HAMİLƏLİK ZAMANI
HİPERTENZİV VƏZİYYƏTLƏR ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL

Bakı - 2009

54.10+57.16
H 26

H 26 Hamiləlik zamanı hipertenziv vəziyyətlər üzrə klinik protokol – 28 səh.
Klinik protokol Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin səhiyyə islahatları çərçivəsində ictimai səhiyyə kadrlarının hazırlanması üzrə Tədbirlər proqramı əsasında tərtib edilmişdir.

Klinik protokolun redaktoru:

C.Məmmədov – Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin direktoru

Klinik protokolun tərtibçilər heyəti:

F.Əliyeva – Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun direktoru, t.e.n., dosent
M.Həsənova – Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun Mamalıq bölməsinin rəhbəri, t.e.n.
S.Abdullayeva – Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun Endoskopiya şöbəsinin həkim mama-ginekoloqu, t.e.n.
L.Məmmədova – Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun elmi katibi
A.Məhərrəmova – Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu Mamalıq bölməsinin elmi işçisi
F.Qəhrəmanlı – Səhiyyə Nazirliyi "Ailə Planlanması" Məsləhətxanasının həkim mama-ginekoloqu
G.Hüseynova – İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin Tibbi keyfiyyət standartları şöbəsinin müdiri

Rəyçilər:

S.İsrafilbəyli – Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin baş mama-ginekoloqu, Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Mamalıq-ginekologiya kafedrasının müdiri, ə.e.x., t.e.d., professor
H.Bağırova – ATU-nun II Mamalıq-ginekologiya kafedrasının müdiri, t.e.d., professor

İxtisarların siyahısı:

AÇF – angiotenzin-çevirici ferment
ALT – alanin-aminotransferaza
AST – aspartat-aminotransferaza
AT – arterial təzyiq
BÇİ – bədən çəkisi indeksi
İTP – intensiv terapiya palatası
XBT-10 – Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı, 10-cu buraxılış
KTQ – kardiotokoqrafiya
RKT – randomizasiya olunmuş klinik tədqiqat
USM – ultrasəs müayinəsi
ÜST – Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi və elmi tədqiqatların tipləri

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi	Sübutların mənbələri (elmi tədqiqatların tipləri)
Ia	Sübutlar meta-analiz, sistematik icmal və ya randomizə olunmuş klinik tədqiqatlardan (RKT) alınmışdır
Ib	Sübutlar ən azı bir RKT-dən alınmışdır
IIa	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış, nəzarət edilən, randomizə olunmamış tədqiqatdan alınmışdır
IIb	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış kvazi-eksperimental tədqiqatdan alınmışdır
III	Sübutlar təsviri tədqiqatdan (məsələn, müqayisəli, korrelyasion tədqiqatlar, ayrı-ayrı halların öyrənilməsi) alınmışdır
IV	Sübutlar ekspertlərin rəyinə və ya klinik təcrübəyə əsaslanmışdır

Tövsiyələrin etibarlılıq səviyyəsi şkalası

Tövsiyənin etibarlılıq səviyyəsi	Tövsiyənin əsaslandığı sübutların etibarlılıq dərəcəsi
A	• RKT-lərin yüksək keyfiyyətli meta-analizi, sistematik icmalı və ya nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistematik səhv ehtimalı çox aşağı olan (++) irimiqyaslı RKT. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ia.
B	• Kohort və ya klinik hal – nəzarət tipli tədqiqatların yüksək keyfiyyətli (++) sistematik icmalı, yaxud • Sistematik səhv riski çox aşağı olan (++) yüksək keyfiyyətli kohort və ya klinik hal – nəzarət tipli tədqiqat, yaxud • Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistematik səhv riski yüksək olmayan (+) RKT. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ib və IIa.
C	• Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistematik səhv riski yüksək olmayan (+) kohort və ya klinik hal – nəzarət tipli, və ya nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqat, yaxud • Nəticələri uyğun populyasiyaya bilavasitə şamil edilə bilməyən, sistematik səhv riski çox aşağı olan və ya yüksək olmayan (++ və ya +) RKT. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi IIb.
D	• Klinik hallar seriyasının təsviri, yaxud • Nəzarət edilməyən tədqiqat, yaxud • Ekspertlərin rəyi. • Yüksək səviyyəli sübutların mövcud olmamasının göstəricisidir. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi III və IV.

Protokol mama-ginekoloqlar üçün nəzərdə tutulmuşdur.

Pasiyent qrupu: hipertenziya əlamətləri olan hamilə qadınlar

Protokolun hazırlanmasının məqsədi:

- ► Antenatal qulluğun keyfiyyətinin yaxşılaşdırılması
- ► Ana xəstəliyi və ölümü səviyyəsinin aşağı salınması
- ► Perinatal xəstəlik və ölüm səviyyəsinin aşağı salınması
- ► Hiperdiaqnostika və əsassız müdaxilə hallarının sayının azaldılması

ÜMUMİ MÜDDƏALAR

Hamiləlik zamanı meydana çıxan **hipertenziv vəziyyətlərə –** hestasion arterial hipertenziya, preeklampsiya, eklampsiya, xroniki arterial hipertenziya (essensial və ya ikincili olaraq böyrək, endokrin və ya digər patologiya ilə əlaqəli) aiddir.

Xroniki arterial hipertenziya – hamiləliyin 20-ci həftəsinə qədər mövcud olan və doğuşdan 6 həftə keçdikdən sonra saxlanılan hipertenziyadır.

Hestasion arterial hipertenziya – hamiləliyin 20-ci həftəsindən sonra arterial təzyiqin yüksəlməsidir.

Preeklampsiya – adətən arterial təzyiqin yüksəlməsi və proteinuriya ilə müşayiət olunan polisistem sindromdur. Preeklampsiyanın hamilələr arasında yayılma tezliyi 5-7%-dir. Hamiləliyin bu ağırlaşması yüngül formada olduqda əksərən ana və dölün sağlamlığına ciddi təsir göstərmir. Preeklampsiyanın ağır forması isə ana və dölün vəziyyətində ciddi pozğunluqlar törədərək, hətta ölümlə belə nəticələnə bilər. Ağır preeklampsiya zamanı ilk növbədə böyrəklər, qaraciyər, qanın laxtalanma sistemi, baş beyin, cift zədələnir. Preeklampsiyanın inkişafı zamanı əlamətlər kifayət dərəcədə aşkar (arterial təzyiqin yüksəlməsi, epiqastral nahiyədə ağrıların olması, proteinuriya) və ya nəzərə çarpmayan (məsələn, qanda trombositlərin sayının tədricən azalması, qaraciyərin funksiyasının pozulması) ola bilər. Preeklampsiyanın erkən aşkar edilməsi üçün hamiləyə müntəzəm doğuşaqədər nəzarətin aparılması olduqca vacibdir.

