

Gebeliğin Oluşturduğu Hipertansiyon Olgularının Değerlendirilmesi (*)

Melihat KESİM, İsmet KARLIK, Hürriyet ERDOĞAN, Meryem USTA OGLU, Ali Fuat ŞENGÖR

Şişli Etfal Hastanesi 3. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

ÖZET

Kliniğimizde yatırılıp tedavi edilen ve doğum yapan hipertansif gebeleri irdelemeyi amaç edindik. Kliniğimizde tedavi edilen 92 hipertansif gebe retrospektif olarak incelendi. Hastaların kan biyokimyası, idrar tetkikleri, kan basıncı ölçümü, gözden bulguları ve dahiliye konsültasyonları yapıldı. Olguların özelliğine göre gebeler antihipertansif ajan ve magnezyum sülfat tedavisi sonrası uygun zamanda doğurtuldular veya iyileşme ile taburcu edildiler. Gebelerin yaşları 15-40 arasında idi. Hafif preeklampsi 31 olguda (% 33.70), ağır preeklampsi 56 olguda (% 60.87), eklampsi 5 olguda (% 5.43) saptandı. Ağır preeklampsi olgularının 4'ünde (% 4.34) HELLP sendromu göldü. Doğum şekilleri incelendiğinde 56 olgu (% 60.87) vaginal yolla, bir olgu (% 1.09) vakum ekstraksiyon ile, 24 olgu (% 26.09) sezaryen (CIS) ile doğurtuldu. 11 olgu (% 11.95) ise tedavi sonrası iyileşme ile taburcu edildi. Apgar 7 ve altında olan 14 olgu (% 15.22) saptandı. İntrauterin ölüm, prematür doğum hipertansif gebelerde önemli komplikasyonlardır. Hipertansif gebelerde anne ve bebek mortalite ve morbiditesini en aza indirmek için doğum zamanı ve şekline iyi karar verilmelidir. Mümkün olduğu kadar vaginal yol tercih edilmelidir.

Anahtar kelimeler: Gebeliğin oluşturduğu hipertansiyon

GİRİŞ

The Comitte on Terminology of the American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); gebelikteki hipertansiyon tanısı için 6 saat ara ile elde edilen iki kan basıncı değerinin 140-90 mmHg veya üzerinde bulunması ya da 20. gebelik haftasından önce ölçülen kan basıncı değerinden sistolik 30 mmHg veya daha fazla, diastolik 15 mmHg veya daha fazla yükselme tespitini gerekli görmektedir⁽¹⁾. Hipertansiyon tüm gebeliklerin % 7-10'unda

(*) 4. Ulusal Perinatoloji Kongresinde (26-30 Nisan 1994, İstanbul) tebliğ edilmiştir.

Yazışma adresi: Melihat Kesim 9-10 Kısım, A-8 Kapısı D.117 Ataköy 34750 İstanbul

The Evaluation of Pregnancy Induced Hypertension Cases

We have targeted to analyze the pregnancy induced hypertension pregnant patients who were treated and delivered in our clinic. We analyzed retrospectively 92 hypertensive pregnant patients who were treated in our clinic. The patients blood biochemistries, urine analyses, blood pressures, eye fundoscopic examinations and internal medicine consultations were taken. The patients were treated for antihypertensive or had magnesium sulphate therapy. These patients either had deliveries or they were discharged after being treated. The age of our patients were between 15-40. We found mild preeclampsia in 31 cases (33.70 %), severe preeclampsia in 56 (60.87 %) and eclampsia in 5 of patients (5.34 %). HELLP syndrome was found in 4 cases of severe preeclampsia syndrome. Delivery was accomplished vaginally in 56 (60.87 %), with vacuum extraction in 1 (1.09 %) and with caesarian section in 24 cases (26.09 %). Eleven cases (11.55 %) were discharged from the hospital after recovery. There were 14 cases (15.22 %) with Apgar scores of 7 or below. Intrauterin death, premature labor are the important complications in the hypertensive pregnant. In order to lower maternal and child mortality and morbidity, the timing and route of delivery should be decided meticulously. Vaginal delivery should be preferred whenever possible.

