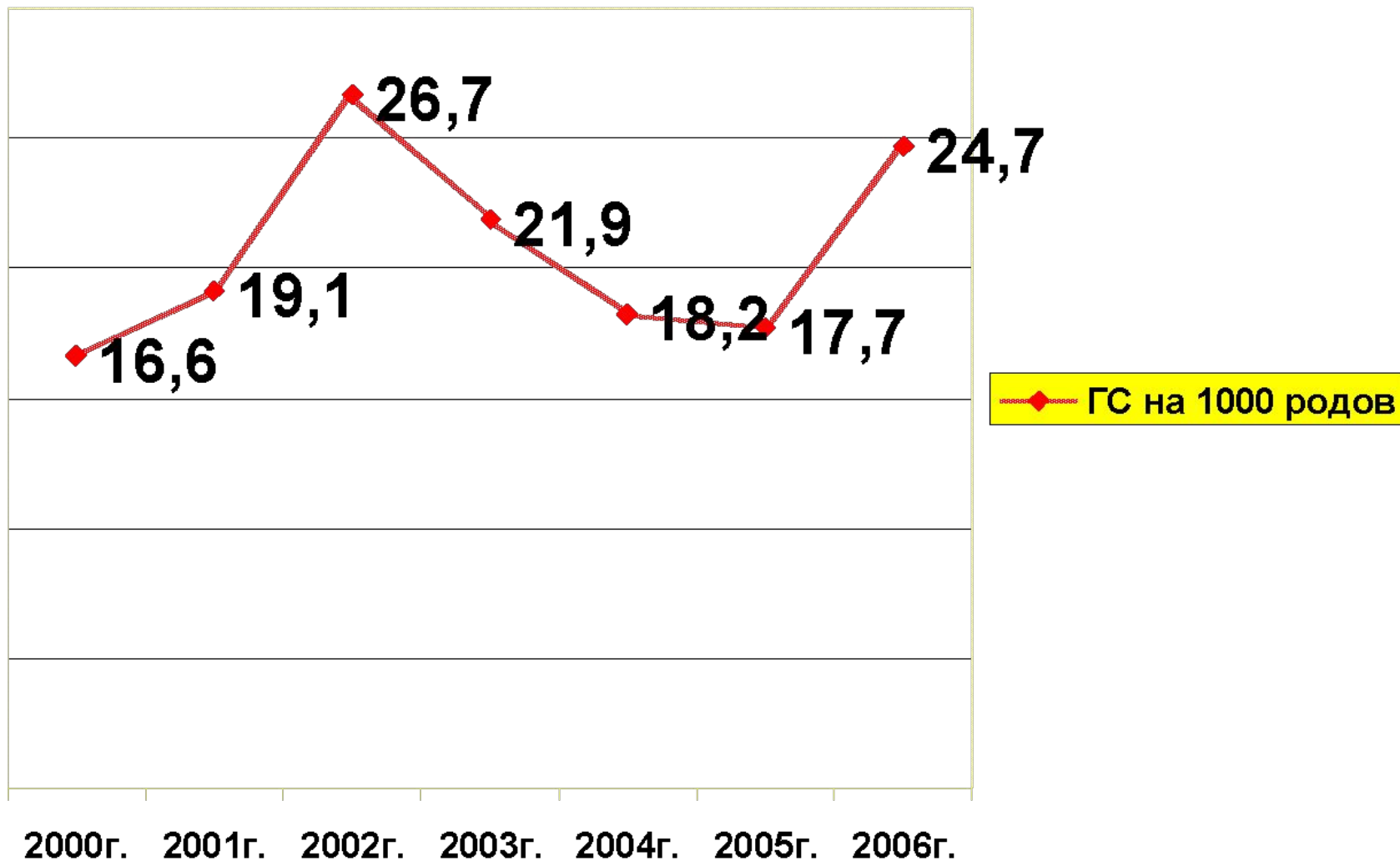




## Число гипертензивных состояний в МС



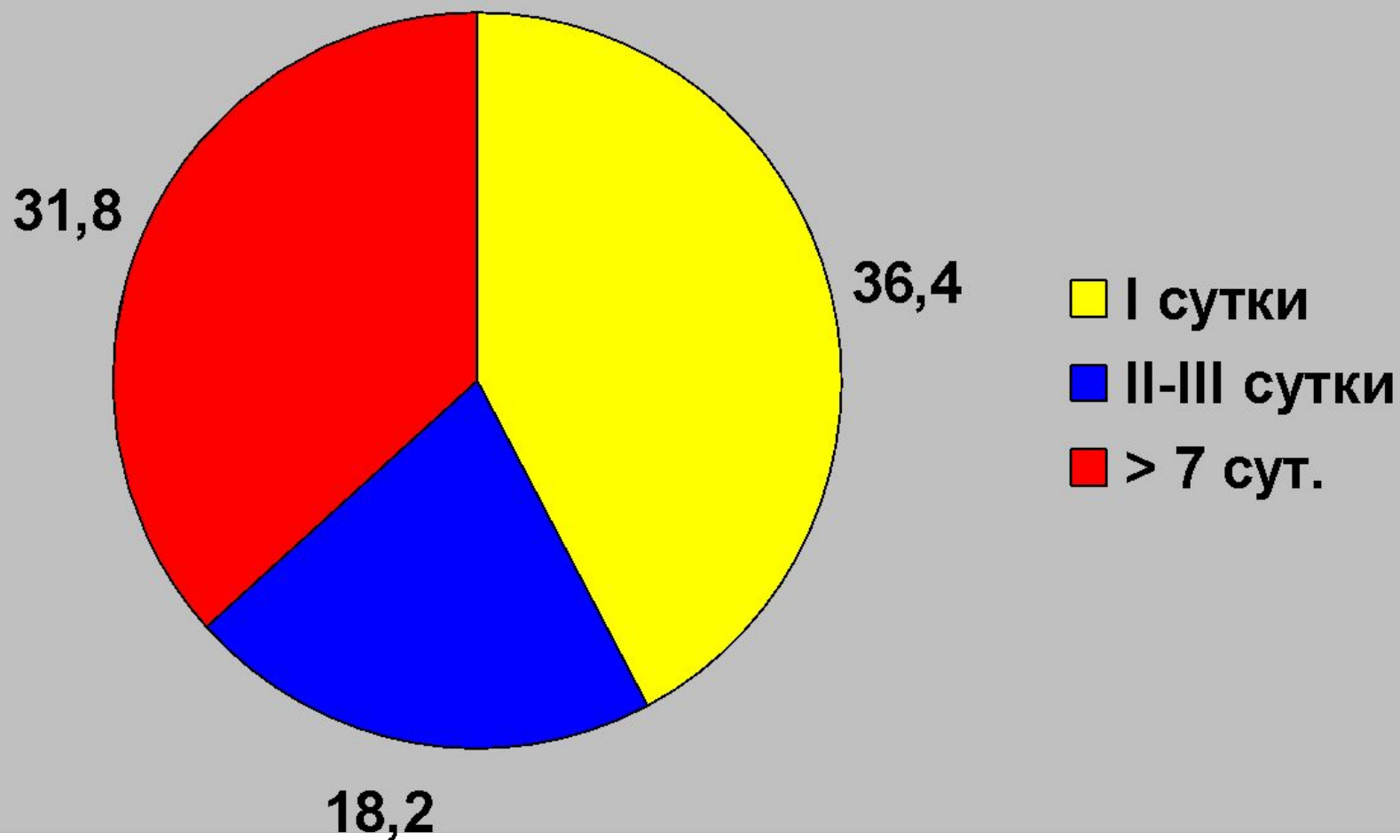