Eklampsiya – preeklampsiyası olan hamilələrdə digər beyin pozğunluqlarının təzahürləri (epilepsiya və ya beyindaxili qansızma) ilə əlaqəli olmayan, bir və daha artıq qıcolmanın meydana çıxmasıdır.

Epidemiologiya

Hamiləlik zamanı hipertenziv vəziyyətlər ana ölümünün aparıcı səbəbləri arasında ikinci yerdə qalmaqdadır. Hər il dünyada 63000-ə yaxın hamilə qadın preeklampsiya və eklampsiyadan dünyasını dəyişir ki, bu da ÜST-nün (2006) məlumatına əsasən ana ölümünün strukturunda 16% təşkil edir (UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme, 2006).

Amerika Mama Ginekoloqlar Cəmiyyətinin məlumatına (2002) əsasən hamiləlik zamanı hipertenziv vəziyyətlər 12-22% hallarda hamiləliyin gedişini ağırlaşdırır və ana ölümü səbəblərinin strukturunda 17,6% təşkil edir.

Etiologiya

Hamiləlik zamanı hipertenziv vəziyyətlərin yaranmasını izah edən bir sıra nəzəriyyələr mövcuddur (endotelial, neyrogen, tromboksan-prostasiklin, hormonal, immunoloji, plasentar, genetik). Müəyyən olunmuşdur ki, preeklampsiyanın inkişafı üçün zəmin artıq hamiləliyin ilkin mərhələlərində yaranır. Lakin hipertenziv vəziyyətlərin yaranmasının dəqiq səbəbi məlum deyil.

Preeklampsiyanın risk faktorları

- Birinci hamiləlik **(B)**
- Anamnezində preeklampsiya/eklampsiya olan hamilə qadınlar **(B)**
- Doğuşlar arasında interval 2 ildən az, 10 ildən çox olduqda **(B)**
- Yaşı 18-dən aşağı, 35-dən yuxarı olan hamilə qadınlar **(B)**
- Piylənmə – bədən çəkisi indeksi (BÇİ) 35-dən yuxarı **(B)**
- Ailə anamnezində preeklampsiya halları (hamilənin anasında və ya bacısında preeklampsiya) **(B)**
- Diastolik təzyiq 80 mm.c.süt.-dan yuxarı **(B)**
- Proteinuriya ($\geq$ +1 test zolaq üsulu ilə və ya $\geq$ 0,3 q/l sutkalıq sidikdə) **(C)**

- ► Çoxdöllü hamiləlik **(B)**
- ► Ekstragenital xəstəliklər **(B)**
  - ✓ Hipertoniya
  - ✓ Böyrək xəstəlikləri
  - ✓ Ürək-damar sisteminin xəstəlikləri
  - ✓ Şəkərli diabet
  - ✓ Antifosfolipid sindromu

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT

O10 Əvvəl mövcud olan, hamiləliyi, doğuşu, zahılıq dövrünü ağırlaşdıran hipertenziya

O11 Əvvəl mövcud olan, proteinuriya qoşulmuş hipertenziya

O12 Hamiləliklə bağlı proteinuriya (hestasion proteinuriya)

O12.0 Hamiləliklə bağlı ödemlər

O12.1 Hamiləliklə bağlı proteinuriya

O12.2 Hamiləliklə bağlı proteinuriya ilə müşayiət olunan ödemlər

O13 Nəzərəçarpan proteinuriya ilə müşayiət olunmayan hamiləliklə bağlı hipertenziya

O14 Nəzərəçarpan proteinuriya ilə müşayiət olunan hamiləliklə bağlı hipertenziya

O14.0 Orta dərəcəli preeklampsiya

O14.1 Ağır dərəcəli preeklampsiya

O14.2 Dəqiqləşdirilməmiş preeklampsiya

O15 Eklampsiya

O15.0 Hamiləlik zamanı eklampsiya

O15.1 Doğuş zamanı eklampsiya

O15.2 Zahılıq dövrü eklampsiyası

O15.9 Müddətinə görə dəqiqləşdirilməmiş eklampsiya

O16 Ananın dəqiqləşdirilməmiş hipertenziyası

DİAQNOSTİKA

Hipertenziv vəziyyətlər

Hipertenziya

Hipertenziya diaqnozu sistolik arterial təzyiq ≥140 mm.c.süt. və/və ya diastolik arterial təzyiq birinci ölçülmədə ≥ 110 mm.c.süt., və ya iki ölçülmədə ≥ 90 mm.c.süt. olduqda qoyulur. **(C)**

Ağır hipertenziya

Ağır hipertenziya diaqnozu sistolik arterial təzyiq ≥160 mm.c.süt. və/və ya diastolik arterial təzyiq birinci ölçülmədə ≥ 120 mm.c.süt., və ya iki ölçülmədə ≥ 110 mm.c.süt. olduqda qoyulur. **(C)**

Proteinuriya

Normal inkişaf edən hamiləlik zamanı böyrəklər vasitəsilə zülalın xaric olunması artır. Lakin proteinuriya, 24 saat müddətində və ya 4 saatlıq intervalla götürülmüş 2 sınaqda sidikdə zülalın miqdarı 300 mq-a bərabər, və ya ondan çox olduqda patoloji sayılır.

Bundan başqa, sidik-ifrazat sisteminin infeksiyalarını istisna etmək lazımdır. Hamilə qadınlarda patoloji proteinuriya daxili orqanların zədələnməsinin ilkin əlaməti sayılır.

