

Клиническое руководство

Гипертензия во время беременности.

Лечение гипертензивных нарушений во время беременности

(краткая версия)

Основой для создания данной версии служит: «Hypertension in pregnancy: the management of hypertensive disorders during pregnancy» National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), August 2010 (revised reprint January 2011).

Список разработчиков руководства: Данное руководство подготовлено по заказу Национального института Здравоохранения и клинического мастерства (NICE, Великобритания) Национальным центром по охране здоровья женщин и детей, в сотрудничестве с Королевским колледжем акушеров и гинекологов, Королевским колледжем педиатрии и детского здоровья и Королевским колледжем акушеров.

Группа разработчиков: Chris Barry Portfolio General Practitioner (GP), Swindon, Wiltshire Rachel Fielding Deputy Director of Midwifery, North Bristol NHS Trust Pauline Green Consultant in Obstetrics and Gynaecology, Wirral University Teaching Hospital Jane Hawdon Consultant Neonatologist, University College London Hospitals NHS Foundation Trust Surbhi Malhotra Consultant Anaesthetist, St Mary's Hospital, Imperial College Healthcare NHS Trust, London Fiona Milne Trustee, Action on Pre-eclampsia (patient/carer member), Susan Mitchinson Retired Senior Lecturer (patient/carer member), Lynda Mulhair Consultant Midwife, Guy's and St Thomas's NHS Foundation Trust, London, Adam North Senior Paediatric Pharmacist, Royal Brompton and Harefield NHS Foundation Trust, London, Derek Tuffnell Consultant Obstetrician, Bradford Royal Infirmary, James Walker Professor in Obstetrics and Gynaecology, University of Leeds, Stephen Walkinshaw Consultant in Maternal and Fetal Medicine, Liverpool Women's Hospital (GDG chair), David Williams Consultant Obstetric Physician, University College London Hospitals NHS Foundation Trust, M Qutayba Almerie Research Fellow (from October 2008 until July 2009), Khalid Ashfaq Research Fellow (from November 2009), Ella Fields Research Fellow (from June 2009), David James Clinical Co-Director, Women's Health (from December 2009), Rosalind Lai Information Scientist (from August 2008), Rajesh Khanna Senior Research Fellow (until May 2009), Angela Kraut Research Fellow (until December 2008), Moira Mugglestone Director of Guideline Development (from May 2009), Leo Nherera Health Economist, Debbie Pledge Senior Information Scientist (until August 2008), Cristina Visintin Project Manager (from November 2009), Martin Whittle Clinical Co-Director, Women's Health (until December 2009), Martin Dresner Consultant Anaesthetist, Leeds General Infirmary, Edmund Lamb Consultant Clinical Scientist, Kent and Canterbury Hospital, Andrew Shennan Professor of Obstetrics, King's College London. Paul Stevens Consultant Nephrologist, Kent and Canterbury Hospital.

Цель клинического руководства:	предоставить руководство на доказательной основе по ведению и лечению женщин при гипертензивных нарушениях во время беременности.
Список Рабочей группы по адаптации клинического руководства:	Ембергенова М.Х. – начальник управления охраны здоровья матери и ребенка Министерства здравоохранения Республики Казахстан; Искаков С.С. – к.м.н., заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2 Медицинского университета Астана; Ан З.Н. - Руководитель Национального координационного центра по обеспечению безопасности беременных, врач акушер-гинеколог; Темкин С.М. - заведующий отделением патологии беременных,

	Перинатальный центр г. Астана; Рапильбекова Г.К. - д.м.н., заведующий отделением патологии беременных Национального научного центра материнства и детства; Майшина М.Ш. – врач акушер-гинеколог Национального научного центра материнства и детства; Аканов А.Б. - к.м.н., методолог по разработке клинических руководств, Республиканский центр развития здравоохранения; Раскалиева А.Х. - МВА, методолог по разработке клинических руководств, Республиканский центр развития здравоохранения. Омарова Г.Т. - координатор по обеспечению безопасности беременных по Карагандинской области; Каримова Б.Ж. - доцент кафедры акушерства и гинекологии Западно-Казахстанского Медицинского Университета; Жекеева Р.К. - координатор по обеспечению безопасности беременных по Южно-Казахстанской области; Сейсембеков Д.Т. – врач акушер-гинеколог отделения гинекологии Медицинского центра управления делами президента.
Рецензенты клинического руководства	1. Каюпова Л.С. - д.м.н., профессор, заместитель директора по науке, Национальный центр акушерства, гинекологии и перинатологии (г.Алматы). 2. Укыбасова Т.М. - д.м.н., профессор, руководитель отдела акушерства и гинекологии Национального научного центра материнства и детства (г.Астана).
Клиническое руководство было утверждено на заседании Экспертного Совета МЗ РК (протокол № 11 от «06» июля 2012г.).	
Дата пересмотра руководства: при появлении новых доказанных данных по ведению и лечению женщин при гипертензивных нарушениях во время беременности, но не реже чем 1 раз в 4 года.	
Пользователи руководства:	врачи акушеры-гинекологи, руководители-менеджеры, средний медицинский персонал, преподаватели и студенты медицинских ВУЗов.
Категория пациентов:	беременные женщины
Ключевые слова:	гипертензия и беременность, гипертензивные нарушения и лечение
Определения приведённые определения согласуются с определениями Международного общества по изучению гипертензии при беременности (ISSHP)	В целях данного руководства были применены следующие определения:
	Гипертензия – это состояние, когда диастолическое давление превышает или равно 110 мм.рт. ст. при разовом измерении или превышает или равно 90 мм.рт. ст. при двукратном измерении с интервалом в 4 часа.
	Хроническая артериальная гипертензия – гипертензия, которая существовала до беременности или выявлена до 20 недель беременности. Гипертензия сохраняется после 6 недель родов.
	Гестационная гипертензия – возникает после 20 недели беременности, АД нормализуется в течение 6 недель послеродового периода.
	Преэклампсия – это гипертензия с манифестацией после 20 недель со значительной протеинурией.
	Тяжёлая преэклампсия – преэклампсия с тяжёлой артериальной гипертензией и/или с симптомами, и/или биохимическими и/или

