

Артериальная гипертензия у беременных



Версия: Клинические протоколы МЗ РК - 2017 (Казахстан)

Категории МКБ: Вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии (O13), Вызванные беременностью отеки и протеинурия без гипертензии (O12), Гипертензия у матери неуточненная (O16), Существовавшая ранее гипертензия с присоединившейся протеинурией (O11), Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период (O10), Тяжелая преэклампсия (O14.1), Эклампсия (O15)

Одобен

Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг

Министерства здравоохранения Республики Казахстан

от «27» декабря 2017 года

Протокол № 36

Артериальная гипертензия – это повышение уровня артериального давления во время беременности систолического АД > 140 мм рт.ст. и/или диастолического АД > 90 мм рт.ст. (УД – В) [1,2].

Классификация степени повышения артериального давления:

- умеренная – при уровне АД 140-159/90-109 мм рт.ст.;
- тяжелая – при уровне САД \geq 160 мм рт.ст и/или ДАД \geq 110 мм рт.ст при 2х кратном измерении с интервалом 15 минут друг от друга, на той же руке (УД - В);
- устойчивая гипертензия должна определяться как потребность в 3 антигипертензивных препаратах для контроля артериального давления при беременности \geq 20 недель (УД - С).

Клиническая классификация (ASOG, ISSHP, SOGC):

- хроническая (предшествующая) АГ – это АГ, диагностированная до наступления беременности или до 20 недель беременности. Это гипертоническая болезнь или вторичная симптоматическая гипертензия;
- гестационная АГ – это повышение АД, впервые во время беременности, зафиксированное после 20 недель беременности и не сопровождающееся протеинурией;
- преэклампсия – Эклампсия. Преэклампсия – специфичный для беременности синдром, возникающий после 20 недель беременности, определяется по наличию АГ и протеинурии (более 300 мг белка в суточной моче). Тяжёлая преэклампсия диагностируется при наличии симптомов преэклампсии и дополнительно

хотя бы одного из критериев;

- систолическое АД, измеренное два раза в течение 6 ч., ≥ 160 mmHg;
- диастолическое АД, измеренное два раза в течение 6 ч., ≥ 110 mmHg, или диастолическое АД, измеренное хотя бы 1 раз, ≥ 120 mmHg.;
- высокая протеинурия (5 г/24 ч., или ≥ 3 +);
- головная боль, нарушение зрения;
- боль под грудиной или под правым подреберьем;
- увеличенная концентрация ферментов в крови (АСАТ, АЛАТ, ЛДГ);
- синдром HELLP;
- олигурия (<100 мл за 4 ч. или <500 мл за 24 ч.);
- отек легких;
- недостаточный рост плода;
- внезапно возникший отёк лица, рук или ног, при наличии признаков тяжёлой гипертензии;
- отслойка плаценты;
- ДВС.

NB! Эклампсия – диагностируется в случаях возникновения судорог, которые не могут быть объяснены по другим причинам.

- преэклампсия – эклампсия на фоне хронической АГ;
- другие гипертензивные состояния: Гипертензия на белый халат относится к артериальному давлению, которое повышается в медицинском учреждении (то есть систолическое ≥ 140 мм рт. ст. или диастолическое ≥ 90 мм рт. ст.), но <135 мм рт.ст. (систолический) и <85 мм рт. ст. (диастолический) при домашнем контроле артериального давления (УД - В); Преходящий гипертензивный эффект следует определять как систолическое артериальное давление в лечебном учреждении ≥ 140 мм рт. ст. или диастолическое артериальное давление ≥ 90 мм рт.ст., которое не подтверждается после отдыха, повторного измерения, на том же или при последующих посещениях (УД - В); Маскированный гипертензивный эффект относится к артериальному давлению, которое является нормальным в лечебном учреждении (т.е. систолическое <140 мм рт. ст. и диастолическое <90 мм рт. ст.), но повышенное при домашнем контроле артериального давления (т.е. систолическое ≥ 135 мм рт.ст. или диастолическое ≥ 85 мм рт.ст.) (УД - В).