# Частота ГС на 1000 родов



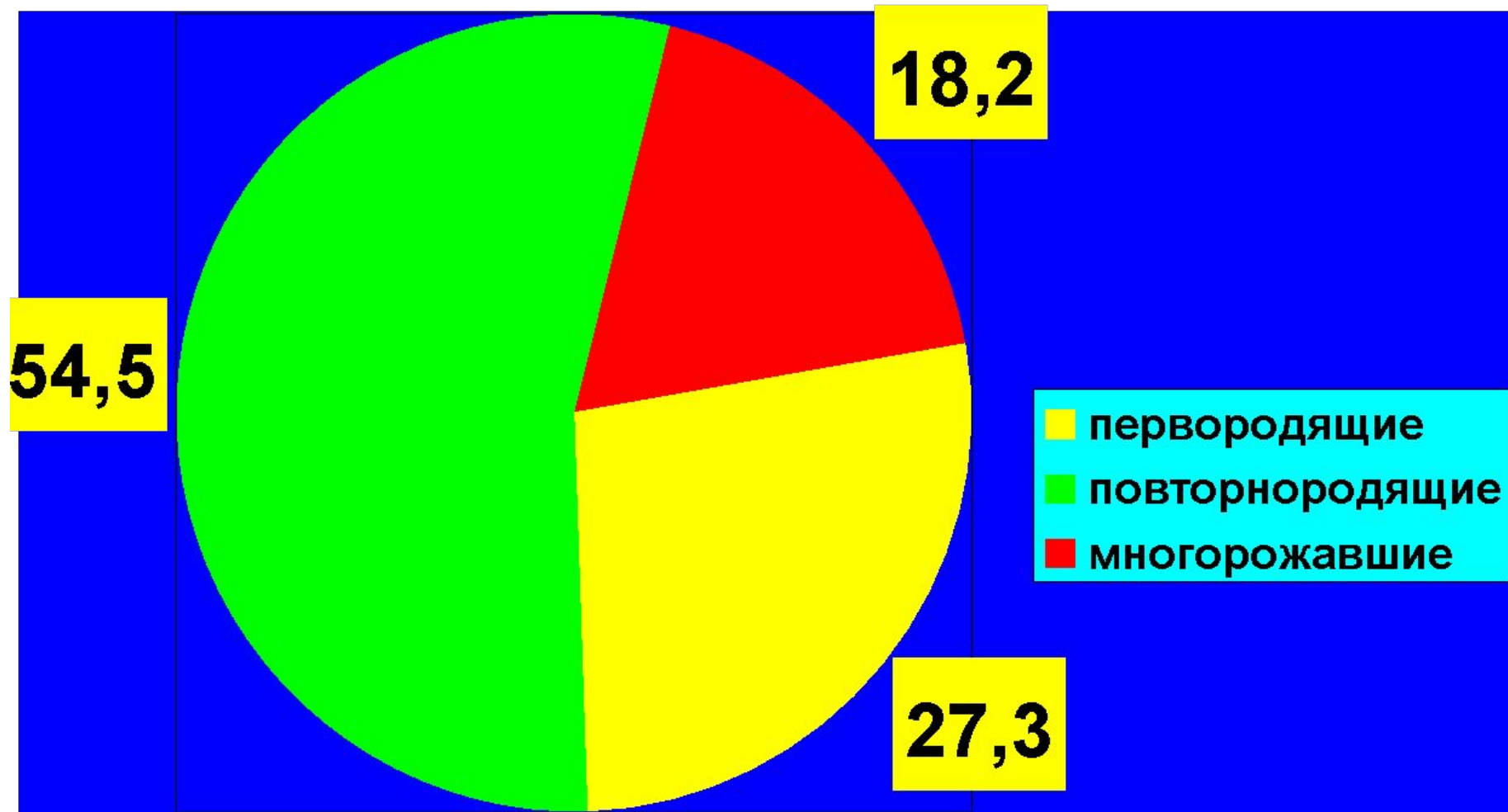
# Показатель МС от гипертензивных состояний

	2000г	2004г	2005 г.	2006 г.
<b>Показатель МС от гипертензив- ных состояний</b>	<b>8,2</b>	<b>6,3</b>	<b>7,8</b>	<b>4,6</b>