Key words: Pregnancy Induced hypertension

rastlanmaktadır. Etyolojide arteriollerin vazopressör ajanlara karşı duyarlılığın artmış olması rol oynar. Generalize bir arterioller vazospazm vardır. Perinatal ölüm ve morbidite gebeliğin oluşturduğu hipertansiyon olgularında artmıştır. Bu oranlar düzenli obstetrik-neonatal bakım ile azaltılabilir⁽²⁾.

Gebelikte tespit edilen hipertansiyon etyolojik olarak tamamen farklı iki gruba ayrılır. Birincisi gebeliğin neden olduğu, gebelikte ortaya çıkıp, doğum ile geriye dönen "gebeliğin oluşturduğu hipertansiyon" (Pregnancy induced hypertension=PIH), ikincisi ise herhangi bir sebebe bağlı olarak gebelikten önce mevcut olan ve gebeliğe eşlik eden "kronik hipertansiyon"dur. Klinik yönetim; gebeliğin oluşturduğu

hipertansiyon ağırlığı ile direkt bağıntılıdır. Ancak terme ulaşan doğurmayan olgularda, servikal olgunluk sağlandıktan sonra indüksiyon ile doğum sağlanır⁽³⁾. Amacımız hipertansif gebelerdeki klinik, tedavi ve yaklaşımı incelemektir.

MATERYAL ve METOD

1/1/1990-1/1/1993 tarihleri arasında Şişli Etfal Hastanesi 3. Kadın Doğum Kliniğine yatırılarak tedavi edilen ve/veya doğurtulan hipertansif 92 gebe retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya zeminde kronik veya esansiyel hipertansiyonu olan gebeler dahil edilmedi ve sadece gebeliğin oluşturduğu hipertansiyon olguları alındı.

Gebeliğin oluşturduğu hipertansiyon kapsamına hafif preeklampsi, ağır preeklampsi ve eklampsi olguları dahil edildi. Proteinürisi 0.3 gr/L'den fazla ve diastolik kan basıncı 90-100 mmHg arasında olan olgular hafif preeklampsi, proteinürisi 5 gr/L üzerinde, diastolik kan basıncı 100 mmHg üzerinde, baş ağrısı, epigastrium ağrısı, skotom ve bilinç bulanıklığı gibi serebral ve vizüel bozuklukları olan ve HELLP tablosu (hemoliz, karaciğer enzimlerinde bozulma, trombositopeni) gelişen olgular ağır preeklampsi; konvülsiyon geçiren olgular eklampsi olarak değerlendirildi. 31 hafif preeklampsi, 56 ağır preeklampsi, 5 eklampsi olgu değerlendirilmeye alındı.

Hemogram, tam idrar tahlili, kan elektrolitleri, ürik asit, kan proteinleri, Esbach, karaciğer fonksiyon testleri, serum kreatinini, pıhtılaşma zamanı, protrombin zamanı, aktif parsiyel tromboplastin zamanı (APTT), trombosit sayımı yapıldı. Hemogram'a Symex'in Flow Fotometrik, SGOT ve SGPT'lerde IFCC (without pyridoxal) ve NVKC (phosphate and without blanks), Üre'ye Urease UV, Protrombin Zamanına Neoplastine CI Plus, APTT'ye Factor XII aktivatör ve Cephalin miktar tayini, Fibrinojen'e kandidatör Fibrinojen Miktar (Clauss'a göre) tayini, Kreatinin'e Jaffe metodu, Total Protein'e Biuret With Sample Blank, Albümin'e Brom-cresol Green, Esbach'a Pikrik asit-sitrik asit çöktürme metodu ile bakıldı.

6 saat ara ile en az iki defa ölçüme sistolik kan basıncı 140 mmHg, diastolik basınç ise 90 mmHg'den yüksek olan gebeler ile takiplerinde sistolik kan basıncı 30 mmHg, diastolik kan basıncı 15 mmHg yükselenler dikkate alındı. Antepartum fetal takip U/S ve CTG ile yapıldı. PIH'lı inuteromort fetus olgularında çalışma kapsamına alındı.

Preeklampsi ve eklampsi olgularında; 6 gr. i.m., 3 gr. i.v. yükleme dozunun takiben i.v. 1 gr/saat giderecek şekilde magnezyum sülfat perfüzyonu uygulandı. Konvüzyonun kontrol altına alınmadığı vakalarda 2 gr/saat magnezyum sülfat i.v. perfüzyon şeklinde verildi.

