



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

**АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ВЕДЕНИЮ
ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ НАРУШЕНИЙ
В АКУШЕРСТВЕ**

Душанбе 2015



ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ ВА ҲИФЗИ ИҶТИМОИИ АҲОЛИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

734025, ш. Душанбе, к. Шевченко, 69, тел. (372) 221-18-35, факс (372) 2-21-75-25

ФАРМОИШ

аз «21» 04 соли 2015

№ 162

ш. Душанбе

Дар бораи тасдиқ намудани
«Тавсияҳои клиникӣ оид ба
иллатҳои гипертензионӣ
дар соҳаи акушерӣ»

Бо мақсади таъмини сифати баланд ва дастрасии кӯмаки ташхисию табобатӣ, ташкил намудани пешбурди ягона барои идоракунии онҳо бо дарназардошти шароити имкониятҳои маҳаллӣ, самаранок истифода бурдани хизматрасониҳои тиббӣ оид ба иллатҳои гипертензионӣ дар соҳаи акушерӣ мутобиқи банди 10 - и Низомномаи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 3 марти соли 2014 тахти №148 тасдиқ шудааст,

ФАРМОИШ МЕДИҲАМ:

1. «Тавсияҳои клиникӣ оид ба иллатҳои гипертензионӣ дар соҳаи акушерӣ» тасдиқ карда шавад (замима мегардад).
2. Ба сардори Раёсати ташкили хизматрасониҳои тиббӣ ба модарону кӯдакон ва танзими оилаи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон (Раҳматуллоев Ш.Р.) дар якҷоягӣ бо ректорони муассисаҳои давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Тоҷикистон» (Қурбон У. А., Аҳмадов А. А.), директори Муассисаи давлатии «Пажӯҳишгоҳи акушерӣ, гинекологӣ ва перинотологии Тоҷикистон», (Ҳақназарова М. А.), сардорони раёсатҳои тандурустии ВМКБ, вилоятҳои Хатлону Суғд ва ш. Душанбе (Некушоева Н.С.,

Маллазода С.Х., Ваҳобов С.А., Муминов Б.Ф.) ва менечерони госпиталӣ ва КАТС-и ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ супориш дода шавад:

а) воридсозӣ ва истифодаи «Тавсияҳои клиникӣ оид ба иллатҳои гипертензионӣ дар соҳаи акушерӣ»- и тасдиқгардидаро дар амалияи муассисаҳои КАТС, госпиталӣ ва барномаҳои таълимии пойгоҳҳои муассисаҳои давлатии таълимӣ ва клиникии кафедраҳои акушерии гинекологӣ ва тибби оилавӣ таъмин намоянд. Мӯҳлат дар давоми соли 2015;

б) бо мақсади таъмин намудани эҳтиёҷоти муассисаҳои тиббӣ ба «Тавсияҳои клиникӣ оид ба иллатҳои гипертензионӣ дар соҳаи акушерӣ» дар бораи теъдоди нашри онҳо ба Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дархост пешниҳод намоянд;

в) дар якҷоягӣ бо ташкилотҳои байналмилалӣ барои нашри миқдори зарурии «Тавсияҳои клиникӣ оид ба иллатҳои гипертензионӣ дар соҳаи акушерӣ» чораҳои зарурӣ андешанд. Мӯҳлат то охири моҳи марти соли 2015.

3. Фармоиши Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 26 сентябри соли 2008, таҳти №540 дар бораи «Стандарти таъобати клиникӣ оид ба гестоз» аз эътибор соқит карда шавад.

4. Назорати иҷрои фармоиши мазкур ба зиммаи муовини якуми вазир Л.Бобоҳочиева гузошта шавад.

Вазир



Н. Салимзода

ДУРУСТ

ПРЕДИСЛОВИЕ

Гипертензивные нарушения в акушерстве продолжают оставаться ведущей причиной материнской и перинатальной заболеваемости и смертности в Республике Таджикистан. С целью улучшения качества оказания помощи при данной патологии в 2008г были разработаны национальные стандарты по ведению гипертензивных нарушений в учреждениях 2-3 уровня. В результате внедрения стандартов при ведении пре/эклампсии в 8-9 раз снизилось использование препаратов с недоказанной эффективностью, в т.ч. компонентов крови, уменьшилось число необоснованных вмешательств, включая кесарево сечение и акушерские щипцы, улучшился исход для матери и ребенка.

Однако результаты оценки качества стационарной и амбулаторной акушерской и неонатальной помощи, проведенные в Таджикистане совместно с экспертами ВОЗ в 2012-2013 гг, показали, что не все положения стандарта по гипертензивным нарушениям выполняются. До настоящего времени в ряде реанимационных отделений ЦРБ продолжают применять медикаменты с недоказанной эффективностью, включая актовегин, дибазол, папаверин и др., широко используют трансфузию плазмы, альбумина, инфузию коллоидных растворов, эффективность которых не доказана. Такой же вывод был сделан при аудите критических случаев и конфиденциальном расследовании случаев материнской смертности.

Учитывая вышеизложенное, было принято решение о пересмотре национальных стандартов. При пересмотре клинических рекомендаций рабочая группа руководствовалась новыми рекомендациями ВОЗ по профилактике и лечению преэклампсии и эклампсии (1,4,5,14,18), руководствами ведущих клиник мира (3,13,15), а также обзорами, основанными на принципах доказательной медицины с высоким уровнем доказательности (6-11,16,17).

В представленных клинических рекомендациях, в отличие от рекомендаций ВОЗ, расширен объем лабораторных и функциональных методов исследований, что связано с увеличением хронических заболеваний у женщин. Целесообразность расширенного обследования связана также с тем, что многие женщины обращаются к медицинскому работнику впервые во время беременности.

Использование данных рекомендаций является обязательным при ведении беременных, рожениц и родильниц с гипертензивными нарушениями для всех уровней учреждений здравоохранения. На их основании в учреждениях, оказывающих акушерскую помощь, должны быть разработаны местные клинические протоколы.

В приложениях указаны средние нормативные показатели лабораторных методов исследования, а также документы, с указанием силы и качества рекомендаций, которые можно использовать в практической деятельности.

Благодарность

Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан выражает благодарность и надеется на дальнейшее сотрудничество Офису Всемирной организации здравоохранения за содействие в разработке данных стандартов.

Министерство здравоохранения выражает признательность GIZ за активную помощь во внедрении и тиражировании национальных стандартов и надеется на дальнейшее сотрудничество.

СОСТАВИТЕЛИ:

Узакова У.Д. - доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино, главный внештатный акушер-гинеколог МЗиСЗН РТ, к.м.н.

Абдурахманов Ф.М.	руководитель акушерского отдела ТНИИ АГиП МЗиСЗН
-------------------	--

Абдурахманова Ф.М. - заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино, д.м.н., профессор

Камилова М.Ё. - старший научный сотрудник наблюдательного отделения ТНИИ АГиП МЗиСЗН РТ, д.м.н., доцент

Мухамадиева С.М. - профессор кафедры акушерства и гинекологии ТИШМК МЗиСЗН, д.м.н.

Нарзуллаева Е.Н.	научный консультант ТНИИ АГиП МЗиСЗН РТ, профессор
------------------	--

Додхоева М.Ф. - заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино, д.м.н., профессор, чл.-корр. АН РТ, академик АМН МЗиСЗН РТ.

Курбанова М.Х. - руководитель гинекологического отдела ТНИИ АГиП МЗиСЗН РТ, д.м.н., профессор

Ашурова Г.С. - директор национального центра репродуктивного здоровья МЗиСЗН РТ

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

СТЕЛИАН ХОДОРОЖА к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии Кишиневского Государственного Медицинского Университета «Н. Тестемицану», временный советник Европейского бюро ВОЗ

З.М. РАФИЕВА доцент кафедры акушерства и гинекологии №2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино, д.м.н

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	артериальное давление
АГТ	антигипертензивная терапия
АлАТ	аланинаминотрансфераза
АсАТ	аспартатаминотрансфераза
АЧТВ	
В/В	внуривенно
В/М	внутримышечно
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
ДВС	диссеминированное внутрисосудистое свертывание
ЗРП	задержка развития плода
ИВЛ	искусственная вентиляция лёгких
КТГ	кардиотокография
КС	кесарево сечение
МППК	маточно-плацентарно-плодовый кровоток
МС	материнская смертность
НАП	неотложная акушерская помощь
ОПБ	отделение патологии беременных
ОПН	острая почечная недостаточность
ОРИТ	отделение реанимации и интенсивной терапии
ПДФ	
ПИТ	палата интенсивной терапии
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
ПЭ	
РДС	респираторный дистресс синдром
УЗИ	ультразвуковое исследование
ЦВД	центральное венозное давление
ЦРБ (ЦГБ)	центральная районная (городская) больница
ЦРЗ	центр репродуктивного здоровья
ЧДД	частота дыхательных движений
ЧСС	частота сердечных сокращений
ЭКГ	электрокардиография
ЭА	эпидуральная анестезия
Нб	гемоглобин
HELLP	Hemolysis, Elevated liver enzymes, Low platelet (гемолиз, повышение ферментов печени, снижение тромбоцитов)
Нt	гематокрит

ВВЕДЕНИЕ

Гипертензивные нарушения встречаются у 10-12% беременных. Среди них выделяют хроническую и гестационную гипертензию, преэклампсию и эклампсию (1, 5,15).

Гипертензия, впервые возникшая после 20 недель беременности, может быть как самостоятельной патологией, например, гестационная гипертензия, так и проявлением преэклампсии.

Частота пре/эклампсии в мире составляет 10-12%, перинатальная смертность при них достигает 18-20%.

Преэклампсия приводит к задержке развития плода в 25% случаев (масса новорожденного менее 1 500,0 грамм), в 15% - к преждевременным родам.

Важными прогностическими факторами полиорганной недостаточности являются эклампсия и HELLP синдром, частота которых составляет соответственно 5-8% и 10-20% у женщин, имеющих симптомы преэклампсии и проживающих в развивающихся странах.

Более 90% случаев эклампсии развиваются после 28 недели беременности, около 7,5% в период между 21-27 неделями, лишь в единичных случаях (1,5%) – до 20 недель беременности. Чаще всего эклампсия осложняет течение беременности (38-53%), реже - роды (18-36%) и послеродовой период (11- 44%).

Доказано, что причиной пре/эклампсии является плодное яйцо, а единственно эффективный метод лечения – прекращение беременности. Другие лечебные мероприятия при пре/эклампсии являются симптоматическими, направлены на профилактику и лечение судорог и снижение критически высокого уровня АД.

Преэклампсия и эклампсия представляют высокий риск материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. В то же время они относятся к управляемым причинам МС, так как в настоящее время чётко определены эффективные технологии оказания медицинской помощи. Своевременное оказание акушерской помощи, включая родоразрешение, является самым важным фактором, который позволит предотвратить неблагоприятный исход для матери и новорождённого.

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

Для практического врача оптимальным является использование клинической классификации гипертензивных нарушений при беременности, родах и послеродовом периоде, в основе, которой лежат рекомендации экспертов ВОЗ.

Клиническая классификация гипертензивных нарушений включает:

- Артериальную гипертензию, которую делят на хроническую и гестационную;
- Преэклампсию;
- Эклампсию.