	гематологическими нарушениями.
	Эклампсия – судорожное состояние, связанное с преэклампсией.
	Значительная протеинурия – более 300 мг белка в суточной моче.
	HELLP – синдром – гемолиз, повышение активности печёчных ферментов, низкое количество тромбоцитов
Доказательства, касающиеся клинической эффективности, были рассмотрены и классифицированы с использованием иерархической системы, представленной ниже. Эта система отражает подверженность предвзятости к присущей особенности исследования. Тип клинического вопроса обуславливает высокий уровень доказательства, который может быть найден. При оценке качества доказательств, каждому исследованию было присвоена оценка качества, закодированная как «+ +», «+» или «-». По вопросам терапии или лечения, максимальным возможным уровнем доказательности (EL) является хорошо проведенный систематический анализ и мета-анализ рандомизированных контролируемых испытаний (EL =1++) или индивидуальных рандомизированных контролируемых испытаний (EL =1+). Исследования низкого качества были оценены как «-». Исследования оцененные как «-» не должны использоваться в качестве основы для принятия рекомендаций, но они могут быть использованы для информирования рекомендации. Для прогнозирования вопросов максимальным возможным уровнем доказательности является когортное исследование (EL = 2).	
Уровень доказательности	Описание
1 + +	Высококачественный мета-анализ, систематический анализ/обзор рандомизированных контролируемых испытаний (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематической ошибки
1 +	Хорошо проведенные мета-анализы, систематические анализы РКИ или РКИ с низким риском систематической ошибки
1 -	Мета-анализы, систематические анализы РКИ или РКИ с высоким риском систематической ошибки
2 + +	Высококачественные систематические анализы случай-контроль или когортных исследований, высококачественный случай-контроль или когортные исследования с очень низким риском смешанности, предвзятости или возможности, и высокая вероятность того, что отношения являются причинной.
2 +	Хорошо проведенные случай-контроль или когортные исследования с низким риском смешанности, предвзятости или возможности и умеренной вероятности того, что отношения являются причинной.
2 -	Случай-контроль или когортные исследования с высоким риском смешанности, предвзятости или возможности, и значительный риск того, что отношения не являются причинной
3	Не аналитические исследования (например, случай доклады, тематические серии)
4	Экспертное заключение, формальный консенсус
Данное клиническое руководство содержит рекомендации по диагностике и лечению гипертензивных нарушений во время беременности в пренатальном, интранатальном и послеродовом периоде. Оно также содержит рекомендации для женщин с хронической гипертензией, которые планируют беременность и рекомендации для женщин после беременности, осложненной гипертензией.	
Группа разработчиков руководства для реализации настоящего руководства определила следующие степени гипертензии - легкая, умеренная и тяжелая (NB! не путать с классификацией принятой в РК):	

<i>Легкая гипертензия</i>	диастолическое артериальное давление 90–99 мм.рт.ст., систолическое артериальное давление 140–149 мм. рт.ст..
<i>Умеренная гипертензия</i>	диастолическое артериальное давление 100–109 мм. рт.ст., систолическое артериальное давление 150–159 мм. рт.ст..
<i>Тяжелая гипертензия</i>	диастолическое артериальное давление 110 мм. рт.ст. или выше, систолическое артериальное давление 160 мм. рт.ст. или выше.
<i>Преэклампсия</i>	это лёгкая или умеренная артериальная гипертензия с присоединившейся протеинурией. В большинстве случаев симптомы преэклампсии включают отёки.
<i>Тяжёлая преэклампсия</i>	• тяжёлая гипертензия + протеинурия • гипертензия любой степени тяжести + протеинурия + один из следующих симптомов: – сильная головная боль – нарушение зрения – боль в эпигастральной области и/или тошнота, рвота – отёк диска зрительного нерва – клонус (судорожные подёргивания отдельных групп мышц) – болезненность при пальпации печени – количество тромбоцитов ниже $100 \times 10^6/\text{л}$ – повышение уровня печёночных ферментов более чем в 2 раза от нормы (например, АлАТ или АсАТ выше 70 МЕ/л при норме АСТ 0-30 МЕ/л, АЛТ 0-20 МЕ/л) – HELLP-синдром

В этом руководстве «предложить роды», означает предложить electiveные преждевременные роды путем индукции родов или путем electiveного кесарева сечения при соответствующих показаниях.

Ключевые приоритеты внедрения

Снижение рисков гипертензивных нарушений во время беременности

Посоветовать женщинам с высоким риском развития преэклампсии принимать 75 мг аспирина ежедневно с 12 недель до родов. Женщины с высоким риском являются, те у которых имеется:

- гипертензивное заболевание во время предыдущей беременности
- хроническое заболевание почек
- аутоиммунные заболевания, такие как системная красная волчанка или антифосфолипидный синдром
- диабеты 1 или 2 типа
- хроническая гипертензия.

