

Клинический протокол

ГБУ РД «Городская клиническая больница»		
Вид документа	Клинический протокол	
ГБУ РД «ГКБ»	Версия	№ 1
	Запись в Едином реестре документации	№ __
	Экземпляр	№ __
	Введен в действие	11.11.21
Конфиденциально	Срок действия	3 года
Название документа	<i>Клинический протокол «Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, родах и послеродовом периоде. Презлампися. Эклампсия.» Коды МКБ: O10, O12, O12.0, O12.1, O12.2, O13, O14, O14.1, O14.9, O16. Возрастная группа - взрослые</i>	

	Должность	Ф. И. О.	Подпись	Дата
Разработано:	Зав. ж\к 5	Гамзатова З.А.		
Согласовано	Главный врач	Малаев Х.М.		
	Заместитель главного врача по лечебной работе	Гаджиева Л.Х.		
	Заместитель главного врача по хирургической работе	Абдулмаджидов Х.М.		
	Заведующий экспертным отделом	Махмудова Ф.Б.		
	Заведующая организационно- методическим отделом	Тагирбекова О.М.		
2021 г.				

1. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина

Артериальная гипертензия- состояние, при кот. отмечается повышение САД

≥ 140 мм.рт.ст, диастолического АД ≥ 90 мм.рт.ст., определенное как среднее в результате 2 измерений, на 1 руке с интервалом в 15 минут.

Гестационная АГ- повышение АД после 20 нед. беременности, не сопровождающееся значимой протеинурией.

Умеренная преэклампсия-осложнение беременности, родов и послеродового периода, характеризующееся повышением после 20 нед. САД

> 140 и \или ДАД
>90 мм.рт.ст. независимо от уровня АД в анамнезе в сочетании с протеинурией > 0.3г\ л в 2х порциях мочи, взятых с интервалом 6 часов.

Тяжелая преэклампсия-повышение после 20 нед. САД
> 160 мм.рт.ст.\ или ДАД
> 110мм.рт.ст. в сочетании с протеинурией > 5г. в сутки или хотя бы одним параметром, свидетельствующим о присоединении полиорганной недостаточности.

Эклампсия- серия тонико-клонических судорог на фоне тяжелой преэклампсии при отсутствии других причин.

HELLP- синдром- осложнение тяжелой ПЭ, характеризующееся гемолизом, повышением печеночных трансаминаз (АЛТ, АСТ) и тромбоцитопенией.

1.1. Этиология и патогенез:

Патогенез ПЭ не вполне ясен, существующая в настоящее время теория развития ПЭ во время беременности предполагает две стадии процесса: на 1-й стадии происходит поверхностная инвазия трофобласта, что приводит к неадекватному ремоделированию спиральных артерий. Предполагается, что это является причиной 2-й стадии, которая включает реакцию на дисфункцию эндотелия у матери и дисбаланс между ангиогенными и антиангиогенными факторами, которые приводят к появлению клинических признаков заболевания. При позднем начале заболевания (с дебютом после 34 недель беременности) плацентация обычно происходит нормально, однако потребности фетоплацентарной системы превышают возможности кровоснабжения. Несмотря на то, что плацента, безусловно, играет важную роль в развитии ПЭ, появляется все больше доказательств того, что данное осложнение после 34 недель беременности развивается при участии сердечно-сосудистой системы и гемодинамических особенностей матери, влияющих на функцию плаценты

1.2. Классификация:

010-016 - Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, родов и послеродовом периоде

010 - Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период.

010.0 - Существовавшая ранее эссенциальная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период.

010.1 - Существовавшая ранее сердечно-сосудистая гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период.

010.2 - Существовавшая ранее почечная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период.

010.3 - Существовавшая ранее сердечно-сосудистая и почечная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период.

010.4 - Существовавшая ранее вторичная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период.

010.9 - Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период, неуточненная.

ОН - Преэклампсия, наложившаяся на хроническую гипертензию.

012 - Вызванные беременностью отеки и протеинурия без гипертензии.

012.0 - Вызванные беременностью отеки.

012.1 - Вызванная беременностью протеинурия.

012.2 - Вызванные беременностью отеки с протеинурией.

013 - Вызванная беременностью гипертензия.

014 - Преэклампсия.

014.0 - Преэклампсия от легкой до умеренной.

