

Nadciśnienie tętnicze indukowane ciążą: zestawienie bibliograficzne w wyborze

Oprac. Marta Boszczyk

Pedagogiczna Biblioteka Wojewódzka: Wydział Informacyjno-Bibliograficzny, 2018 r.

1. Bomba-Opoń, Dorota : Nadciśnienie tętnicze w ciąży / red. Wielgoś Mirosław. – Wyd. 2. – Gdańsk : Via Medica 2016, [4], 69 s. : il., tab. – Bibliogr. [przy rozdz.], 21 cm. – (Biblioteka Ginekologa Praktyka 2)
Biblioteka UJK – Wolny dostęp – zwarte – 1p.

2. Diagnostyka i leczenie nadciśnienia indukowanego ciążą jako element profilaktyki okołoporodowej / Anna Michalik, Marta Hajduk, Jolanta Olszewska, Agnieszka Czerwińska-Osipiak. W: Pielęgniarstwo Polskie. – 2017, nr (2) s. 307-312, tab. – Bibliogr. 15 poz.

Streszczenie polskie: Nadciśnienie indukowane ciążą (NIC) jest jedną z najczęstszych patologii okresu okołoporodowego oraz jedną z głównych przyczyn umieralności matek, płodów oraz noworodków. Częstość występowania NIC ocenia się na 3-10 proc. ciężarnych, a u 15-25 proc. tej grupy rozwija się stan przedzucawkowy. Oszacowano, iż 18 proc. zgonów wśród ciężarnych i położnic wiąże się z NIC i jego powikłaniami, zwłaszcza z rozsianym wykrzepianiem wewnątrznaczyniowym (DIC) [1]. Dodatkowo NIC wiąże się ze zwiększonym ryzykiem powikłań perinatologicznych: porodem przedwczesnym i niską masą urodzeniową. Powikłania te mają długoterminowe skutki dla dziecka i rodziny. NIC jest to stan podwyższonego ciśnienia tętniczego (powyżej 140/90 mmHg), pojawiający się de novo po 20. tygodniu ciąży (t.c.) i ustępujący po porodzie. Według klasyfikacji z 2007 r., ustalonej przez European Society of Cardiology (ESC) i European Society of Hypertension (ESH), wyróżnia się nadciśnienie przewlekłe, nadciśnienie indukowane ciążą, stan przedzucawkowy, zespół HELLP oraz nadciśnienie indukowane ciążą nakładające się na nadciśnienie przewlekłe. W etiologii opisywany jest współdziałanie czynników genetycznych, środowiskowych, immunologicznych i metabolicznych. Ponieważ wieloczynnikowa patogeneza NIC oraz stanu przedzucawkowego nie jest całkowicie poznana, pełne zapobieganie oraz przewidywanie wystąpienia choroby nie jest możliwe. Profilaktyka wtórna skupia się na zapobieganiu powikłaniom u matek (np.: rzucawka) oraz płodów (np.: wcześniactwo). Przebyty stan przedzucawkowy koreluje z podwyższonymi wskaźnikami zapadalności na choroby układu sercowo-naczyniowego oraz metaboliczne w kolejnych ciążach i późniejszym okresie życia. Konieczne jest przeprowadzenie w tej grupie pacjentek edukacji na temat stylu życia oraz wdrożenia działań diagnostyczno-leczniczych [1]. Celem pracy jest przedstawienie głównych założeń w postępowaniu diagnostycznym, edukacyjnym i leczniczym NIC oraz stanu przedzucawkowego, co może stanowić swoiste kompendium dla praktyków i teoretyków opieki położniczej. Minimalizowanie skutków powikłań NIC, z uwagi na częstość występowania schorzenia, jest jednym z głównych założeń w profilaktyce okołoporodowej [4] i profilaktyce chorób układu sercowo-naczyniowego.

Dostęp online:

http://www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl/uploads/2017/2/307_2_64_2017.pdf

3. Edukacja, opieka i leczenie kobiet w ciąży z różnymi postaciami nadciśnienia tętniczego / Izabela Mężyk, Barbara Kotlarz, Beata Naworska, Celina Gogola, Iwona Gałązka, Beata Podsiadło. W: Problemy Pielęgniarstwa. – T. 18, nr 4 (2010), s. 512-517. – Bibliogr. 31 poz.