- ✓ Hər bir hamilə qadın proteinuriyanın müəyyən olunması məqsədilə müayinə olunmalıdır. **(C)**
- ✓ Preeklamsiyanın inkişaf riski aşağı olan qadınlarda proteinuriyanı müəyyən etmək üçün zolaq testdən istifadə oluna bilər. **(C)**
- ✓ Test-zolaq üsulu ilə sidikdə zülalı təyin etdikdə +≥1 (+≥0,3q/l sutkalıq sidikdə) nəticəsi proteinuriyanı təsdiq edir. **(B)**
- ✓ Preeklampsiya riski yüksək olan qadınlarda proteinuriyanı müəyyən etmək üçün daha dəqiq testlərin (sutkalıq sidikdə zülalın səviyyəsi) aparılması məsləhətdir. **(B)**

Ödemlər

Orta dərəcəli ödemlər hamiləliyi fizioloji keçən hamilə qadınların 50-80%-də müşahidə olunur. Ödemlə müşayiət olunmayan preeklampsiya ana və uşaq üçün ödemlə müşayiət olunan preeklampsiyaya nisbətən daha təhlükəlidir.

Qeyd etmək lazımdır ki, sürətlə inkişaf edən yayılmış ödemlər (xüsusilə bel və üz nahiyələrində) proqnostik cəhətdən qənaətbəxş hesab olunmur (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. THE MANAGEMENT OF SEVERE PREECLAMPSIYA/ECLAMPSIYA. Guideline 10, RCOG Press, March 2006).

Hamiləliklə bağlı fizioloji ödemlər müalicə tələb etmir. Ödemləri azaltmaq məqsədilə sidikqovucu preparatlardan istifadə etmək olmaz!

Preeklampsiyanın ağırlığının müəyyən edilməsi

Preeklampsiya – hamiləliyin 20-ci həftəsindən sonra inkişaf edən hipertenziya və proteinuriya ± ödemlər ilə səciyyələnir.

Ağır preeklampsiya – proteinuriya ilə müşayiət olunan ağır hipertenziya və ya istənilən dərəcəli hipertenziya, proteinuriya və aşağıdakı ağırlaşdırıcı simptomlardan biri qeyd edildikdə:

- ► beyin simptomları (baş ağrısı, görmə pozğunluğu)
- ► epiqastral nahiyədə ağrı
- ► sağ qabırğaaltı nahiyədə ağrı
- ► ürəkbulanma və ya qusma
- ► qəflətən meydana çıxan və ya yayılmış ödemlər (üz və ya oma nahiyəsində/kürəyin aşağı nahiyəsi)
- ► hiperrefleksiya
- ► proqressivləşən proteinuriya və hipoproteinemiya
- ► sidik ifrazının azalması (<400 ml/24 saat)
- ► hemoliz, sarılıq
- ► ağciyər ödemi
- ► trombositlərin sayı $<100x10^9/l$
- ► dölün bətndaxili inkişafının ləngiməsi

HELLP – ağır preeklampsiyanın klinik əlamətlərini əks etdirir:
- H – hemoliz (bilirubinin səviyyəsinin 2-3 dəfə yüksəlməsi)
- EL – qaraciyər fermentlərinin (ALT, AST) aktivliyinin 2-3 dəfə yüksəlməsi
- LP – qanda trombositlərin miqdarının azalması ($<100 \times 10^9/l$)

HİPERTENZİV VƏZİYYƏT ZAMANI HAMİLƏLƏRİN APARILMASI TAKTİKASI

İlkin səhiyyə xidməti səviyyəsində (ümumi praktika həkimləri, mamalar) taktika

	Əlamətlər	Mamanın /ümumi praktika həkiminin fəaliyyəti
Nəzərəçarpan proteinuriya ilə müşayiət olunmayan hamiləliklə bağlı hipertenziya	90≤ diastolik A/T<100 mm.c.süt.	Müayinə üçün stasionara göndəriş **(C)**
	90≤ diastolik A/T<100 mm.c.süt. hər hansı ağırlaşdırıcı simptomla	Müayinə üçün stasionara göndəriş **(C)**
	Sistolik AT ≥ 160 mm.c.süt.	Müayinə üçün stasionara göndəriş **(C)**
	Diastolik AT ≥ 100 mm.c.süt.	Müayinə üçün stasionara göndəriş **(C)**
Nəzərəçarpan proteinuriya ilə müşayiət olunan hamiləliklə bağlı hipertenziya	Diastolik AT ≥ 90 mm.c.süt. və proteinuriya ≥ 1+test zolaq üsulu ilə (≥0,3 q/l)	Müayinə üçün stasionara göndəriş **(A)**
	Diastolik AT ≥ 110 mm.c.süt. və proteinuriya ≥ 1+ test zolaq üsulu ilə (≥0,3 q/l)	**Təcili stasionara göndəriş (A)**
	Sistolik AT ≥ 170 mm.c.süt. və proteinuriya ≥ 1+ test zolaq üsulu ilə (≥0,3 q/l)	**Təcili stasionara göndəriş (A)**
	Diastolik AT ≥ 90 mm.c.süt. və proteinuriya ≥ 1+ test zolaq üsulu ilə (≥0,3 q/l) və ağırlaşdırıcı simptomlar	**Təcili stasionara göndəriş (A)**

Hamiləliklə bağlı proteinuriya (hestasion proteinuriya)	1+ test zolaq üsulu ilə (0,3 q/l)	1 həftə ərzində təkrar müayinə **(C)**
	2+ test zolaq üsulu ilə (1 q/l)	Müayinə üçün stasionara göndəriş **(C)**
	≥ 1+ test zolaq üsulu ilə (≥0,3 q/l) və hər hansı ağırlaşdırıcı simptomla	Müayinə üçün stasionara göndəriş **(C)**
Hipertenziya və ya proteinuriya olmadan ana və döl tərəfdən hər hansı simptomlar qeyd olunduqda	Baş ağrısı və ya görmə pozğunluğu, diastolik AT 90 mm.c.süt.-dan aşağı, proteinuriya qeyd olunmur və ya zülal izləri	Müayinə üçün stasionara göndəriş (növbəti tam müayinələr arasındakı intervalı azaltmaq) **(C)**
	Epiqastral nahiyəsində ağrı, diastolik AT<90 mm.c.süt. proteinuriya qeyd olunmur və ya zülal izləri	Müayinə üçün stasionara göndəriş (növbəti tam müayinələr arasındakı intervalı azaltmaq) **(C)**
	Dölün hərəkət aktivliyinin zəifləməsi, dölün bətndaxili inkişafının ləngiməsi, AT <90 mm.c.süt. ilə proteinuriya qeyd olunmur və ya zülal izləri	Müayinə üçün stasionara göndəriş (növbəti tam müayinələr arasındakı intervalı azaltmaq) **(C)**

HİPERTENZİYALI HAMİLƏ QADINLARIN STASİONARDA APARILMA TAKTİKASI

Diastolik təzyiqin 90 mm.c.süt. və sistolik təzyiqin 140 mm.c.süt. olduğu hal xəstəlik sayılmır, lakin keçid vəziyyəti kimi qiymətləndirilir və ananın və dölün vəziyyətinə daha ciddi nəzarətin zəruri olduğunu göstərir.