Ведение беременности с хронической гипертензией

Объяснить женщинам, которые принимают ингибиторы ангиотензин превращающего фермента (АПФ) или блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА):

- что существует повышенный риск врожденных аномалий, если эти препараты принимаются во время беременности;
- обсудить другое антигипертензивное лечение с лечащим врачом, если она планирует беременность.

Беременные женщины с хронической гипертензией должны стремиться сохранять артериальное давление ниже, чем 150/100 мм.рт.ст.

Оценка протеинурии при гипертензивных нарушениях во время беременности

Использовать количественное определение белка в разовой порции мочи, взятой с интервалом в 4 часа или белка в суточной моче.

Ведение беременности с гестационной гипертензией Предоставить женщинам с гестационной гипертензией комплексный уход, состоящий из госпитализации, лечения, измерения артериального давления, исследование на протеинурию и анализа крови, как указано в ниже следующей таблице. Тактика обследования беременности с <u>гестационной гипертензией</u>			
Степень гипертензии	Легкая гипертензия (140/90 до 149/99 мм.рт.ст.)	Умеренная гипертензия (150/100 до 159/109 мм.рт.ст.)	Тяжелая гипертензия (160/110 мм.рт.ст. или выше)
Госпитализация	Нет	Да	Да (до артериального давления 159/109 мм рт.ст. или ниже)
Измерение артериального давления	Не более чем один раз в неделю	Не реже 2 раз в сутки	По меньшей мере, четыре раза в день
Исследования на протеинурию	При каждом посещении врача использовать количественное определение белка в разовой порции мочи, взятых с интервалом в 4 часа или белка в суточной моче	При поступлении для уточнения диагноза использовать количественное определение белка в разовой порции мочи, взятых с интервалом в 4 часа или белка в суточной моче	Ежедневное использование количественного определения белка в разовой порции мочи, взятых с интервалом в 4 часа или белка в суточной моче
Анализ крови	Только для рутинного пренатального ухода	Анализ функции почек, электролитов, полный анализ крови, трансаминаза, билирубина. Не проводить дальнейший анализ крови в случае отсутствия протеинурии в последующих посещениях врача.	Анализ при поступлении и наблюдение в течение недели: • функции почек, электролитов, полный анализ крови, трансаминаза, билирубина.
Ведение беременности с преэклампсией Предоставить женщинам с преэклампсией комплексный уход, состоящий из госпитализации, лечения, измерения артериального давления, исследования на протеинурию и анализа крови, как указано в ниже следующей таблице. Данная таблица не является классификацией преэклампсии!!! Тактика обследования беременности с <u>преэклампсией</u>			
Степень гипертензии	Легкая гипертензия (140/90 до 149/99 мм.рт.ст.)	Умеренная гипертензия (150/100 до 159/109 мм.рт.ст.)	Сильная гипертензия (160/110 мм.рт.ст. или выше)

Госпитализация	Да	Да	Да
Измерение артериального давления	По меньшей мере, четыре раза в день	Не реже 4 раз в сутки	Более четырех раз в день, в зависимости от клинического состояния
Исследования на протеинурию	Не повторять количественный анализ протеинурии	Не повторять количественный анализ протеинурии	Не повторять количественный анализ протеинурии
Анализ крови	Наблюдение с использованием следующих анализов два раза в неделю: • функции почек (креатинин, мочевины), электролитов, развернутый анализ крови, трансаминаза, билирубина	Наблюдение с использованием следующих анализов три раза в неделю: • функции почек (креатинин, мочевины), электролитов, развернутый анализ крови, трансаминаза, билирубина	Наблюдение с использованием следующих анализов три раза в неделю: • функции почек (креатинин, мочевины), электролитов, развернутый анализ крови, трансаминаза, билирубина.

Клинические и лабораторные критерии необходимости экстренных родов до 34 недель должны быть тщательно, заранее задокументированы.

Предоставить женщинам, у которых была преэклампсия, медицинское заключение на послеродовом осмотре (6–8 недель после родов).

Консультации и последующий уход при переходе к внебольничной помощи.

Информировать женщин, имевших преэклампсию, что риск развития:

- гестационной гипертензии в будущей беременности варьируется примерно от 1 из 8 (13%) беременностей до 1 из 2 (53%) беременностей;
- преэклампсии в будущей беременности составляет примерно 1 из 6 (16%) беременностей;
- преэклампсии в будущей беременности составляет примерно 1 из 4 (25%) беременностей, если их преэклампсия была осложнена острой преэклампсией, HELLP синдромом или эклампсией, и привела к родам до 34 недель, и примерно 1 из 2 (55%) беременностей, если она привела к родам до 28 недель.