014.1 - Преэклампсия тяжелая.

014.9 - Преэклампсия [нефропатия] неуточненная.

015 - Эклампсия.

015.0 - Эклампсия во время беременности.

015.1 - Эклампсия в родах.

8

015.2 - Эклампсия в послеродовом периоде.

015.9 - Эклампсия, неуточненная по срокам.

016 - Гипертензия у матери неуточненная

Классификация степени повышения АД у беременных .

Умеренная АГ 140-159 и/или 90-109

Тяжелая АГ >160 и/или >110

С клинической точки зрения в плане исходов беременности и влияния на качество последующей жизни женщины целесообразно выделять раннюю и позднюю ПЭ:

- Ранняя ПЭ (с дебютом до 34° недель беременности).
- Поздняя ПЭ (с дебютом после 34° недель беременности).

Классификация ПЭ по степени тяжести:

- Умеренная ПЭ.
- Тяжелая ПЭ.

Выделение двух степеней ПЭ, умеренной и тяжелой, при беременности имеет принципиальное значение для оценки прогноза, выбора тактики ведения, лечения и родовспоможения . Уровень САД >160 мм рт. ст. и/или ДАД >110 мм рт. ст. при тяжелой ПЭ ассоциируется с высоким риском развития инсульта .

Классификация эклампсии по времени возникновения:

- Эклампсия во время беременности и в родах.
- Эклампсия в послеродовом периоде:
 - ранняя послеродовая эклампсия (первые 48 часов после родов);
 - поздняя послеродовая эклампсия (после 48 часов в течение 28 суток после родов).

1.3. Клиническая картина:

Для классической формы заболевания характерна триада симптомов: АГ, протеинурия и отеки, явные или скрытые. Однако отеки не являются обязательным диагностическим критерием ПЭ. Для тяжелой ПЭ характерно также наличие

дополнительных параметров, свидетельствующих о присоединении полиорганной недостаточности. Диагноз тяжелой ПЭ устанавливается при наличии АГ в сочетании с хотя бы одним из указанных симптомов (Таблица 1).

Таблица 1. Критерии степени тяжести ПЭ

Умеренная ПЭ-АГ (при мониторинге в течение 4-6 часов) $> 140/90$ мм рт. ст., но $< 160/110$ мм.рт.ст.,

Протеинурия $> 0,3$ г/сутки или $> 0,3$ г/л в 2-х порциях мочи, взятых с интервалом в 6 час, но < 5 г/сутки или < 3 г/л в 2-х порциях мочи, взятых с интервалом в 6 час

Тяжелая ПЭ-АД $\rightarrow 160/110$

Протеинурия > 5 г в сутки или > 3 г/л в 2х порциях мочи, взятых с интервалом в 6 часов

Неврологические (церебральные) симптомы: головная боль, нарушение зрения, отек зрительного нерва и др.

Диспептические расстройства: тошнота, рвота

Боли в эпигастрии или в правом верхнем квадранте

Олигурия < 500 мл/сутки (< 30 мл/ч)

Задержка роста плода

Аntenатальная гибель плода

Отек легких/ цианоз

Генерализованные отеки (особенно внезапно появившиеся)

Повышение АЛТ, АСТ в крови > 40 МЕ/л

Тромбоцитопения $< 50\ 000$ /мкл

Гемолиз в периферической крови

Повышение уровня креатинина в крови > 90 мкмоль/л

НЕГГР-синдром

Симптомы - предвестники эклампсии. Эклампсия.

Об угрозе эклампсии у беременной с ПЭ свидетельствует появление

неврологической симптоматики, нарастание головной боли, нарушения зрения, боли в эпигастрии и в правом подреберье, периодически наступающий цианоз лица, парестезии нижних конечностей, боли в животе и нижних конечностях без четкой локализации, одышка, возбужденное состояние или, наоборот, сонливость, затрудненное носовое дыхание, покашливание, сухой кашель, слюнотечение, боли за грудиной. Однако 25% женщин не имеют каких-либо предшествующих симптомов [22,23].

Судороги могут возникнуть во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Судороги при эклампсии имеют свои особенности: вначале появляются

отдельные мелкие сокращения лицевых мышц (15-30 секунд), которые сменяются тоническими судорогами - спазмом скелетной мускулатуры (15-20 секунд), а затем - генерализованными клоническими судорогами (конвульсиями), охватывающими мышцы туловища и конечностей. При эклампсии может наблюдаться один судорожный припадок или серия приступов. Судорожный приступ сопровождается кратковременным апноэ, цианозом, расширением зрачков, прикусыванием языка, выделением пены изо рта.