Antihipertansif olarak oral ve/veya dilaltı nifedipin kullanıldı. İstatistiksel değerlendirmelerde Varyans Analizi kullanıldı.

BULGULAR

Hipertansif gebelerin yaş dağılımı 15-40 arasında idi ve ortalama yaş 26.59 olarak bulundu (Tablo 1). Gebelik haftaları dağılımı incelendiğinde 32 haftadan küçük gebelik % 22.83, 32-36 haftalık arası gebelikler % 32.60 oranında idi (Tablo 2).

Çalışmaya alınan olguların hematolojik parametreleri, albumin, total protein, 24 saatlik idrarda kanıtatif protein miktarı, üre ve kreatinin değerleri saptandı. Hafif ve ağır preeklampsi olgular bu değerler yönünden ayrı ayrı değerlendirildi. İki grup arasında üre, kreatinin değeri yönünden fark anlamsız iken ($p>0.05$); eritrosit, hemoglobin, hemamatomkrit, trombosit, albumin, total protein, ESBAKCH değerleri yönünden fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0.05$) (Tablo 3).

Olguların % 43.48'inde (40 olgu) travay öncesi Bishop skoru 4 ve altında olarak saptandı (Tablo 5). Servikal olgunluğa erişmeyen olguların 17'sine (% 42.50) PGE₂ jel uygulandı. 31 hafif preeklampsi olgusundan 8'i miadından önce doğurtulmadan düzelle ile taburcu edildi. 18 olgu vajinal ve 5 olgu C/S

Tablo 1. Olguların yaş ve pariteye göre dağılımı

Yaş grubu	PARİTE					
	Primipar		Multipar		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
17 ve altı	5	5.43	-	-	5	5.43
18-22	17	18.48	7	7.61	24	26.09
23-27	13	14.13	8	8.70	21	22.83
28-32	5	5.43	18	19.57	23	25.00
33-37	2	2.17	12	13.04	14	15.22
38 ve üstü	1	1.09	4	4.35	5	5.43
Toplam	43	46.73	49	53.27	92	100

Tablo 2. Olguların gebelik haftalarına göre dağılımı

Gebelik haftası	Sayı	%
37 ve üstü	41	44.57
32-36	30	32.60
32 altı	21	22.83
Toplam	92	100.00

Tablo 3. Hafif ve ağır preeklampsi olgularında bazı biokimyasal parametrelerin dağılımı

Parametreler	HAFİF PREEKLAMPSİ		AĞIR PREEKLAMPSİ		p
	n	Ort.±sd	n	Ort.±sd	
Eritrosit (milyon/m ³)	31	4.15±0.61	56	3.67±0.77	p<0.05
Albümin (gr/dl)	31	4.02±0.77	56	3.2±0.51	p<0.05
Total Protein (gr/dl)	26	6.48±0.76	56	5.65±0.85	p<0.05
ESBACH (gr/27 saat)	24	1.26±1.36	56	5.09±1.465	p<0.05
Hematokrit (%)	31	36.43±6.42	56	33.27±6.34	p<0.05
Hemoglobin (gr/dl)	31	12.3±1.45	56	11.33±1.96	p<0.05
Trombosit (bin/mm ³)	30	279.83±68.37	56	237.51±72.3	p<0.05
Üre (mg/dl)	30	25.36±6.96	54	25.94±9.04	p>0.05
Kreatinin (mg/dl)	29	1.126±0.57	56	1.10±0.64	p>0.05

Tablo 5. Hipertansif gebelerin Bishop skorlarının dağılımı

Gebelik haftası	Sayı	%
4 ve altı	40	43.48
4 üstü	52	56.52
Toplam	92	100.00

ile doğurtuldu. En büyük grubu teşkil eden ağır preeklampsi olgularının 35'i vajinal, 18'i C/S ile doğurtuldu. Ağır preeklampsi olgularından 4'ü HELLP idi. HELLP olguları vajinal yolla doğurtuldu ve 1 olgu maddi problemi nedeniyle sigorta hastanesine sevk edildi. Eklampsi olgularının 4'ü vajinal, biri C/S ile doğurtuldu (Tablo 6).