AT göstəricilərinin yüksək olmasına baxmayaraq, əksər hallarda hamiləlik normal keçir. Hipertenziya kompensator mexanizm olaraq

damar müqavimətinin yüksəlməsi şəraitində müəyyən dərəcədə uşaqlıq-cift qan dövranına müsbət təsir göstərir.

Hamiləliyin 20 həftəsindən sonra ilk dəfə hipertenziya müəyyən olunduqda (və ya mövcud arterial hipertenziya fonunda hamiləliyin 20 həftəsindən sonra arterial təzyiq yüksəldikdə) preeklampsiyanı istisna etmək məqsədilə ciddi müayinə aparılmalıdır. **(C)**

- ► Dölün vəziyyətini qiymətləndirmək lazımdır (USM vasitəsilə dölün kütləsini və ağciyərlərin yetişkənliyini müəyyən etmək) **(B)**
- ► Preeklampsiya təsdiq olunduğu təqdirdə aparılma taktikası preeklampsiya bölməsində qeyd olunmuşdur.

PREEKLAMPSİYALI HAMİLƏLƏRİN APARILMA TAKTİKASI

Pasiyentdə preeklampsiya müəyyən etmiş həkim və ya mama onu ətraflı müayinə olunmaq və hamiləliyin aparılma taktikasını müəyyənləşdirmək üçün stasionara (gündüz stasionarına göndərmək mümkündür) göndərməlidir. **(B)**

Ağır olmayan preeklampsiya – müalicə tələb etmir, yalnız davamlı nəzarət aparılmalıdır.

Ağır preeklampsiya əlamətləri olan hamilə qadın intensiv terapiya palatasına və ya III səviyyəli xəstəxananın doğum blokuna yerləşdirilməlidir **(D)**. Belə imkan olmadıqda ən yaxında yerləşən II səviyyəli xəstəxanaya çatdırılmalıdır. Hamilənin vəziyyəti yerində sabitləşdirildikdən sonra ixtisaslaşmış təcili yardım briqadasının (reanimasiya) müşayiəti ilə onun başqa tibb müəssisəsinə köçürülməsi həyata keçirilməlidir.

Maqnezium-sulfatla və hipotenziv preparatlarla intensiv müalicə aparılmalıdır.

Doğum şöbəsində

Ağır preeklampsiya əlamətləri olan hamilə qadını qəbul şöbəsində növbətçi mama-ginekoloq müayinə edir. Hamilə qadının hansı şöbəyə qəbul olunması və müalicəsi məsələsi məsul mama-ginekoloq və reanimatoloq tərəfindən birgə həll edilir. Doğuş fəaliyyəti olduqda və ya dölyanı sular vaxtından əvvəl axdıqda hamilə doğum şöbəsinə qəbul olunur. Digər hallarda qadın İTP-yə köçürülür. Hamilənin şöbələr arası köçürülmələri yalnız təkərli xərəkdə mümkündür **(Əlavə 2).**

Qəbul şöbəsinin maması tibbi sənədləri hamilə doğum şöbəsinə və ya İTP-yə köçürülüb müalicə başlandıqdan sonra doldura bilər. Hamiləliyin 34 həftəsinə qədər doğuş fəaliyyəti olmayan ağır preeklampsiyalı hamilə qadın maqnezial və hipotenziv terapiya başladıqdan sonra III səviyyəli stasionara köçürülür.

Arterial təzyiqə nəzarət

Arterial təzyiq qadının vəziyyəti stabilləşənə qədər hər 15 dəqiqədən bir ölçülməlidir.

Qadının vəziyyəti stabilləşdikdən sonra arterial təzyiqin ölçülməsi hər 30 dəqiqədən bir aparılmalıdır. Stasionar şəraitində qadının vəziyyəti stabildirsə və qadında patoloji simptomlar qeyd olunmursa, arterial təzyiq hər 4 saatdan bir ölçülməlidir.

Müayinələr

Qəbul şöbəsində (Təcili!)

- ► arterial təzyiqin ölçülməsi
- ► sidiyin ümumi analizi (zülalın təyini)
- ► qanın klinik analizi (hemoqlobin, trombositlərin miqdarı, qanın laxtalanma müddəti)

Stasionarda

- ► sidiyin ümumi analizi (ayrı-ayrı sidik nümunələrində və sutkalıq sidikdə zülalın təyini, 4 saatdan sonra təkrar sidikdə zülalı təyin etmək olar)
- ► qanın biokimyəvi analizi (kreatinin, ALT, AST, ümumi zülal, sidik cövhəri, bilirubin)
- ► koaquloqramma
- ► qan qrupu və Rh-faktor
- ► KTQ, USM, dopplerometriya
- ► qadının vəziyyətini sabitləşdirdikdən sonra doğuşun vaxtını və aparılma taktikasını müəyyənləşdirmək üçün daxili müayinə aparılır.
- ► diurezə ciddi nəzarət

Cədvəl 1. **Laborator testlər**
(patoloji vəziyyət kimi qiymətləndirilən nəticələr)