Длительность судорожного приступа обычно составляет не более 1,5-2 минут. После исчезновения судорог беременная впадает в кому. Однако возможны (редко) и без судорожные, наиболее тяжелые формы, эклампсии.

Почти половина всех случаев эклампсии встречается во время беременности, более 1/5 - до 31-й недели беременности. До 44% случаев эклампсии возникают в послеродовом периоде, особенно при доношенной беременности. При доношенном сроке беременности эклампсия в 75% случаев возникает в родах или в течение 6 часов после родов. В 16% случаев эклампсия возникает в интервале от 48 часов до 4 недель послеродового периода.

Дифференциальная диагностика ПЭ/эклампсии с другими заболеваниями и состояниями.

Всем пациенткам при развитии судорожного приступа во время беременности необходимо провести дифференциальный диагноз со следующими заболеваниями [27]:

- сосудистые заболевания ЦНС;
- ишемический/геморрагический инсульт;
- внутримозговое кровоизлияние/аневризмы;
- тромбоз вен сосудов головного мозга;
- опухоли головного мозга;

- абсцесс головного мозга;
- артериовенозные мальформации;
- инфекции (энцефалит, менингит);
- эпилепсия;
- действие препаратов (амфетамин, кокаин, теофиллин, клозапин);
- гипонатриемия, гипокалиемия;
- гипергликемия;
- тромботическая тромбоцитопеническая пурпура (ТТП);
- постпункционный синдром.

Для уточнения диагноза внутрисосудистого гемолиза необходимо дополнительное получить данные

лабораторных исследований:

- наличие фрагментированных эритроцитов (шизоцитов) (норма 0-0,27%);
- уровень лактатдегидрогеназы (ЛДГ) >600 МЕ/л;
- уровень непрямого билирубина >12 г/л;
- снижение уровня гаптоглобина <0,3 г/л.

HELLP-синдром диагностируется на основании следующих признаков: свободный гемоглобин в сыворотке и моче, повышение АСТ, АЛТ и тромбоцитопения. HELLP-синдром является потенциально смертельным осложнением ПЭ (тяжелая коагулопатия, некроз и разрыв печени, внутримозговая гематома). В зависимости от набора признаков выделяют полный HELLP-синдром и ELLP-синдром при отсутствии гемолитической анемии. Тромбоцитопения - обязательное условие для диагноза HELLP-синдрома. В настоящее время HELLP-синдром рассматривается как один из частных случаев ТМА, связанных с беременностью. Клиническая картина HELLP синдрома переменна и включает следующие симптомы:

- боли в эпигастрии или в правом верхнем квадранте живота (86-90%);
- тошнота или рвота (45-84%);
- головная боль (50%);
- чувствительность при пальпации в правом верхнем квадранте живота (86%);
- ДАД > 110 мм рт. ст. (67%);

- массивная протеинурия (> 5 г/сутки) (85-96%);
- отеки (55-67%);
- АГ (80%).

2. Диагностика, медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Критерии установления диагноза:

ХАГ диагностируется при повышении АД $>140/90$ мм рт. ст. до беременности или в первые 20 недель беременности, которое обычно сохраняется в течение более 42 дней после родов.

ГАГ диагностируется при повышении АД $>140/90$ мм рт. ст. после 20 недель беременности без значимой ($<0,3$ г/л) протеинурии.

Умеренная ПЭ диагностируется при повышении САД >140 мм рт. ст. и/или ДАД >90 мм рт. ст. после 20 недель беременности и е п о у о или на фоне ХАГ в сочетании с протеинурией.

Тяжелая ПЭ диагностируется при повышении САД >160 мм рт. ст. и/или ДАД >110 мм рт. ст. после 20 недель беременности с е п о у о или на фоне ХАГ в сочетании с протеинурией или хотя бы одним другим параметром, свидетельствующим о присоединении полиорганной недостаточности.

Эклампсия диагностируется при возникновении судорог при отсутствии других причин.