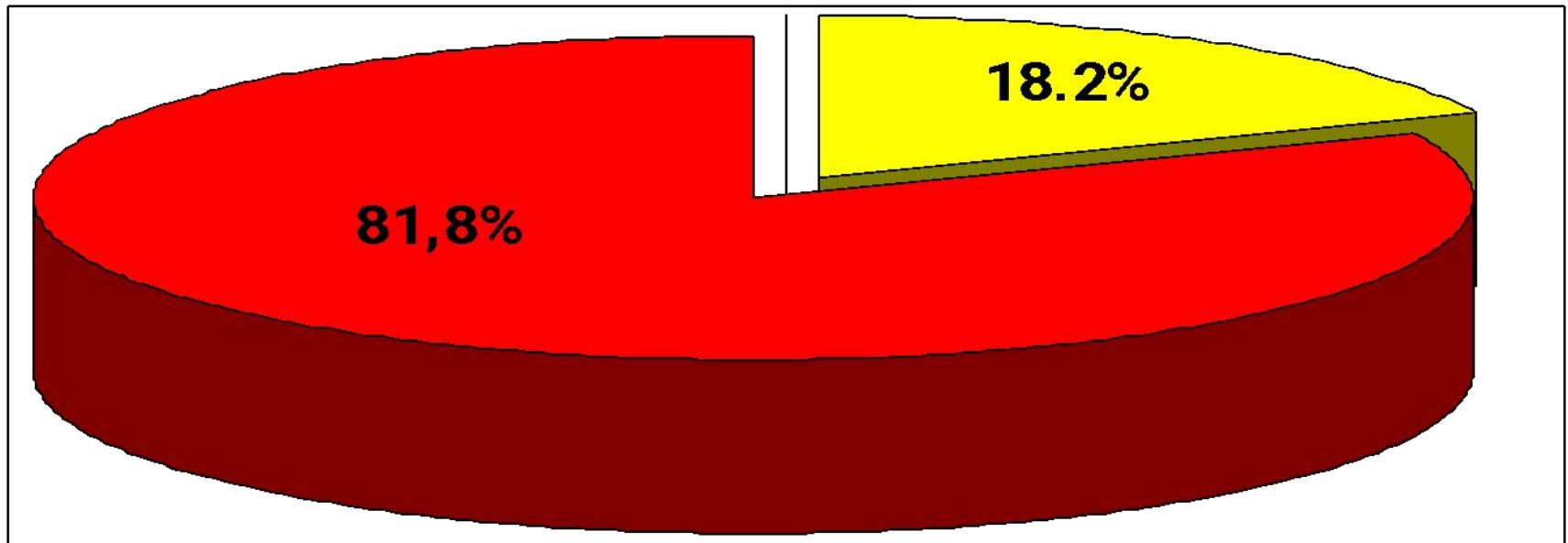
# Летальность по времени



# По паритету

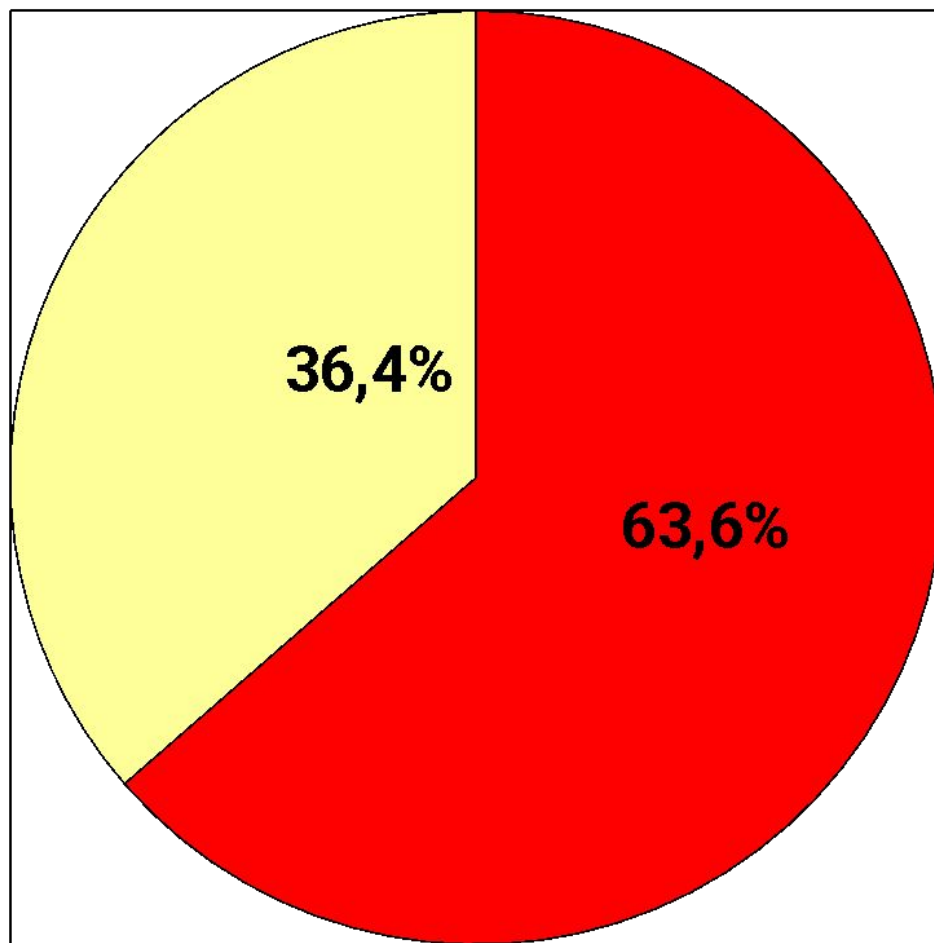


# Распределение по месту жительства



■ Город ■ Село

# Распределение по состоянию при поступлении



- поступили в тяжелом и крайне тяжелом состоянии
- находились в удовлетворительном состоянии

