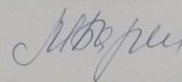


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой д.м.н., профессор



Базина М.И

РЕФЕРАТ

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

Выполнила:

клинический ординатор

Зубцова Ю.О.

Красноярск, 2018.

Рецензия

на реферат по дисциплине «акушерство и гинекология»
клинического ординатора Зубцовой Ю.О. на тему: «Гипертензивные расстройства во время
беременности, в родах и послеродовом периоде»
от 2018 года

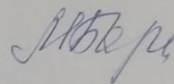
В реферате Зубцовой Ю.О. раскрыты все актуальные аспекты, касающиеся данной проблемы. Автором было проанализировано большое число факторов риска, классификация, этиологичность данной проблемы. Рассмотрена клиническая картина, приведены основные методы диагностики. Большое внимание уделено методам лечения данной проблемы.

Работа характеризуется высокой теоретической и практической значимостью. Реферат написан хорошим научным языком, полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ.

Выводы, сформулированные на основе анализа материала, обоснованны, обладают важным теоретическим значением. Текст логичен, последователен. Содержание работы соответствует заявленной теме. Замечаний к оформлению нет.

Учитывая достоинства и недостатки, реферат Зубцовой Ю.О. на тему «Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде» заслуживает оценки «отлично».

Проверила: Базина М.И.



Содержание

1. Введение
2. Определения, классификация
3. Прогнозирование риска развития преэклампсии
4. Критерии диагностики преэклампсии
5. Классификация степени повышения уровня АД у беременных.
6. Клинические проявления и диагностика
7. Профилактика преэклампсии
8. Лечебная тактика при гипертензивных расстройствах у беременных (преэклампсии и эклампсии)
9. Базовая терапия преэклампсии
10. Заключение
11. Список используемой литературы

1. Введение

Гипертензивные расстройства во время беременности встречаются с частотой около 10% беременностей; частота преэклампсии составляет 2-8% . По данным ВОЗ, гипертензивные расстройства при беременности в 2014 году занимали 2-е место в структуре материнской смертности в мире, составив 14% .

Частота артериальной гипертензии (АГ) среди беременных в Российской Федерации составляет 5-30%. По данным Минздрава России, в течение последнего десятилетия гипертензивные осложнения при беременности занимают 4 место в списке причин материнской смертности и в 2014 году составили 15,7% в структуре материнских потерь.

Кроме того, они являются причиной тяжелой заболеваемости, инвалидизации матерей и их детей. Вместе с тем, при надлежащем междисциплинарном менеджменте большинство случаев неблагоприятных исходов являются предотвратимыми.

2. Определения

Хроническая артериальная гипертензия - регистрируется либо до беременности, либо до 20 недель беременности. Она может быть первичной или вторичной этиологии.

Гестационная артериальная гипертензия - артериальная гипертензия, установленная после 20 недель беременности, без значительной протеинурии.

Преэклампсия - артериальная гипертензия, установленная после 20 недель беременности, со значительной протеинурией. Преэклампсия (ПЭ) - мультисистемное патологическое состояние, возникающее во второй половине беременности (после 20-й недели), характеризующееся артериальной гипертензией в сочетании с протеинурией (0,3 г/л в суточной моче), нередко, отеками, и проявлениями поли органной/полисистемной дисфункции/недостаточности.

Значительная протеинурия определяется как потеря белка 0,3 г/л в суточной моче.

Тяжелая преэклампсия - преэклампсия с тяжелой артериальной гипертензией и/или клиническими и/или биохимическими и/или гематологическими проявлениями.

Тяжелые осложнения ПЭ:

1. эклампсия;
2. HELLP-синдром (гематома или разрыв печени);
3. острая почечная недостаточность;
4. отек легких;
5. инсульт;
6. инфаркт миокарда;
7. отслойка плаценты;
8. антенатальная гибель плода;
9. отек, кровоизлияние и отслойка сетчатки.

HELLP-синдром - внутрисосудистый гемолиз, повышение уровня трансаминаз, снижение количества тромбоцитов.

Эклампсия - это приступ судорог или серия судорожных приступов на фоне преэклампсии при отсутствии других причин.