НЕБЪР-синдром диагностируется при возникновении гемолиза, повышении печеночных трансаминаз и тромбоцитопении, которые возникают на фоне тяжелой ПЭ.

2.1. Жалобы и анамнез

См. п. 1.3.

2.2 Физикальное обследование

Физикальное обследование проводится согласно клиническим рекомендациям

«Нормальная беременность».2 Дополнительно проводятся следующие исследования.

- Пациенткам с умеренной ПЭ рекомендовано еженедельное посещение медицинской

организации при медикаментозно контролируемой гипертензии (на догоспитальном этапе).

1 Клинические рекомендации «Нормальная беременность»

Комментарий. При медикаментозно контролируемом стабильном АД, отсутствии значимой протеинурии ($<0,3$ г/л), нормальных показателях уровней тромбоцитов и печеночных трансаминаз, а также отсутствии признаков ЗРП и нарушения кровотока по данным ультразвукового доплерографического исследования возможно амбулаторное наблюдение при регулярном посещении женской консультации и мониторинге состояния беременной и плода.

Рекомендовано измерить АД и пульс при каждом визите пациентки.

Комментарий: При измерении АД необходимо соблюдать следующие

правила: положение сидя в удобной позе, рука находится на столе на уровне сердца, нижний край манжеты (ширина 12-13 см, длина 35 см) должен быть на 2 см выше локтевого сгиба, размер манжеты должен соответствовать размеру руки. АД измеряют в состоянии покоя (после 5 минутного отдыха) 2 раза с интервалом не менее минуты; при разнице >5 мм рт. ст. производят одно дополнительное измерение, при этом два последних значения усредняются. АД измеряют на обеих руках, если оно разное, то ориентируются на более высокие значения. У пациенток, страдающих сахарным диабетом, АД необходимо измерять в положении сидя и лежа, и учитывать более высокое АД. Показатели должны быть зафиксированы с точностью до 2 мм рт.

2.3. Лабораторные диагностические исследования

Лабораторное исследование проводится согласно клиническим рекомендациям «Нормальная беременность» Дополнительно проводятся следующие исследования.

- При подозрении на ПЭ рекомендовано назначить определение белка в моче и исследование уровня креатинина в моче с расчетом отношения альбумин/креатинин

Соотношение альбумин/креатинин в моче > 30 мг/г указывают на значимую протеинурию и соотносится с потерей белка $> 0,3$ г/сутки.

При подозрении на ПЭ рекомендовано назначить исследование уровня общего гемоглобина в крови и оценку гематокрита

При подозрении на ПЭ рекомендовано назначить исследование уровня тромбоцитов в крови

Комментарий: Снижение уровня тромбоцитов (<50000/мкл) свидетельствует о развитии тяжелой ПЭ. Прогрессирующее снижение уровня тромбоцитов, даже в пределах нормальных значений, должно контролироваться с интервалом в 6 часов.

При подозрении на ПЭ рекомендовано назначить исследование уровня фибриногена в крови, протромбинового времени в крови или в плазме, активированного частичного тромбопластинового времени, определение международного нормализованного отношения/протромбинового индекса [1,17,24].

Комментарий: Изменения гемостазиограммы не являются специфичными и не отражают тяжесть ПЭ, однако изменение гемостазиограммы является показанием для назначения профилактики тромботических осложнений или кровотечения.

Биохимический общетерапевтический анализ крови включает определение уровня общего белка, мочевины, мочевой кислоты, креатинина, общего билирубина, свободного (неконъюгированного) билирубина, определение АЛТ, АСТ и уровня глюкозы в крови. О тяжелой ПЭ свидетельствует:

снижение концентрации альбумина, связанное с повышением проницаемости эндотелия сосудов; повышение уровня креатинина выше 90 мкмоль/л, особенно в сочетании с олигурией (менее 500 мл/сутки); повышение концентрации билирубина, связанное с гемолизом или поражением печени; снижение концентрации мочевой кислоты; повышение уровня печеночных трансаминаз (АЛТ, АСТ).

2.4. Инструментальные диагностические исследования

проводятся согласно клиническим рекомендациям «Нормальная беременность». Дополнительно проводятся следующие исследования.