Hemoqlobin	Normal və ya yüksək (> və ya = 120 q/l) (norma 120-140 q/l)
Hematokrit	> və ya 42% (norma 35-42%)
Trombositlər	Trombositopeniya, < $100x10^9$/l (norma 180-400 $x10^9$/l)
Eritrositlər	Anomal morfologiya, xüsusilə də trombositopeniya ilə müştərək olduqda, mikroangiopatik hemolitik anemiyanın olmasına dəlalət edir
Bilirubin	Normadan 2-3 dəfə çox, əsasən sərbəst bilirubin (normada ümumi bilirubin 3,4-22,2 mkmol/l) Preeklampsiyanın ağırlıq dərəcəsini müəyyənləşdirmək üçün həm birləşmiş, həm də sərbəst bilirubinin səviyyəsi təyin olunur Sərbəst bilirubinin səviyyəsinin artması hemolizin inkişaf dərəcəsini və onun ağırlığını əks etdirir Damarların uzunmüddətli spazmı səbəbindən mikrosirkulyasiya şəbəkəsində eritrositlərin aqqlyutinasiyası nəticəsində birləşmiş bilirubinin artması ilə eritrositlərin fraqmentasiyası və hemolizi inkişaf edir
Kreatinin	> 0,078 mmol/l (norma 0,015-0,078 mmol/l)
Sidik turşusu	> 0,35 mmol/l (norma 0,15-0,35 mmol/l)
Sidik cövhəri	> 8,0 mmol/l (norma 3,5-8 mmol/l)
Qaraciyər fermentləri (AST, ALT)	Artır, ağır hallarda normadan 2-3 dəfə çox. AST səviyyəsinin artması adətən protenuriyanın artmasından əvvəl müşahidə olunur. (Norma AST 8-40 BV/l, ALT 5-30 BV/l)
Fibrinogen	2 q/l-dən aşağı (norma 2-4 q/l)

MÜALİCƏ

Hamiləlik dövründə hipertenziv vəziyyətlərin idarə olunması prinsipləri

- ► Medikamentoz idarə olunma
- ► Mamalıq vəziyyətinin idarə olunması

Medikamentoz müalicənin məqsədi

1. Sistolik arterial təzyiqin 140-150 mm.c.süt. arasında stabil səviyyədə saxlanılması
2. Diastolik arterial təzyiqin 90-100 mm.c.süt. arasında stabil səviyyədə saxlanılması
3. Hamilə qadında eklampsiya, HELLP-sindrom, ağ ciyərlərin ödemi, qaraciyər və böyrək funksiyasının pozulması, görmənin pozulması kimi ağırlaşmaların qarşısının alınması

Mamalıq vəziyyətinin idarə edilməsinin məqsədi – ana və dölün vəziyyəti baxımından optimal nəticələrin əldə olunması üçün:

1. Doğuş vaxtının müəyyən edilməsi
2. Doğuş üsulunun müəyyən edilməsi

Medikamentoz müalicə

Medikamentoz müalicə 2 istiqamətdə aparılır:

- ► qıcolma əleyhinə
- ► hipotenziv müalicə

Qıcolma əleyhinə müalicə

- ► Maqnezial terapiya – preeklampsiya/eklampsiyanın idarə edilməsində daha çox öyrənilmiş, effektiv və nisbətən təhlükəsiz seçim üsuludur. **(A)**
- ► Ilkin doza – 20 ml-ə qədər fizioloji məhlulda həll olunmuş 4 qr quru maddə v/d yavaş sürətlə 5-10 dəqiqə ərzində yeridilir. **(A)**
- ► Saxlayıcı doza – 1-2 qr/saat sürətlə infuzomat vasitəsilə yeridilir. İnfuziyanın müddəti vəziyyətin ağırlıq dərəcəsindən asılıdır.
- ► Məhlulların vena daxilinə davamlı yeridilməsi imkanı olmadığı halda vena daxilinə 4 qr maqnezium sulfat (16 ml 25%-li məhlul) 5 dəqiqə ərzində və hər sağrıya 5 qr (10 ml 50%-li məhlul) olmaqla yeridilir.

► Maqnezium-sulfatla müalicə doğuşdan və ya axırıncı qıcolma tutmasından (eklampsiyadan) sonra 24 saat müddətində davam etdirilməlidir.

Aşağıdakı əlamətlər qeyd olunduqda maqnezium-sulfatın yeridilməsini dayandırmaq lazımdır:

- ✓ Tənəffüs tezliyi 12-dən az
- ✓ 1 saat müddətində sidiyin miqdarı 30 ml-dən az
- ✓ Diz refleksi qeyd olunmadıqda

Maqnezium-sulfatın təsirinin neytrallaşdırılması məqsədilə 10 ml 10%-li kalsium qlükonat məhlulu vena daxilinə yavaş sürətlə yeridilməlidir.

Hipotenziv müalicə

Aşağıdakı tövsiyələr həm hestasion hipertenziyalı qadınlarda, həm də xroniki hipertenziyalı qadınlarda istifadə oluna bilər:

► Arterial təzyiq aşağı salınmalıdır: sistolik 150 mm.c.süt.-dan aşağı və diastolik 100 mm.c.süt.-dan aşağı **(C)**

► **Ağır preeklampsiyanın digər əlamətləri qeyd olduqda, arterial təzyiqin daha aşağı göstəricilərində hipotenziv terapiya başlanılmalıdır.**

► İlkin antihipertenziv terapiya tez təsir göstərən labetolol **(A)**, nifedipin **(A)** və ya hidralazinlə **(A)** aparılmalıdır.

► Uzunmüddətli hipotenziv terapiya məqsədilə metildopa, klonidin, oksprenolol, metaprolol istifadə olunur.

► MgSO4 antihipertenziv məqsədlə istifadə olunmamalıdır **(C)**

► AT sabitləşənədək dölün vəziyyətinin monitorinqinin (KTQ) aparılması məsləhətdir **(D)**

► Nifedipin və maqnezium-sulfatın birgə təyin edilməsi məsləhət deyil **(C)**

Xroniki hipertenziyalı qadınların müalicəsi

1. Xroniki hipertenziyası olan qadınlar hamiləliyi planlaşdırmazdan əvvəl konsultasiya olunmalıdır **(D)**
2. Hamiləliyin əvvəlində və ya diaqnoz qoyulan kimi AÇF-inhibitorlarının və angiotenziv reseptorların blokatorlarının qəbulunu dayandırmaq lazımdır **(B)**

3. Hamiləlik təyin olunan vaxtdan atenololun qəbulunu dayandırmaq lazımdır **(B)**
4. Birinci trimestrdə aşağıdakı antihipertenziv preparatlar təyin oluna bilər: metildopa, labetolol, nifedipin **(C)**