Tüm olguların yenidoğan bebekleri incelendiğinde ilk dakika apgar skoru 69 olguda (% 83.17) 7'nin üstünde, 14 olguda ise (% 16.87) 7 ve altında idi. Gruplar kendi içinde değerlendirildiğinde hafif preeklampsi olgularının % 4.0'ında IUGR vardı ve Apgarları 7 ve altında idi. IUGR olmayan hafif preeklampsi olgularının ise % 4.0'ında Apgar 7 ve altında idi. Apgar skoru 7'nin üzerinde olan IUGR'li olgular

Tablo 6. Hipertansif gebelerin sınıflandırılması ve doğum şekillerine göre dağılımı

Özellik	DOĞUM ŞEKLİ					
	Vajinal		Sezaryen		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hafif Preeklampsi	18	78.3	5	21.7	23	100.0
Ağır preeklampsi	35	66.0	18	34.0	53	100.0
Eklampsi	4	80.0	1	20.0	5	100.0

% 16.0 iken IUGR olmayan olgular % 76.0 olarak bulundu. Ağır preeklampsi grubundaki IUGR'li olgularda apgar skoru 7'nin üzerinde olanlar % 47.2 iken % 17.0'ında skor 7 ve altında idi. IUGR olmayan ağır preeklampsi olgularda apgar skoru 7 ve altında olanlar % 9.4 iken % 26.4'ünde apgar 7'nin üzerindeydi. Eklampsi olgularda IUGR olmayan olgu saptanamamıştır. % 80 olguda Apgar 7 ve altında % 20 olguda ise 7'nin üzerinde bulundu. Hafif preeklampsi olgularda IUGR oranı % 20.0 iken ağır preeklampsi olgularda bu oran % 64.0 idi. Eklampsi olgularında ise IUGR oranı % 100.0 olarak saptandı (Tablo 7).

Tablo 7. Yenidoğanların fetal distress ve IUGR yönünden dağılımı

	IUGR (+)				IUGR (-)				Apgar 7<	
	Apgar 7>		Apgar 7<		Apgar 7>		Apgar 7<			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hafif Preeklampsi	1	4.0	4	16.0	1	4.0	19	76.0	25	100.0
Ağır preeklampsi	9	17.0	25	47.2	5	9.4	14	26.4	53	100.0
Eklampsi	3	80.0	2	20.0	-	-	-	-	5	100.0

Tablo 8. Yenidoğanların doğum ağırlıklarına göre dağılımı (n=83)*

Doğum Kilosu	Sayı	%
2100 gr. altı	27	32.53
2101-2500 gr.	12	14.46
2500 gr. üstü	44	53.01
Toplam	83	100.00

* İki olgu ikiz doğum yapmıştır.

Doğum ağırlıklarına göre dağılımı incelendiğinde 83 yenidoğan bebekten 44'ü (% 53.01) 2500 gramın üstünde, 27'si (% 32.53) 2100 gramın altında idi (Tablo 8).

Hipertansif gebelerde maternal mortalite oranı % 0 bulundu. 12 olguda (% 13.04) intrauterin ölüm vardı. Travayda fetal ölüm olmadı. Postpartum takip güçlüğüne ve kayıtlardaki eksikliklere rağmen elimizdeki verilere göre perinatal mortalite % 26.04 (25 olgu) idi.

TARTIŞMA

Gebeliğin oluşturduğu hipertansiyon; gebelik öncesinde normotansif olan, retinopati, nefropati ve proteinürisi olmayan kadınlarda gebeliğin ikinci yarısında kan basıncının 140/90 mmHg ve/veya üzerinde saptanması olarak tanımlanmaktadır⁽⁴⁾. Bu durum gebelikte ortaya çıkar ve doğum sonunda geriler⁽¹⁾. Kronik hipertansiyon ise gebelik öncesinde de mevcuttur ve gebeliğe eşlik etmektedir⁽¹⁾. Preeklampsisi hipertansiyona proteinüri ve ödemin eklenmesidir⁽⁵⁾. Preeklampsinin klasik şekline daha çok primigravidada rastlanmaktadır. Multipar olgularda ise gebelik öncesi mevcut "kronik hipertansiyon"a preeklampsisi eklenmesi sıklıkla görülür⁽⁵⁾. Bizim çalışmamızda olguların % 46.73'ü primigravida idi ve değişik gebelik haftalarında saptanan hipertansif olgular rastgele değerlendirilmeye alındığı için sosyo-kültürel düzeyi düşük olup antenatal takiplerini düzenli yaptırmamış olan bu olgular "gebeliğin oluşturduğu/indüklediği hipertansiyon" grubu altında bütün olarak değerlendirilmiştir. Bu nedenle kronik hipertansif olgular bir ayırımı takib tutulmamıştır.