# Объем помощи

<b>Объем помощи</b>	<b>%</b>
Без лечения	17,0
Запоздалое	60,0
ИТ (неадекватная)	48,0
Магнезиальная терапия (неадекватная)	88,0
МТ + гипотензивная (неадекватная)	65,0
Ятрогенные осложнения	43,0



# Длительность лечения

Длительность лечения	%
<b>1-3 сут.</b>	<b>7,5%</b>
<b>до 10 сут.</b>	<b>6,0%</b>
<b>от 11 до 21 сут.</b>	<b>20,0%</b>
<b>до 30 дней</b>	<b>39,7%</b>
<b>&gt; 30 дней</b>	<b>26,8%</b>

# Преэклампсия легкая

- Гипертензия, вызванная беременностью, без значительной протеинурии
- АД  $\geq 140/90$  мм.рт.ст., дважды с интервалом в 4 часа
- Отеки могут быть
- Протеинурия более 300 мг за 24 часа

# Преэклампсия легкая

- Общий анализ крови (+ тромбоциты, время свертывания, гематокрит) 1 раз в 7 дней
- Общий анализ мочи 1 раз в 7 дней
- Белок в суточной моче 1 раз в 3 дня
- Биохимия (общий белок, креатинин, мочеви́на, сахар, билирубин, АЛТ, АСТ) 1 раз в 7 дней
- Коагулограмма 1 раз в 7 дней
- КТГ плода с 32 недель 1 раз в 7 дней
- УЗИ + доплерометрия 1 раз в 7 дней
- Мазок на флору однократно

# Преэклампсия легкая

- Допегит (метилдопа) от 250 мг до 750 мг в сутки
- Эгилек (метопролол + бетта-блокатор) от 50 мг до 200 мг в сутки
- Индивидуальный лист наблюдения
- менее 37 недель – наблюдение + лечение
- более 37 недель – родоразрешение

# Тяжелая преэклампсия

- АД  $\geq 160/110$  мм.рт.ст.
- Отеки лица и рук – могут быть;
- Протеинурия – более 0,3 г/л
- Любая форма гипертензии + один из ухудшающих симптомов:
  - Церебральные симптомы (головная боль, расстройство зрения);
  - Олигурия (менее 30 мл/час, либо менее 400 мл мочи за 24 часа);
  - Боль в эпигастральной области;
  - Рвота;
  - Обширные отеки (особенно внезапно появившиеся);
  - Количество тромбоцитов менее 100 тыс.  $\times 10^9$  /л;
  - Нарушение функции печени;
  - Отек легких;
  - ЗВУР плода

# Тяжелая преэклампсия

- Общий анализ крови 1 раз в 3 дня
- Тромбоциты, время свертывания ежедневно
- Общий анализ мочи 1 раз в сутки
- Белок в суточной моче 1 раз в сутки
- Биохимия 1 раз в сутки
- Коагулограмма 1 раз в сутки
- КТГ плода 1 раз в сутки УЗИ + доплерометрия 1 раз в сутки
- Мазок на флору 1 раз в сутки

# Тяжелая преэклампсия

## Магнезиальная терапия-профилактика судорог

- **Стартовая доза**

**Сульфат магния 25%-20 мл в течении 20 минут или в 200,0 мл R-L по 40-45 капель в 1 минуту.**

- **Поддерживающая доза**

**Сульфат магния 25%-8,0 (12,0) на 200,0 мл R-L (1-2 грамма) по достижении эффекта – доведения диастолического давления до 90 мм.рт.ст.**