Рекомендации

Снижение рисков гипертензивных нарушений во время беременности	
1. Симптомы преэклампсии Необходимо консультирование пациента (беременной женщины) о тревожных признаках, таких как: • сильная головная боль • проблемы со зрением, такие как затемнение и мелькание перед глазами • сильная боль в подреберье • рвота • внезапные отеки лица, рук или ног	1+
2. Антитромбоцитарные средства Посоветовать женщинам с высоким риском развития преэклампсии принимать 75 мг аспирина ежедневно с 12 до 36 недель беременности. Женщины с высоким риском являются те, у которых имеется: • гипертензивное заболевание во время предыдущей беременности	1++

• хроническое заболевание почек • аутоиммунные заболевания, такие как системная красная волчанка или антифосфолипидный синдром • диабеты 1 или 2 типа • хроническая гипертензия. Посоветовать женщинам с одним и более умеренным фактором риска развития преэклампсии принимать 75 мг аспирина ежедневно с 12 до 36 недель беременности. Факторы, указывающие на умеренный риск: • первая беременность • возраст 40 лет или старше • интервал между беременностями более 10 лет • индекс массы тела (ИМТ) 35 кг/м² или более на первом приеме • семейная история болезни преэклампсии • многоплодная беременность.	1++
3. Другие фармацевтические средства Не использовать следующие средства для предотвращения гипертензивных нарушений во время беременности: • доноры оксида азота • прогестерон • диуретики • низкомолекулярный гепарин.	1+ 1+ 1+ 1-
4. Пищевые добавки <u>Не рекомендовать следующие пищевые добавки исключительно с целью предотвращения гипертензивных нарушений</u> во время беременности: • магний • фолиевая кислота • антиоксиданты (витамины С и Е) • рыбий жир и водорослевое масло • чеснок	1+
5. Диета Не рекомендовать ограничение употребления соли во время беременности исключительно для предотвращения гестационной гипертензии или преэклампсии.	1+
6. Образ жизни Образ жизни женщин с риском гипертензивных нарушений во время беременности должен быть таким же, как и у здоровых беременных женщин.	1+
Ведение беременности с хронической гипертензией	

7. Консультации перед беременностью Объяснить женщинам, которые принимают ингибиторы ангиотензин превращающего фермента или блокаторы рецепторов ангиотензина II: • что существует повышенный риск врожденных аномалий, если эти препараты принимаются во время беременности • обсудить другое антигипертензивное лечение с лечащим врачом, если она планирует беременность. Прекратить антигипертензивное лечение женщин, принимающих ингибиторы АПФ или БРА, если они забеременели (желательно в течение 2 дней после обнаружения беременности) и предложить альтернативные варианты. Объяснить женщинам, которые принимают хлортиазид: • что может быть повышенный риск врожденных аномалий и неонатальных осложнений при использовании этих препаратов во время беременности • обсудить другое антигипертензивное лечение с лечащим врачом, если она планирует беременность. Объяснить женщинам, которые получают антигипертензивное лечение помимо ингибиторов АПФ, БРА или хлортиазида, что ограниченные доступные данные не показали повышенный риск развития врожденных пороков при таких лечениях.	2+
8. Диета Убедить женщин с хронической гипертензией соблюдать диетический низкий уровень потребления натрия за счет сокращения, либо за счет замены поваренной соли, так как это может снизить артериальное давление.	3
9. Лечение гипертензии Беременным женщинам с неосложненной хронической гипертензией необходимо поддерживать артериальное давление не ниже 150/100 мм. рт.ст. Не предоставлять беременным женщинам с неосложненной хронической гипертензией лечение по снижению диастолического артериального давления ниже 80 мм. рт.ст. Предоставить беременным женщинам с пораженным органом на фоне хронической гипертензии (например, заболевание почек) лечение с целью поддержания артериального давления ниже чем 140/90 мм.рт.ст. Предоставить беременным женщинам с вторичной хронической гипертензией направление к специалисту по гипертензивным нарушениям. Предоставить женщинам с хронической гипертензией антигипертензивное лечение в зависимости от предварительного лечения, профиля побочных эффектов и тератогенности.	1+
10. Пренатальные консультации Составление беременным женщинам с хронической гипертензией графика дополнительных пренатальных консультаций, основанных на индивидуальных потребностях женщины и ее ребенка.	1+
11. Сроки родов Не проводить роды ранее 37 недель у женщин с хронической гипертензией, артериальное давление которых ниже 160/110 мм. рт.ст., вне зависимости от проводимой гипотензивной терапии. Для женщин с хронической гипертензией, артериальное давление которых ниже 160/110 мм. рт.ст. после 37 недель, с антигипертензивным	1+

лечением или без антигипертензивного лечения, сроки родов, материнские и внутриутробные показания должны быть согласованы между женщиной и старшим акушером. Проводить роды женщинам с резистентной гипертензией после прохождения курса кортикостероидов вне зависимости от срока гестации.	
12. Послеродовое исследование, наблюдение и лечение Женщинам с хронической гипертензией после родов необходимо измерять артериальное давление: • ежедневно первые два дня после родов • по меньшей мере, один раз на 3-5 дни после родов • по клиническим показаниям, если антигипертензивное лечение было изменено после родов Женщинам с хронической гипертензией после родов необходимо поддерживать артериальное давление ниже 140/90 мм. рт.ст. Женщинам с хронической гипертензией после родов необходимо: • продолжать пренатальное антигипертензивное лечение. • повторить долгосрочное антигипертензивное лечение через 2 недели после родов. Если женщина принимала метилдопу для лечения хронической гипертензии во время беременности, необходимо прекратить принимать его в течение 2 дней после родов, а затем возобновить антигипертензивное лечение, которое женщина получала до планирования беременности. Предоставить женщинам с хронической гипертензией медицинское заключение во время послеродового осмотра (6-8 недель после родов).	1+
Оценка протеинурии при гипертензивных нарушениях беременности	
13. Использование количественного определения белка в разовой порции мочи, взятой с интервалом в 4 часа или белка в суточной моче.	
Ведение беременности с гестационной гипертензией	
14. Лечение гипертензии Женщины с гестационной гипертензией должны пройти полное обследование во время специализированной медицинской помощи опытным специалистом в области лечение гипертензивных нарушений. Женщины с гестационной гипертензией должны принять во внимание следующие факторы риска, требующие дополнительного обследования и наблюдения: • бесплодие в анамнезе • возраст 40 лет или старше • интервал беременности более 10 лет • семейная история болезни преэклампсией • многоплодная беременность • индекс массы тела 35 кг/м² или более • гестационный срок при поступлении • предыдущая история болезни преэклампсией или гестационной гипертензией • предварительно существовавшие сосудистые заболевания • предварительно существовавшие заболевания почек. Предоставить женщинам с гестационной гипертензией комплексный уход, состоящий из госпитализации, лечения, измерения артериального	1+