Streszczenie polskie: Nadciśnienie tętnicze jest jedną z najczęściej występujących patologii ciąży oraz najczęstszym czynnikiem śmiertelności matek w krajach rozwiniętych, a także źródłem wielu powikłań u dzieci. Pomimo ogromnego rozwoju wiedzy na temat etiopatologii i leczenia nadciśnienia w ciąży, jedynym przyczynowym leczeniem stanu przedzucawkowego jest doprowadzenie do urodzenia dziecka i wydalenia łożyska. Aby w leczeniu i opiece nad ciężarną z nadciśnieniem osiągnąć zamierzony cel, należy uwzględnić nie tylko wiedzę i doświadczenie personelu medycznego, ale również współpracę pacjentki i jej świadome podejście do leczenia.

PBW w Kielcach – Wydział Informacyjno-Bibliograficzny – Akademia

4. Grygla, Piotr : Nadciśnienie tętnicze u kobiet w ciąży. W: Kardiologia w Praktyce. – Vol. 4, nr 1 (2010), s. 19-22, tab.

Streszczenie polskie: W artykule przedstawiono podstawowe informacje dotyczące nadciśnienia tętniczego w ciąży. Podano definicję nadciśnienia tętniczego w ciąży i opisano podział nadciśnienia u kobiet. Zwrócono szczególną uwagę na patogenezę tej postaci nadciśnienia. Opisano podstawowe zalecenia dotyczące terapii nefarmakologicznej.

PBW w Kielcach – Wydział Informacyjno-Bibliograficzny – Akademia

5. Grzywanowska-Łaniewska Iwonna, Dłużniewski Mirosław, Kuch Marek : Nadciśnienie tętnicze w ciąży - diagnostyka i leczenie. W: Polski Przegląd Kardiologiczny. – Vol. 14, nr 1 (2012), s. 37-44, tab. – Bibliogr. 31 poz.

Streszczenie polskie: Nadciśnienie tętnicze (NT) komplikuje przebieg ok. 5-10 proc. wszystkich ciąż, stanowiąc jedną z głównych przyczyn chorobowości i śmiertelności, zarówno matek, jak i płodów/novorodków. Kryteria rozpoznania NT w ciąży to RRs \geq 140 mmHg i/lub RRr \geq 90 mmHg. Klasyfikacja NT w ciąży obejmuje 4 postaci: 1) uprzednio występujące NT; 2) NT indukowane ciążą - pojawiające się po 20 tygodniu ciąży, przebiegające z białkomoczem lub bez; 3) uprzednio występujące NT z nałożonym NT wywołanym ciążą z białkomoczem; 4) NT niedające się sklasyfikować przed porodem. Wyjątkowo groźną postacią NT w ciąży jest nadciśnienie wywołane ciążą przebiegające z białkomoczem \geq 500 mg/dobę; nosi ono nazwę stanu przedzucawkowego, a jego szczególne postaci - zespół HELLP i rzucawka - stanowią zagrożenie dla życia matki i płodu. Opieka nad ciężarną z NT obejmuje ścisłe monitorowanie (diagnostyka stanu przedzucawkowego i jego powikłań), leczenie nefarmakologiczne oraz farmakoterapię, a także ustalenie optymalnego momentu zakończenia ciąży. W okresie połogu pacjentki nadal wymagają nadzoru, a rozpoznanie NT jest weryfikowane i podlega ewentualnemu dalszemu leczeniu.

PBW w Kielcach – Wydział Informacyjno-Bibliograficzny – Akademia Grzywanowska-Łaniewska Iwonna, Dłużniewski Mirosław, Kuch Marek : Nadciśnienie tętnicze w ciąży - patofizjologia i aktualna klasyfikacja. W: Polski Przegląd Kardiologiczny. – T. 13, z. 3 (2011), s. 165-170, tab. – Bibliogr. 30 poz.

Streszczenie polskie: Nadciśnienie tętnicze (nt) komplikuje przebieg około 5-15 proc. wszystkich ciąż, stanowiąc jedną z głównych przyczyn chorobowości i śmiertelności, zarówno matek, jak i płodów/novorodków. Kryteria rozpoznania nt w ciąży to RRs \geq 140 mmHg i/lub RRr \geq 90 mmHg. Klasyfikacja nt w ciąży obejmuje cztery postaci: 1. uprzednio występujące nt, 2. nt indukowane ciążą - pojawiające się po 20 tygodniu ciąży, przebiegające z białkomoczem lub bez, 3. uprzednio występujące nt z nałożonym nt wywołanym ciążą z białkomoczem, 4. nt nie dające się sklasyfikować przed porodem. Wyjątkowo groźną postacią nt w ciąży jest nadciśnienie wywołane ciążą przebiegające z białkomoczem \geq 300 mg/dobę; nosi ono nazwę stanu przedzucawkowego, a jego szczególne postaci - zespół HELLP i rzucawka - stanowią zagrożenia dla życia matki i płodu. Opieka nad ciężarną z nt obejmuje ścisłe monitorowanie (diagnostyka stanu przedzucawkowego i jego powikłań), leczenie nefarmakologiczne oraz farmakoterapię, a także ustalenie optymalnego momentu zakończenia ciąży. W okresie połogu pacjentki nadal wymagają nadzoru a rozpoznanie nt ulega weryfikacji i ewentualnemu dalszemu leczeniu.