Диагностические критерии [1,2,7]:

Параметры	Хроническая гипертензия	Гестационная гипертензия	Преэклампсия/ эклампсия	Преэклампсия и эклампсия на фоне ХР АГ
Анамнез и жалобы	Гипертензия вне беременности и, и/или наличие коморбидных состояний*	Наличие факторов риска: <ul style="list-style-type: none">· возраст 40 лет и старше;· наличие гипертензии в предыдущих беременностях;	Наличие жалоб преэклампсии /эклампсии.	Гипертензия вне беременности, и/или наличие коморбидных состояний*, появление после 20

		<ul style="list-style-type: none"> · многоплодная беременность; · предварительно существовавшие заболевания ССС; · предварительно существовавшие заболевания почек. 		недель признаков полиорганной недостаточности
Визуальная диагностика	<ul style="list-style-type: none"> · гипертензия во время беременности определяется как систолическое артериальное давление ≥ 140 мм рт. Ст. и / или диастолическое артериальное давление ≥ 90 мм рт.ст., при 2х кратном измерении, с интервалом в 15 мин, на той же руке в положении сидя. (УД - В); · диагноз гипертонии должен основываться на измерениях артериального давления в лечебном учреждении. (УД - В); · для ПЭ на фоне ХР АГ - характерно прогрессирование АГ у тех женщин, у которых до 20 недель АД легко 			

*Коморбидные состояния: состояния, требующие более жесткого контроля АД вне беременности из-за их ассоциации с повышенным кардиоваскулярным риском. К ним относятся:

- хронические заболевания почек (гломерулонефрит, рефлюкс пиелонефрит, поликистоз почек);
- стеноз почечной артерии;
- системные заболевания с поражением почек (сахарный диабет, Системная красная волчанка);
- эндокринные заболевания (фетохромоцитома, С-м Иценко-Кушинга, Гиперальдостеронизм);
- коарктация аорты.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Преэклампсия	Единство симптомов заболевания	<ol style="list-style-type: none"> 1. Анамнез 2. ОАМ 3. ОАК, Б/х анализ крови 4. Мониторинг 	<ol style="list-style-type: none"> 1. АГ возникает после 20 недель беременности 2. Протеинурия без изменения других форменных элементов мочи – ПЭ

		состояния плода	3. Возможны снижения тромбоцитов ниже 100 x 10 ⁶ г/л, повышение трансаминаз более чем в 2 раза . 4. Маловодие, ЗВУР характерно для преэклампсии
Другие гипертензивные состояния			1. АГ предшествует беременности или имеются другие коморбидные состояния 2. Гемоглинурия: гемолитическая анемия. Красные кровяные элементы: МКБ, некроз паренхимы почек (сочетается с болями в пояснице, олиго- или анурия). Красные кровяные элементы и /или другие форменные элементы характерно для других заболеваний почек в сочетании с почечной недостаточности, и тромбоцитопеническая пурпура, гемолитический уринарный синдром. Бактериурия: инфекции МВП, бессимптомная бактериурия. Протеинурия обычно отсутствует во вторичных причинах гипертонии, таких как феохромоцитомы, гиперальдостеронизм, тиреотоксикоз, коарктация аорты и синдромы отмены. 3. ↑ при остром жировом гепатозе, ↑ при гемолитической анемии, другие заболевания печени, генетические болезни. 4. Состояние плода - Чаще удовлетворительное

Критерии начала медикаментозной терапии при различных формах артериальной гипертензии у беременных

Форма АГ	Критерии начала терапии
Хроническая АГ без ПОМ, АКС	≥140/90 мм рт.ст.
Хроническая АГ с ПОМ, АКС	≥140/90 мм рт.ст.
Гестационная АГ	≥150/100 мм рт.ст.

NB! Приемлемым диапазоном значений уровня АД при лечении АГ у беременных следует считать показатели систолического АД 130-150 мм рт.ст. и диастолического АД 80-95 мм рт.ст (УД-А) [5,6-8]. Не снижать ДАД ниже 80 мм.рт.ст – нарушается плацентарный кровоток (УД А) [8].

Антагонисты кальция:

Нифедипин

10 мг внутрь.