İdeal olan antenatal takip gebelerin 32. haftaya kadar iki haftada bir sonrasında ise haftada bir

izlenmesi, kan basıncı yükselmesi veya testlerde bir patoloji geliştiğinde hastaneye yatırılmalarını içermektedir. Diastolik basıncın herhangi bir kontrolde 100 mmHg'nin üzerinde saptanması da hospitalizasyonu gerektirmektedir⁽⁴⁾. Kliniğimizde 32. hafta öncesinde tesbit edilerek takibe alınan olgular ancak % 22.83 olarak belirlenmiştir. Oysa antenatal takibini yaptırmayıp doğum için miadında gebelik ile başvuran olgular % 44.57 oranındadır. Eğitimsiz kadınların antenatal takiplerinde takındıkları duyarsız tavır perinatal morbidite ve mortaliteyi etkilediği gibi anne hayatını da tehlikeye sokmaktadır.

Preeklampside serum ürik asit konsantrasyonu normale oranla % 150-200 kat artış gösterir⁽⁶⁾. Ancak ürik asit değerleri hastalığın ortaya çıkmasından önce yükselmesi konusu tartışmalıdır. Prediktif amaçla kullanılmaması savunulmaktadır⁽⁶⁾. Serum kreatinin değeri belirgin yükselme gösterdikçe tanıya yardımcı değildir. Çünkü normal değer sınırları genişler⁽⁶⁾. BUN değerindeki farklılıklar da diyetdeki protein alımından da etkilenebilir⁽⁶⁾. Olgularımızda hafif ve ağır preeklampitik olgularda üre ve kreatinin serum düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Proteinürinin 5 gr/gün'den fazla olması ağır preeklampsisi tanısı için önem taşır⁽⁵⁻⁶⁾. Bizim çalışmamızda da günlük protein kaybı yönünden hafif ve ağır preeklampitik grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Sibai'ye göre preeklampitik olgularda anormal periferik yayma ile de görülebilen hemoliz, 1.2 mg/dl'nin üzerinde bilirubin değeri, artmış LDH (600 Ü/L <) SGOT'nin 70 Ü/L'nin üzerinde olması ve trombositopeni HELLP sendromunu düşündürmektedir⁽⁷⁾. Bu sendroma preeklampitik olgularda % 8.8 oranında rastlandığı bildirilmektedir⁽⁹⁾. Eklampsiye bağlı maternal mortalite HELLP sendromunda yükselmektedir. Literatürde eklampitik olgularda maternal mortalite % 0-14, HELLP sendromunda ise % 0-24 olarak bildirilmektedir⁽⁸⁻⁹⁾. Bizim olgularımızın % 4.35'inde HELLP sendromu saptanmıştır. Maternal kayıp olmamıştır. Oranlarımız literatür ile uyumludur.

HELLP sendromu saptandığında fizyopatolojinin ağır seyrettiği düşünülerek doğum sağlanmalıdır. Ancak HELLP sendromlu olgularda acil doğum önerenlerin yanında konservatif yaklaşımla fetal ma-

türütenin sağlanması için gebeliğin devamının uygun olacağını savunanlarda vardır⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Çalışmamızda da HELLP sendromlu olguların 3'ü (% 77.7) vaginal yolla doğurtulmuştur.