давления, исследование на протеинурию и анализа крови, как указано в ниже следующей таблице.			
Степень гипертензии	Легкая гипертензия (140/90 до 149/99 мм. рт.ст.)	Умеренная гипертензия (150/100 до 159/109 мм. рт.ст.)	Тяжелая гипертензия (160/110 мм. рт.ст. или выше)
Госпитализация	Нет	Да	Да (до артериального давления 159/109 мм.рт.ст. или ниже)
Лечение	Нет	Метилдопа перорально в качестве первоочередного лечения для поддержания: • диастолического артериального давления между 80–100 мм. рт.ст. • систолического артериального давления менее чем 150 мм. рт.ст.	Нифедипин или метилдопа перорально в качестве первоочередного лечения для поддержания: • диастолического артериального давления между 80–100 мм. рт.ст. • систолического артериального давления менее чем 150 мм. рт.ст.
Измерение артериального давления	Не более одного раза в неделю	По меньшей мере, дважды в неделю	По меньшей мере, четыре раза в день
Исследования на протеинурию	При каждом посещении врача использовать количественное определение белка в разовой порции мочи, взятой с интервалом в 4 часа или белка в суточной моче.	При каждом посещении врача использовать количественное определение белка в разовой порции мочи, взятой с интервалом в 4 часа или белка в суточной моче.	Ежедневное использование количественного определения белка в разовой порции мочи, взятой с интервалом в 4 часа или белка в суточной моче.
Анализ крови	Только для рутинного пренатального ухода	Анализ функции почек, электролитов, полный анализ крови, трансаминаза, билирубина. Не проводить дальнейший анализ крови в случае отсутствия протеинурии в последующих посещениях врача.	Анализ при поступлении и наблюдение в течение недели: • функции почек, электролитов, полный анализ крови, трансаминаза, билирубина.

Женщинам, получающим амбулаторное лечение по поводу тяжелой гестационной гипертензии, после полного обследования в больнице, необходимо измерять артериальное давление, брать анализ мочи дважды в неделю и проводить анализ крови каждую неделю. Женщинам с легкой гипертензией до 32 недель или с высоким риском преэклампсии измерять артериальное давление и брать анализ мочи дважды в неделю. Не предоставлять постельный режим в качестве лечения гестационной гипертензии.	1-
15. Сроки родов Не обеспечивать роды до 37 недель женщинам с гестационной гипертензией, артериальное давление которых ниже 160/110 мм. рт.ст., с антигипертензивным лечением или без него. Для женщин с гестационной гипертензией, артериальное давление которых ниже 160/110 мм. рт.ст. после 37 недель с антигипертензивным лечением или без него, сроки родов, материнские и внутриутробные показания должны быть согласованы между женщиной и старшим акушером. Обеспечить роды женщинам со стойкой сильной гестационной гипертензией после завершения курса кортикостероидами (при необходимости).	1+
16. Послеродовое обследование, наблюдение и лечение Женщинам с гестационной гипертензией после родов измерять артериальное давление: • ежедневно в первые два дня после родов • по меньшей мере, один раз на 3-5 дни после родов • по клиническим показаниям, если антигипертензивное лечение было изменено после родов. Женщинам с гестационной гипертензией после родов необходимо: • продолжать пренатальное антигипертензивное лечение. • рассмотреть вопрос о сокращении антигипертензивного лечения, если их артериальное давление падает ниже 140/90 мм.рт.ст. • сократить антигипертензивное лечение, если их артериальное давление падает ниже 130/80 мм.рт.ст. Если женщина принимала метилдопу для лечения гестационной гипертензии во время беременности, необходимо прекратить принимать его в течение 2 дней после родов. Женщинам с гестационной гипертензией, которые не получали антигипертензивное лечение и родившие ребенка, начать антигипертензивное лечение, если их артериальное давление выше 149/99 мм.рт.ст. Составить план мероприятий по уходу для женщин с гестационной гипертензией, родивших ребенка и переведенных на общественный уход, который состоит из: • последующих наблюдений, включая медицинское заключение • мониторинга артериального давления • критериев сокращения или прекращения лечения • показаний для направления на первичную медицинскую помощь для обследования артериального давления. Предоставить женщинам, страдавшим гестационной гипертензией и продолжавшим получать антигипертензивное лечение, через 2 недели после перехода на общественный (внебольничный) уход медицинское	1+