PBW w Kielcach – Wydział Informacyjno-Bibliograficzny – Akademia

6. Kardiologia w położnictwie. Nadciśnienie tętnicze indukowane ciążą / Dorota Stołtny, Ewa Mazur, Anna Król-Zybura, Aleksander Sieroń, Piotr Stołtny, Anita Olejek. W: Ogólnopolski Przegląd Medyczny. – 2012, nr (3), s. 7-28, 30. – Bibliogr. 10 poz.

Streszczenie polskie: Nadciśnienie tętnicze w ciąży ok. 5-10 proc. wszystkich ciąż i stanowi jedną z ważniejszych przyczyn chorobowości matek i noworodków. Stan przedzucawkowy, a szczególnie zespół HELLP (hemoliza wewnątrzmaciczna, podwyższona aktywność enzymów wątrobowych, małopłytkowość) oraz rzucawka stanowią zagrożenie dla matki i płodu. Odpowiednio szybkie rozpoznanie nadciśnienia tętniczego indukowanego ciążą i wdrożenie leczenia zapobiega wystąpieniu porodu przedwczesnego.

PBW w Kielcach – Wydział Informacyjno-Bibliograficzny – Akademia

7. Klocek Marek, Czarnecka Danuta : Nadciśnienie tętnicze w ciąży - jak leczyć skutecznie?.
W: Przegląd Lekarski. – Vol. 72, nr 4 (2015), s. 200-204, il., tab. – Bibliogr. 16 poz.
Streszczenie polskie: Nadciśnienie tętnicze występuje u około 5-10 proc. wszystkich kobiet w ciąży, zarówno tych z nadciśnieniem przewlekłym, jak i tych, u których choroba rozwija się w drugiej połowie ciąży. Powikłania nadciśnienia w ciąży wciąż stanowią jedną z głównych przyczyn umieralności matek i płodów. Nadciśnienie tętnicze w ciąży rozpoznaje się przy wartościach ciśnienia skurczowego = 140 i/lub rozkurczowego = 90 mm Hg. Według wytycznych, decyzja o rozpoczęciu farmakoterapii nadciśnienia w ciąży uzależniona jest od rodzaju nadciśnienia: w nadciśnieniu wywołanym ciążą, rozwijającym się po 20 tygodniu (z białkomoczem lub bez) farmakoterapia jest wskazana, jeżeli ciśnienie wynosi = 140/90 mmHg, w przewlekłym nadciśnieniu stwierdzanym przed ciążą farmakoterapia jest wskazana, jeżeli w ciąży BP wynosi = 150/95 mmHg. Należy też leczyć każde nadciśnienie ciężkie w ciąży (=160/110 mmHg).
Typowym postępowaniem jest leczenie doustne metyldopą, labetalolem, innymi beta-adrenolitykami oraz niektórymi antagonistami wapnia. W stanie przedrzucawkowym może być konieczne stosowanie dożylnego labetalolu, nitrogliceryny, urapidylu i innych leków.
Dostęp online: http://www.wple.net/plek/numery_2015/numer-4-2015/200-204.pdf
8. Leszczyńska-Gorzela, Bożena : Nadciśnienie tętnicze u kobiet w ciąży : czy można zapobiec rzucawce?. W: Ginekologia i położnictwo 2007 : materiały konferencji szkoleniowej : [Kraków, 30 listopada - 1 grudnia 2007 r.]. – Kraków : Medycyna Praktyczna, 2007. – S. 129-144
Śląski Uniwersytet Medyczny
9. Leszczyńska-Gorzela Bożena, Mierzyński Radziław : Nadciśnienie w ciąży - aktualny stan wiedzy. W: Przegląd Ginekologiczno-Położniczy. – T. 9, nr 2 (2009), s. 81-87. – Bibliogr. 38 poz.
Streszczenie polskie: Nadciśnienie tętnicze i jego powikłania to główna przyczyna śmiertelności matek i noworodków w krajach rozwiniętych. Mechanizmy powodujące rozwój nadciśnienia w ciąży i preeklampsji nadal pozostają nie do końca poznane. Znanych jest wiele czynników ryzyka wystąpienia chorób w ciąży, ciągle jednak nie potrafimy jej zapobiegać, a ukończenie ciąży pozostaje jedynym skutecznym sposobem leczenia. W pracy tej przedstawiono aktualności dotyczące etiopatogenezy, czynników ryzyka i leczenia nadciśnienia w ciąży i preeklampsji.
PBW w Kielcach – Wydział Informacyjno-Bibliograficzny – Akademia
10. Maksym Marta, Madej Paweł, Lemm Magdalena Agata : Etiopatogeneza nadciśnienia tętniczego u kobiet ciężarnych. W: Annales Academiae Medicae Silesiensis. – 2015, nr 69, s. 69-75. – Bibliogr. 60 poz.
Streszczenie polskie: Nadciśnienie tętnicze w przebiegu ciąży jest jednym z najpoważniejszych powikłań ciąży i może stanowić zagrożenie dla życia ciężarnej oraz jej dziecka. W ostatnich latach coraz szerszym zainteresowaniem cieszą się badania nad profilaktyką nadciśnienia indukowanego ciążą, stanu przedrzucawkowego i rzucawki. Jednakże ze względu na nieznaną etiologię tych schorzeń pierwotna profilaktyka nie jest obecnie możliwa. W niniejszej pracy starano się przybliżyć stan wiedzy na temat etiopatogenezy oraz możliwości wczesnego wykrywania ciężarnych zagrożonych występowaniem tych zaburzeń.
Dostęp online: http://annales.sum.edu.pl/archiwum_publicacje/10_2015.pdf
11. Mastalerz-Migas Agnieszka, Pokorna-Kałwak Dagmara, Steciwko Andrzej : Nadciśnienie tętnicze w ciąży - co powinien wiedzieć lekarz rodzinny?. W: Terapia. – T. 18, nr 2 (2010), s. 79-80, 83-85, tab. – Bibliogr. 14 poz.
Biblioteka UJK - Wolny dostęp-czasopisma-2 p.