Данная классификация была принята и рекомендована для практического применения ассоциацией акушеров-гинекологов Таджикистана в 2007г и пересмотрена в 2014г на расширенном заседании Правления ассоциации.

Основные симптомы гипертензивных нарушений:

- артериальная гипертензия;
- патологическая протеинурия;
- тонико-клонические судороги;
- нарушение функции жизненно важных органов;

Отёки не используют для диагностики гипертензивных нарушений, так как умеренные отёки имеют место у 50-80% женщин с физиологическим течением беременности. Значение имеют быстро нарастающие генерализованные отёки, особенно в области поясницы.

Отсутствие отёков при пре/эклампсии является более опасным, чем их наличие.

Диагноз артериальной гипертензии и определение тяжести состояния зависит от точности измерения АД. Соблюдение нижеуказанных правил является обязательным при измерении АД

Правила измерения АД (5):

1. Предпочтительно измерять АД аппаратами с ртутными манометрами, которые являются наиболее точными. По ртутному манометру должны быть откалиброваны все используемые аппараты (II 2А). Электронные измерители АД не следует использовать для оценки АД при преэклампсии, т.к. они могут занижать показатели (II 2А).
2. Пациентка должна быть расслаблена, желательно после отдыха (не менее 5 - 10мин).
3. Положение – полусидя под углом в 45 градусов или лежа – на боку, руку расположить так, чтобы она имела опору.
4. Манжета аппарата для измерения давления должна соответствовать окружности плеча пациентки (в 1,5 раза длиннее окружности руки). Манжета должна располагаться на уровне сердца пациентки (II-2а).
5. Первый раз необходимо измерять АД на двух руках, в дальнейшем на той, на которой АД выше (III В).
6. Уровень систолического давления оценивается по I тону Короткова (появление тонов сердца). Уровень диастолического давления оценивают – по V тону Короткова (IA).
7. Показатели должны быть зафиксированы с точностью до 2 мм рт. ст.

Диагноз артериальной гипертензии правомочен, при уровне АД (5):

- Диастолическое АД – 110 мм рт ст и выше или систолическое АД – 160 мм рт ст и выше (достаточно однократного измерения) или
- Диастолическое АД - от 90 до 110 мм рт ст или систолическое АД от 140 до 160 мм рт ст, измеренное дважды с интервалом 15 минут (II-2В)

Критерии умеренной гипертензии (2а):

- Диастолическое АД - от 90 до 110 мм рт ст (необходимо двукратное измерение с интервалом не менее 15 минут);
- Систолическое АД - от 140 до 160 мм рт ст (необходимо двукратное измерение с интервалом не менее 15 минут).

Критерии тяжелой гипертензии (5):

- Диастолическое АД равное 120 мм рт ст и выше (достаточно однократного измерения);
- Диастолическое АД от 110 до 120 мм рт ст, измеренное дважды с интервалом 15 минут;
- Систолическое АД 160 мм рт ст и выше (измеренное дважды с интервалом 15 минут) (II-2В).

Патологическая протеинурия

Патологическая протеинурия свидетельствует о поражении функции жизненно важных органов.

Точный подсчет потери белка с мочой возможен лишь при анализе уровня протеинурии в суточной моче (за 24 часа).

Диагностические критерии патологической протеинурии (5):

- наличие 300 мг (0,3%) белка и более в суточной моче (за 24 часа) или
- 300 мг (0,3%) белка и более в двух образцах мочи, собранных с интервалом не менее 4 часов;
- 3г/л и более белка в одноразовой порции мочи (2а).

Выделяют умеренную и тяжёлую протеинурию:

- Умеренная: уровень протеинурии от 0,3 г/л (0,3%) до 3,0 г/л.;
- Тяжелая: уровень протеинурии 3г/л и более

Скрининг проводится с использованием тест полоски или путем кипячения мочи.

Использование стандартной тест полоски:

- Опустить индикаторный конец в образец мочи, полностью погрузив зону с реагентом и сразу извлечь полоску;
- Удалить лишнее количество мочи, постукивая полоской по краю посуды;
- Держать полоску горизонтально и сравнить с таблицей цветов на упаковке, не прикасаясь к ней

Результаты визуального теста приблизительно соответствуют следующим уровням протеинурии: 1+ = 0,3 г/л (0,3%), 2+ = 1 г/л и 3+ = 3 г/л.

Кипячение мочи

- перелить мочу из лотка в стеклянную пробирку;
- вскипятить мочу;
- подождать, пока пробирка не остынет.

Оценка кипячения мочи:

- толстый слой осадка («моча свернулась») указывает на наличие белка;
- если моча осталась светлой или помутнела: добавить 2-3 капли уксусной кислоты. Если моча остаётся или становится мутной – в ней есть белок, если моча посветлеет – белка нет.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ НАРУШЕНИЙ (5, 18)

- Артериальная гипертензия;
- Преэклампсия;
- Эклампсия.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Гипертензию во время беременности разделяют на:

- гестационную (связанную с беременностью);
- хроническую (не связанную с беременностью).

Определение:

- гестационная гипертензия - это гипертензия, которая связана с беременностью, впервые диагностируется во второй её половине и исчезает в послеродовом периоде.
- хроническая гипертензия – это гипертензия, которая впервые выявлена до беременности или в первой половине беременности. Хроническая гипертензия является симптомом хронического заболевания (гипертоническая болезнь, гломерулонефрит, порок сердца и другая серьёзная

патология) поэтому с момента выявления повышения АД необходимо провести полноценное обследование и лечение.

Диагностические критерии гестационной гипертензии:

- развивается всегда после 20 нед беременности и
- претерпевает обратное развитие в течение нескольких дней или первых 6 недель после родов

Диагностические критерии хронической гипертензии:

- существует до беременности или диагностируется в первой её половине (до 20 недель беременности);
- в послеродовом периоде (в первые 42 дня после родов) артериальная гипертензия не исчезает;
- является симптомом хронического заболевания (гипертоническая болезнь, порок сердца, эндокринная патология и др.).

В зависимости от уровня АД выделяют две степени тяжести гипертензии:

- Умеренная;
- Тяжелая.

Умеренная гипертензия, критерии диагностики:

при двукратном измерении АД с интервалом в 15 минут:

- уровень АД диаст. - от 90 до 105 мм рт ст и/или
- уровень АД сист. - от 140 мм рт ст до 160 мм рт ст

Тяжелая гипертензия, критерии диагностики (2а):

- АД диаст. 120 мм рт ст и выше (достаточно однократного измерения) или;
- АД диаст. от 110 до 120 мм рт ст, измеренное дважды с интервалом 15 минут и/или;
- АД сист от 160 мм рт ст и выше (достаточно однократного измерения).

Тактика ведения при артериальной гипертензии (1,5)

Наблюдение на антенатальном уровне обеспечивается врачом акушером-гинекологом, при необходимости совместно с кардиологом/терапевтом или врачом профильной специальности. Госпитализация осуществляется в акушерские учреждения 2-3 уровня или профильные отделения (кардиологическое, нефрологическое и др) ЦРБ (ЦГБ), научно-исследовательские институты и центры соответственно показаниям. В профильных учреждениях консультант акушер-гинеколог обязан ежедневно проводить осмотр беременной.

Тактика ведения при артериальной гипертензии на уровне ПМСП:

Умеренная гипертензия:

- Семейный врач/акушерка сразу после выявления повышенного АД обязаны организовать консультацию терапевта/кардиолога, консультанта акушера-гинеколога, директора ЦРЗ;
- Дополнительное обследование:
- развернутый анализ крови с подсчетом тромбоцитов;

- определение содержания билирубина в крови, АлАТ - дважды (до 12 недель и в 38 недель беременности);
- электрокардиография;
- осмотр окулиста (глазное дно);
- доплерография маточно-плацентарно-плодового кровотока в 37 -39 недель беременности (по возможности).
- другие методы обследования – соответственно протоколу ведения физиологической беременности;
- Дальнейшее наблюдение осуществляет консультант акушер-гинеколог совместно с врачом профильной специальности (кардиолог, нефролог и др);
- Повторный осмотр директора ЦРЗ проводится в 30-32 и 38 недель беременности;
- При отсутствии акушерских осложнений и необходимости **госпитализации** по поводу экстрагенитальной патологии – госпитализация в профильное отделение (кардиологическое, нефрологическое и т.д.).
- При умеренной артериальной гипертензии **медикаментозной терапии** не требуется.
- Беременным рекомендуется употреблять в пищу продукты богатые солями магния: овсянка, гречка, пшено, фасоль, ячмень, грецкие орехи, арахис, сухофрукты, шпинат;
- возможно наблюдение в амбулаторных условиях при обеспечении нижеуказанных условий:
 - ограничение физической нагрузки, полноценный сон;
 - мониторинг состояния и измерение артериального давления 2 раза в день;
 - информирование пациентки об опасных симптомах;
 - возможность быстрой госпитализации при возникновении опасных симптомов;
- во второй половине беременности каждые 3 дня проводить повторную оценку состояния беременной (определение уровня протеинурии и других симптомов преэклампсии, оценка состояния плода).

Тяжёлая гипертензия:

1. неотложная антигипертензивная терапия (см.АГТ);
2. исключить преэклампсию (спросить жалобы, провести осмотр, определить уровень протеинурии);
3. экстренный совместный осмотр консультанта акушера-гинеколога, директора ЦРЗ и консультанта по профилю ЭГЗ (кардиолог, нефролог и др.);
4. Экстренная госпитализация:
 - **При отсутствии акушерской патологии госпитализация в профильное отделение** для обследования, лечения и решения вопроса о пролонгировании беременности, где беременную ежедневно осматривает консультант акушер-гинеколог (врач первой/высшей категории).
 - Показания и метод прерывания беременности или родоразрешения определяет консультант/заведующий отделением профильной специальности (кардиолог, эндокринолог, нефролог и др.). В направлении подробно указать лечебно-диагностические мероприятия, показания, метод прерывания беременности. Подпись заведующего отделением и лечащего врача обязательны.
 - При тяжелой гестационной гипертензии – госпитализация осуществляется в учреждение 2 уровня при сроке гестации 22-27 и 35 недель и больше. При сроке гестации 28-34 недели или наличие симптомов задержки развития плода при сроке гестации 35 недель и более - госпитализация осуществляется в учреждение 3 уровня.
 - В направлении необходимо подробно указать анамнестические и лечебно-диагностические мероприятия.

Тактика ведения при артериальной гипертензии на госпитальном уровне учреждений 2-3 уровня:

Ведение умеренной гипертензии: см. ведение на уровне ПМСП.

