

Приложение В. Информация для пациентов

Подъем артериального давления во время беременности. Что такое преэклампсия?

Преэклампсия – одно из наиболее распространенных осложнений беременности, оказывающее неблагоприятное воздействие как на мать, так и на будущего ребенка. Данное состояние встречается у 5-8% беременных женщин, диагностируется на основании подъема артериального давления (АД) и появления белка в моче. Именно поэтому при каждом дородовом визите к доктору у беременной женщины измеряется артериальное давление и оценивается моча на наличие белка.

В большинстве случаев преэклампсия протекает относительно легко, возникает ближе к доношенному сроку беременности и заканчивается благоприятными исходами. В то же время некоторые случаи преэклампсии прогрессируют или развиваются стремительно и могут быть крайне опасными для женщины и ее ребенка.

Что такое «токсемия»?

Во время визитов к врачу или в литературе Вы можете встретиться с другими терминами, определяющими подъем артериального давления во время беременности: токсемия, гестоз, ОПГ-гестоз (отеки, протеинурия, гипертензия) или гестационная гипертензия. Однако в настоящее время принято определение «преэклампсия».

Как преэклампсия связана с эклампсией или HELLP синдромом?

Эклампсия и HELLP-синдром - это клинические разновидности преэклампсии. Отличительным признаком эклампсии являются судороги, которые обычно возникают как позднее осложнение тяжелой преэклампсии. Однако судороги могут также развиваться и без каких-либо предшествующих признаков тяжелого заболевания.

HELLP-синдром является одной из наиболее тяжелых форм преэклампсии и возникает приблизительно у 15% пациенток с преэклампсией. Данное состояние иногда путают с простудой или проблемами в желчном пузыре. HELLP-синдром может приводить к су-

щественному повреждению печени у матери, распаду красных кровяных клеток (эритроцитов) и снижению содержания тромбоцитов.

Каковы причины преэклампсии? Можно ли ее предотвратить?

Причины преэклампсии остаются до конца не изученными, вследствие чего в настоящее время не существует надежного пути предотвращения этого состояния. Предложено множество теорий, которые описывают различные стратегии профилактики преэклампсии, но ни одна из них не является в полной мере успешной.

Использование аспирина, кальция и других терапевтических средств в некоторых ситуациях оказывает пользу, однако результаты проведенных исследований не позволяют рекомендовать их широкое применение. В то же время существует распространенное представление о том, что плацента играет ключевую роль в развитии преэклампсии, и что женщины с хронической гипертензией и другими факторами риска являются пред-расположенными к развитию преэклампсии. Важно знать тревожные симптомы, доверять своим ощущениям, регулярно посещать доктора и четко выполнять его рекомендации.

Когда развивается преэклампсия?

В большинстве случаев преэклампсия развивается после 20 недель беременности и обычно прекращается с рождением ребенка. Иногда преэклампсия продолжается в течение 6 недель после родов. Поэтому Вы должны внимательно наблюдать за симптомами даже после родов.

Преэклампсия может прогрессировать медленно. Но иногда она наступает внезапно. Обычно это происходит в тех случаях, когда женщина не придает должного значения проявлениям и симптомам заболевания, вследствие чего на протяжении длительного времени они остаются нераспознанными.

Среди факторов риска у недоношенных детей – незрелость легких и многие другие потенциальные проблемы.

В тяжелых случаях преэклампсия может стать причиной гибели плода.

Какова терапия при преэклампсии?

Признаки и симптомы преэклампсии:

-**Высокое артериальное давление.** 140/90 мм. рт. ст. и выше. Подъем давления во время беременности на 30 и более единиц выше Вашего базового уровня является причиной для беспокойства и требует обращения к врачу.

-**Белок в моче.** 300 мг в пробе, собранной за 24 часа или отметка 1+ на бу-мажной тестовой полоске.

-**Отеки рук, ног или лица,** особенно вокруг глаз, если остаются отпечатки от надавливания большим пальцем, или если данные симптомы возникают вне-запно.

-**Головная боль,** которая не проходит даже после приема медикаментов от нее.

- **Зрительные нарушения,** двоение, свечение, «мелькание мушек», аура (особое состояние, предшествующее приступу).

-**Тошнота или боль** в верхних отделах живота (эпигастрии). Иногда путают с расстройством пищеварения, болями желчного пузыря или гриппом, однако тошнота во второй половине беременности не является нормальным состоянием. -**Внезапная прибавка в весе,** более 500 г. за неделю.

Факторы риска**Личный анамнез**

- Первая беременность
- Преэклампсия во время предыдущей беременности
- Возраст свыше 40 или до 18 лет
- Высокое давление до беременности
- Диабет до или во время беременности
- Многоплодная беременность
- Ожирение
- Системная красная волчанка или другие аутоиммунные заболевания
- Синдром поликистозных яичников
- Большой интервал между беременностями
- Беременность после ЭКО
- Серповидно-клеточная анемия

Семейный анамнез

- Преэклампсия в семье со стороны матери или отца
- Высокое давление или заболевания сердца • Диабет

Специалистам необходимо учитывать многие факторы при принятии решения о тактике ведения преэклампсии и сроке родоразрешения, включая состояние ребенка, состояние и возраст матери, а также точные данные о течении заболевания. К ним относятся мониторинг артериального давления, оценка результатов лабораторных тестов, которые характеризуют состояние почек, печени матери или способность ее крови к свертыванию.