Təyin edilən dərmanların istifadə rejimi

Hidralazin – 5-10 mq v/d sürətlə, lazım gəldikdə hər 20-30 dəqiqədən bir, arterial təzyiq lazımi səviyyəyə çatana qədər təkrar yeridilə bilər. Təsiri 15-30 dəqiqə ərzində tədricən başlayır, maksimal təsir 20-ci dəqiqədə müşahidə olunur; Arterial təzyiqi endirməyə müvəffəq olunduğu təqdirdə, lazım gələrsə, (adətən 3 saatdan sonra) təkrar təyin etmək olar. Əgər 20 mq vena daxilinə yeridildikdən sonra lazımi effektə nail olunmursa, digər preparatlardan istifadə etmək lazımdır.

və ya

Labetolol – 20 mq birmomentli vena daxilinə, lazımi effekt qeyd olunmursa 10 dəqiqədən sonra 40 mq və hər 10 dəqiqədən bir 2 dəfə 80 mq dozada təkrar yeridilə bilər. Maksimum doza 220 mq-dək olmaqla. Alternativ olaraq, labetololun fasiləsiz infuziyası 1-2 mq/saat təyin edilə bilər. Maksimal effekt yeridildikdən sonra 5 dəq. müddətində əldə olunur; Bronxial astmalı və ürək çatmamazlığı olan qadınlara labetolol preparatını təyin etmək məsləhət görülmür.

və ya

Nifedipin – 10 mq daxilə, lazım gələrsə, hər 30 dəqiqədən bir təkrar təyin edilir. Təsiri yavaş başlayır və fəaliyyəti uzunmüddətli olur. Zəif tokolitik təsirə malikdir. Maqnezium-sulfatla birlikdə təyin etmək məsləhət görülmür **(C)**. Hər iki preparat kalsiumun antaqonisti olduğundan antihipertenziv təsiri gücləndirir.

Dölün ağ ciyərlərinin yetişməsini sürətləndirmək məqsədilə kortikosteroidlərin təyini:

Antenatal kortikosteroid terapiyası (betametazon 12 mq əzələ daxilinə 24 saat intervalla 2 dəfə-cəmi 24 mq) 34 həftədən az hamiləlikdə bütün preeklampsiyalı qadınlara təyin olunur. **(A)**

Eklampsiyanın inkişaf edə biləcəyi ehtimalını bildirən əlamətlər (arterial təzyiqin qəflətən yüksəlməsi, ağır hipertenziya, diurezin azalması və sidiyin rənginin tündləşməsi, qəflətən ödemlərin, xüsusilə üz və oma nahiyəsində, əmələ gəlməsi, proteinuriya) qeyd olunduqda vəziyyəti təcili idarə etmək tələb olunur.

Məqsəd:

- ✓ qıcolmaların qarşısını almaq
- ✓ hipoksiya və asidozun korreksiyası
- ✓ ağır hipertenziyanın tənzimlənməsi
- ✓ doğuşun aparılma üsulunun seçilməsi

Qıcolmalar zamanı görülən tədbirlər

- ► Lazım olan avadanlığı hazırlayın (intubasiya borusu, selik sorucusu, maska və kisə, oksigen) və dəqiqədə 4-6 litr olmaqla oksigen verin
- ► Qadını travmadan qoruyun
- ► Mədə möhtəviyyatının, qusuntu kütləsinin və qanın tənəffüs yoluna düşməməsi üçün qadını sol böyrü üstə uzadın
- ► Qıcolmadan sonra ağız boşluğunu və tənəffüs yollarını sorucu ilə təmizləyin
- ► Qıcolmadan sonra dərhal maqnezial terapiyaya başlayın:
  - ✓ başlanğıc doza – maqnezium-sulfatın 16 ml 25%-li məhlulu (4 qr quru maddə) 5-10 dəqiqə ərzində vena daxilinə;
  - ✓ saxlayıcı doza – 1-2 qr saatda vena daxilinə (infuzomat vasitəsilə yeridilməyə üstünlük verilir) və ya vena daxilinə damcı üsulu ilə.
  - ✓ qıcolmalar təkrar olarsa – maqnezium sulfatın 8 ml 25%-li məhlulu (2 qr quru maddə) vena daxilinə 5 dəqiqə ərzində; qıcolmalar davam edərsə, maqnezium sulfatdan əlavə bir dəfə diazepam 10 mq vena daxiiinə və ya tiopental 50 mq vena daxilinə yeritmək olar.

Eklampsiya zamanı hipotenziv müalicə preeklampsiyada olduğu kimidir.

Eklampsiya təcili doğuş aparmaq üçün mütləq göstərişdir. Lakin doğuşdan əvvəl qadının vəziyyətini stabilləşdirmək lazımdır.

Mamalıq vəziyyətinin idarə edilməsi

Preeklampsiyalı qadınlarda doğuşun vaxtının təyin edilməsi:

- Hamilə qadının və dölün vəziyyətinə ciddi monitor nəzarəti (uzunmüddətli və ya daimi KTQ) vacibdir. **(D)**
- Preeklampsiyanın yüngül və ya ağır dərəcəli olmasından asılı olmayaraq, hamiləliyin müddəti 34 həftədən az olarsa, hamiləliyin davam etdirilə bilməsinin mümkünlüyü məsələsi həll olunmalıdır. Vaxtından əvvəl doğulmuş uşağa perinatal mərkəzdə qulluq göstərilməlidir. **(C)**
- Hamiləliyin müddəti 34-36 həftə arasında olduqda, hamiləliyin davam etdirilməsinin xeyri və zərəri barədə inandırıcı dəlillər yoxdur. **(D)**
- Hamiləliyin müddəti 37 həftə və artıq olduğu hallarda preeklampsiyanın ağırlıq dərəcəsindən asılı olmayaraq hamiləliyi təcili başa çatdırmaq qərarı verilməlidir. **(D)**

Doğuş üsulunun seçimi

- Hipertenziv vəziyyətli hamilələrin doğuşu, keysəriyyə kəsiyi əməliyyatına digər göstəriş olmadıqda təbii yolla başa çatdırılmalıdır.
- Əgər doğuşu təbii yolla aparmaq planlaşdırılırsa və uşaqlıq boynu doğuşa hazır deyilsə, uşaqlıq boynunu hazırlamaq lazımdır. **(A)**
- Sistolik arterial təzyiqi 160 mm.c.süt-dan, diastolik arterial təzyiqi 110 mm.c.süt.-dan aşağı səviyyədə saxlamaq məqsədilə hipotenziv müalicəni doğuşun I dövründə və doğuş zamanı davam etdirmək lazımdır.
- Erqometrindən istifadə etmək olmaz (qıcolmalar meydana çıxa bilər). **(C)**