Ведение тяжёлой гипертензии:

1. неотложная антигипертензивная терапия (см. АГТ);
2. исключить преэклампсию (спросить жалобы, провести осмотр, определить уровень протеинурии);
3. при тяжёлой хронической гипертензии и рекомендации прерывания беременности или досрочного родоразрешения – следовать рекомендациям профильного специалиста (метод прерывания/родоразрешения);
4. при тяжёлой гестационной гипертензии госпитализация осуществляется в родильное учреждение 2 уровня при сроке гестации 22-27 и 35 недель и больше. При сроке гестации – 22-27 недель и неконтролируемом АД – пролонгирование беременности нецелесообразно. При сроке гестации 35 недель и более – индукция родов. (Ведение родов см. Родоразрешение). При сроке гестации 28-34 недели или наличие ЗРП при сроке беременности 35 недель и более – госпитализация в учреждение 3 уровня;
5. объём обследования см. табл.2;
6. при неконтролируемом уровне систолического АД – 170 мм рт ст и более и/или диастолического 110 мм рт ст и более решать вопрос о прерывании беременности или досрочном родоразрешении (см. Родоразрешение), проводить профилактику судорог;
7. прерывание беременности и родоразрешение проводится в родовспомогательных учреждениях 2-3 уровня в зависимости от срока гестации.

ПРЕЭКЛАМПСИЯ

Преэклампсия относится к серьёзным гипертензивным нарушениям и ассоциирует с неблагоприятным исходом для матери и плода. До настоящего времени патогенез преэклампсии неизвестен.

Общепринятые критерии преэклампсии включают присоединение протеинурии к артериальной гипертензии, которая свидетельствует о поражении функции жизненно важных органов матери.

Преэклампсия является показанием к госпитализации в учреждение 2-3 уровня в зависимости от срока гестации и состояния плода.

Факторы риска преэклампсии(5):

- Пре/эклампсия в анамнезе (II – 2B);
- **Заболевания**, которые приводят к крупной плаценте (**многоплодная беременность**) (II2B);
- Ожирение (II – 2B);
- Хроническая гипертензия (II – 2B);
- Аутоиммунные заболевания (например, системная красная волчанка, антифосфолипидный синдром и др.);
- Заболевания почек;

Кроме того, в группу риска по пре/эклампсии включают первобеременных подросткового (15-19 лет) и позднего (35 лет и старше) репродуктивного возраста.

Преэклампсию разделяют на:

- умеренную
- тяжелую

Разделение по степени тяжести является относительно условным, так как переход от умеренной к тяжелой преэклампсии может быть быстрым, неожиданным и иногда молниеносным (5).

Диагностические критерии умеренной преэклампсии включают сочетание умеренной гипертензии с умеренной протеинурией:

- повышение диастолического АД от 90 до 110 мм рт ст после 20 нед беременности или повышение систолического АД от 140 до 160 мм рт ст в сочетании с
- патологической протеинурией от 300 мг/л (0,3‰) до 3 г/л в суточной моче (за 24 часа) или в двух подряд образцах мочи, собранным с интервалом не менее 4 часов.

Тактика ведения умеренной преэклампсии на уровне ПМСП:

1. организовать немедленную госпитализацию на санитарном транспорте в учреждение 2-3 уровня (в зависимости от срока гестации);
2. в направлении подробно указать **лечебно**-диагностические мероприятия;
3. медикаментозное лечение умеренной преэклампсии не проводится;
4. госпитализация осуществляется в отделение патологии беременных.

Тактика ведения умеренной преэклампсии в ОПБ учреждений 2-3- уровня:

1. предварительная тактика ведения и родоразрешения определяется совместно с заведующим отделением в день госпитализации, **окончательная – на следующий день от момента поступления;**
2. тщательное наблюдение за состоянием плода и беременной: помимо лечащего врача, наблюдение дежурного врача каждые 12 часов с регистрацией в истории, акушерка контролирует уровень АД, пульс, количество выпитой жидкости и выделенной мочи, ЧСС плода каждые 4 часа с перерывом на ночной сон (лист наблюдения);
3. обязательный объём обследования должен быть обеспечен **в первые 2 дня** после госпитализации, кроме общего анализа крови с тромбоцитами, общего анализа мочи, которые исследуются в день госпитализации (см объём обследований);
4. кратность определения протеинурии: 1 раз в 3 дня, другие анализы – один раз в неделю, по показаниям – чаще.
5. информировать беременную об опасных признаках и необходимости немедленного обращения к медперсоналу при их появлении;
6. медикаментозное лечение не требуется;
7. при доношенной беременности – родовозбуждение; при недоношенной – наблюдение в стационаре.

Тактика ведения умеренной преэклампсии в родах в стационаре 2-3- уровня:

1. осмотр заведующего отделением и выбор тактики ведения родов сразу в первые часы госпитализации; по дежурству – осмотр и выбор тактики ответственным дежурным, при его занятости – врачом первой/высшей категории;
2. курацию осуществляют врачи первой/высшей квалификационной категории;
3. забор анализов проводится в первые 30 минут после поступления;

4. оценка состояния плода проводится непрерывной КТГ или выслушиванием ЧСС плода каждые 15 минут с регистрацией – каждые 30 минут на партограмме;
5. информировать роженицу об опасных признаках и необходимости немедленного обращения к медперсоналу при их появлении;
6. осуществлять тщательное наблюдение за состоянием роженицы: при наличии родовой деятельности – каждые 30 минут; **при отсутствии родовой деятельности – с интервалом в 1 час;**
7. ранняя амниотомия при раскрытии шейки матки 4 см;
8. обязательное обезболивание родов: метод выбора – эпидуральная анестезия;
9. Подробно см. *Родоразрешение*.

Тактика ведения родильницы с умеренной преэклампсией в послеродовом периоде:

1. курацию осуществляют врачи первой/высшей квалификационной категории;
2. в первые 24 часа – контроль показателей пульса, АД, состояния матки и влагалища, характера и объёма лохий, температуры, объема выделенной мочи с интервалом указанным в обратной стороне партограммы, на вторые и последующие сутки - завести лист наблюдения, где указывать перечисленные показатели каждые 4 часа с перерывом на ночной сон (Приложение №1);
3. обследование в день госпитализации: забор анализов, указанных в табл.№1;
4. определять протеинурию каждые 3 дня;
5. информировать родильницу об опасных признаках и необходимости немедленного обращения к медперсоналу при их появлении;
6. грудное вскармливание не противопоказано;
7. выписка осуществляется не раньше пяти суток послеродового периода при удовлетворительном состоянии матери и новорожденного, нормальных лабораторных показателях крови и мочи (табл.№1). На руки родильнице предоставить подробную выписку о течении родов с результатами обследования, рекомендациями;
8. в день выписки заведующий отделением обязан информировать учреждение ПМСП по месту проживания родильницы.

Табл. 1

Объём обязательных методов исследования при умеренной гипертензии и преэклампсии

Орган/система	Объём исследований	Кратность до родоразрешения**	После родов*
Кровь	Hb, Ht, количество тромбоцитов	1 раз в 7 дней	1 раз
		1 раз в 7 дней	1 раз
Сердечно сосудистая система	Измерение уровня АД, пульса;	каждые 4 часа с перерывом на ночной сон	
	ЭКГ	1 раз, по показаниям - чаще	
Коагулограмма	Содержание фибриногена	каждые 7 дней	1 раз
Почки	Оценка диуреза	каждые 4 часа	
	Уровень протеинурии	один раз в 3 дня	
	Общий анализ мочи	1 раз в 7 дней	1 раз
	УЗИ	1 раз, по показаниям чаще	

Печень	Содержание билирубина Определение АлАТ;	1 раз, по показаниям чаще 1 раз	1 раз 1 раз
	УЗИ	1 раз, по показаниям чаще	
Консультации	Терапевта***	1 раз, по показаниям чаще	по показаниям
Оценка состояния плода	УЗИ плода - фетометрия, количество вод; Определение МППК (доплерография) КТГ плода	В первые сутки от постановки диагноза	

*за 24 часа до выписки;

**указана примерная частота обследования, по показаниям чаще

***Другие специалисты – по показаниям

ТЯЖЁЛАЯ ПРЕЭКЛАМПСИЯ

Диагностические критерии тяжелой преэклампсии:

1. Артериальная гипертензия: уровень диастолического АД от 110 мм рт ст и более или систолического АД 160 мм рт ст и выше после 20 нед беременности в сочетании с протеинурией от 3 г/л и более в суточной моче (за 24 часа), или в двух подряд образцах мочи, собранной с интервалом не менее 4 часов.

2. Или любая артериальная гипертензия и/или патологическая протеинурия с присоединением одного или нескольких следующих симптомов:

- Гиперрефлексия;
- Головная боль;
- Нарушение зрения;
- Тошнота и/или рвота;
- Боль в верхней части живота (эпигастрии или правом подреберье);
- Желтушность кожных покровов и видимых слизистых;
- Олигоурия (выделение мочи менее 400,0 мл за 24 часа или менее 100,0 мл за 4 часа);
- Гемолиз эритроцитов;
- Увеличение ферментов печени (АлАТ более 50 ЕД/л);
- Снижение количества тромбоцитов менее $150\ 000 \times 10^9/л$;
- Отек легких.

Табл.2

Объём обязательных методов исследования у беременных с тяжёлой преэклампсией*

Орган/ система	Объём исследований	Кратность до родоразрешения
Кровь	Нв, Нt, количество тромбоцитов	Не позже 3 часов от момента поступления, далее ежедневно первые 2 суток, далее по показаниям
Сердечно -	Измерение уровня АД, пульса	Каждый час

сосудистая система	Электрокардиография	1 раз, по показаниям - чаще
Коагулограмма	Время свёртывания крови по Ли-Уайту	При поступлении сразу, далее по показаниям
	Содержание фибриногена, АЧТВ	Не позже 3 часов от момента поступления, далее ежедневно первые 2 суток, далее по показаниям
Почки	Оценка диуреза	Каждые 4 часа
	Общий анализ мочи	Не позже 3 часов от момента поступления, далее ежедневно – 2 дня, далее по показаниям
	Уровень протеинурии	Каждые 24 часа
	Содержание в крови мочевины, креатинина, электролитов (K^+ , Na^+ , Ca^{2+} , Mg^{2+})	Не позже 3 часов от момента поступления, далее ежедневно первые 2 суток, далее по показаниям
	УЗИ	Один раз, по показаниям - чаще
Печень	Содержание билирубина и его фракций, определение АЛАТ	Не позже 3 часов от момента поступления, далее ежедневно – 2 дня, далее по показаниям
	УЗИ	Один раз, по показаниям - чаще
Оценка состояния плода	УЗИ плода - фетометрия, количество вод;	В первые 4 часа от постановки диагноза
	КТГ плода	В первый час от постановки диагноза

*Другое обследование и консультации – по показаниям

Неотложная акушерская помощь при тяжёлой преэклампсии:

1. Позвать на помощь;
2. Уложить беременную (роженицу, родильницу) на левый бок на ровную поверхность;
3. Для профилактики судорог в\в ввести нагрузочную дозу $MgSO_4$ 4-6 грамм в течении 10-20 мин;
4. Начать в\в инфузию поддерживающей дозы $MgSO_4$ (1-2 грамма в час);
5. Дать нифидипин 10 мг (1 табл) внутрь или другой препарат для АГТ (гидралазин, лабетолол); Введение антигипертензивных препаратов направлено на поддержание уровня диастолического АД не выше 100 мм рт ст, а систолического АД - не выше 160 мм рт ст;
6. Перевести в палату интенсивной терапии или отделение реанимации и интенсивной терапии (соответственно местного протокола) в сопровождении врача.