12. Mizgala, Elżbieta : Nadciśnienie tętnicze u kobiet w ciąży. W: Lekarz. – 2008, nr (10), s. 48-49
PBW w Kielcach – Wydział Informacyjno-Bibliograficzny – Akademia
13. Moczulski Dariusz : Nadciśnienie tętnicze u kobiet w ciąży / opracowanie edytorskie Ewa Wender-Ożegowska, Paweł Gutaj. W: Medycyna po Dyplomie. – T. 21, nr 7-8 (2012), s. 70-73. – Bibliogr.
Dostęp online: <https://podyplomie.pl/medycyna/10634,nadcisnienie-tetnicze-u-kobiet-w-ciazy>
14. Nadciśnienie tętnicze u kobiet w ciąży. Etiopatogeneza / Zbigniew Saczko, Jolanta Saczko, Julita Kulbacka, Agnieszka Chwiłkowska, Krzysztof Żurawski. W: Nadciśnienie Tętnicze. – T. 13, nr 3 (2009), s. 199-205. – Bibliogr. 49 poz.
Streszczenie polskie: Choroby przebiegające z podwyższonym ciśnieniem u kobiet w okresie ciąży to częsta przyczyna zgonów kobiet i porodów martwych płodów. W dużym stopniu są one przyczyną przedwczesnych porodów i powikłań u noworodków. Etiopatogeneza nadciśnienia indukowanego ciążą (PIH) pozostaje nieznana, a patomechanizm tego schorzenia nie jest do końca wyjaśniony. W nadciśnieniu chronicznym głównym objawem jest podwyższone ciśnienie tętnicze, podczas gdy w nadciśnieniu indukowanym ciążą wzrost ciśnienia jest syndromem specyficznych zaburzeń i potencjalną przyczyną komplikacji występujących u kobiet w ciąży. Badania ostatnich lat wskazują, że istotną rolę w wywoływaniu PIH odgrywa stres oksydacyjny powodowany niekontrolowanym wzrostem reaktywnych form tlenu (RFT).
PBW w Kielcach – Wydział Informacyjno-Bibliograficzny – Akademia
15. Nadciśnienie tętnicze u kobiet w ciąży - związek z wykonywaną pracą zawodową / Anna Skoczyńska, Barbara Turczyn, Marek Murawski, Anna Wojakowska, Barbara Wencka. W: Nadciśnienie Tętnicze. – T. 15, nr 5 (2011), s. 290-298, il., tab. – Bibliogr. 21 poz.
PBW w Kielcach – Wydział Informacyjno-Bibliograficzny – Akademia
16. Nalewczyńska Agnieszka, Timorek-Lemieszczuk Agnieszka, Osuch Beata : Nadciśnienie w ciąży - patofizjologia i postępowanie. W: Ginekologia i Położnictwo. – T. 3, nr 4 (2008), s. 47-57. – Bibliogr. 34 poz.
Streszczenie polskie: Nadciśnienie tętnicze jest jednym z najczęstszych stanów wnikających ciążę, będący jednocześnie zagrożeniem dla życia matki i dziecka. Stan ten został przez National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy podzielony na cztery kategorie: nadciśnienie przewlekłe, stan przedzucawkowy, nadciśnienie indukowane ciążą oraz nadciśnienie ciężkie. W chwili obecnej dysponujemy kilkoma lekami, podawanymi zarówno doustnie, jak i parenteralnie, które bezpiecznie można stosować w czasie ciąży: metyldopa, labetalol oraz nifedipina. W artykule przedstawiono patofizjologię oraz leczenie farmakologiczne nadciśnienia w ciąży. Ciężkie nadciśnienie może wymagać terapii dożylniej. Nadciśnienie może się również utrzymywać po porodzie, powodując konieczność dalszego leczenia. Artykuł ten podsumowuje poglądy na patofizjologię oraz leczenie nadciśnienia tętniczego w ciąży.
Dostęp online:
file:///C:/Users/boszczyk/Downloads/Art_5_GIP_04_08_nalewczynska.pdf
17. Przyrost masy ciała a zagrożenie wystąpieniem nadciśnienia w ciąży / Dorota Estemberg, Urszula Kowalska-Koprek, Maria Brzozowska, Agata Karowicz-Bilińska. W: Ginekologia Polska. – T. 79, nr 9 (2008), s. 616-620, il., tab. – Bibliogr. 21 poz.
Streszczenie polskie: Nadciśnienie tętnicze w ciąży jest przyczyną wysokiego ryzyka powikłań w ciąży i w trakcie porodu. U kobiet z podwyższonym BMI występuje ono częściej niż u ciężarnych z prawidłową masą ciała. Etiologia nadciśnienia w ciąży ciągle nie jest jasna a rola czynników środowiskowych nieznana. Cel:

Celem pracy była ocena zależności między nadmierną masą ciała przed ciążą a ryzykiem wystąpienia nadciśnienia podczas ciąży oraz między przyrostem masy ciała podczas ciąży a ryzykiem pojawienia się nadciśnienia. Materiał i metody: Badania przeprowadzono w latach 2005-2007 wśród 126 kobiet ciężarnych hospitalizowanych w Klinice Patologii Ciąży I Katedry Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Badane grupy stanowiły 33 ciężarne z nadciśnieniem tętniczym i prawidłową masą ciała oraz 35 ciężarnych z nadciśnieniem tętniczym i nadmierną masą ciała. Grupy porównawcze stanowiły 27 ciężarnych z prawidłową masą ciała bez nadciśnienia i 31 ciężarnych z nadmierną masą ciała bez nadciśnienia. Oceniono masę ciała przed ciążą, przyrost masy w ciąży oraz częstość występowania nadciśnienia tętniczego. Wyniki: Średnie wartości BMI sprzed ciąży i w ciąży u ciężarnych z prawidłową masą ciała nie różniły się statystycznie w grupie badanych i w grupie porównawczej. U ciężarnych z otyłością przed ciążą wykazano częstsze występowanie nadciśnienia w przypadku wyższego BMI sprzed ciąży.

Dostęp online:

https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/article/view/46693/33480

18. Rapacz Anna, Filipek Barbara : Nadciśnienie tętnicze w ciąży. W: Farmacja Polska. – T. 65, nr 8 (2009), s. 581-585. – Bibliogr. 25 poz.

Dostęp online: <http://www.ptfarm.pl/download/7,2,56,2,2,13>

19. Stefańczyk-Dzida Małgorzata, Płaczekiewicz Daniel, Kleinrok Andrzej : Choroby układu krążenia u kobiet w ciąży. W: Kardiologia po Dyplomie. – T. 10, nr 7 (2011), s. 62-72, il., tab. – Bibliogr. 21 poz.