- При подозрении на ПЭ рекомендовано назначить ультразвуковое исследование

(УЗИ) плода с целью фетометрии, оценки состояния плаценты и околоплодных вод

- При умеренной ПЭ рекомендовано назначить УЗИ плода каждые 3-4 недели для контроля динамики роста плода
- При антигипертензивной терапии рекомендовано назначить УЗИ плода и ультразвуковую доплерографию маточно-плацентарного кровотока каждые 7-10 дней
- Рекомендовано назначить КТГ плода с 26 недель беременности один раз в неделю при умеренной ПЭ и ежедневно при тяжелой ПЭ.
- При антигипертензивной терапии рекомендована КТГ плода каждые 7-10 дней
- При проведении магнезиальной терапии рекомендован динамический КТГ - мониторинг плода.

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии,

диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1. Немедикаментозные методы терапии

Рекомендована диета с ограничением острой и соленой пищи.

3.2. Антигипертензивная терапия

Антигипертензивная терапия рекомендована при АД $>140/90$ мм рт. ст. в любом сроке беременности.

Комментарий: У беременных с исходно низким АД, возможно назначить антигипертензивную терапию при АД $>130/85$ мм. рт. ст.

При проведении антигипертензивной терапии рекомендовано считать целевым (безопасным для матери и плода) уровень САД 130-150 мм рт. ст., ДАД - 80-95 мм рт.ст.

Рекомендована метилдопа** в качестве препарата выбора для длительного лечения

АГ во время беременности.

При тяжелой гипертензии (САД >160 и/или ДАД >110 мм рт. ст.) рекомендованы

метилдопа** (перорально) или #нифедипин** (перорально)

При ХАГ и показателях САД >160 мм рт. ст. и/или ДАД >110 мм рт. ст.

рекомендована двух-трехкомпонентная антигипертензивная терапия.

Комментарий: При резистентной АГ возможно дополнительное назначение #нифедипина** пролонгированного действия, метопролола** или клонидина

Нифедипин может вызвать выраженное снижение АД, драматическое

снижение плацентарного кровотока и, соответственно, критическое состояние

плода. Поэтому при лечении нифедипином необходим контроль АД 3 раза в день во избежание гипотензии у беременной, а сублингвальное применение препарата противопоказано.

3.3. Противосудорожная терапия

При тяжелой ПЭ и эклампсии рекомендовано внутривенное введение магния сульфата как препарата 1-й линии для профилактики и лечения судорог.

Комментарии: Магния сульфат** превосходит производные

бензодиазепина, фенитоин** и нимодипин** по эффективности профилактики

эклампсии, его применение не повышает частоту операций кесарева сечения (КС), кровотечений, инфекционных заболеваний и депрессии новорожденных. У

пациенток с предшествующей АГ или ГАГ магния сульфат может быть введен с

целью нейропротекции плода в сроки >336 недель беременности, если роды

предстоят в течение ближайших 24 часа. При этом не рекомендовано

при экстренных показаниях со стороны матери и/или плода откладывать

родоразрешение для того, чтобы ввести магния сульфат** с целью нейропротекции у плода. Магния сульфат вводится в начальной дозе 4 г сухого вещества (16 мл 25% раствора) в течение 10-15 минут, затем по 1 г/час (4 мл/час 25% раствор

- Не рекомендовано снижать АД ниже 110/80 мм рт. ст. из-за риска нарушения плацентарной перфузии.

- При ПЭ рекомендовано родоразрешение в экстренном порядке при кровотечении из родовых путей, подозрении на преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты (ПОНРП), острую гипоксию плода

- При ПЭ рекомендовано родоразрешение в неотложном порядке после стабилизации состояния при постоянной головной боли и нарушении зрения; постоянной эпигастральной боли, тошноте или рвоте; прогрессирующем ухудшении

функции печени и/или почек; эклампсии; артериальной гипертензии, не поддающейся медикаментозной коррекции; количестве тромбоцитов $<100 \cdot 10^9/\text{л}$; нарушении состояния плода по данным КТГ; отрицательном или нулевом кровотоке в артерии пуповины; нулевом или отрицательном кровотоке в венозном протоке; ЗРП <5 перцентилля и одновременной патологии фетальной или фетоплацентарной перфузии (нулевой или реверсный кровоток в маточной артерии); выраженном маловодии (<5 см) в 2-х исследованиях с интервалом в 24 часа при сроке беременности более 30 недель

- При ГАГ и умеренной ПЭ в сроке с 24 до 36 недель беременности первоначально рекомендована выжидательная тактика ведения