Тактика ведения тяжёлой преэклампсии на уровне ПМСП:

1. оказать НАП (профилактика судорог и антигипертензивная терапия);
2. организовать немедленную госпитализацию на санитарном транспорте в учреждение 2-3 уровня (в зависимости от срока гестации);
3. в направлении подробно указать лечебно-диагностические мероприятия;
4. госпитализация осуществляется в ПИТ родильного отделения или ОРИТ учреждений 2-3 уровня в зависимости от принятого в учреждении местного протокола.

Тактика ведения тяжёлой преэклампсии в стационаре 2-3- уровня:

- оказать/продолжить НАП (профилактика судорог и антигипертензивная терапия);

- в зависимости от принятого местного протокола госпитализация в ПИТ или ОРИТ;
- курацию осуществляют врачи акушеры-гинекологи первой/высшей категории, кратность осмотров – каждые 4 часа, по показаниям – чаще.
- акушерская тактика определяется совместно с заведующим отделением (ответственным дежурантом), что подтверждается его подписью.
- при отсутствии признаков нарушений функции жизненно важных органов осмотр анестезиолога-реаниматолога осуществляется 2 раза в сутки с интервалом в 12 часов, а также во время приёма и сдачи пациентки, что подтверждается подписью.
- при возникновении нарушения функции жизненно важных органов курация осуществляется зав.отделением/консультантом отделения акушером-гинекологом, зав.отделением ОРИТ. Кратность осмотров ответственного дежуранта и анестезиолога-реаниматолога каждые 4 часа, по показаниям – чаще.

I. В приёмном покое:

1. акушерка/врач проводит быструю оценку, начинает оказание НАП (профилактика судорог и антигипертензивная терапия);
2. вызвать в приёмный покой зав. отделением или прикрепленного врача акушера-гинеколога высшей/первой категории, анестезиолога-реаниматолога или по дежурству - ответственного дежуранта или дежурного врача акушера-гинеколога первой/высшей квалификационной категории и анестезиолога-реаниматолога;
3. перевести в соответствующее отделение в сопровождении врача: ПИТ родильного отделения или отделение реанимации (соответственно местного протокола);

II. В отделении:

1. продолжать мероприятия по профилактике судорог и антигипертензивной терапии;
2. провести полное клинико-лабораторное обследование (табл.2);
3. вести мониторинг основных показателей каждый час, по показаниям чаще (см лист наблюдения Приложение №1);
4. тщательно наблюдать за состоянием плода (каждые 4 часа при отсутствии родовой деятельности);
5. Родоразрешение. Тактику ведения в рабочее время определяет заведующий родильным отделением совместно с заведующим ОРИТ. Осмотр администрации лечебного учреждения и консультанта отделения обязателен в рабочие дни. По дежурству – тактику ведения определяет ответственный дежурант совместно с дежурным реаниматологом (см. родоразрешение);
6. курацию осуществляют врачи первой/высшей квалификационной категории, кратность записи в истории – каждые 4 часа, по показаниям - чаще.

Тактика ведения родов при тяжёлой преэклампсии:

I. В приёмном покое:

1. акушерка/врач проводит быструю оценку, начинает оказание НАП (профилактика судорог и антигипертензивная терапия);
2. вызвать в приёмный покой заведующего отделением, анестезиолога-реаниматолога или по дежурству - ответственного дежуранта или дежурного врача акушера-гинеколога первой/высшей квалификационной категории;
3. перевести в сопровождении врача в соответствующее отделение: ПИТ родильного отделения или отделение реанимации (соответственно местного протокола);

В отделении:

1. осмотр заведующего отделением сразу после поступления в рабочее время или ответственного дежуранта по дежурству (если они заняты – осмотр проводит врач первой/высшей квалификационной категории);
2. провести забор анализов, УЗИ в первые 30 минут после поступления (табл.2 пункты 1-7);
3. наблюдать за состоянием плода: - непрерывная КТГ или выслушивание ЧСС плода в родах каждые 15 минут, регистрировать показатели – каждые 30 минут; **при отсутствии родовой деятельности – аускультация и регистрация каждый час;**
4. ранняя амниотомия при раскрытии шейки матки 4 см и более;
5. обязательное обезболивание родов: метод выбора – эпидуральная анестезия;
6. тактику ведения родов осуществляет в рабочие дни зав. отделением, по дежурству – ответственный дежурant совместно с заведующим или дежурным анестезиологом-реаниматологом;
7. курацию осуществляют врачи первой/высшей квалификационной категории.

Показания к операции кесарево сечение при тяжелой преэклампсии

- **Эклампсия;**
- Наличие у беременной хронических заболеваний, исключающих родоразрешение через естественные родовые пути;
- Отсутствие эффекта от родовозбуждения или родостимуляции;
- Сочетание с другой акушерской патологией (затянувшиеся/обструктивные роды, тазовое предлежание, переносная беременность, крупный плод и др);
- Тяжелые осложнения преэклампсии – острая сердечная или дыхательная недостаточность, ОПН, острая печеночно-почечная недостаточность, HELLP-синдром, отслойка сетчатки, кровоизлияние в сетчатку, преждевременная отслойка плаценты, инсульт, кровоизлияние под глиссонову капсулу – печеночное кровотечение, кома, отёк мозга.
- Неконтролируемая артериальная гипертензия;
- Дистресс плода при сроке гестации более 28 недель беременности или более 22 недель при наличии условий для выхаживания.

Тактика ведения родильницы с тяжёлой преэклампсией в послеродовом периоде:

1. перевод в послеродовое отделение осуществляется по согласованию с заведующим послеродовым отделением. Запрещается перевод в ночное время суток. Не рекомендуется осуществлять перевод по дежурству без крайней необходимости;
2. В день госпитализации осмотр заведующим отделением обязателен;
3. в первые 24 часа – контроль показателей обратной стороны партограммы и ведение листа наблюдения, в последующие сутки вплоть до выписки – вести лист наблюдения. В первые 48 часов после родов – показатели указываются каждый час, в последующем каждые 4 часа с перерывом на ночной сон;
4. кратность обследования: определение протеинурии каждые 3 дня, забор биохимических анализов – каждые 7 дней, если нет других показаний (табл.2 п.1-6);
5. информировать родильницу об опасных признаках и необходимости немедленного обращения к медперсоналу при их появлении;
6. грудное вскармливание не противопоказано. Вопрос о грудном вскармливании решать по согласованию с врачом акушером-гинекологом и неонатологом;

**Схема ведения тяжёлой преэклампсии в учреждениях 2-3 уровня
в зависимости от срока беременности**

Ведение беременности	Ведение родов
Срок беременности менее 28 недель: госпитализация в учреждение 2 уровня	
<ul style="list-style-type: none"> • Пролонгирование беременности не целесообразно • Профилактика судорог; • Антигипертензивная терапия 	<ul style="list-style-type: none"> • Профилактика судорог и АГТ; • Родовозбуждение в зависимости от оценки шейки матки по шкале Бишопа: <ul style="list-style-type: none"> ➢ 9 – 13 баллов: амниотомия, при отсутствии эффекта в течение 4-х часов, родовозбуждение окситоцином; ➢ Менее 6 баллов: мизопростол (сайтотек) – 25 мкг каждые 6 часов до появления возможности амниотомии; • Обезболивание родов, метод выбора - ЭА; • Активное ведение третьего периода родов; • Ведение партограммы, обратной стороны партограммы, листа наблюдения (Приложение 1) обязательно
Срок беременности 28 -34 недели: госпитализация осуществляется в ОРИТ или ПИТ учреждения 3 уровня (соответственно местного протокола)	
<ul style="list-style-type: none"> • Профилактика судорог; • Антигипертензивная терапия; • Профилактика РДС новорожденного проводится при отсутствии показаний к экстренному родоразрешению. <p>Схема профилактики РДС новорожденного:</p> <ul style="list-style-type: none"> • дексаметазон 6 мг в/м каждые 12 часов в течение 48 часов (суммарная доза 24 мг) или • бетаметазон 12 мг в/м каждые 24 часа в течении 48 часов (суммарная доза 24 мг). 	<ul style="list-style-type: none"> • Профилактика судорог и АГТ; • Профилактика РДС новорожденного; • Мониторинг функции жизненно важных органов, лечебных мероприятий (Приложение №1), состояние плода, схватки, выделения из половых путей каждый час, по показаниям - чаще • После окончания профилактики РДС: • При отсутствии показаний к КС - родовозбуждение, проводится в зависимости от оценки шейки матки по шкале Бишопа: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 9 – 13 баллов: амниотомия, при отсутствии эффекта в течение 4-х часов, родовозбуждение окситоцином; ✓ Менее 6 баллов: мизопростол (сайтотек) – 25 мкг каждые 6 часов до появления возможности амниотомии; • Обезболивание родов, метод выбора - ЭА; • мониторинг состояния плода: непрерывно КТГ или выслушивание ЧСС каждые 15 минут, регистрация каждые 30 минут; • Активное ведение третьего периода родов; • Ведение партограммы и обратной стороны партограммы обязательно.
Срок беременности 35 недель и более: госпитализация осуществляется в ОРИТ	

учреждений 3 уровня (в соответствии местного протокола)	
<ul style="list-style-type: none"> • Профилактика судорог; • Антигипертензивная терапия; 	<ul style="list-style-type: none"> • Профилактика судорог и АГТ; • Мониторинг функции жизненно важных органов, лечебных мероприятий (Приложение №1), состояние плода, схватки, выделения из половых путей каждый час, по показаниям - чаще • Родовозбуждение в зависимости от оценки шейки матки по шкале Бишопа: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 9 – 13 баллов: амниотомия, при отсутствии эффекта в течение 4-х часов, родовозбуждение окситоцином; ✓ Менее 6 баллов: мизопростол (сайтотек)* – 25 мкг каждые 6 часов до появления возможности амниотомии • Обезболивание родов, метод выбора - ЭА; • мониторинг состояния плода: КТГ непрерывно или выслушивание ЧСС каждые 15 минут, регистрация каждые 30 минут • Активное ведение третьего периода родов; • Ведение партограммы и обратной стороны партограммы обязательно.

*Простагландины E1 (мизопростол, сайтотек, миролют) применять до начала регулярной родовой деятельности или появления условий для проведения амниотомии.

ЭКЛАМПСИЯ

Эклампсия характеризуется возникновением генерализованных приступов судорог во второй половине беременности, родах и послеродовом периоде, чаще всего на фоне других проявлений гипертензивных нарушений. В англоязычной литературе и рекомендациях ВОЗ типичными признаками эклампсии считают судороги на фоне гипертензии и протеинурии. Кома (отсутствие сознания) и другие симптомы эклампсии относят к иногда присутствующим симптомам и признакам эклампсии.

Причины судорог в акушерской практике могут быть связаны с хроническими заболеваниями женщины, в т.ч.:

- заболевания головного мозга: кровоизлияние, аневризмы, тромбоз вен, опухоль, абсцесс, артериовенозные мальформации, энцефалит, менингит и др;
- эпилепсия;
- гипергликемия;
- нарушение электролитного обмена: гипонатриемия, гипокалиемия;
- тромботическая тромбоцитопеническая пурпура;
- действие препаратов (амфетамин, кокаин, теофиллин, хлорзепин);
- постпункционный синдром и т.д.