Эклампсия развивается на фоне преэклампсии любой степени тяжести, а не является проявлением максимальной тяжести преэклампсии. В 30% случаев эклампсия развивается внезапно без предшествующей преэклампсии.

Преэклампсия/эклампсия на фоне ХАГ диагностируется у беременных с хронической АГ в случаях:

1. Регистрации впервые после 20 недель протеинурии (0,3 г белка и более в суточной моче) или заметного увеличения ранее имевшейся протеинурии;
2. Прогрессирования и/или нестабильности АГ (при постоянном контроле АД до 20 недели беременности);
3. Появления после 20 недель признаков полиорганной недостаточности.

Клиническая классификация гипертензивных расстройств во время беременности

- Преэклампсия и эклампсия.
- Преэклампсия и эклампсия на фоне хронической артериальной гипертензии.
- Гестационная (индуцированная беременностью) артериальная гипертензия.
- Хроническая артериальная гипертензия (существовавшая до беременности).
- Гипертоническая болезнь.
- Вторичная (симптоматическая) артериальная гипертензия

3. Прогнозирование риска развития преэклампсии

Предикторы ПЭ в ранние сроки беременности

На сегодняшний день не существует ни одного теста, с достаточными чувствительностью и специфичностью обеспечивающего раннюю диагностику и выявление риска развития ПЭ.

Всем женщинам при планировании и в течение беременности должна проводиться оценка факторов риска ПЭ.

Факторы риска преэклампсии:

- Преэклампсия в анамнезе.
- Раннее начало преэклампсии и преждевременные роды в сроке менее 34 недель в анамнезе.
- Преэклампсия больше чем в одной предшествующей беременности.
- Хронические заболевания почек.
- Аутоиммунные заболевания: системная красная волчанка, антифосфолипидный синдром.
- Наследственная тромбофилия.
- Сахарный диабет 1 или 2 типа.
- Хроническая гипертония.
- Первая беременность.
- Интервал между беременностями более 10 лет.
- Новый партнер.

- Вспомогательные репродуктивные технологии.
- Семейная история преэклампсии (мать или сестра).
- Чрезмерная прибавка веса во время беременности.
- Инфекции во время беременности. - Многократные беременности.
- Возраст 40 лет или более.
- Этническая принадлежность: скандинавский, чернокожий, южноазиатский или тихоокеанский регион.
- Индекс массы тела 35 кг/м² или более при первом посещении.
- Систолическое АД более 130 мм рт. ст. или диастолическое АД более 80 мм рт. ст.
- Увеличенный уровень триглицеридов перед беременностью.
- Семейная история сердечно-сосудистых заболеваний.
- Низкий социально-экономический статус.
- Прием кокаина, метамфетамина.

4. Критерии диагностики преэклампсии

Критериями диагностики АГ являются:

Систолическое АД 140 мм рт. ст. и/или диастолическое АД 90 мм рт. ст., определенное как среднее в результате, как минимум, 2-х измерений, проведенных на одной руке через 15 минут.

Артериальная гипертензия "белого халата" определяется, когда при офисной регистрации систолического АД 140 мм рт. ст. и/или диастолического АД 90 мм рт. ст., при измерении АД дома < 135 мм рт. ст. (систолическое) или < 85 мм рт. ст. (диастолическое).

Скрытая артериальная гипертензия определяется, когда при офисном измерении регистрируются нормальные показатели АД (систолическое < 140 мм рт. ст., диастолическое < 90 мм рт. ст.), но при измерении дома регистрируется АД систолическое 135 мм рт. ст., диастолическое 85 мм рт. ст.).

5. Классификация степени повышения уровня АД у беременных.

- Нормальное АД < 140 и < 90
- Умеренная АГ 140-159 и/или 90-109
- Тяжелая АГ 160 и/или 110

В сомнительной ситуации желательно проведение суточного мониторирования АД (СМАД). При регистрации ДАД более 110 мм рт. ст. - достаточно однократного измерения.

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+" .

- Выраженная протеинурия - это уровень белка >5 г/24 ч или > 3 г/л в двух порциях мочи, взятых с интервалом в 6 часов, или значение "3+" по тест-полоске.