# Тяжелая преэклампсия

- **Признаки передозировки сульфата магния:**
  - ЧД менее 16 в минуту
  - Олигурия (менее 30 мл. в час, на протяжении последних 4-х часов)
  - Отсутствие коленных рефлексов
- **При передозировке:**
  - - отключить Mg SO<sub>4</sub>
  - - ввести глюконат кальция 10%-10,0 в/в
- **Критерии отмены Mg SO<sub>4</sub>:**
- **После родоразрешения через 24 - 48 часов:**
  - - прекращение судорог;
  - - отсутствие признаков повышенной возбудимости;
  - - нормализация АД (диастолическое не выше 90 мм.рт.ст.);
  - - нормализация диуреза (50 мл/час)



# Тяжелая преэклампсия

- **Нифедипин** 10 мг – сублингвально, через 30 минут повторить, максимальная суточная доза 120 мг.
- **Метилдопа (допегит)** от 250 мг до 750 мг в сутки.
- **Метопролол (эгилок)** – от 50 мг до 200 мг в сутки.
- **Диазепам** 10 мг в/венно по показаниям.
- **Инфузионная терапия** – 85 мл в час под контролем диуреза – 50 мл/час (преимущественно кристаллоиды в соотношении 3:1)

# Тяжелая преэклампсия

- Менее 34 недель беременности –  
дексаметазон 6 мг в/м через 12 часов  
№4

родоразрешение в течении 24-48 часов

- Более 34-х недель беременности –  
родоразрешение с учетом готовности  
родовых путей в течении 24 часов

# ЭКЛАМПСИЯ

- Является одной из ведущих причин перинатальной заболеваемости - 640-780‰ и смертности – 18-30‰ (Милованов А.П., 2003 г.)
- В структуре материнской смертности частота гестозов составляет 20-25% (Гусев Е.И., 2001 г., Макацария А.Д., 2001 г.)

# Эклампсия

- Судороги
- Диастолическое давление от 90 мм.рт.ст. и более
- Протеинурия от 1г/л и более
- Кома

# Мероприятия первой помощи

- Уложить на левый бок (при необходимости использовать роторасширитель, языкодержатель)
- Обеспечить подачу кислорода
- Защитить от повреждений, но не удерживать активно
- Сразу после приступа - установить систему для в/в вливаний

# Мероприятия первой помощи

- После приступа немедленно ввести сульфат магния 25%-20 мл в/в за 15-20 минут, очень медленно
- При повторе судорог – ввести сульфат магния 25%-8,0 мл
- Диазепам 10 мг в/в медленно в течении 2 минут
- Инфузионная терапия – физиологический раствор 1000,0 мл в течении 6-8 часов (со скоростью 3мл/мин)

# Лечение

- **Индивидуальный пост** в ПИТ.
- **Сульфат магния** – поддерживающая доза – 25,0%-8,0 (12,0) на 200,0 мл R-L по достижении эффекта – доведения диастолического давления до 90 мм.рт.ст. и стабилизации состояния.
- **Нитропруссид натрия** – по показаниям - если диастолическое давление  $>110$  мм.рт.ст. 0,25 мкг/кг/мин в/в, до 0,5 мкг/кг каждые 5 минут до достижения дозы 5 мкг/кг. Продолжительность применения не более 4-х часов. Диастолическое давление не ниже 90 мм.рт.ст.

## **Критерии для перевода на самостоятельное дыхание:**

- полное восстановление сознания;**
- отсутствие судорог и судорожной готовности без применения ПСП;**
- прекращение действия препаратов, угнетающих дыхание;**
- возможность самостоятельно удерживать голову не менее 5 с.;**
- стабильное и управляемое состояние гемодинамики**



# Обследование:

- Общий анализ крови + гематокрит, тромбоциты, время свертывания крови
- Общий анализ мочи;
- Белок в суточной моче;
- Биохимия;
- Коагулограмма;
- КТГ + УЗИ + доплерометрия;
- Глазное дно

## Тактика ведения:

- **Родоразрешение после стабилизации состояния в течении 12 -24 часов с учетом готовности родовых путей.**

# **Укладка при преэклампсии (тяжелой), эклампсии.**

- **роторасширитель**
- **языкодержатель**
- **катетеры внутривенные (16, 18) № 2**
- **разовая система № 2**
- **MgSO<sub>4</sub> 25% - 20 мл**
- **раствор физиологический (Рингера) по 200,0 № 2**
- **нифедипин – 1 уп.**
- **жгут**

# Укладку иметь в:

- Приемном покое
- Род.блоке
- Отд. патологии
- Послеродовом отделении
- Поликлинике