При отсутствии эффекта можно повторить через 20 минут

Наиболее изученный представитель группы АК, рекомендован для применения у беременных во всех международных рекомендациях в качестве препарата первой или второй линии при АГ у беременных. Накоплен достаточный клинический опыт применения в качестве антигипертензивного препарата

NB! С осторожностью применять одновременно с MgSO₄ (описаны случаи гипотонии, угнетения сократимости миокарда, инфаркта миокарда и нервно-мышечной блокады), однако практика показывает допустимость одновременного приема (встречаемость нейромышечной блокады – менее 1%). Не рекомендовано сублингвальное применение, т.к. в ряде случаев может провоцировать резкое неконтролируемое падение уровня АД, что может привести к снижению плацентарного кровотока

Обязательно назначение антигипертензивных препаратов при АД > 160/110 мм рт. ст.

Также при АД X/110 мм рт ст, 160/X мм рт ст

MgSO₄ не рекомендуется в качестве антигипертензивного средства

Ингибиторы АПФи ангиотензин рецепторов – не применяются во время беременности. Возможно их применение в послеродовом периоде, даже при грудном вскармливании

Критерии начала медикаментозной терапии при преэклапсии

Форма АГ	Критерии начала терапии
ПЭ	≥160/110 мм рт.ст.
При ПЭ на фоне АГ	≥140/90 мм рт.ст.

NB! Приемлемым диапазоном значений уровня АД при лечении АГ у беременных следует считать показатели систолического АД 130-150 мм рт.ст. и диастолического АД 80-95 мм рт.ст (УД-А) [5,6-8]. Не снижать ДАД ниже 80 мм.рт.ст – нарушается плацентарный кровоток (УД А) [8].

Нифедипин и MgSO ₄ могут быть использованы одновременно	II-2 B
--	-----------

MgSO ₄ – препарат первой линии для лечения , тяжелой преэклампсии и эклампсии	IA
MgSO ₄ - препарат выбора для профилактики судорог при тяжелой ПЭ	IA
MgSO ₄ – должен быть введен немедленно при постановке диагноза, независимо от места нахождения пациентки	IA
Фенитоин и бензодиазепины не должны использоваться для профилактики или лечения судорожного синдрома при тяжелой ПЭ, если нет противопоказаний к MgSO ₄ или применение ее неэффективно	

При наличии признаков ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ необходимо применение магния сульфата с целью профилактики развития судорог.

Катетеризируйте периферическую вену(№ 14-16G) и начните стартовую дозу магния сульфата 25%-20,0 мл в/в медленно,в течении 10-20 минут.

Подключите систему с поддерживающей дозой магния сульфата на 320 мл 0,9% р-ра натрия хлорида- 80мл 25%р-ра магния сульфата в/в со скоростью введения NB! 11 капель/минуту

Неотложная помощь при ЭКЛАМПСИИ

Защитите женщину от повреждений ,но не удерживайте активно.Уложите женщину на левый бок для уменьшения аспирации желудочного содержимого,рвотных масс и крови.Одновременно необходимо аспирировать содержимое полости рта.Оксигенотерапия со скоростью 8-10 л/мин

Катетеризировать периферическую вену(№14-16G) введите стартовую и поддерживающую дозы магния сульфата.

NB! При повторном приступе эклампсии введите НАГРУЗОЧНУЮ дозу магния сульфата-8 мл 25% р-ра в/в медленно в течении 3-5 минут.

При сохраняющейся гипертензии подключаем гипотензивную терапию- нифедипин в указанной дозировке(см.выше)

При эклампсическом статусе, коме, при не восстановлении адекватного сознания перевод на ИВЛ.

Кроме вышеуказанного необходимо произвести катетеризацию мочевого пузыря катетером Фалля с применением мочеприемника.

Госпитализация на 3 уровень,при жизнеугрожающем состоянии в ближайшее ОАРИТ

Используемые источники:

- 1.Протокол МЗ РК №36 от27 декабря 2017 года»Артериальные гипертензии у беременных»
- 2.Стандарт организации акушерско-гинекологической помощи в РК от 26 августа 2021 года
- 3.Приказ №112 от30 июня 2022 г. О регионализации пнринатальной помощи в Актыбинской области