N.B.! При наличии симптомов критического состояния (тяжелая АГ, тромбоцитопения, церебральная, почечная, печеночная дисфункция, отек легких) наличие протеинурии необязательно для постановки диагноза "Тяжелая преэклампсия". Для оценки истинного уровня протеинурии необходимо исключить наличие инфекции мочевыделительной системы.

Отеки - в настоящее время не являются диагностическим признаком ПЭ, и, в подавляющем большинстве случаев, не отражают степень тяжести. Однако внезапно появившиеся, резко нарастающие генерализованные отеки должны рассматриваться как продром или проявление тяжелой преэклампсии.

6. Клинические проявления и диагностика

Со стороны центральной нервной системы: - головная боль, фотофобия, парестезии, фибрилляции, судороги.

Со стороны сердечно-сосудистой системы: - артериальная гипертензия, сердечная недостаточность, гиповолемия.

Со стороны мочевыделительной системы: - олигурия, анурия, протеинурия.

Со стороны желудочно-кишечного тракта: - боли в эпигастриальной области, изжога, тошнота, рвота.

Со стороны системы крови: - тромбоцитопения, нарушения гемостаза, гемолитическая анемия.

Со стороны плода: - задержка внутриутробного роста, внутриутробная гипоксия, антенатальная гибель.

Выделяют умеренную ПЭ (О14.0) и тяжелую ПЭ (О14.1).

Определение степени тяжести ПЭ представляет собой комплексную клинико-лабораторную оценку и для диагноза "Умеренная преэклампсия" необходимо исключить признаки тяжелой преэклампсии.

Критерии тяжелой ПЭ:

- Тяжелая гипертензия (с цифрами ДАД более или равно 110 мм рт. ст., САД более или равно 160 мм рт. ст.).

- Уровень суточной протеинурии превышает 5 г/л. Протеинурия 5,0 г/л в 24 час пробе мочи или > 3 г/л в двух порциях мочи, взятой с интервалом в 6 часов, или значение "3+" по тест-полоске.

NB! Диагноз тяжелой преэклампсии устанавливается при наличии преэклампсии и одного или более критериев тяжелой преэклампсии.

-HELLP (ELLP)-синдром;

- устойчивые головные боли, рвота или другие церебральные или зрительные расстройства;

- нарушение функции почек (олигурия < 500 мл/сут, повышение уровня креатинина);

- острое повреждение легких/острый респираторный дистресс-синдром, отек легких;

- отек диска зрительного нерва;
- нарушение функции печени (повышение ферментов АлАТ, АсАТ, ЛДГ);
- боли в эпигастрии/правом верхнем квадранте живота (перерастяжение капсулы печени, интестинальная ишемия вследствие нарушения кровообращения);

- тромбоцитопения и/или ее прогрессирование;
- внезапно появившиеся, нарастающие отеки на руках, ногах или лице;
- подтверждение страдания плода (синдром ЗРП, маловодие, отрицательный нестрессовый тест). При исключении признаков тяжелой ПЭ устанавливается диагноз "Умеренная преэклампсия" при наличии следующих критериев:

- Артериальная гипертензия: САД 140-159 мм рт. ст. или ДАД 90-109 мм рт. ст., возникшие при сроке беременности > 20 недель у женщины с нормальным АД в анамнезе.

- Протеинурия более или равно 0,3 г/л белка в суточной пробе мочи.

NB! Появление и/или прогрессирование перечисленных выше симптомов на фоне любой формы артериальной гипертензии во время беременности (хроническая, гестационная) свидетельствует о присоединении преэклампсии и требует срочной переоценки тяжести состояния для решения вопроса о родоразрешении!

Симптомы и симптомокомплексы, появление которых указывает на развитие критической ситуации :

- Боль в груди.
- Одышка.
- Отек легких.
- Тромбоцитопения.
- Повышение уровня АЛТ, АСТ, ЛДГ.
- HELLP (ELLP)-синдром.
- Уровень креатинина более 90 мкмоль/л.
- Диастолическое АД более 110 мм рт. ст.
- Влагалищное антенатальное кровотечение (любой объем).
- Судороги (эклампсия).

Клинические формы эклампсии:

- Отдельные припадки.
- Серия судорожных припадков (эклампсический статус).

Кома.

