

АЛГОРИТМ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕРОДОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАСТРОЙСТВАМИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Васильев С.А., Ващилина Т.П., Виктор С.А., Васильева Е.Н., Сушкова О.С, Ковалькова Е.В., Иодко А.В.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Гипертензивные расстройства во время беременности являются одной из наиболее важных проблем здравоохранения по причине высокой материнской и пренатальной заболеваемости и высокому риску отдаленных последствий, как для матери, так и для ребенка. По данным ВОЗ, гипертензивные расстройства занимают второе место среди непосредственных причин материнской смертности во всем мире (14,0 (11,1–17,4) %).

Частота гипертензивных состояний у беременных колеблется от 10 до 20%, в Республике Беларусь данный показатель в 2021 году составил 12,5% (по данным Государственной статистической отчетности).

Согласно современной классификации гипертензивные расстройства во время беременности подразделяются на 4 группы: 1) существовавшая ранее артериальная гипертензия (хроническая артериальная гипертензия (ХАГ)) – диагностируется до беременности или до 20 недель беременности и сохраняется более 6 недель после родов, 2) гестационная артериальная гипертензия (ГАГ) – развивается после 20 недель беременности и обычно проходит в течение 6 недель после родов, 3) преэклампсия, 4) преэклампсия на фоне ХАГ. Отдельно выделяют антенатально неклассифицируемую гипертензию. Гипертензивные расстройства во время беременности оказывают значимое неблагоприятное влияние на акушерские (преждевременные роды, кесарево сечение) и перинатальные исходы (плацентарные нарушения, задержка роста плода).

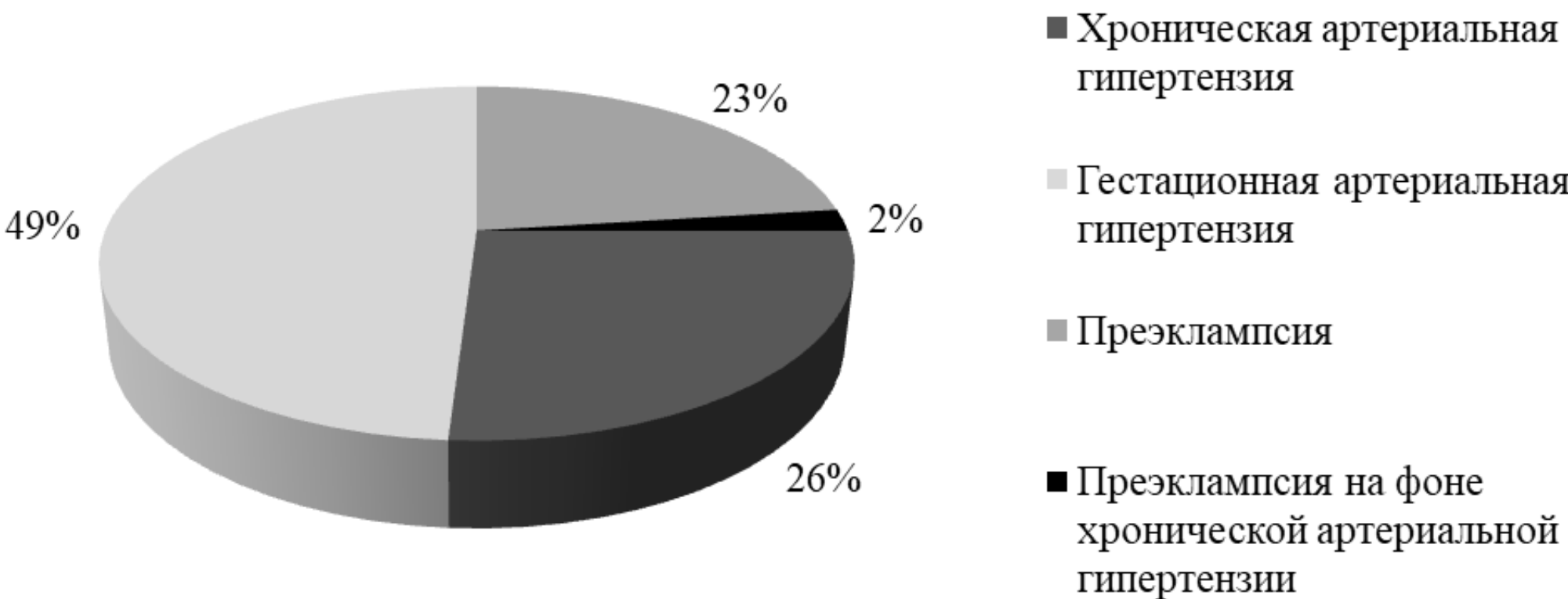


Рисунок 1 – Структура гипертензивных расстройств во время беременности по данным РНПЦ «Мать и дитя» за 2021 год

Показания к применению

Хроническая артериальная гипертензия – гипертензия существовавшая до беременности или выявленная до 20 недель беременности, делится на эссенциальную и симптоматическую.

Гестационная гипертензия – возникает после 20 недель беременности.

Преэклампсия – гипертензия с протеинурией более 300 миллиграмм белка в суточной моче, возникшая после 20 недель.

Умеренная и тяжелая преэклампсия - наличие симптомов преэклампсии и дополнительно хотя бы одного из критериев.