Doğuşdan sonra müalicə

Doğuşdan sonrakı 6 həftə ərzində müalicə iıə bağlı tövsiyələr:

- Zahılıq dövründə doğuşdan sonra 3-6-cı günlərdə arterial təzyiqin yüksəlməsi ehtimalı çox olduğundan xüsusilə ehtiyatlı olmaq lazımdır. **(D)**

- Hipotenziv müalicə ağır preeklampsiyalı qadınlarda və hamiləliyi vaxtından əvvəl doğuşla başa çatmış qadınlarda zahılıq dövründə də davam etdirilməlidir. **(B)**
- Zahılıq dövründə ağır hipertenziyanın müalicəsi sistolik arterial təzyiqi 160 mm.c.süt.-dan, diastolik arterial təzyiqi 110 mm.c.süt.-dan aşağı səviyyədə saxlamağa yönəldilmişdir. **(C)**
- Yanaşı ağırlaşmaları olan qadınlarda doğuşdan sonrakı dövrdə arterial təzyiqin orta dərəcədə artması zamanı hipotenziv müalicə təyin oluna bilər. **(D)**
- Hipotenziv terapiya – nifedipin, labetolol, metildopa, kaptopril, enalapril preparatları döşlə əmizdirdikdə belə istifadə oluna bilər
- Zahılıq dövründə hipertenziyanı tənzimləmək çətin olduqda, oliquriya qeyd olunduqda, kreatininin səviyyəsi yüksək olduqda, trombositlərin miqdarı $50x10^9$/l-dən az olduqda qeyri-steroid iltihab əleyhinə preparatlar təyin etmək olmaz. **(D)**
- Preeklampsiyalı qadınlara, xüsusilə keysəriyyə kəsiyi əməliyyatından sonra və ya 4 gündən artıq yataq rejimi təyin edilmiş qadınlara doğuşdan sonrakı dövrdə tromboprofilaktika təyin etmək olar (tromboprofilaktikanın aparılması qərarı koaquloqrammanın nəticəsinə əsaslanmalıdır).
- Ağır preeklampsiyalı qadınlarda keysəriyyə əməliyyatından sonrakı dövrdə maqnezium sulfatın yeridilməsi davam etdirilməlidir.
- Əməliyyatdan sonra maye qəbuluna ciddi nəzarət edilməlidir. Standart rejim 80ml/saat (vena daxili yeridilən maqnezium-sulfat və qadının daxilə qəbul etdiyi maye daxil olmaqla).

Hamiləlik hipertenziyasının profilaktikası

- Risk faktorlarının təsirinə məruz qalan qadınların erkən diaqnostikası və adekvat müalicəsi hamiləlik hipertenziyasının və onun ağırlaşmalarının qarşısının alınmasında mühüm yer tutur.
- Maye və duz qəbulunun azaldılması hamiləlik hipertenziyasının qarşısını almır. **(B)**
- Preeklampsiyanın inkişafı üzrə yüksək risk qrupuna aid olan qadınlarda kiçik dozada aspirinin istifadəsinin faydası qeyd olunur. **(A)**
- Sutkada 1 qram dozada kalsium qəbulu preeklampsiya riskini azaldır. **(A)**

Ədəbiyyat

1. Abalos E, Duley L, Steyn DW, et al: Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy (Cochrane Review). In Cochrane Library, Issue 2. Oxford, Software, 2001.
2. Action Pre-eclampsia (APEC) Pre-eclampsia community guideline. Middlesex (UK) Action on Pre-eclampsia (APEC), 2004, 20 p.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists: Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia: ACOG Practice Bulletin No. 33. Obstet Gynecol 2002; 99:159-167.
4. Atalah AN, Hofmeyer GJ, Duley L, et al: Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems (Cochrane Review). In Cochrane Library, Issue 2. Oxford, Software, 2001.
5. Crowley P: Prophylactic corticosteroids for preterm birth (Cochrane Review). In Cochrane Library, Issue 2. Oxford, Software, 2001.
6. Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada - Volume 30, Number 3, Supplement 1, March 2008.
7. Duley L, Henderson-Smart DJ: Drugs for rapid treatment of very high blood pressure during pregnancy (Cochrane Review). In Cochrane Library, Issue 2. Oxford, Software, 2001.
8. Duley L, Henderson-Smart D: Reduced salt intake compared to normal dietary salt, or high intake, in pregnancy. (Cochrane Review). In Cochrane Library, Issue 2. Oxford, Software, 2001.
9. Knight M, Duley L, Henderson-Smart DJ, et al: Antiplatelet agents for preventing and treating pre-eclampsia (Cochrane Review). In Cochrane Library, Issue 2. Oxford, Software, 2001.

10. Kroner C, Turnbull D, Wilkinson C: Antenatal day care units versus hospital admission for women with complicated pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2001: CD001803.
11. Magee LA, Duley L: Oral beta-blockers for mild to moderate hypertension during pregnancy (Cochrane Review). In Cochrane Library, Issue 2. Oxford, Software, 2001.
12. Markides M, Growther CA: Magnesium supplementation in pregnancy (Cochrane Review). In Cochrane Library, Issue 2. Oxford, Software, 2001.
13. Milne F, Redman C, Walker J et al. The pre-eclampsia community guideline (PRECOG). How to screen for and detect onset of pre-eclampsia in the community. BMJ. 2005 Mar 12, 330 (7491): 576-580.
14. Pre-eclampsia community guideline (PRECOG). Published version 2004.
15. Report of the National Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2000; 183: S1-S22.
16. von Dadelsen P, Ornstein MP, Bull SB, et all: Fall in mean arterial pressure and fetal growth restriction in pregnancy hypertension: A meta-analysis. Lancet 2000; 355: 87-92.
17. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. THE MANAGEMENT OF SEVERE PREECLAMPSIYA/ ECLAMPSIYA. Guideline 10, RCOG Press, March 2006.

Arterial təzyiqin ölçülmə qaydası

Ölçmə texnikası

YADDA SAXLAYIN!

Arterial təzyiqi ölçmək üçün istifadə olunan cihazın düzgün işləməsi yoxlanılmalıdır, həmçinin müntəzəm olaraq sfiqmomanometrin dərəcələnməsi aparılmalıdır.