Симптомы-предвестники эклампсии:

- головная боль, головокружение, общая слабость;
- нарушения зрения ("мелькание мушек", "пелена и туман", вплоть до потери зрения);
- боли в эпигастриальной области и правом подреберье;

- опоясывающие боли за счет кровоизлияния в корешки спинного мозга (симптом Ольсхаузена); - гиперрефлексия и клонус;
- расширение зрачков (симптом Цангмейстера).

Приступ эклампсии:

- мелкие фибриллярные подергивания мышц лица с дальнейшим распространением на верхние конечности (при эпилепсии не бывает);
- тонические сокращения всей скелетной мускулатуры (потеря сознания, апноэ, цианоз, прикус языка) продолжительностью до 30 сек;
- клонические судороги с распространением на нижние конечности;
- глубокий вдох, восстановление дыхания и сознания, амнезия.

Судороги могут возникнуть во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

NB! До 44% случаев эклампсии возникают в послеродовом периоде, особенно при доношенной беременности.

Для оценки неврологического статуса у пациентки, находящейся на продленной ИВЛ, уже с первых часов после родоразрешения отменяются миорелаксанты, наркотические и седативные препараты и оценивается время восстановления сознания. Противосудорожный эффект обеспечивается в этих условиях назначением магния сульфата. Недопустимо планирование продленной ИВЛ на несколько суток в условиях глубокой седации, так как в этих условиях оценка состояния ЦНС без дополнительных методов исследования крайне затруднена.

Дополнительные лучевые методы диагностики

Показания для проведения компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии головного мозга:

- судорожный приступ, зафиксированный ранее 20-й недели беременности или в первые двое суток после родов;
- эклампсия, резистентная к терапии магния сульфатом при наличии грубой очаговой неврологической симптоматики;
- гемипарез; - кома, сохраняющаяся после отмены седативной терапии в течение 24 часов.

7. Профилактика преэклампсии

Низкие дозы аспирина не рекомендованы у первородящих с низким риском развития преэклампсии.

Беременным группы высокого риска развития ПЭ рекомендовано:

- Низкие дозы аспирина (75-162 мг в день), начиная с 12 нед. до родов, который улучшает глубину плацентации и кровоток в спиральных артериях матки.

NB! При назначении ацетилсалициловой кислоты (аспирина) необходимо письменное информированное согласие женщины, т.к. в соответствии с инструкцией по применению,

прием ацетилсалициловой кислоты противопоказан в первые 3 месяца и после 36 нед беременности.

8. Лечебная тактика при гипертензивных расстройствах у беременных (преэклампсии и эклампсии)

NB! У пациентки с клиникой тяжелой преэклампсии до родоразрешения основной задачей является стабилизация состояния, профилактика развития эклампсии, однако оптимальной профилактикой других осложнений (HELLP-синдром, преждевременная отслойка плаценты, ДВС-синдром) является только своевременное родоразрешение.

Для подготовки к родоразрешению пациентка должна находиться в отделении анестезиологии и реанимации (палате интенсивной терапии), курироваться акушером-гинекологом и анестезиологом-реаниматологом совместно.

Этапность оказания медицинской помощи при тяжелой преэклампсии/эклампсии определяется клиническими рекомендациями (протоколом лечения) "Организация медицинской эвакуации беременных женщин, рожениц и родильниц при неотложных состояниях", утвержденными МЗ РФ 02 октября 2015 года N 15-4/10/2-5802. При тяжелой ПЭ и ее осложненных формах показана госпитализация (перевод) в учреждение 3-й группы (уровня) на основании приказов региональных органов здравоохранения о маршрутизации беременных женщин группы риска и родильниц.

В случае возникновения критической ситуации в акушерских стационарах 1 и 2-уровней, ответственный врач сообщает о ней в региональный акушерский дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами. Вопрос о допустимости эвакуации и транспортабельности пациентки решается индивидуально, абсолютные противопоказания к транспортировке - кровотечение любой интенсивности. При решении вопроса об эвакуации пациентки в другой стационар необходимо исключить отслойку плаценты (УЗИ), как одного из смертельно опасных осложнений преэклампсии.