закключение. Предоставить женщинам с гестационной гипертензией медицинское заключение во время послеродового осмотра (6-8 недель после родов). Предоставить женщинам, страдавшим гестационной гипертензией и до сих пор нуждающимся в антигипертензивном лечении при послеродовом обследовании (6–8 недель после родов) специалиста по оценке гипертензии.				
Ведение беременности с преэклампсией				
17. Лечение гипертензии Обследовать женщин с преэклампсией на каждой консультации. Обследование должно быть проведено опытным медицинским специалистом в области лечения гипертензивных нарушений во время беременности. Предоставить женщинам с преэклампсией комплексный уход, состоящий из госпитализации, лечения, измерения артериального давления, исследование на протеинурию и анализа крови, как указано в ниже следующей таблице. Данная таблица не является классификацией преэклампсии!!!				1+
Степень гипертензии	Легкая гипертензия (140/90 до 149/99 мм.рт.ст.)	Умеренная гипертензия (150/100 до 159/109мм. рт.ст.)	Тяжелая гипертензия (160/110 мм.рт.ст. или выше)	
Госпитализация	Да	Да	Да	
Лечение	Нет	Метилдопа перорально в качестве первоочередного лечения для поддержания: • диастолического артериального давления между 80–100 мм. рт.ст. • систолического артериального давления менее чем 150 мм. рт.ст.	Нифедипин или метилдопа перорально в качестве первоочередного лечения для поддержания: • диастолического артериального давления между 80–100 мм. рт.ст. • систолического артериального давления менее чем 150 мм. рт.ст.	
Измерение артериального давления	По меньшей мере, четыре раза в день	По меньшей мере, четыре раза в день	Более четырех раз в день, в зависимости от клинического состояния	
Исследования на протеинурию	Не повторять количественный анализ протеинурии	Не повторять количественный анализ протеинурии	Не повторять количественный анализ протеинурии	

Анализ крови	Наблюдение с использование следующих анализов два раза в неделю: • функции почек, электролитов, полный анализ крови, трансаминаза, билирубина	Наблюдение с использование следующих анализов три раза в неделю: • функции почек, электролитов, полный анализ крови, трансаминаза, билирубина	Наблюдение с использование следующих анализов три раза в неделю: • функции почек, электролитов, полный анализ крови, трансаминаза, билирубина.
18. Сроки родов Вести беременность у женщин с преэклампсией нужно консервативно (т.е. не стремиться к экстренному родоразрешению) до 34 недель. Клинические и лабораторные критерии необходимости elective родов до 34 недель должны быть тщательно заранее задокументированы. Акушерский персонал должен составить план по пренатальному мониторингу плода во время родов. Обеспечить роды женщинам с преэклампсией до 34 недель, после обсуждения с неонатальной и анестезирующей командой, и после прохождения курса кортикостероидов, если: • тяжёлая гипертензия не поддается лечению • материнские и внутриутробные показания развиваются в соответствии с ранее задокументированными критериями. Рекомендовать роды женщинам с тяжёлой преэклампсией после 34 недель при контроле над артериальным давлением и по завершению курса кортикостероидами (в случае необходимости). Предложить роды женщинам с преэклампсией и умеренной или легкой гипертензией на 34-36 недели, в зависимости от материнского и внутриутробного состояния, факторов риска и наличия неонатальной интенсивной терапии. Рекомендовать роды в течение 24-48 часов для женщин с преэклампсией после достижения 37 недель.			1++ 1+
19. Послеродовое обследование, наблюдение и лечение (в том числе, после выписки из реанимации) Артериальное давление Женщинам с преэклампсией, которые не получали антигипертензивное лечение и родившим ребенка необходимо измерять артериальное давление: • по меньшей мере, 4 раза в день, когда женщина находится на стационаре • по меньшей мере, 1 раз на 3-5 дни после родов • если у женщины на 3-5 день АД было повышенным, то в последующем необходим контроль АД через день до достижения нормального уровня Женщинам с преэклампсией, которые не получали антигипертензивное лечение и родившим ребенка необходимо начать антигипертензивное лечение, если артериальное давление 150/100 мм.рт.ст. или выше. Спрашивать у женщин с преэклампсией, родивших ребенка о сильной головной боли и эпигастральной боли при каждом измерении артериального давления. Женщинам с преэклампсией, которые получали антигипертензивное			1+

лечение и родившим ребенка необходимо измерять артериальное давление: • по меньшей мере, 4 раза в день, когда женщина находится на стационаре • каждые 1-2 дня до 2 недель после перехода на общественный уход пока женщина находится вне лечения, и у нее нет гипертензии. Женщинам с преэклампсией, которые получали антигипертензивное лечение и родившим ребенка необходимо: • продолжать пренатальное антигипертензивное лечение. • рассмотреть вопрос о сокращении антигипертензивного лечения, если их артериальное давление падает ниже 140/90 мм.рт.ст. • сократить антигипертензивное лечение, если их артериальное давление падает ниже 130/80 мм.рт.ст. Если женщина принимала метилдопу для лечения преэклампсии, необходимо прекратить принятие этого препарата в течение 2 дней после родов. Перевести женщин с преэклампсией, родивших ребенка на (внебольничный) общественный уход, в случае соблюдения всех следующих критериев: • никаких симптомов преэклампсии; • уровень артериального давления с лечением или без него 149/99 мм.рт.ст. или ниже; • улучшенные или стабильные результаты анализа крови. Составить план по уходу для женщин с преэклампсией, родивших ребенка и переведенных на общественный (внебольничный) уход, который состоит из: • последующих наблюдений, включая медицинское заключение • мониторинга артериального давления • порогов для сокращения или прекращения лечения • показаний для направления на первичную медицинскую помощь для обследования артериального давления. • самостоятельный мониторинг симптомов Предоставить медицинское заключение женщинам с преэклампсией, которые до сих пор получают антигипертензивное лечение после 2 недельного перевода на (внебольничное) общественное лечение. Предоставить женщинам с преэклампсией медицинское заключение во время послеродового осмотра (6-8 недель после родов). Предоставить женщинам, страдавшим преэклампсией и до сих пор нуждающимся в антигипертензивном лечении при послеродовом обследовании (6–8 недель после родов) специалиста по оценке гипертензии. <i>Гематологический и биохимический мониторинг</i> Женщинам с преэклампсией и с легкой или умеренной гипертензией или после выписки из реанимации необходимо: • измерять количество тромбоцитов, трансаминаз и креатинина сыворотки крови 48-72 часов после родов или выписки • не повторять измерения количества тромбоцитов, трансаминаз или креатинина сыворотки крови, если результаты нормальные на 48-72 часы. Если биохимические и гематологические показатели улучшаются, но остаются в пределах аномальной нормы у женщин с преэклампсией,	1+ 1-
---	-----------------------------------