Учитывая многообразие причин судорог, при эклампсии обязательна консультация невропатолога, окулиста и других специалистов.

До выявления причины любой судорожный припадок у беременной, роженицы, родильницы необходимо расценивать как эклампсию, пока не доказано обратное.

ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ ЭКЛАМПСИИ:

- НАП;
- лечение судорог;
- антигипертензивная терапия;
- родоразрешение.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СУДОРОГАХ

1. позвать на помощь, но не оставлять пациентку одну;
2. уложить на ровную поверхность на левый бок, повернуть голову в сторону (для избежания аспирации содержимого желудка, крови, рвотных масс и др);
3. провести быструю оценку состояния (пульс, АД, дыхание). Одновременно выяснить у сопровождающих (родственники, медики) анамнез;
4. во время приступа удерживать женщину, чтобы не было повреждений. Если язык находится между зубами: разжать зубы роторасширителем и фиксировать язык языкодержателем, освободить дыхательные пути. В других случаях нет необходимости использования роторасширителя и языкодержателя или подручных средств;
5. после прекращения судорог произвести туалет верхних дыхательных путей для обеспечения проходимости дыхательных путей;
6. обеспечить подачу кислорода маской со скоростью 4-6 л в минуту;
7. при длительном апноэ провести вспомогательную вентиляцию мешком Амбу;
8. после восстановления дыхания ввести нагрузочную дозу $MgSO_4$ – 4-6-грамма в/в, при повторении приступа – ввести дополнительно 2 грамма, начать введение поддерживающей дозы со скоростью 1-2 грамма в час;
9. ввести (в/в) или внутрь антигипертензивный препарат при уровне АД 160/110 мм рт ст. и выше;
10. бережно переложить пациентку на каталку;
11. госпитализировать или перевести в ОРИТ (если приступ произошел в стационаре) на каталке в сопровождении анестезиолога-реаниматолога и акушера-гинеколога.

Тактика ведения эклампсии на уровне ПМСП или дома:

1. оказать НАП;
2. организовать немедленную госпитализацию на санитарном транспорте в учреждение 2-3 уровня (в зависимости от срока гестации) в сопровождении врача (консультант акушер-гинеколог/семейный врач). Предварительно предупредить родильный стационар;
3. в направлении подробно указать лечебно-диагностические мероприятия;
4. госпитализация осуществляется в реанимационное отделение, расположенное рядом с операционной, минуя приёмный покой.

Тактика ведения эклампсии в стационаре:

В приёмном покое:

1. быструю оценку и НАП начинает оказывать акушерка/врач приёмного покоя;
2. в приёмный покой вызвать заведующего родильным отделением и ОРИТ (анестезиолога-реаниматолога), по дежурству - ответственного дежуранта акушера-гинеколога и анестезиолога, лаборанта;
3. после введения нагрузочной дозы сульфата магния из другой вены произвести забор крови: 1,0 мл для проведения прикроватного теста (сохранить для определения пробы на

совместимость при необходимости), анализ крови на биохимические показатели и коагулограмму, а также определение групповой и резус принадлежности (при их отсутствии). Анализы немедленно отправить в лабораторию;

4. перевести в отделение реанимации родильного отделения или больницы (соответственно местного протокола) в сопровождении врача анестезиолога-реаниматолога;

В отделении:

1. продолжать мероприятия по лечению судорог и АГТ;
2. ввести постоянный катетер в мочевой пузырь, зафиксировать объём выделенной мочи, отправить на общий анализ;
3. провести полное клинико-лабораторное обследование (см. ниже);
4. вести непрерывный мониторинг основных показателей, фиксировать в наркозной карте каждые 30 минут, по показаниям чаще. С началом операции – ведение наркозной карты соответственно Приказа МЗиСЗН РТ №78;
5. тактику ведения в рабочее время определяет консультант отделения совместно с заведующим ОРИТ и администрация родильного учреждения (главный врач или его заместитель по лечебной части). По дежурству – тактику ведения определяет ответственный дежурный совместно с дежурным реаниматологом. Тактика ведения при нарушении функции жизненно важных органов согласуется с ургентным врачом. При наличии признаков недостаточности функции жизненно важных органов вызов и осмотр ургентного врача обязателен, при необходимости – организация консилиума из числа ведущих специалистов и профильных специалистов (нефролог, кардиолог и др.);
6. вопрос о родоразрешении должен быть решен в первые 2 часа после стабилизации состояния и подготовки к операции;
7. курацию осуществляют врачи первой/высшей квалификационной категории, кратность записи в истории – каждые 4 часа, по показаниям - чаще.

Табл.3

Объём обязательных методов исследования у беременных с эклампсией*

Орган/система	Объём исследований	Кратность до родоразрешения*
Кровь	Общий анализ крови, Нт, количество тромбоцитов	Не позже 3 часов от момента поступления, далее ежедневно первые 2 суток, далее по показаниям
Сердечно - сосудистая система	Измерение уровня АД, пульса	Каждый час
	Электрокардиография	1 раз, по показаниям - чаще
Коагулограмма	Время свёртывания крови по Ли-Уайту	При поступлении сразу, далее по показаниям
	Содержание фибриногена, АЧТВ	Не позже 3 часов от момента поступления, далее ежедневно первые 2 суток, далее по показаниям
Почки	Оценка диуреза	Каждый час в первые 24 часа, далее каждые 4 часа
	Уровень протеинурии	В первые 30 минут после госпитализации, далее ежедневно
	Общий анализ мочи	Не позже 1 часа от момента поступления, далее ежедневно до

		родоразрешения
	Содержание в крови мочевины, креатинина, мочевой кислоты, электролитов (K ⁺ , Na ⁺ , Ca ²⁺ , Mg ²⁺)	Не позже 3 часов от момента поступления, далее ежедневно первые 2 суток, далее по показаниям
	УЗИ	Один раз, по показаниям - чаще
	Содержание билирубина и его фракций, определение АлАТ;	Ежедневно
Печень	УЗИ	Ежедневно
Оценка состояния плода	УЗИ плода - фетометрия, количество вод. КТГ плода и определение МППК –по возможности	В первые 2 часа от момента госпитализации
Консультации**	Окулиста (глазное дно), терапевта	В первые 2 часа от момента госпитализации
	Невропатолога	В первые 24 часа, по показаниям раньше

*указано среднее количество, по показаниям можно проводить чаще

**Другое обследование и консультации – по показаниям;

СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ЭКЛАМПСИИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ 2-3 УРОВНЯ

Госпитализация	Обследование	Принципы ведения
<i>Эклампсия во время беременности</i>		
<p>1. В приёмном покое: ✓ оказать НАП; ✓ вызвать анестезиолога-реаниматолога, лаборанта; 2. Госпитализировать в ОРИТ (3а), расположенное рядом с операционной;</p>	<p>1. В приёмном покое: а. На фоне АГТ и после введения нагрузочной дозы магнезии – из другой вены провести забор анализов см. табл. №3 объём необходимых исследований 2. В ОРИТ: • Ввести постоянный катетер в мочевого пузырь, измерить и зафиксировать объём выделенной мочи, направить на общий анализ; • ЭКГ матери; • глазное дно; • консультация терапевта, окулиста (глазное дно), невропатолога; • УЗИ почек, печени; • Допплерография (по возможности), КТГ и УЗИ плода (фетометрия, количество вод)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Лечение и профилактика повторных судорог; • Введение антигипертензивных препаратов; • Родоразрешение путём операции кесарева сечения вне зависимости от срока гестации после предварительной подготовки беременной. • Поставить в известность администрацию учреждения; • Поставить в известность неонатолога, для проведения подготовки к приёму новорождённого. Вне зависимости от состояния новорождённый в первые 4 часа наблюдается в ОРИТ, далее по состоянию
<i>Эклампсия в родах</i>		
<p>1. В приёмном покое: ✓ оказать НАП; ✓ вызвать анестезиолога - реаниматолога, лаборанта ✓ Поставить в известность администрацию учреждения; ✓ Госпитализировать в ОРИТ (3а), расположенное рядом с операционной;</p>	<p>1. В приёмном покое: На фоне АГТ и после введения нагрузочной дозы магнезии – из другой вены провести забор анализов см. табл. №3 объём необходимых исследований 2. В ОРИТ: Ввести постоянный катетер в мочевого пузырь, измерить и зафиксировать объём</p>	<p>✓ Лечение и профилактика повторных судорог не прекращается; ✓ АГТ; Ведение родов: В учреждении 2 уровня: ✓ при поступлении в I периоде родов: - амниотомия, кесарево сечение; ✓ при госпитализации во II периоде – см. ниже В учреждении 3 уровня*: ✓ латентная фаза родов: амниотомия, кесарево сечение; ✓ активная фаза родов: • амниотомия;</p>

	<p>выделенной мочи, направить на общий анализ; ЭКГ матери; глазное дно; консультация терапевта, окулиста (глазное дно), невропатолога; УЗИ почек, печени; Допплерография (по возможности), КТГ и УЗИ плода (фетометрия, количество вод)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • при раскрытии маточного зева более 4 см возможно родоразрешение через естественные родовые пути*; • обезболивание: ЭА; • мониторинг состояния плода: КТГ • если роды не завершаются в течение 2 часов - кесарево сечение* <p>II-ой период родов</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ При живом плоде: <ul style="list-style-type: none"> • акушерские щипцы или экстракция плода за тазовый конец под общим обезболиванием; <p>При мертвом плоде – плодоразрушающая операция (общее обезболивание)*;</p> <p>III период родов: активное ведение.</p>
Послеродовая эклампсия		
<p>См. эклампсия во время беременности</p>	<p>1. В приёмном покое: а. На фоне АГТ и после введения нагрузочной дозы магнeзии – из другой вены провести забор анализов см. табл. №3 объём необходимых исследований</p> <p>2. В ОРИТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ввести постоянный катетер в мочевой пузырь, измерить и зафиксировать объём выделенной мочи, направить на общий анализ; • ЭКГ матери; • глазное дно; • консультация терапевта, окулиста (глазное дно), невропатолога; • УЗИ почек, печени; 	<p>1. Лечение и профилактика повторных судорог: введение в течение 48 часов;</p> <p>2. АГТ; Обезболивание после операции кесарева сечения.</p>

*- клинические учреждения имеют право на индивидуальный подход ведения родов при осмотре ex consilium

ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

Принципы ведения гипертензивных нарушений включают следующие компоненты:

1. Профилактика и лечение судорог;
2. Антигипертензивная терапия;
3. Родоразрешение.

I. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СУДОРОВ

Показания: тяжелая преэклампсия, эклампсия, неконтролируемая тяжелой гипертензия (уровень АД – выше 160/110 мм. рт. ст).

Для профилактики и лечения судорог используют: сульфат магния и диазепам.

- препарат выбора - сульфат магния ($MgSO_4$) (уровень А);
- при непереносимости, магниезальной интоксикации или наличии противопоказаний к $MgSO_4$ используют Диазепам (уровень В);
- тиопентал натрия используют при общем наркозе с искусственной вентиляцией лёгких (уровень В). При использовании тиопентала натрия – введение сульфата магния следует прекратить. Тиопентал натрия использует **исключительно** анестезиолог-реаниматолог.