1. На догоспитальном этапе необходимо выполнить следующий объем медицинской помощи:

- Оценить тяжесть преэклампсии: АД, сознание, головная боль, судороги, одышка, боли в животе, кровотечение из родовых путей, сердцебиение плода.
- Обеспечить венозный доступ: катетеризированная периферическая вена.
- Ввести магния сульфат 25% 16 мл в/в медленно (за 10-15), затем 100 мл через шприцевой насос со скоростью 4 мл/час (1 г/ч в пересчете на сухое вещество).
- Инфузия: только магния сульфат 25% на 0,9% растворе хлорида натрия.
- При АД выше 140/90 мм рт. ст. - антигипертензивная терапия: метилдопа, нифедипин орально.
- При судорогах: обеспечение проходимости дыхательных путей.
- При отсутствии сознания и/или серии судорожных приступов
- перевод на ИВЛ в условиях анестезии тиопенталом натрия и тотальной миоплегией.

- При эвакуации пациентки с ПЭ/эклампсией линейной бригадой СМП, последняя должна оповестить акушерский стационар, куда эвакуируется больная.

2. В приемном покое

- Провести оценку тяжести преэклампсии: АД, сознание, головная боль, судороги, одышка, боли в животе, кровотечение из родовых путей, сердцебиение плода.

- Врач анестезиолог-реаниматолог в обязательном порядке вызывается в приемный покой и начинает оказывать медицинскую помощь при следующих состояниях: - развитие судорог (судороги в анамнезе); - отсутствие сознания; - повышение АД 160/110 мм рт. ст. и выше; - нарушение дыхания; - при рвоте; - при симптомах отслойки плаценты, кровотечении из родовых путей и геморрагическом шоке.

- Пациентка госпитализируется в ОРИТ.

3. Отделение интенсивной терапии

- Ведение пациентки с тяжелой ПЭ/эклампсией должно проводиться совместно акушером-гинекологом и анестезиологом-реаниматологом, с привлечением терапевта, и, по необходимости, других смежных специалистов в условиях отделения анестезиологии-реаниматологии.

NB! Венозный доступ - только периферическая вена. Катетеризация магистральных вен (подключичной) у пациенток с преэклампсией крайне опасна и может быть выполнена только при развитии осложнений - декомпенсированного шока и не должна выполняться для контроля ЦВД!

- Мониторинг основных функций

Со стороны матери: - Измерение АД: каждые 15 мин до достижения стабилизации, затем каждые 30 мин. В некоторых ситуациях, после всесторонней оценки возможен переход к менее частому измерению.

- Общий анализ крови. - Креатинин. - Печеночные ферменты (АЛТ, АСТ, ЛДГ). - Количество тромбоцитов, фибриноген, МНО, АПТВ. - Определение группы крови и резус фактора.

- Катетеризация мочевого пузыря и почасовой контроль диуреза. - Общий анализ мочи: суточная оценка (общий белок, креатинин).

Со стороны плода: - КТГ (продолжительно, до стабилизации АД; непрерывно, если в родах). Позволяет получить информацию о состоянии плода, но не дает информации в отношении прогноза.

- УЗИ (фетометрия, амниотический индекс, плацентометрия) и доплерометрия (артерии пуповины, средние мозговые артерии).

9. Базовая терапия преэклампсии

Базовая терапия преэклампсии включает следующие методы:

- Родоразрешение.

- Противосудорожная терапия магния сульфатом.

- Антигипертензивная терапия.

1. Базовая терапия: Родоразрешение. - 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.

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 $100 \times 10^9/\text{л}$ и прогрессирующее его снижение;

- нарушение состояния плода, зафиксированное по данным КТГ, УЗИ, выраженное маловодие.

Профилактика РДС плода - Кортикостероиды назначаются 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 (III-L).

ВВ! При оперативном родоразрешении путем операции кесарево сечение в сроке > 34 и 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.

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.
- Продолжить антигипертензивную и противосудорожную терапию (если проводилась ранее) в прежних дозировках. В дальнейшем - корректировка по показаниям.
- Обеспечить адекватное обезболивание родов (по показаниям - медикаментозное).