Neonatal bakımın yeterli olduğu merkezlerde 28-32. haftalardaki ağır preeklampitik gebeler doğurtulmalıdır⁽⁷⁾. Eklampitik olgularda sezaryen ile doğumun neonatal mortaliteyi değiştirmedeği belirlenmiş ve vaginal doğumun tercih edilmesi gereğini ortaya koymuştur⁽¹³⁾. Sibai tarafından 32 haftanın altındaki eklampitik gebelerde prematürite ve serviks uygunsuzluğu nedeni ile elektif sezaryen önerilmektedir⁽¹⁴⁾. Çalışmamızda olgular kliniğe yatırılarak takip edilmişlerdir. Kliniğine göre değerlendirilerek akciğer matürasyonunun tamamlanması beklendi. Doğum şekli olarak öncelikle vaginal yol tercih edildi. Hafif preeklampitik olguların 18'i (% 78.3) vaginal, 5'i (% 21.7) sezaryen ile doğurtulurken 8 olgu doğum yapmadan tansiyon arteryel kontrol altına alınarak taburcu edilmiştir. Ağır preeklampitik olguların % 66.0'ı vaginal % 34.0'ı sezaryen ile doğurtulmuştur. Eklampsi olgularımızın birinde 28 haftalık gebelik vardı, Bishop skoru 2 idi ve sezaryen ile doğum gerçekleştirildi. Sonuçta eklampitik olguların % 80.0'ı vaginal yolla, % 20.0'ı ise sezaryen ile doğurtulmuştur. Tanı grupları arasında doğum şekli yönünden anlamlı bir fark saptanamamıştır (p>0.05).

Eklampsi sıklığı 100 ile 3448 gebelikte bir oranında görülmektedir⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Eklampside konvülsiyon tedavisi ve tekrarının önlenmesinde magnezyum sülfat tedavisi kullanılmaktadır. Günümüzde Pritchard'ın intramüsküler, Zuspan'ın ve Sibai'nin intravenöz rejimleri olmak üzere 3 rejim önerilmektedir⁽¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹⁾. Eklampside tek ve kesin tedavi doğumdur⁽¹³⁾. Biz çalışmamızda Sibai rejimini kullandık. Antihipertansif tedavide sistolik tansiyonu 160 mmHg'nın, diastolik tansiyonu 110 mmHg'nın altında tutmayı amaçladık. 5 eklampitik olguda da antihipertansif ajan olarak nifedipin kullanılmıştır. Ağır preeklampitik olguların 38'inde antihipertansif tedavinin yanında magnezyum sülfat, 9'unda sadece antihipertansif tedavi, 5'inde ise magnezyum sülfat tedavisi uygulanmıştır. Magnezyum sülfat tedavisine bağlı yan etki görülmemiştir.

Hipertansif gebelerde IUGR oranı % 10.2 olarak bildirilmiştir⁽¹³⁾. Yapılan bir çalışmada bu oran %

11.5 ve % 28.3 arasında ve IUGR oranının normal popülasyondan iki kat fazla olduğu saptanmıştır (20,21). Hafif preeklampside IUGR oranı % 10.2 olarak tesbit edilirken ağır preeklampside bu oran yükselmektedir⁽³⁾. Creasy ve Rennik IUGR olgularının % 25-30'unun uteroplasental perfüzyon bozulduğundan kaynaklandığını bildirmişlerdir⁽⁸⁾. Kliniğimizde yapılan bir başka çalışmada IUGR olgularının % 31.8'i toksikozlu idi⁽²³⁾. Bizim çalışmamızda IUGR oranı hafif preeklampside % 20.0 olarak saptanırken ağır preeklampside bu oran % 64.2 dir. Eklampitik 5 olguda da IUGR bulunmuştur.

Hafif preeklampside perinatal mortalite oranı % 11.8 olarak bildirilmektedir⁽¹³⁾. Eklampside bu oran % 31.5 oranındadır⁽¹³⁾. Bir başka çalışmada ise eklampsideki perinatal mortalite % 10-28 arasında verilmektedir⁽²⁴⁾. Bizim çalışmamızda perinatal mortalite oranı çalışmaya alınan tüm olgular için % 26.1 olarak saptanmıştır ve literatür ile uyumludur.