родивших ребенка, то необходимо повторить измерение количества тромбоцитов, трансаминаз или креатинина сыворотки крови по клиническим показаниям во время послеродового обследования (6–8 недель после родов). Если биохимические и гематологические показатели не улучшаются по отношению к нормам беременности у женщин с преэклампсией, родивших ребенка, то необходимо повторить измерение количества тромбоцитов, трансаминаз или креатинина сыворотки крови по клиническим показаниям. Женщинам с преэклампсией, родившим ребенка необходимо пройти мочевой индикаторный анализ при послеродовом обследовании (6–8 неделя после родов). Женщинам с преэклампсией, родившим ребенка и выписанным из реанимации второго уровня не надо измерять баланс жидкости, если креатинин находится в пределах нормы. Женщинам с преэклампсией и до сих пор страдающим протеинурией при послеродовом обследовании (6–8 недель после родов), назначить дополнительное обследование через 3 месяца после родов для обследования функции почек и рассмотрения вопроса о направлении к специалисту по почечным заболеваниям.	
Мониторинг плода	
20. Хроническая гипертензия Женщины с хронической гипертензией должны пройти ультразвуковое исследование роста плода и обследование объема околоплодных вод, а также доплерометрию пупочной артерии между 28-30 недель и 32-34 недель. Если результаты являются нормальными, то не надо повторять эти мероприятия после 34 недель, за исключением случаев других клинических показаний. Женщины с хронической гипертензией должны проходить только кардиотокографию при аномальной активности плода.	1++
21. Легкая и умеренная гестационная гипертензия Женщины с легкой или умеренной гестационной гипертензией должны пройти ультразвуковое исследование роста плода и обследование объема околоплодных вод, а также доплерометрию пупочной артерии, в случае подтвержденного диагноза до 34 недель. Если результаты являются нормальными, то не надо повторять эти мероприятия после 34 недель, за исключением случаев других клинических показаний. Женщины с легкой или умеренной гестационной гипертензией не должны проходить ультразвуковое исследование роста плода и обследование объема околоплодных вод, а также доплерометрию пупочной артерии, в случае подтвержденного диагноза после 34 недель, за исключением случаев других клинических показаний. Женщины с легкой или умеренной гестационной гипертензией должны проходить только кардиотокографию при аномальной активности плода.	1+ 1+ 1++
22. Тяжелая гестационная гипертензия или преэклампсия Необходимо проводить кардиотокографию при диагнозе тяжелой гестационной гипертензии или преэклампсии. При запланированном консервативном лечении тяжелой гестационной гипертензии или преэклампсии необходимо провести следующие диагностические мероприятия: • ультразвуковое исследование роста плода и обследование объема околоплодных вод	1+

• доплерометрия пупочной артерии. Если результаты мониторинга плода являются нормальными у женщин с тяжёлой гестационной гипертензией или преэклампсией, то не надо повторно проходить кардиотокографию более одного раза в неделю. Женщинам с тяжёлой гестационной гипертензией или преэклампсией, необходимо повторно пройти кардиотокографию, в следующих случаях: • изменения в движении плода • вагинальное кровотечение • боль в животе • ухудшение материнского состояния Женщины с тяжёлой гестационной гипертензией или преэклампсией, не должны повторно проходить ультразвуковое исследование роста плода и обследование объема околоплодных вод, а также доплерометрию пупочной артерии чаще, чем каждые 2 недели. Для женщин с тяжёлой гестационной гипертензией или преэклампсией необходимо составить план по уходу, который должен включать следующие факторы: • сроки и характер будущего мониторинга плода • внутриутробные показания для родов и сроки, когда должны быть назначены кортикостероиды.	1++ 1+ 1+
23. Женщины с высоким риском преэклампсии Необходимо провести ультразвуковое исследование роста плода и обследование объема околоплодных вод, а также доплерометрию пупочной артерии начиная между 28-30 недель и повторно через 4 недели женщинам с предшествующей: • тяжёлой преэклампсией • преэклампсией, требующее проведение родов до 34 недель • преэклампсией с ребенком, чей вес при рождении составлял менее 10 центиль • внутриутробной смертью плода • отслойкой плаценты. Женщины с высоким риском преэклампсии должны проходить только кардиотокографию при аномальной активности плода.	1++
Интранатальная помощь	
24. Артериальное давление Во время родов необходимо измерять артериальное давление: • каждый час у женщин с легкой или умеренной гипертензией • непрерывный мониторинг у женщин с тяжёлой гипертензией. Необходимо продолжать использовать пренатальное антигипертензивное лечение во время родов.	Адаптировано из «Intrapartum care: management and delivery of care to women in labour» (NICE) 1+
25. Гематологический и биохимический мониторинг Определить необходимость в гематологическом и биохимическом анализе во время родов для женщин с легкой или умеренной гипертензией, используя такие же критерии, как и во время пренатального периода, даже если рассматривается регионарная анальгезия.	2+
26. Медицинская помощь во время эпидуральной анальгезии Предварительно не загружать женщин с острой преэклампсией жидкостями, вводимыми внутривенно до установления низкой дозы эпидуральной анальгезии и комбинированной спинальной эпидуральной анальгезии.	1+ 1-
27. Ведение второго этапа родов	1-