2. Базовая терапия:

Профилактика и лечение судорожных приступов

- Сульфат магния является препаратом первой линии для профилактики и лечения судорог при преэклампсии и эклампсии .
- Сульфат магния вводится в начальной дозе 4 г сухого вещества (16 мл 25% раствора) в течение 10-15 минут; затем по 1 г/час (4 мл/час 25% раствора (I-A) [12, 13 14, 15]. Указанные дозы сульфата магния менее токсичны для матери и при этом оказывают одинаковый клинический эффект в сравнении дозами, рекомендованными ранее: 6 г болюсом и 2 г/час [92-94].
- Бензодиазепины и фенитоин не должны использоваться для профилактики и лечения судорог кроме случаев противопоказания к введению сульфата магния и/или его неэффективности
- Магния сульфат превосходит бензодиазепины, фенитоин и нимодипин по эффективности профилактики эклампсии, не повышает частоту операций кесарева сечения, кровотечений, инфекционных заболеваний и депрессии новорожденных
- У женщин с предшествующей или гестационной гипертензией сульфат магния может быть введен с целью нейропротекции у плода в сроки менее или равно 31+6 недель, если роды предстоят в течение ближайших 24 часов
- При экстренных показаниях со стороны матери и/или плода не следует откладывать родоразрешение, для того, чтобы ввести сульфат магния с целью нейропротекции у плода
- В антенатальном периоде назначение сульфата магния должно сопровождаться непрерывным мониторингом ЧСС плода при помощи КТГ.
- Магния сульфат - противосудорожный препарат, а не антигипертензивный и его введение нельзя прерывать только на основании снижения артериального давления
- Магния сульфат - препарат неотложной помощи и его плановое применение во время беременности не предотвращает развития и прогрессирования преэклампсии.

3. Базовая терапия:

Антигипертензивная терапия
Возможности антигипертензивной терапии при ПЭ - В связи с тем, что развитие АГ при ПЭ обусловлено недостаточной перфузией плаценты, снижение системного АД не приводит к обратному развитию основного патологического процесса. Адекватная антигипертензивная терапия в период беременности должна способствовать максимальному снижению общего риска сердечно сосудистых и церебрально-сосудистых заболеваний в будущем. 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); - : метопролол.

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 (уровень доказательности рекомендаций).

10. Заключение

- Необходимость наблюдения в палате интенсивной терапии (минимум 24 часа).

- Ранняя нутритивная поддержка до 2000 ккал/сут (с первых часов после операции).

- Обеспечить контроль баланса жидкости.

- Проконсультировать пациентку перед выпиской об отдаленных последствиях ПЭ и режимах профилактики и наблюдения Профилактика ранней послеродовой эклампсии После родоразрешения инфузию магния сульфата следует проводить не менее 24 ч.

Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений проводится согласно протоколам АССР (2012), МЗ РФ (2014) [191], RCOG (2015) с использованием низкомолекулярных гепаринов.

Всем пациенткам проводится оценка факторов риска ВТЭО и назначается эластическая компрессия нижних конечностей.

При родоразрешении операцией кесарева сечения и наличии умеренного риска ВТЭО профилактика проводится в течение 7 дней, а при наличии высокого риска - 6 недель после родов. Введение профилактических доз низкомолекулярного гепарина проводится не ранее чем через 4-6 часов после самопроизвольных родов и через 8-12 часов после операции кесарева сечения.

11. Список используемой литературы

1. Клинические рекомендации (протокол лечения) ""Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия", утвержденные Минздравом России и РОАГ от 7 июня 2016 г. N 15-4/10/2-3482. - 32 с.
2. Основные показатели деятельности акушерско-гинекологической службы в Российской Федерации в 2015 году. Справочник Министерства здравоохранения Российской Федерации. Москва, 2016. - 33 с.
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2012 г. N 572н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)".
4. Алан Х. Де Черни, Лорен Натан. Акушерство и гинекология, т. 1. Москва, 2008. - 772 с.
5. National Clinical Practice Guideline the Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy. Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland and Directorate of Clinical Strategy and Programmes, Health Service Executive N 3. 2014.
6. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации 4-е издание переработанное и дополненное/Под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. - ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.
7. Гинекология: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 1080 с. - (Серия «Национальное руководство»).
8. Гинекология: учебник / Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, Л.Г. Сичинава, О.Б. Панина, М.А. Курцер.