Магния сульфат превосходит бензодиазепины, фенитоин и нимодипин по эффективности, не увеличивает частоту кесарева сечения, кровотечений, депрессии новорожденных (уровень А)

Схема введения сульфата магния включает внутримышечное или внутривенное введение нагрузочной и поддерживающей дозы. При повторении приступов судорог на фоне введения сульфата магния необходимо дополнительно ввести 2 грамма $MgSO_4$.

Внутримышечное введение $MgSO_4$ используют на уровне ПМСП или дома, в стационаре используется внутривенное введение. Сульфат магния по одинаковой схеме используют для профилактики и лечения судорог при тяжелой преэклампсии и эклампсии (табл. 4)

Табл. 4

Схема применения сульфата магния при тяжелой преэклампсии и эклампсии

Метод введения	Нагрузочная доза	Поддерживающая доза
В/М	10 грамм	5 грамм с интервалом в 4 часа
В/В	4-6 грамм	1-2 грамма в час

1 грамм $MgSO_4$ содержится в 4мл 25% раствора и 2 мл 50% раствора $MgSO_4$

Правила, которые необходимо соблюдать при внутримышечном введении $MgSO_4$:

- в/м инъекция $MgSO_4$ очень болезненна, поэтому необходимо предварительно ввести лидокаин 1% - 2,0;
- проводить инъекцию глубоко в ягодичную мышцу;
- нагрузочную дозу разделить на 2 части по 5 грамм в каждую ягодичцу.
- использовать 50% раствор $MgSO_4$

Правила, которые необходимо соблюдать, при внутривенном введении $MgSO_4$:

- вводить в течение 10-20 минут в зависимости от реакции женщины;
- Нагрузочная доза $MgSO_4$ - развести в растворе Рингера (например: нужно ввести 16 мл 25% р-ра $MgSO_4$ т.е. 4 грамма. В два 20,0 граммовых шприца набрать по 8 мл $MgSO_4$ добавить раствор Рингера до 20,0 мл);

- Оптимальная скорость инфузии поддерживающей дозы 80, 0 мл в час при отсутствии олигоурии или других противопоказаний. При кровотечении – объем инфузии увеличивается;
- предупредить женщину, что она, возможно, будет ощущать чувство тепла во время введения раствора.

Важно обучить средний медицинский персонал правильно заправлять капельницу для введения поддерживающей дозы.

Для удобства расчётов и мониторинга введения количество жидкости во флаконе должно делиться без остатка на время введения. Например: доза $MgSO_4$ 1 грамм в час; объём инфузии 80 мл в час: Флакон раствора Рингера содержит 500,0 мл, который будет вводиться чуть более 6 часов (6 часов 25 минут, т.е. необходимо добавить 6,25 граммов $MgSO_4$)

Для удобства нужно сделать расчёт на 6 часов:

При дозе 1 г/ч на 6 часов необходимо в капельницу добавить 6 граммов $MgSO_4$ – это 24 мл 25% $MgSO_4$

Из флакона нужно вылить 44 мл раствора Рингера и добавить 24 мл $MgSO_4$ получится цифра, которая делится без остатка на 6 ($500 - 44 + 24 = 480$ мл).

При отсутствии линиомата необходимо точно рассчитать число капель в минуту. Для этого необходимо точно посчитать:

➤ Сколько мл в час планируется вводить (скорость инфузии);

➤ Сколько раствора $MgSO_4$ необходимо добавить, чтобы количество сухого вещества $MgSO_4$ составило 1-2 грамма в час;

➤ Рассчитать число капель в минуту так, чтобы скорость инфузии и доза $MgSO_4$ за 1 час соответствовали запланированной дозе;

Число капель в минуту зависит от того, сколько капель в 1,0 мл, в используемой системе для в/в введения и скорости инфузии.

Расчёт производится в зависимости от диаметра иглы и количества капель в 1,0 мл (указано на пакете, в который помещена стерильная система). При диаметре иглы 20 G: в 1,0 мл. - 20 капель.

Пример: скорость инфузии 80 мл в час, диаметр иглы 20G, т.е. в 1,0 мл = 20 капель

Расчёт капель: (20 капель x 80,0 мл) : 60 мин = 26,7 капель в мин. Следовательно, в 1 мин необходимо вводить 27 капель.

Пример: скорость инфузии - 50,0 мл. в час, диаметр иглы 20G, т.е. в 1,0 мл = 20 капель

Расчёт капель: (20 капель x 50,0 мл) : 60 мин = 16,7 капель в мин., Следовательно, в 1 мин необходимо вводить 17 капель.

В Таджикистане используется преимущественно 25% и 50% растворы $MgSO_4$.

Продолжительность введения $MgSO_4$ составляет 24 -48 часов после родов или последней судороги, в зависимости от того, что произойдет последним. Учитывая, что в первые 48 часов риск развития судорог наивысший, рекомендуется вводить 48 часов.

В стационаре обязательно в/в введение магнезии. При невозможности в/в введения препарат вводится в/м.

Магния сульфат является небезопасным средством, так как порог токсического действия близок к терапевтическому. Безопасный предел уровня магния в крови – 2,5-3,75 ммоль/л., но при этом уровне Dinsdale Н.В. и соавт. (1988) показали, что имеет место гипотензия, сонливость, при содержании в крови 5,0 ммоль/л и более наступает угнетение дыхания, а при 6,0 – 7 ммоль/л – кома.

При использовании $MgSO_4$ каждый час обязателен клинический мониторинг следующих показателей:

- количество выделенной мочи (за 1 час должно быть не менее 30 мл/час); при олигоурии отменить введение $MgSO_4$;
- частоту дыхательных движений - не менее 16 в мин; при брадикапноэ - инфузию магнезии прекратить;
- наличие коленного рефлекса (его угнетение наступает раньше угнетения дыхания), при арефлексии введение $MgSO_4$ прекратить.

Антидотом $MgSO_4$ являются препараты кальция. **При использовании $MgSO_4$ обязательно нужно иметь наготове глюконат кальция 10%-10,0 мл.**

Инфузию магнезии прекратить и перейти на инфузию диазепама при:

- уменьшение выделения мочи менее 100 мл за 4 часа (олигоурия) и/или;
- снижение частоты дыхания менее 16 в минуту и/или
- снижение коленного рефлекса.

При снижении частоты дыхательных движений менее 16 в минуту ввести антидот сульфата магния - глюконат кальция 10% - 10,0 мл в/в медленно.

В случае остановки дыхания или другого осложнения от введения $MgSO_4$:

- ввести глюконат кальция 1 гр (10,0 мл 10% раствора медленно в/в)
- до восстановления дыхания провести ИВЛ мешком Амбу, при необходимости - интубировать

Ранние признаки и симптомы магниальной интоксикации:

- тошнота;
- рвота;
- чувство жара;
- покраснение лица;
- нарушение зрения (диплопия);
- моторная дисфазия;
- нарастающая общая слабость.

Схема применения ДИАЗЕПАМА* при тяжёлой преэклампсии и эклампсии

Нагрузочная доза диазепама:

- 10 мг диазепама в/в медленно в течение 2 мин

Поддерживающая доза:

- 40 мг диазепама растворить в 500,0 мл раствора лактата Рингера и вводить в/в капельно для поддержания женщины в состоянии седации, но оставляя её в сознании. При возобновлении судорог повторно ввести нагрузочную дозу: 10 мг диазепама в/в медленно в течение 2 мин.

Введение диазепама продолжается 24 часа.

При угнетение дыхания, которое может наступить, если доза превысит 30 мг. за 1 час:

- провести ИВЛ (маской и мешком, наркозным аппаратом, произвести интубацию);
- не использовать более 100 мг диазепама в течение 24 часов.

*** Диазепам использовать только при противопоказаниях или непереносимости $MgSO_4$. Применение диазепама у матери может вызвать тяжелое угнетение новорожденных:**

- в виде гипотонии скелетных мышц;
- задержки мочи и кала;
- даже провоцировать развитие у них желтухи.

Следует избегать введения диазепама при подозрении на HELLP синдром (H - гемолиз, EL - повышение ферментов печени, LP - тромбоцитопения).

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Антигипертензивная терапия (АГТ) проводится при уровне АД 160/105 мм рт ст и выше.

При проведении АГТ необходим строгий контроль динамики снижения АД. При быстром снижении диастолического компонента ниже 80 мм рт ст развивается угроза гибели плода. Критическим считается уровень ниже 60 мм рт ст. Нужно добиваться снижения и поддержания АД ниже опасного уровня и сохранения при этом адекватного объёма кровотока в системе мать-плацента-плод.

Повышение АД до критических цифр (АД сист. 170 мм рт ст и более, АД диаст. 120 мм рт ст и более) после снижения на фоне АГТ следует расценивать как неконтролируемую гипертензию, которая является показанием к родоразрешению.

ЦЕЛЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ:

- профилактика кровоизлияния в мозг;
- профилактика гипертензионной энцефалопатии.

Диастолическое АД рекомендуется поддерживать на уровне **90-100** мм рт ст, АД сист не выше 150 мм рт ст.

При проведении АГТ во время беременности в отличие от небеременных, следует использовать один препарат.

При **хронической гипертензии** или **необходимости длительной АГТ** во время беременности чаще используют препарат - **метилдопа**. Выбор данного препарата обусловлен доказанной **безопасностью для плода** (уровень А).

При необходимости можно использовать и препараты короткого действия (нифедипин, лабетолол и др).

При тяжёлой гипертензии, тяжёлой преэклампсии и эклампсии необходимо использовать антигипертензивные средства короткого действия.

Антигипертензивные средства короткого действия:

К антигипертензивным средствам короткого действия относится гидралазин, лабетолол, нифедипин, которые используются преимущественно до и во время родоразрешения, в послеродовом периоде можно использовать другие препараты

ГИДРАЛАЗИН (АПРЕССИН)

Методика введения:

- вводить гидралазин по 5 мг в/в медленно каждые 5 мин до снижения АД;
- при необходимости можно повторять введение каждый час;
- можно вводить каждые 2 часа 12,5 мг гидралазина в/м.

При отсутствии гидралазина, можно использовать нифедипин либо лабетолол.

НИФЕДИПИН

Методика введения:

- дать 10 мг нифедипина внутрь;
- при отсутствии эффекта (АД диаст. остаётся 110 мм рт ст и выше; АД сист 160 мм рт ст и выше) через **10 мин** дать дополнительно ещё 10 мг нифедипина;
- максимальная доза 160 мг;
- нифедипин следует осторожно применять при сердечной недостаточности. При сочетании с фентанилом может вызвать резкое снижение АД и гиповолемию;
- в сочетании с MgSO₄ необходимо проводить очень тщательный мониторинг частоты дыхания и оценку коленного рефлекса, так как оба препарата являются антагонистами кальция.

ЛАБЕТОЛОЛ

Методика введения:

- в/в ввести 10 мг лабетолола;
- при отсутствии эффекта (АД диас остаётся выше 110 мм рт ст; АД сист – выше 160 мм рт ст) через 10 мин ввести 20 мг лабетолола в/в;
- при отсутствии эффекта (АД диас остаётся выше 110 мм рт ст; АД сист – выше 160 мм рт ст) через 10 мин ввести 40 мг лабетолола в/в;
- при отсутствии эффекта (АД диас выше 110 мм рт ст; АД сист – выше 160 мм рт ст) через 10 мин ввести 80 мг лабетолола в/в.