Modern obstetrikteki ilerlemelere rağmen halen günümüzde gebeliğin hipertansif hastalığı anne ve fetusun morbidite ve mortalitesinde önemini korumaktadır. Hastalığın derecesi, doğumdaki gebelik haftası, yenidoğanın kilosu, neonatal bakımın yeterliliği, yenidoğanı etkilediği gibi, erken tanı ve konvülsiyonların önlenmesinde anne sağlığı açısından önem taşır. Düzenli antenatal takip hastalığın erken saptanmasını sağlayacağı gibi gerekli önlemlerin alınması hem anne hem de fetusun hayatı tehlikeye atılmadan doğumun gerçekleştirilmesini sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Şen C, Madazlı R, Ocak V: Gebelikte hipertansiyon/tanımlar ve sınıflandırma. Perinatoloji Dergisi 1:7-10, 1993.
2. Maral I, Sözen U, Balık E ve ark.: Gebelik hipertansiyonu tedavisinde labetalol ve nifedipin karşılaştırılması. J Obstet Dergisi 3:267-270, 1993.
3. Şen C, Karagözlü F, Ocak V: Gebelik ve hipertansiyonda klinik yönetim. Perinatoloji Dergisi 1:37-44, 1993.
4. Dekker GA, Van Geijn HP: Hypertensive disease in pregnancy. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology 4:10-27, 1992.
5. Scott JR, VVorley RJ: Hypertensive diseases of pregnancy. In Danforth's Obstetrics and Gynecology. Scott J.R., DiSaia PJ, Hammond CB, Spellacy WN (eds). Lippincott Company. Philadelphia 23:489-514, 1990.
6. Cengiz C, Kimya Y: Preeklampsinin erken tanınmasında ve takibinde yardımcı laboratuvar yöntemleri. Perinatoloji Dergisi 1:19-23, 1993.
7. Taner CE, Erden C, Kocabağoğlu C, ve ark.: HELLP sendromu 12 olgu ve tedavide yaklaşımlar. Türkiye Klinikleri Jinekoloj Obstet Dergisi 3:129-133, 1993.
8. Moses V, Depersio S, Lorenz D, et al: A thirty year review of maternal mortality in Oklahoma 1950 through 1979. Am J Obstet

Gynecol 157:1189,1987.

9. Sibai MB: The HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets). Much ado about nothing? Am J ObstetGynecol 62:311,1990.

10. Weinstein L: Preeclampsia-eclampsia with hemolysis, elevated liver enzymes and thrombocytopenia. Obstet Gynecol 66:657, 1985.

11. Clark SL, Phelan JR, Aelen SH, et al: Antepartum reversal of hemotologic abnormalities associated with the HELLP syndrome. J Reprod Med 31:70, 1986.

12. Barton JR, Sibai BM: Care of the pregnancy complicated by HELLP syndrome. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America 18:165, 1991.

13. Şen C, Madazlı R, Erdinç S, ve ark.: Gebelik ve hipertan siyonda klinik yönetim. Kadın Doğum Dergisi 8:9-12, 1992.

14. Sibai BM, Anderson GD, Abdella TN: Eclampsia III. Neo natal outcome, growth, and development. Am J Obstet Gynecol 146:307, 1983.

15. Moller B, Lindmark G: Eclampsia in Sweeden, 1976-1980. Acta obstet Gynecol Scand 65:307, 1986.

16. Richards AM, Moodley J, Graham DI: Active management of the unconscious eclamptic patient. Br J Obstet Gynecol 93:554, 1986.

17. Pritchard JA, Cunningham FG, Pritchard SA: The park land memorial hospital protocol for treatment of eclampsia. Evaluation of 245 cases. Am J Obstet Gynecol 148:951, 1984.

18. Zuspan FP: Problems encountered in the treatment of pregnancy induced hypertension. Am J Obstet Gynecol 131:591, 1978.

19. Sibai BM: Magnesium sulphate in preeclampsia-eclampsia. Contemp Obstet Gynecol 29:155, 1986.

20. Lang JM, Cohen A, Lieberman E: Risk factors small-for-gestational age birth in preterm population. Am J Obstet and Gynecol 166:1374-1378, 1992.

21. Mutale T, Creed F, Maresh M, et al: Life events and low birth weight analysis by infants preterm and small for gestational age. Br J Obs and Gyne 88:166-172, 1991.

22. Creasy RK, Resnik R: Intrauterine growth retardation. In Maternal Fetal Medicine. Creasy RK, Resnik R (eds), W.B. Saunders company. Philadelphia 553-554, 1989.

23. Ustaoglu M: Kliniğimizde doğum yapan IUGR'lı olguların değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul 1993.

24. Sibai BM, Rodriguez JJ: Preeclampsia: Diagnosis and Management. In Gleicher M (ed). Principles and Practice of Medical Therapy in Pregnancy. New York, Appleton and Lange 880-887, 1992.