Комментарий: При ГАГ или ПЭ выжидательная тактика возможна под

строгим динамическим наблюдением за состоянием матери и плода до достижения гестационного срока 37,6 недель

При тяжелой ПЭ рекомендована следующая тактика ведения беременности в

зависимости от срока беременности: 22-24 недели - прекращение жизнеугрожающей беременности или при отсутствии жизнеугрожающей ситуации – родоразрешение через естественные родовые пути; 25-33 недели - пролонгирование беременности при отсутствии неконтролируемой АГ, прогрессирования органной дисфункции у матери, дистресса-синдрома плода, профилактика РДС плода, КС - по акушерским показаниям; > 34 недель - лечение, подготовка, родоразрешение, КС - по акушерским показаниям

Комментарий: Во всех клинических ситуациях, связанных с досрочным

родоразрешением, необходимо заключение междисциплинарного консилиума.

Пролонгирование беременности при тяжелой ПЭ возможно в медицинских организациях 3-й группы после заключения междисциплинарного консилиума.

Рекомендовано родоразрешение через естественные родовые пути во всех случаях ПЭ (в том числе тяжелой) при готовности родовых путей (особенно у повторнородящих), при отсутствии абсолютных показаний к КС и удовлетворительном состоянии плода

Комментарий: При тяжелой ПЭ и сроке беременности менее 32 недель предпочтительно КС, после 32 недель - родоразрешение через естественные родовые пути при головном предлежании плода

- В послеродовом периоде для профилактики развития АГ тяжелой степени рекомендована антигипертензивная терапия с учетом противопоказаний в период лактации

Послеродовая гипертензия часто встречается в первую неделю после родов. Кормление грудью не вызывает повышения АД у кормящей матери.

В течение первых 5-7 суток после родов на фоне физиологического увеличения объема циркулирующей крови появляется опасность повышения АД.

Комментарий: Как правило, риск обострения заболевания сохраняется на протяжении 7 дней после родов и касается всех женщин с гипертензивными расстройствами во время беременности

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение,

медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов не применимо.

5/ Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

На этапе предгравидарной подготовки или при 1-м визите беременной пациентки рекомендовано выделять группу риска ПЭ

Комментарий: К группе высокого риска ПЭ относятся пациентки с

указанием на раннюю и/или тяжелую ПЭ в анамнезе. Другими факторами риска развития ПЭ являются: ХАГ, многоплодие, сахарный диабет, ожирение, антифосфолипидный синдром, беременность после вспомогательных репродуктивных технологий, поздний репродуктивный возраст, семейный анамнез ПЭ, продолжительность половой жизни до беременности менее 6 месяцев, первая беременность, хронические заболевания почек, заболевания соединительной ткани, мутация фактора Лейдена.

Беременной пациентке группы высокого риска ПЭ рекомендовано назначить ежедневный самостоятельный мониторинг АД на протяжении всей беременности

Рекомендовано направлять беременную пациентку на проведение УЗИ плода при сроке беременности 11-13.6 недель в медицинскую организацию, осуществляющую экспертный уровень пренатальной диагностики, для определения срока беременности, проведения скрининга 1-го триместра, диагностики многоплодной беременности.

Рекомендовано направлять беременную пациентку группы высокого риска ПЭ на УЗИ плода при сроке беременности 30-34 нед.

Рекомендовано направлять беременную пациентку группы высокого риска ПЭ на ультразвуковую доплерографию маточно-плацентарного кровотока во время 2-го УЗИ (при сроке беременности 18-20⁶ недель), и в 3-м триместре беременности (при сроке беременности 30-34 недели)

Беременной пациентке группы высокого риска ПЭ рекомендовано дать рекомендации по отказу от работы, связанной с длительным стоянием или с излишней физической нагрузкой, работы в ночное время и работы, вызывающей усталость

Беременной пациентке группы высокого риска ПЭ рекомендованы аэробные упражнения 3-4 раза в неделю по 45-90 минут, что связано с меньшей прибавкой веса и снижением риска развития АГ

Беременной пациентке группы высокого риска ПЭ не рекомендовано назначение постельного режима для профилактики ПЭ

- Беременной пациентке группы высокого риска ПЭ при низком потреблении кальция (менее 600 мг/день) рекомендовано назначить пероральный прием препаратов кальция на протяжении всей беременности в дозе 1 г/день [193-195].