Атенолол, ингибиторы ангиотензинпревращающих ферментов, блокаторы ангиотензивных рецепторов и диуретики противопоказаны при беременности из-за осложнений со стороны плода и новорожденного (уровень В). Они могут привести к задержке роста плода, многоводию, почечной недостаточности и смерти плода

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПРЕ/ЭКЛАМПСИИ

- Оптимальная скорость инфузии – 80 мл/час, при угрозе отёка лёгких – можно уменьшить до 40-45 мл/час (уровень С).
- Для разведения сульфата магния использовать полиионные кристаллоиды (раствор Рингера лактат или Рингера ацетат);
- Не использовать диуретики, кроме случаев отёка лёгких;
- Объём инфузионной терапии можно увеличить при присоединении кровотечения;
- Пре/эклампсия не является показанием для трансфузии альбумина, свежзамороженной плазмы.

РОДОРАЗРЕШЕНИЕ

Родоразрешение является единственным эффективным методом лечения пре/эклампсии, хотя у некоторых женщин может наблюдаться временное ухудшение в послеродовом периоде (5).

Роды у рожениц с умеренными формами гипертензивных нарушений ведут в родовом блоке при условии немедленного прибытия анестезиолога-реаниматолога и оказания экстренной помощи, включая кесарево сечение.

Роды у беременных с тяжёлой гипертензией, тяжелой преэклампсии и эклампсии ведут в палате интенсивной терапии или ОРИТ, расположенных рядом с операционной.

При тяжелой преэклампсии и тяжелой гипертензии разрешается ведение родов в родовом блоке при условии присутствия анестезиолога-реаниматолога; возможности оказания немедленной экстренной помощи, включая кесарево сечение.

При тяжёлой преэклампсии и тяжелой гипертензии ведение листа интенсивного наблюдения обязательно (Приложение №1).

При ведении родов через естественные родовые пути обязательно ведение партограммы и обратной стороны партограммы.

При эклампсии роженицу госпитализируют в отделение реанимации и интенсивной терапии, где обязательно заводят наркозную карту, после стабилизации состояния и перевода на спонтанное дыхание - лист интенсивного наблюдения (Приложение №1). При ведении родов через естественные родовые пути обязательно ведение партограммы и обратной стороны партограммы.

При сроке гестации до 28 недель или 35 недель и более – госпитализация осуществляется в учреждение 2 уровня.

При сроке гестации 28 – 34 недели – госпитализация осуществляется в учреждение 3 уровня.

Срок беременности не должен влиять на решение врача о времени родоразрешения.

В то же время предотвращение необоснованного преждевременного родоразрешения повышает число благоприятного исхода для новорожденного.

Техническая группа ВОЗ однозначно высказывает рекомендации об индукции родов при доношенном сроке беременности, или сроке при котором плод ещё нежизнеспособен и не может достигнуть жизнеспособности в течение одной-двух недель.

Родоразрешение зависит от срока беременности и уровня учреждения, куда госпитализирована женщина.

Срок гестации	Учреждение II уровня	Учреждение III уровня
Менее 28 недель	продолгование беременности нецелесообразно	продолгование беременности нецелесообразно
28 -34 недели	При состоянии матери и плода, позволяющем продолгование беременности, провести профилактику РДС плода, после окончания родоразрешить	при состоянии матери и плода, позволяющем продолгование беременности, провести профилактику РДС плода. Консилиум может рекомендовать дальнейшую выжидательную тактику при отсутствии таких состояний, как неконтролируемая гипертензия или органная недостаточность у матери или дистресс плода с возможностью обязательного их мониторинга (см. Приложение 2)
35-36 недель	родоразрешить	консилиум может рекомендовать дальнейшую выжидательную тактику при отсутствии таких состояний, как неконтролируемая гипертензия или органная недостаточность у матери или дистресс плода с возможностью обязательного их мониторинга (см. Приложение 2)
37 недель и	родоразрешить	родоразрешить

более		
-------	--	--

ПОКАЗАНИЯ К ДОСРОЧНОМУ РОДОРАЗРЕШЕНИЮ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ:

- эклампсия;
- неконтролируемая тяжёлая гипертензия;
- тяжёлая преэклампсия;
- нарушение функции жизненно важных органов, в т.ч. острая почечная, дыхательная, печеночная недостаточность, кома;
- HELLP –синдром;
- кровоизлияние в мозг;
- отёк лёгких;
- отслойка или кровоизлияние в сетчатку;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- признаки страдания плода: острый дистресс и задержка развития

Выбор метода родоразрешения зависит от состояния женщины и плода.

ПОКАЗАНИЯ К КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ:

- эклампсия;
- неконтролируемая тяжёлая гипертензия;
- наличие у беременной экстрагенитальных заболеваний, исключающих родоразрешение через естественные родовые пути
- отсутствие эффекта от родовозбуждения или родостимуляции
- тяжёлые формы гипертензивных нарушений беременности на фоне сочетания с другой акушерской патологией (тазовое предлежание, переношенная беременность, крупный плод)
- тяжёлые осложнения преэклампсии – острая сердечная или дыхательная недостаточность, отёк лёгких, острая почечная недостаточность (ОПН), острая печеночно-почечная недостаточность – HELLP-синдром, отслойка сетчатки, кровоизлияние в сетчатку, преждевременная отслойка плаценты, инсульт, кровоизлияние под глиссонову капсулу – печеночное кровотечение, кома

Кесарево сечение проводится после стабилизации гемодинамики: систолическое АД менее 170 мм рт ст.

При эклампсии – кесарево сечение проводится под общим обезболиванием с ИВЛ.

При нижеследующих состояниях анестезиологу – реаниматологу и акушеру-гинекологу необходимо своевременно решить вопрос о переводе на ИВЛ (2):

- кома;
- кровоизлияние в мозг;
- сочетание с коагулопатическим кровотечением;
- сочетание с геморрагическим или септическим шоком.

ВЕДЕНИЕ РОДОВ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ ПУТИ

При ведении родов через естественные родовые пути:

- антигипертензивная и противосудорожная терапия не прекращается;
- обеспечение адекватного обезболивания (метод выбора - эпидуральная анестезия);
- ранняя амниотомия (при сглаженной шейке матки и открытии 4 см и более);
- ведение партограммы;
- активное ведение 3 периода родов;
- ведение обратной стороны партограммы;
- выключение потуг не проводится. Обязательным условием является продолжение профилактики судорог и введение эффективных антигипертензивных средств;
- запрещено использовать метилэргометрин, эргометрин, которые могут оказать гипертензивное действие, повышают ЦВД и вызывают судороги.

Объём обязательных методов исследования после родоразрешения при тяжелой преэклампсии и эклампсии

Орган/система	Объём исследований	Кратность
Кровь	Общий анализ крови + Гематокрит и количество тромбоцитов	Через 24 часа после родоразрешения
Сердечно-сосудистая система	Измерение уровня АД, пульса	Каждый час
	ЭКГ	по показаниям
Коагулограмма	Время свёртывания крови по Ли-Уайту Содержание фибриногена; АЧТВ, ПДФ	Через 24 часа однократно
Почки	Оценка диуреза	Каждые 4 часа - не менее 48 часов
	Общий анализ мочи +Уровень протеинурии	Через 24 часа и по показаниям
	Содержание мочевины, мочевой кислоты, креатинина и электролитов крови	по показаниям
	УЗИ	по показаниям
Печень	Содержание билирубина и его фракций Определение АлАТ; УЗИ	Через 24 часа, далее по показаниям
Консультации	Окулиста (глазное дно), невропатолога, терапевта	по показаниям

Критерии выписки и наблюдение в послеродовом периоде пациенток с гипертензивными нарушениями во время беременности, родах или послеродовом периоде.

Критерии выписки:

- удовлетворительное состояние матери и новорожденного;
- нормализация функции жизненно важных органов, подтвержденных лабораторными и функциональными методами исследования (примерные нормативные показатели см. Приложение №3). Обследование проводится за 24 часа до выписки.

Выписка осуществляется по согласованию с заведующим послеродовым отделением.

При выявлении хронических заболеваний, которые явились фоном для тяжелой пре/эклампсии вопрос о выписке или переводе в профильное отделение решается совместно с врачом- консультантом соответствующей специальности.

У родильниц, перенесших HELLP синдром, недостаточность функции жизненно важных органов вопрос о выписке решается по согласованию с врачом соответствующей специальности.

Лечащий врач обязан поставить в известность директора ЦРЗ по месту проживания пациентки о её выписке.

Консультант акушер-гинеколог/семейный врач обязаны в тот же или на следующий день осуществить активный патронаж.

В дальнейшем активный патронаж осуществляется каждые 7-10 дней, по показаниям - чаще. Заключительный визит – на 42 день послеродового периоде. При каждом визите необходимо проводить общий осмотр, оценку диуреза и фиксировать данные в форме №111. Каждые 14 дней анализ мочи на протеинурию. Другие исследования – по показаниям.

Родильнице необходимо выдать на руки подробную выписку с указанием всех лечебно-профилактических мероприятий и результатов обследования, проведенных в стационаре, подробными рекомендациями. Обязательно провести консультирование по питанию, грудному вскармливанию, контрацепции, гигиене, опасным симптомам с предоставлением информации куда и к кому обращаться при их возникновении.

Объём обязательных методов исследования для решения вопроса о выписке

Орган/система	Объём исследований	Примечание
Кровь	Общий анализ крови + Ht и кол-во тромбоцитов	
Сердечно-сосудистая система	Уровень АД, пульса	АД сист.- ниже 140 мм рт ст; АД диаст. ниже 90 мм рт ст
	ЭКГ	по показаниям
Коагулограмма	Содержание фибриногена	Однократно за 24 часа до выписки
Почки	Оценка диуреза	
	Общий анализ мочи, включая определение уровня протеинурии	
	Содержание мочевины, креатинина крови	Однократно за 24 часа до выписки
Печень	Содержание билирубина в крови Определение АлАТ; УЗИ	Однократно за 24 часа до выписки По показаниям
Консультации	Окулист (глазное дно), невропатолог, терапевт, эндокринолог	По показаниям, при наличии хронической патологии, или перенесенной тяжёлой преэклампсии и эклампсии

Профилактические мероприятия пре/эклампсии (5,14,18):

Рекомендации ВОЗ по мерам, рекомендованным в целях профилактики и лечения преэклампсии и эклампсии:

1. Всем беременным, которые проживают в регионе, где употребляется низкий уровень кальция с пищей, в целях профилактики преэклампсии **рекомендуется** дополнительный приём кальция с пищей или ежедневный приём препаратов кальция. Низкий уровень потребления кальция с пищей – менее 600 - 900 мг в сутки. Особенно данная рекомендация актуальна для беременных группы риска по преэклампсии.

Схема: ежедневная доза **1,5 – 2,0** грамма элементарного кальция. Оптимально использовать малат/цитрат кальция, который обладает большей биодоступностью по сравнению с другими формами, его можно принимать на голодный желудок и при этом он эффективно всасывается. Приём препарата начинается **с момента зачатия или после 27 недель беременности**, что снижает в 2 раза риск преэклампсии.