- ► Qadınlarda AT oturaq vəziyyətdə hər iki qolda ölçülməlidir **(B)**
- ► Uyğun ölçüdə manjetdən istifadə edilməlidir **(B)**
- ► Arterial küyün itməsi diastolik təzyiq nöqtəsi kimi qəbul olunur **(A)**
- ► Əgər yüksək arterial təzyiq hər hansı qolda təyin olunursa, növbəti müayinə zamanı AT həmin qolda da ölçülməlidir **(D)**
- ► AT ölçülməsi üçün civəli manometrdən (sfiqmomanometr) istifadə olunur
- ► Elektron (avtomatik) cihaz preeklampsiyalı qadınlarda AT ölçməsini dəqiq aparmaya da bilər və müqayisə üçün məsləhət görülür ki, sfiqmomanometrdən də istifadə olunsun **(B)**
- ► Hipertenziya diaqnozu həkimin otağında və ya stasionarda aparılmış ölçmənin nəticəsinə əsaslanmalıdır **(C)**
- ► Yüngül hipertenziya diaqnozu bir neçə ölçmənin nəticələrinə əsaslanmalıdır **(C)**

Əgər ölçmə ev şəraitində aparılacaqsa, pasiyentlər AT ölçülməsinin düzgün texnikası barədə məlumatlandırılmalıdırlar. **(D)**

Hamilə qadının tibb müəssisəsinə köçürülməsi

1. Hamilə qadının həyatı tibb personalın fəaliyyətinin cəldliyindən asılıdır.
2. Təcili yardım briqadası tez çağırılmalı və ya hamilə qadının stasionara təcili göndərilməsi təmin edilməlidir. Tez və başa düşüləcək tərzdə qadına (huşu aydındırsa) və / və ya yoldaşına nə baş verdiyini anlatmaq lazımdır. Hamilənin köçürülmələri yalnız təkərli xərəkdə mümkündür.
3. Qadını sol tərəfə çevirmək və maska vasitəsi ilə oksigen təchizatını təmin etmək lazımdır.
4. Maqnezial terapiya həyata keçirilir, hemodinamik nəzarət və qeydlər aparılır
5. Protokola uyğun olaraq antihipertenziv preparatlar təyin olunur
6. Qıcolma baş verdikdə, qadın travma ala bilməyəcəyi yerə uzadılır (düz yerə)
7. Qıcolma zamanı qadını tutmaq lazım deyil; güclə ağzına diltutan və ya ağızgenişləndirici salmaq olmaz. Bunları qıcolmadan əvvəl etmək lazımdır (dilinə sıxac qoymaq olmaz).

PASİYENT ÜÇÜN MƏLUMAT

Preeklampsiya ilə bağlı meydana çıxan suallar

Preeklampsiya nə deməkdir?

Preeklampsiya hamiləlik zamanı meydana çıxan, həm anaya, həm də uşağa təsir göstərən xəstəlikdir. Adətən preeklampsiyanın yüngül forması rast gəlinir, lakin preeklampsiyanın ağır, həyat üçün təhlükəli formaları da mövcuddur. Ən ağır vəziyyət – eklampsiya adlanan qıcolmalar preeklampsiyanın növbəti mərhələsidir.

Preeklampsiyaya kim məruz qala bilər?

Hamiləlik zamanı arterial təzyiqi yüksək olan hər 10 qadından birində preeklampsiya inkişaf edə bilər. İlk dəfə hamilə olan qadınlarda, yaşı 40-dan artıq olan qadınlarda, BÇİ 35-dən artıq olan qadınlarda, ailə üzvlərinin və özünün anamnezində preeklampsiya olan qadınlarda, hamiləliklər arası interval 10 ildən artıq olduqda, arterial təzyiqi yüksək olan, şəkərli diabeti, böyrək xəstəliyi olan qadınlarda, çoxdöllü hamiləlik zamanı preeklampsiyanın inkişaf etmək təhlükəsi böyükdür.

Bu halın səbəbi nədir?

Bu patologiya plasenta ilə əlaqədardır, bu zaman plasenta dölün qanla təchizatını məhdudlaşdırır. Patoloji vəziyyət hamiləliyin erkən dövrlərində inkişaf etməyə başlayır, lakin adətən hamiləliyin daha gec dövrlərində təzahür edir.

Hansı əlamətlərə diqqət yetirmək lazımdır?

Yüksək arterial təzyiq, proteinuriya, qəflətən meydana çıxan və sürətlə artan ödemlər (ayaqlarda, üzdə, qarında, bel nahiyəsində), başağrıları, görmə pozğunluqları, epiqastral nahiyədə ağrı,

ürəkbulanma, qusma, sidik ifrazının azalması, sarılıq, USM zamanı dölün inkişafının ləngiməsi.

Preeklampsiya necə müalicə olunur?

Preeklampsiyalı qadınlar ciddi nəzarət altında olmalıdırlar (xəstəxanada və ya gündüz stasionarında) və arterial təzyiqi sabitləşdirmək məqsədilə dərman preparatları qəbul etməlidirlər.

Preeklampsiyalı qadının tam sağalması mümkündürmü?

Preeklampsiya yalnız uşaq doğulduqdan sonra keçə bilər, çünki əsas səbəb – plasentanın patologiyasıdır. Ona görə də preeklampsiyalı qadınlarda süni olaraq sürətləndirilmiş vaxtından əvvəl doğuşlar daha çox rast gəlinir.

Bu hal təkrar oluna bilərmi?

Bəli, bəzi qadınlarda bu hal təkrar olunur.

Bu vəziyyəti daha erkən aşkar etmək mümkündürmü?

Hamilə qadın müntəzəm surətdə, həkimin təyin etdiyi vaxt tibb müəssisəsinə gəldikdə, hipertenziv pozğunluqların vaxtında aşkar olunması ehtimalı böyükdür.

Özünə kömək etmək üçün qadın nə edə bilər?

Hamilə qadın həkimin məsləhətlərinə riayət etməli, həkimin təyin etdiyi vaxtda qəbula gəlməli və narahat edən bütün simptomlar və hallar barədə həkimə və ya mamaya məlumat verməlidir.

Əlaqə telefonu: Mama (telefon nömrəsi)