Streszczenie polskie: Wstęp Nadciśnienie tętnicze w okresie ciąży jest związane ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia powikłań u matki, płodu i noworodka. Celem pracy była ocena częstości występowania nadciśnienia tętniczego w wybranej populacji kobiet w ciąży Dolnego Śląska i określenie związku między występowaniem tej patologii i rodzajem wykonywanej pracy zawodowej. Materiał i metody Analizie poddano 6343 historie chorób kobiet w ciąży, które urodziły dzieci w I Klinice Ginekologii i Położnictwa Akademii Medycznej we Wrocławiu w latach 2004-2009. Oszacowano częstość występowania nadciśnienia tętniczego w ciąży i zastosowania terapii hipotensyjnej. Dokonano oceny związku między występowaniem nadciśnienia w ciąży i zawodem matki, a także analizowano związek między zawodem wykonywanym przez matkę i stanem zdrowia noworodka Wyniki Odsetek kobiet z nadciśnieniem w ciąży wynosił 7 proc. badanej populacji. Najliczniejsze grupy zawodowe kobiet w ciąży z nadciśnieniem stanowiły ekspedientki lub kasjerki (13,2 proc.), ekonomistki (10,1 proc.) i urzędniczki (10,1 proc.). Wyniki analizy wskazują na dwie przyczyny, które mogą mieć wpływ na występowanie nadciśnienia w ciąży: zespół czynników psychofizycznych (stres) na stanowisku pracy oraz praca przy monitorze ekranowym. Wykazano statystycznie istotny wpływ stosowania hipotensyjnej farmakoterapii oraz kategorii zawodowej matki na urodzeniową masę ciała noworodków. Wnioski Nadciśnienie tętnicze w czasie ciąży występuje częściej w grupie kobiet wykonujących określone zawody. Większą ochroną należy objąć kobiety zatrudnione na stanowiskach takich jak...

Dostęp online:

<https://podyplomie.pl/publish/system/articles/pdfarticles/000/008/962/original/62-72.pdf?1469012278>

20. Szczepaniak-Chicheł Ludwina, Tykarski Andrzej : Leczenie nadciśnienia tętniczego w ciąży w świetle aktualnych wytycznych Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego z 2011 roku. W: Ginekologia Polska. – T. 83, nr 10 (2012), s. 778-783, il., tab. – Bibliogr. 57 poz.

Streszczenie polskie: Nadciśnienie tętnicze w okresie ciąży dotyczy od około 7 do 10 proc. ciężarnych i wiąże się ze zwiększonym ryzykiem powikłań zarówno dla matki, jak i dziecka. Problemy z prowadzeniem ciąży z nadciśnieniem związane są z brakiem powszechnie akceptowanych standardów postępowania. Różnice w poglądach na temat klasyfikacji nadciśnienia w ciąży, zakresu wskazań do leczenia hipotensyjnego, a także wyboru optymalnych leków hipotensyjnych wynikają z przyczyn obiektywnych, takich jak nakładanie się czynników patogenetycznych typowych dla nadciśnienia i tych

związanych z ciążą, różne rozłożenie priorytetów leczenia hipotensyjnego związane z koniecznością uwzględnienia korzyści dla matki i dla płodu, brak z oczywistych względów randomizowanych badań oceniających leki hipotensyjne w ciąży, ale także z faktu zainteresowania tym tematem lekarzy różnych specjalności - hipertensjologów, ginekologów-położników i perinatologów. Największe korzyści dla ciężarnych i dzieci z ciąż powikłanych nadciśnieniem tętniczym może przynieść dobra współpraca, wymiana informacji i doświadczeń pomiędzy lekarzami wszystkich tych specjalności. Niniejsza praca ma na celu przedstawić specjalistom w zakresie ginekologii i położnictwa aktualne wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego z 2011 roku odnośnie leczenia nadciśnienia tętniczego w ciąży wraz z komentarzem.

Dostęp online:

https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/article/view/46130/32919

21. Wąsowski Michał, Marcinowska-Suchowierska Ewa : Nadciśnienie tętnicze u kobiet w ciąży. W: Postępy Nauk Medycznych. – T. 23, nr 5 (2010), s. 369-374, il., tab. – Bibliogr. 10 poz.

Streszczenie polskie: Nadciśnienie tętnicze (NT) w ciąży jest nadal - mimo postępu medycyny - istotną przyczyną chorobowości i umieralności matek, płodów i noworodków. Wiekła 3-15 proc. ciąż i w około 70 proc. dotyczy pierworódek. Podczas ciąży w organizmie kobiety zachodzi szereg przemian wpływających na wartość ciśnienia tętniczego. W fizjologicznej ciąży zwiększają się stężenia reniny, angiotensyny I i II, aldosteronu, estrogenów, progesteronu i prolaktyny. Zwiększone stężenie estrogenów i progesteronu stymuluje układ renina-angiotensyna-aldosteron (RAA), co w konsekwencji powoduje zatrzymywanie sodu i wody w ustroju. Zwiększające się stężenie progesteronu, prostacyklin, tlenku azotu przyczynia się do zmniejszenia oporu obwodowego (przez wpływ na rozkurcz naczyń przedwłosowatych), co skutkuje w niepowikłanej ciąży obniżeniu ciśnienia tętniczego zarówno skurczowego, jak i rozkurczowego. Już od 12 Hbd zwiększa się rzut serca (o ok. 30-50 proc.). Objętość wyrzutowa serca wzrasta średnio o ok. 20-10 proc., przyspiesza się także czynność serca o ok. 10-15 uderzeń/min. Te wszystkie zmiany w obrębie układu krążenia w ciąży prowadzą do powstania krążenia hiperkinetycznego. Nadciśnienie tętnicze w ciąży rozpoznajemy, gdy ciśnienie skurczowe (SBP) przekracza 140 mmHg, a rozkurczowe (DBP) 90 mmHg podczas min. 2 pomiarów w odstępie nie mniejszym niż 4 godziny. W klasyfikacji nadciśnienia tętniczego u kobiet w ciąży wyróżniamy: nadciśnienie istniejące przed ciążą (nadciśnienie przewlekłe PPH), które...