Дополнительный приём препаратов кальция снижает риск развития пре/эклампсии, но не влияет на уровень материнской заболеваемости и смертности.

Препараты кальция снижают всасывание железа, поэтому при приёме препарата кальция в один день с препаратами железа, необходимо делать перерыв во времени (например: утром препараты кальция, вечером - железа).

2. Беременным группы риска по пре/эклампсии в целях профилактики преэклампсии **рекомендуется** ежедневный приём небольшой дозы ацетилсалициловой кислоты – 75 мг. с 12 до 34-35 недель беременности (доказательства среднего качества, сильная рекомендация).

3. *В данном документе приводятся рекомендации по использованию низких доз аспирина с целью профилактики пре/эклампсии, эффективность которого оказалась очень высокой. Медицинский работник обязан провести консультирование и получить информированное согласие на применение аспирина.* При консультировании следует сделать акцент на безопасность использования именно **низких** доз аспирина. Данное требование вызвано тем, что исследованиями было показано, что салицилаты могут вызвать врожденные пороки развития у животных, что не было подтверждено при использовании женщинами в первом триместре беременности. Также необходимо подчеркнуть, что аспирин используется **до 34-35 недель** беременности, т.к. его применение перед родами может привести к кровотечению у матери и новорождённого. Аспирин следует осторожно использовать при наличии **язвенной болезни желудка**.

4. **Не рекомендуется** строгий постельный режим у женщин с гипертензией в качестве меры, которая повышает благоприятный исход.

5. **Не рекомендуется** ограничение соли как профилактика преэклампсии.

6. Не рекомендуется приём **витамина D** во время беременности в качестве меры профилактики преэклампсии и её осложнений.

7. **Не рекомендуется** приём **витамина С и Е** отдельно или в сочетании во время беременности в качестве меры профилактики преэклампсии и её осложнений.

8. **Не рекомендуется** приём **диуретиков**, особенно тиазидного ряда, в качестве меры профилактики преэклампсии и её осложнений.

Лист интенсивного наблюдения и выполнения назначений при гипертензивных нарушениях
 Фамилия, имя, отчество _____ № истории _____ Возраст __ Дата и время поступления в ПИТ _____
 Диагноз: _____

Время (час, мин)																	Всего за сутки			
Температура (С ⁰)																				
ЧДД в 1 минуту																				
Артериальное давление	правая рука																			
	левая рука																			
Пульс в минуту																				
Коленный рефлекс																				
Выпито жидкости (мл)																				
Приём твёрдой пищи																				
Выделено мочи (мл)																				
Выделено из дренажа (мл)																				
Грудное вскармливание новорождённого																				
Стул																				
<i>Забор анализов (перечислить)</i>																				
<i>Назначения</i>																				
Сульфат магния (%), г/час																				
Сульфат магния (%), мл/час																				
Подпись:																				

Сдал: _____
 должность, ФИО, подпись

Принял: _____
 должность, ФИО, подпись

Время: _____

Меры, рекомендованные в целях профилактики и лечения преэклампсии и эклампсии (5)

Рекомендации	Качество доказательств	Сила рекомендаций
Всем женщинам, проживающим в регионах, где наблюдается низкий уровень потребления кальция с пищей, в целях профилактики преэклампсии во время беременности рекомендуется принимать препараты кальция (ежедневная доза должна составлять 1,5—2,0 г элементарного кальция). Эти рекомендации предназначены для всех женщин, и в первую очередь для тех, кто относится к группе высокого риска развития преэклампсии	среднее	сильная
Женщинам, входящим в группу высокого риска развития преэклампсии, рекомендуется профилактически принимать небольшие дозы ацетилсалициловой кислоты (аспирин, 75 мг).	среднее	сильная
Прием ацетилсалициловой кислоты в небольших дозах (аспирин, 75 мг) в целях профилактики преэклампсии и сопутствующих осложнений следует начинать до 20-й недели беременности	низкое	слабая
Женщинам с тяжелой гипертензией во время беременности следует принимать гипотензивные препараты	крайне низкое	сильная
Предпочтения при выборе гипотензивного препарата и способа его введения при тяжелой гипертензии во время беременности зависят в первую очередь от опыта врача-консультанта, назначающего данный препарат, стоимости препарата и его наличия в данном регионе	крайне низкое	сильная
В качестве предпочтительного противосудорожного препарата для профилактики эклампсии у женщин с тяжелой формой преэклампсии рекомендуется сульфат магния.	высокое	сильная
В качестве предпочтительного противосудорожного препарата для лечения эклампсии у беременных рекомендуется сульфат магния.	среднее	сильная
Для профилактики и лечения эклампсии рекомендуется полный курс внутримышечных и внутривенных инъекций сульфата магния	среднее	сильная
Индукция родов рекомендуется женщинам с тяжелой преэклампсией в сроке беременности, при котором плод еще нежизнеспособен и не может достигнуть жизнеспособности в течение одной-двух недель	крайне низкое	сильная
В отношении женщин с тяжелой преэклампсией, жизнеспособным плодом и сроком беременности менее 34 недель рекомендуется выжидательная тактика при условии отсутствия и возможности мониторинга таких состояний, как неконтролируемая гипертензия у матери, органная недостаточность у матери или дистресс плода	крайне низкое	слабая
В отношении женщин с тяжелой преэклампсией, жизнеспособным плодом и сроком беременности 34—36 недель (плюс 6 дней) рекомендуется выжидательная тактика при условии отсутствия и возможности мониторинга таких состояний, как неконтролируемая гипертензия у матери, органная недостаточность у матери или дистресс-синдром плода	крайне низкое	слабая
При тяжелой преэклампсии в случае доношенной беременности рекомендуется досрочное родоразрешение	низкое	сильная
При умеренной преэклампсии и умеренной гестационной гипертензии в случае доношенной беременности рекомендуется индукция родов	среднее	слабая
Женщинам, получающим гипотензивные препараты до родов, рекомендуется продолжить гипотензивную терапию в послеродовом периоде	крайне низкое	сильная
Лечение гипотензивными препаратами рекомендуется в случае тяжелой послеродовой гипертензии	крайне низкое	сильная

Лабораторные методы исследования при преэклампсии*

Лабораторные показатели	Нормативные показатели	Комментарии
Гемоглобин	110 г/л	Повышение Hb может быть свидетельством гемоконцентрации, гиповолемии и вазоконстрикции
Гематокрит	31-39%	Снижение Ht может свидетельствовать о гемолизе
Тромбоциты	150-400x10 ⁹ /л	Снижение свидетельствует о тяжёлой преэклампсии, HELLP синдроме
Фибриноген	2,6-5,6 г/л	Снижение показателей свидетельствует о коагулопатии
Протромбиновое время		
Активированное частичное тромбиновое время	28-38 секунд	
Соотношение МНО/ПТИ	85-115%	
Мазок периферической крови		Повышение показателей – свидетельствует об активации внутрисосудистого тромбогенеза (хр. ДВС синдром)
Мазок периферической крови		Наличие фрагментов эритроцитов (шизоцитоз, сфероцитоз) свидетельствует о гемолизе при тяжёлой преэклампсии
Альбумин крови	28-40 г/л	Снижение указывает на повышение сосудистой проницаемости эндотелия, характерное для тяжелой ПЭ
Креатинин сыворотки	39,8 – 72,8 (90) моль/л	Повышение более 90 ммоль/л особенно в сочетании с олигоурией (менее 500 мл мочи в сутки или 100 мл за 4 часа) указывает на наличие тяжёлой ПЭ
Мочевая кислота	0,12-0,28 ммоль/л	Повышение
Общий билирубин	8,5-20,0 ммоль/л	Повышается вследствие гемолиза или поражения печени
Клиренс креатинина	75-134 мл/мин	Снижение
Печеночные пробы		Повышение свидетельствует о тяжелой ПЭ
Аланинамино-трансфераза	10-20 Ед/л или 0,17-0,34 мкмоль/л	Повышение может свидетельствовать о тяжелой ПЭ, HELLP синдроме
Аспартатамино-трансфераза	7-35 Ед/л или 0,12-0,6 мкмоль/л	
Лактат-дегидрогеназа	250 Ед/л	
Протеинурия	Менее 0,3 г/л (0,3%0)	Повышение указывает на ПЭ или хр. заболевание почек

*источник: Beckmann C.R.B., Ling F.W., Barzansky B.M., et al./Obstetrics and Gynecology. Sixth Edition. Published in collaboration with ACOG.2010, 497p, цитируется из клинического протокола «Гипертензия во время беременности. Преэклампсия. Эклампсия». РФ (3)

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Интегрированное ведение беременности и родов. Оказание помощи при осложненном течении беременности: руководство для врачей и акушерок и врачей. 2000.
2. Куликов А.В. Интенсивная терапия тяжёлой преэклампсии и эклампсии (позиция доказательной медицины), 2010.
3. Сухих и соавт. Клинические протоколы «Гипертензия во время беременности. Преэклампсия. Эклампсия». РФ
4. Энкин М. , Кейрс М., Нейлсон Д. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребёнка. Пер. с англ. Санкт-Петербург; Изд-во «Петрополис», 2003.
5. Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению преэклампсии и эклампсии. ВОЗ, 2014
6. Abalos E, Duley L, Steyn DW, Henderson-Smart DJ. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007, Issue 2.
7. Duley L. Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie trial: a randomised placebo controlled trial. Lancet, 2002, 359, 1877-90.
8. Duley L, Henderson-Smart DJ. Drugs for treatment of very high blood pressure during pregnancy. In: The Cochrane Library, Issue 4, 2002.
9. Hofmeyr GJ, Gulmezoglu AM. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. Cochrane Database Syst Reviews 2, 2004
10. C.-J. Huang, Y.-C. Fan and P.-S. Tsai. Differential impacts of modes of anaesthesia on the risk of stroke among preeclamptic women who undergo Caesarean delivery: a population-based study. British Journal of Anaesthesia 105 (6): 818–26 (2010)
11. Kaplan P.W. Neurologic aspects of eclampsia //Neurol. Clin. - 2004 -№ 4 – P .:841-61.
12. Karnad D. R., Guntupalli K. K.,Neurologic disorders in pregnancy //Crit. Care Med. - 2005 Vol. 33, No. 10 - P 362-371
13. Laura A. Magee, Anouk Pels, Michael Helewa, Evelyne Rey, Peter von Dadelszen. On behalf of the Canadian Hypertensive Disorders of Pregnancy (HDP) Working Group. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. An International Journal of Women’s Cardiovascular Health 4 (2014) 105–145
14. Making Pregnancy Safer website: <http://www.euro.who.int/pregnancy>
15. Royal College of Obstetrician and Gynaecologists. The management of severe pre-eclampsia/eclampsia. Guideline No. 10 (A), RCOG Press, March 2006.
16. Michael L. LeFevre, MD, MSPH, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Low-Dose Aspirin Use for the Prevention of Morbidity and Mortality From Preeclampsia: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statemen
17. Ramanathan J., Bennett K. Pre-eclampsia: fluids, drugs, and anesthetic management //Anesthesiology Clin. N. Am. -2003 –P. 145– 163
18. WHO recommended interventions for Improving Maternal and Newborn Health http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/en/