Этапы использования метода

1 этап. Ранний послеродовой период (0-72 часа после родов)

1. Мониторинг АД

Каждые 15-30 минут в течение первого часа после родов/операции, затем каждый час в течение 2 часов, затем каждые 4 часа в течение первых 24 часов (или чаще при нестабильности). САД < 150 мм рт. ст., ДАД < 100 мм рт. ст. (ACOG). Избегать гипотензии (САД < 90 мм рт. ст.). При повышении АД: САД ≥ 150 мм рт. ст. или ДАД ≥ 110 мм рт. ст. в двух последовательных измерениях с интервалом 15 минут: НЕМЕДЛЕННОЕ НАЧАЛО ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ. Умеренное повышение (САД 140-159 / ДАД 90-109) – продолжить мониторинг, оценить симптомы, рассмотреть начало/коррекцию гипотензивной терапии.

2. Продолжение/начало гипотензивной терапии:

Показания: АГ (хроническая, гестационная) или преэклампсия с АГ. Препараты первой линии (в/в или перорально): 1) При тяжелой АГ: Лабеталол (в/в болюс или инфузия), Нифедипин (перорально). 2) Умеренная АГ: лабеталол (перорально), нифедипин пролонгированный, метилдопа.

Подбор дозы для поддержания целевого АД путем титрования.

3. Профилактика судорог: раствор Сульфата Магния 25%

Показания: преэклампсия 4-6 г в/в в течение 15-20 минут, далее поддерживающая инфузия: 1-2 г/час в/в титрование. Контроль диуреза.

4. Профилактика тромбоэмболических осложнений (ТЭО):

Оценка риска. Ранняя мобилизация: через 6-12 часов после родов (если нет противопоказаний). Компрессионные чулки (класс II): При наличии варикоза, ожирения, иммобилизации. Показания для назначения низкомолекулярных гепаринов (НМГ): кесарево сечение, после вагинальных родов у женщин с факторами риска (ИМТ ≥40, возраст ≥35, иммобилизация, преэклампсия с задержкой роста плода, тромбофилия в анамнезе, многоплодие).

5. Мониторинг функции почек и печени:

Контроль показателей в биохимическом анализе крови и общем анализе крови (в первые 24-48 часов): креатинин, мочевины, АЛТ, АСТ, ЛДГ, тромбоциты, гемоглобин/гематокрит (после родоразрешения, далее по показаниям). Контроль диуреза (цель ≥30 мл/час).

6. Этап: Оценка неврологического статуса и симптомов:

Ежечасно в первые 24 часа (особенно на MgSO4): Головная боль (особенно сильная, постоянная, не купируемая), нарушения зрения (мелькание, слепота), боль в эпигастрии/правом подреберье, тошнота/рвота, одышка, боль в груди, отек лица/рук, парестезии, гиперрефлексия, клонусы (>3 ударов).

Этап 2: Поздний Ранний Послеродовой Период (более 72 часов):

1. Продолжение контроля АД и гипотензивной терапии: Мониторинг АД: 2-3 раза в день до выписки. Коррекция терапии: подбор пероральных гипотензивных для достижения целевого АД (САД <150 мм рт. ст., ДАД <100 мм рт. ст. в стационаре). Обучение самоконтролю: обучение женщины измерению АД дома перед выпиской.

2. Выписка: Стабильное АД на фоне пероральной терапии или ≥24 – 48 часов без парентеральных средств. Отсутствие головной боли, нарушения зрения, боли в эпигастрии, одышки. Не нарушена функция почек (креатинин в норме/на исходном уровне, адекватный диурез). Нормальный уровень тромбоцитов (при исходной тромбоцитопении). Уровень показателей печени в норме. Назначения при выписке: а) Гипотензивные препараты. б) Инструкция по самоконтролю АД. в) Немедленно обратиться к врачу при: сильной головной боли, нарушения зрения, боль в эпигастрии/груди, одышка, отек лица/рук, снижение диуреза. г) Осмотр врачом-терапевтом, врачом-кардиологом через 72-120 часов (3-5 дней) после выписки.

Этап 3: Амбулаторное медицинское наблюдение (Первые 6-12 недель после родов):

Контроль АД и коррекция терапии, наблюдение врача-терапевта, врача-кардиолога: Частота визитов: Через 3-5 дней после выписки, затем 1 раз в 1 – 2 недели до нормализации АД.

Цели: постепенная нормализация АД. У женщин без хронической АГ гипотензивные обычно можно отменить при стойкой нормотензии (АД <140/90 мм рт. ст.) в течение 1 – 2 недель (чаще к 6 – 12 неделям). При хронической АГ – возврат к прегестационной терапии/ее коррекция.

Самоконтроль: измерение АД в домашних условиях, ведения дневника самоконтроля. Здоровый образ жизни (контроль веса, диета DASH/средиземноморская, регулярная ФА, отказ от курения), контроль АД, липидов, глюкозы.

Планирование следующей беременности: обсудить риски рецидива ГРБ. Рекомендовать интервал между беременностями не менее 12-24 месяцев. Прегравидарная подготовка (контроль АД, веса, аспирин с 12 недель в следующую беременность). Контрацепция.

Наблюдение врача общей практики.