PBW w Kielcach – Wydział Informacyjno-Bibliograficzny – Akademia

22. Widecka, Krystyna : Nadciśnienie tętnicze w ciąży. W: Postępy w nefrologii i nadciśnieniu tętniczym. T. 8 / pod. red. Andrzeja Więcka, Franciszka Kokota ; [aut. Stanisław Czekalski et al.]. – Kraków : Medycyna Praktyczna, cop. 2009. – S. 25-29. – Bibliogr. 22 poz

Bydgoszcz - Biblioteka Medyczna Collegium Medium

Lublin - Biblioteka Główna Uniwersytetu Medycznego

Łódź - Biblioteka Główna Uniwersytetu Medycznego

Łódź - Biblioteka Uniwersytetu Łódzkiego

Kraków - Biblioteka Jagiellońska i Biblioteka Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Warszawa - Biblioteka Główna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Warszawa - Biblioteka Publiczna m.st. Warszawy

Warszawa - Biblioteki Uniwersytetu Warszawskiego

Gdańsk - Biblioteka Główna Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Szczecin - Biblioteka Główna Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego

Szczecin - Książnica Pomorska

23. Zachowania zdrowotne kobiet ciężarnych z nadciśnieniem tętniczym / Agnieszka Bień, Justyna Krysa, Ewa Rzońca, Grażyna Iwanowicz-Palus, Joanna Mękal-Kisiel. W: Journal of Education, Health and Sport. – T. 7, nr 1 (2017), s. 247-256, il., tab. – Bibliogr. 37 poz., sum.

Streszczenie polskie: Wprowadzenie. Podejmowanie przez kobietę ciężarną zachowań prozdrowotnych, jak i antyzdrowotnych ma wpływ zarówno na jej stan zdrowia, jak i jej nienarodzonego dziecka, a w konsekwencji wpływa na jego rozwój w przyszłości. Celem badań była ocena zachowań zdrowotnych kobiet ciężarnych z nadciśnieniem tętniczym. Materiał i metoda. Badania zostały przeprowadzone w okresie od listopada 2011 roku do lutego 2012 roku wśród 80 kobiet ciężarnych z nadciśnieniem tętniczym hospitalizowanych 246 w oddziale patologii ciąży. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki kwestionariuszowej. Wyniki. Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała związek pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi respondentek, a danymi socjalno-demograficznymi: aktywnością fizyczną a wiekiem ($p=0,01$), wypoczynkiem w ciągu dnia a pomocą przy codziennych obowiązkach ($p=0,00001$), pomocą przy codziennych obowiązkach a warunkami socjalnoekonomicznymi ($p=0,03$). Stwierdzono również związek pomiędzy stosowaniem zasad zdrowego żywienia, a miejscem zamieszkania ($p=0,006$), wykształceniem ($p=0,05$) i spożyciem sodu ($p=0,03$) przez badane, jak również pomiędzy wykształceniem, a liczbą stosowanych przez respondentki używek ($p=0,0003$). Wnioski. Na zachowania zdrowotne ciężarnych z nadciśnieniem tętniczym ma wpływ wykształcenie, okazywana pomoc przy codziennych obowiązkach oraz warunki socjalnoekonomiczne. Rozpoznanie nadciśnienia tętniczego u kobiet ciężarnych nie wpływa na całkowite wyeliminowanie przez nie zachowań antyzdrowotnych.

Dostęp online: <http://www.ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4190/pdf>

24. Wpływ wyrównania metabolicznego na parametry krążenia maciczno-łożyskowego w ciąży powikłanej nadciśnieniem ciążowym i stanem przedrzucawkowym u ciężarnych z cukrzycą przedciążową / Grzegorz Poprawski, Marek Pietryga, Agnieszka Zawiejska, Rafał Iciek, Ewa Wender-Ożegowska, Jacek Brązert. W: Ginekologia Polska. – T. 86, nr 11 (2015), s. 811-820, il., tab. – Bibliogr. 38 poz., sum.