Комментарий: Назначение препаратов кальция на протяжении всей

беременности у пациенток группы высокого риска ПЭ снижает риск развития данного заболевания.

- Беременной пациентке группы высокого риска ПЭ рекомендовано назначить пероральный прием ацетилсалициловой кислоты с 12 недель беременности до 36 недель беременности по 150 мг/день перед сном.

Беременной пациентке группы высокого риска ПЭ не рекомендовано ограничение соли для профилактики ПЭ.

Оптимальная доза потребления соли в сутки - 4 г.

7. Организация оказания медицинской помощи

- При САД >160 мм рт. ст. или ДАД >100 мм рт. ст., тяжелой ПЭ/эклампсии рекомендована экстренная госпитализация в палату интенсивной терапии (ПИТ) акушерско-гинекологической медицинской организации 3-й групп

- Вопрос о допустимости эвакуации и транспортабельности пациентки решается

индивидуально, абсолютные противопоказания к транспортировке - кровотечение любой интенсивности. При решении вопроса об транспортировке пациентки в другой стационар необходимо исключить отслойку плаценты (УЗИ), как одного из смертельно опасных осложнений ПЭ.

А3.6. Первая помощь пациентке с ПЭ и эклампсией

Рекомендовано до приезда акушерско-анестезиологической реанимационной бригады, в условиях акушерского стационара 1-й и 2-й группы, а также непрофильной бригады скорой медицинской помощи выполнить следующий объем медицинской помощи

^ Оценить тяжесть ПЭ: АД, сознание, головная боль, судороги, одышка, боли в животе, кровотечение из родовых путей, сердцебиение плода.

^ Обеспечить венозный доступ: периферическая вена.

^ Ввести магния сульфат** 25% 16 мл внутривенно медленно (за 10 мин) и 100 мл через инфузомат со скоростью 1 г/ч. (инфузия только раствора магния сульфат** разбавленная 0,9%- раствором натрия хлорида**)

^ При АД выше 140/90 мм рт. ст. - гипотензивная терапия: метилдопа**, нифедипин#**.

При судорогах: обеспечить проходимость дыхательных путей.

^ При отсутствии сознания и/или серии судорожных приступов - перевод на ИВЛ с тотальной миоплегией.

8. Алгоритмы действия в р а ч а:

1 Расширенный комбинированный пренатальный скрининг с выявлением групп риска по развитию ПЭ:

Беременные со срокомгестации 11-14 нед

Пренатальный скрининг –

1-Низкий риск развития ПЭ

2-Высокий риск развития ПЭ:

Назначение препаратов #ацетилсалициловой кислоты** в дозе 150 мг, на ночь до 36 недель !!! старт терапии ДО 16 недель

Тактика- Обследование тщательное наблюдение (возможно амбулаторно)

Активная госпитализация для обследования(отделение патологии беременности)

Специфическая

терапия

- Профилактика и лечение судорог

Антигипертензивная терапия

9-Информация для пациента

ПЭ по сей день остается одной из основных причин материнской, перинатальной и младенческой смертности и заболеваемости во всем мире. Чтобы уменьшить риск развития ПЭ во время беременности будущей матери необходимо тщательно обследоваться у врача-терапевта, при необходимости - у врача-кардиолога и врача-нефролога. При выявлении повышенного артериального давления показан подбор антигипертензивных препаратов, а в цикле зачатия - переход на прием препаратов, разрешенных во время беременности. С наступлением беременности нужно систематически контролировать артериальное давление один-два раза в сутки и записывать его показатели в дневник.

Если Вы относитесь к группе высокого риска ПЭ (наличие ПЭ в анамнезе) или определение высокого риска ПЭ по данным скрининга 1 -го триместра, Вам показан прием препаратов для профилактики ПЭ с 16 до 36 недель беременности.

Тщательное наблюдение у специалистов, внимательное отношение к своему состоянию и состоянию ребенка, позволит избежать многих проблем и успешно доносить беременность до доношенного срока. Если все же имело место какое-либо осложнение беременности, связанное с повышением артериального давления, особенно, если пришлось досрочно завершить беременность, то после родов необходимо обратиться к врачу-терапевту для обследования и реабилитации, направленной на улучшение качества жизни.