Другие тесты следят за тем, как растет плод, не подвергается ли он опасности, находясь в утробе матери. К терапевтическим средствам относятся сульфат магния для предотвращения судорог, а также медикаменты для снижения артериального давления. Иногда используется выжидательный подход как с назначением, так и без назначения медикаментов. Если состоянию здоровья матери или ребенка угрожает серьезная опасность, единственным приемлемым методом лечения преэклампсии на любом сроке беременности является родоразрешение.

Могут ли лекарства причинить вред мне или моему ребенку?

Лекарства для снижения давления редко являются причиной каких-либо побочных эффектов для матери. И если доктор Вам их прописал, то это означает, что Ваше давление достаточно высоко, и что риск для Вас или Вашего ребенка от подъема давления гораздо выше, чем от приема медикаментов. Сульфат магния обычно безопасен для ребенка, но может

вызывать приливы жара, потливость, жажду, зрительные расстройства, сонливость, легкую спутанность сознания, мышечную слабость и укорочение дыхания у матери. Эти побочные эффекты должны полностью исчезать, когда введение препарата заканчивается.

Могу ли я оставаться дома?

Иногда женщины с умеренной преэклампсией остаются дома, соблюдая постельный режим. В этом случае необходимы частые посещения специалиста, контроль артериального давления и анализов мочи для того, чтобы своевременно выявить признаки прогрессирующего состояния и предотвратить неблагоприятное влияние преэклампсии на Ваше здоровье и здоровье Вашего ребенка. Благополучие ребенка должно оцениваться в процессе слежения за характером изменений сердцебиения, показателей роста и веса плода, кровотока в сосудах с использованием ультразвука. Женщинам с преэклампсией лучше находиться в больнице под постоянным наблюдением врача, поскольку их состояние может ухудшиться внезапно.

Может ли преэклампсия возникнуть вновь?

Многие эксперты полагают, что вероятность повторного возникновения преэклампсии варьируется от 5 до 80 процентов в зависимости от того, была ли преэклампсия в предыдущую беременность, насколько тяжелой она была, каким было состояние Вашего здоровья во время зачатия. Женщины с преэклампсией в анамнезе до наступления беременности должны в обязательном порядке пройти консультацию у специалиста, наблюдающего женщин группы высокого риск

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
Этап постановки диагноза			

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1	Выполнялось измерение АД	1a	A
2	Проведено исследование суточной протеинурии	2b	B
3	Выполнено СМАД	2b	B
4	Выполнен клинический анализ крови	3	A
5	Выполнен биохимический анализ крови (мочевина, мочевая кислота, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, АЛТ, АСТ, ЛДГ, натрий, калий, хлор)	4	C
6	Выполнено УЗИ плода	1a	A
7	Выполнена доплерометрия сосудов ФПК, маточных артерий	2в	B
8	Проведена проба Реберга	4C	C
Этап выбора лечения и оценки эффективности терапии			
1	Использовался? препарат первой линии - Метилдопа	1a	A
2	Использовался? препарат второй линии – блокаторы кальциевых каналов	1a	A
3	Проведилась магниевая терапия при повышении АД	1a	A
4	Проводилась оценка уровня артериального давления на фоне антигипертензивной терапии	4	C
Этап выбора срока и метода родоразрешения			
6	Проведено ? родоразрешение до 34 недель при неэффективности терапии	4	C
7	Проведено ? Родоразрешение в 34 – 37 недель при неэффективности терапии	3	B
8	Проведено ? Родоразрешение в течение 24 – 48 часов после 37 недель	1b	A
9	Использовались регионарные методы анестезии при родоразрешении при отсутствии противопоказаний	3	C

• Этап выбора тактики ведения послеродового периода			
1	Проводилось наблюдение в ПИТ в течение 24 часов после родоразрешения при ПЭ	4	С
2	Использовалась антигипертензивная терапия в послеродовом периоде	4	В
3	Производился контроль АД и протеинурии	4	С
4	Проводилась тромбопрофилактика	3	С
5	Проведена консультация (кем?) о необходимости наблюдения и обследования после родов	4	С

Умеренная ПЭ

Срок менее 37 недель
Срок 37 и более недель
повышение АД от 140/90мм.рт.ст. до 160/100мм.рт.ст.
срок беременности 20 недель и более срок беременности до 20 недель
см ХАГ/ГАГ
Суточная протеинурия 0,3г/л – 5 г/л
умеренная ПЭ
СМАД - гипертензия
Суточная протеинурия более 5,0 г/л
см тяжелая ПЭ тяжела ПЭ
Гиперферементемия, тромбоцитопения, нарушение ФПК
Тромбоциты, ферменты, Доппелрометрия - норма
Родоразрешение
Антигипертензивная терапия под контролем клинико-лабораторных показателей

АГ, ГАГ (1)

повышение АД выше 140/90мм.рт.ст.
срок беременности до 20 недель
наличие АГ, повышение АД до беременности
протеинурия 0,3г/л и выше в суточной моче
см. схему по преэклампсии
ХАГ
ГАГ
СМАД
СМАД
Антигипертензивная терапия
срок беременности более 20 недель
Протеинурии нет

Клинический анализ крови, биохимия в норме

Подбор и/или коррекция антигипертензивной терапии