Streszczenie polskie: Wprowadzenie: Nadciśnienie ciążowe (GH) i stan przedrzucawkowy (PE) w dalszym ciągu stanowią jedną z głównych przyczyn śmiertelności wśród ciężarnych. Schorzenia te są szczególnie groźne u pacjentek zrozpoznaną cukrzycą przedciążową (PGDM). Związane jest to między innymi z uszkodzeniem śródbłonna naczyń krwionośnych przez wysokie stężenie glukozy w surowicy, co zwiększa ryzyko wystąpienia PE i GH. Cel pracy: Ocena wpływu wyrównania metabolicznego u ciężarnych z PGDM na parametry przepływu krwi krążeniu maciczno-łożyskowym w trakcie trwania ciąży. Materiał i metoda: Badaniem objęto 141 ciężarnych, które podzielono na 3 grupy. Grupa PE+GH ($n=16$) - ciężarne chorujące na PGDM, u których w przebiegu ciąży wystąpiła PE lub GH. Grupa PGDM ($n=84$) - ciężarne z cukrzycą przedciążową bez powikłań nadciśnieniowych w trakcie trwania ciąży. Grupa kontrolna ($n=41$) - zdrowe ciężarne bez PGDM. U wszystkich ciężarnych monitorowano wyrównanie metaboliczne oraz parametry krążenia maciczno-łożyskowego w trakcie trwania ciąży. Badanie zakończono w momencie uzyskania danych z okresu okołoporodowego. Wyniki: Różnica pomiędzy indeksem pulsacji tętnicy macicznej (UtA Pi) w I trymestrze ciąży wyrażonej jako wielokrotność mediany (MoM) pomiędzy badanymi grupami była nieistotna statystycznie ($p=0,42$). Nie zaobserwowano również znamiennej różnicy między badanymi grupami PI UtA w II trymestrze ciąży ($p=0,33$) i w III trymestrze ciąży ($p=1,0$). Tempo wzrastania płodu w poszczególnych było porównywalne. Centyl masy urodzeniowej noworodka w badanych grupach nie różnił się znamienne statystycznie...

Dostęp online:

https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/article/view/45646/32440

25. Znaczenie matczynych czynników ryzyka powikłań ciąży ze szczególnym uwzględnieniem porodu przedwczesnego / Izabela Mikulak, Agnieszka Jodzie, Maria Katarzyna Borszewska-Kornacka, Krzysztof Czajkowski. W: Ginekologia i Położnictwo. – T. 10, nr 2 (2015), s. 46-54, il., tab. – Bibliogr. 26 poz. - Tekst równol. w jęz. ang.

Streszczenie polskie: Wstęp. Zgodnie z definicją WHO za prawidłowy czas trwania ciąży uznajemy 37 - 41

pełnych tygodni. Poród pomiędzy 22. a 36. ukończonym tygodniem ciąży uważa się za przedwczesny. Częstość występowania porodu przedwczesnego określa się w Europie na 5-7 proc.. W Polsce odsetek porodów przedwczesnych wynosi 6-8 proc. i stale utrzymuje się na tym samym poziomie. Cel pracy. Ocena częstości występowania wybranych matczynych czynników ryzyka porodu przedwczesnego wśród pacjentek rodzących przedwcześnie w II Katedrze i Klinice Ginekologii i Położnictwa Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w latach 2008-2011 z uwzględnieniem zaawansowania wieku ciążowego. Materiał i metodyka. Przeprowadzono retrospektywną analizę danych 1570 kobiet rodzących przedwcześnie w II Katedrze i Klinice Ginekologii i Położnictwa WUM w oparciu o dokumentację medyczną (karta ciąży, historia choroby, księga porodowa). Badane podzielono na cztery grupy w zależności od zaawansowania wieku ciążowego w dniu porodu. W poszczególnych grupach dokonano analizy częstości występowania wybranych matczynych czynników ryzyka porodu przedwczesnego. Wyniki. U 58. (3,75 proc.) kobiet nie zdiagnozowano żadnego z analizowanych czynników ryzyka, u 248. (16,02 proc.) - jeden czynnik ryzyka, u 405. (26,16 proc.) - dwa czynniki ryzyka, u 415. (26,81 proc.) - trzy czynnikami ryzyka, u 236. (15,25 proc.) - cztery czynniki ryzyka.

Dostęp online: <file:///C:/Users/boszczyk/Downloads/art-05-mikulak-2-gip-2015.pdf>