Не ограничивать продолжительность второго периода родов: • у женщин со стабильно легкой или умеренной гипертензией • если артериальное давление регулируется в рамках допустимых пределах у женщин с тяжелой гипертензией. Рекомендуются оперативные роды (кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум-экстракция) на втором периоде родов для женщин с тяжелой гипертензией, чья гипертензия не поддавалась первоначальному лечению.	
Медицинское лечение острой гипертензии или острой преэклампсии в условиях интенсивной терапии	
28. Противосудорожные препараты Необходимо рассмотреть вопрос о введении сульфата магния внутривенно женщинам с тяжелой преэклампсией в условиях интенсивной терапии, если у женщины запланированы роды в течение 24 часов. При рассмотрении возможности лечения сульфатом магния нужно учитывать следующие особенности тяжелой преэклампсии: • тяжелой гипертензии и протеинурии, или • легкой или умеренная гипертензия и протеинурия с одним или более: – симптомами сильной головной боли – проблемами со зрением, таких, как затемнение или мигание перед глазами – сильная боль под ребрами или рвота – отек диска зрительного нерва – признаки сокращения мышц (3 ритма) – чувствительность печени при пальпации – синдром HELLP – падение количества тромбоцитов ниже 100×10^9 на каждый литр – нарушение печеночных ферментов Использовать следующий режим введения сульфата магния: • нагрузочная доза 4 г следует вводить внутривенно в течение 5 минут с последующим введением 1г/час в течение 24 часов (NB! на сегодняшний день на территории РК применяется магниезальная терапия, где стартовая доза сульфата магния составляет 5 грамм сухого вещества (20 мл 25% раствора $MgSO_4$), время введения 10-15 минут). • при наличии судорог следует лечить с дополнительной дозой 2-4 г в течение 5 минут. Не использовать диазепам, фенитоин или литическую смесь в качестве альтернативы сульфату магния для женщин с эклампсией.	1++
29. Антигипертензивные средства Использовать у женщин с тяжелой гипертензией, находящихся на интенсивной терапии, во время беременности или после родов один из следующих препаратов: • в-миметик (перорально или внутривенно) • гидралазин (внутривенно) • нифедипин (перорально). Наблюдать за реакцией на проводимые процедуры у женщин с тяжелой гипертензией, находящихся на интенсивной терапии: • обеспечивать снижение АД • выявлять негативные последствия для женщины и плода • изменять методы лечения в зависимости от реакции. Рассмотреть возможность использования до 500 мл кристаллоидов до	1++

или одновременно с вводимой первой дозой гидралазина в пренатальный период. Поддерживать систолическое артериальное давление ниже 150 мм. рт.ст. и диастолическое артериальное давление между 80-100 мм.рт.ст. у женщин с тяжёлой гипертензией находящихся на интенсивной терапии.		
30. Кортикостероиды для созревания легких плода При вероятном проведении родов в течение 7 дней у женщин с преэклампсией: • ввести внутримышечно две дозы дексаметозона\бетаметазона 12 мг за 24 часа до предполагаемых родов женщинам со сроком беременности между 24 и 34 недель. (На сегодня в РК проводится профилактика РДС плода по следующей схеме: 6мг 2 раза в сутки с интервалом 12 часов на протяжении 2 суток (курсовая доза 24 мг). • рассмотреть возможность введения внутримышечно двух доз бетаметазона\дексаметозона 12 мг за 24 часа до предполагаемых родов женщинам со сроком беременности между 35 и 36 недель.	1++	
31. Кортикостероиды для лечения HELLP синдрома Не использовать дексаметазон и бетаметазон для лечения HELLP синдрома.	1+	
32. Баланс жидкости и увеличение объема Не использовать увеличение объема при инфузионной терапии у женщин с тяжёлой преэклампсией, за исключением случаев, когда гидралазин является пренатальным антигипертензивным средством. У женщин с тяжёлой преэклампсией ограничить введение жидкости до 80 мл/час, за исключением случаев потери жидкости (например, кровотечение).	1+	
33. Кесарево сечение в сравнении со стимуляцией родов Выбрать метод родов для женщин с тяжёлой гипертензией, тяжёлой преэклампсией или эклампсией в зависимости от клинических показаний и согласия женщины.	1-	2+
Грудное вскармливание		
34. Женщины, до сих пор нуждающиеся в антигипертензивным лечение в послеродовом периоде должны избегать лечения диуретиками при кормлении грудью или сцеживании грудного молока. Информировать женщин, которые все еще получают антигипертензивное лечение в послеродовом периоде, что у следующих гипотензивных препаратов <u>нет неблагоприятного воздействия на детей</u> , находящихся на грудном вскармливании: • лабеталол • нифедипин • эналаприл • каптоприл • атеналол • метопролол Информировать женщин, до сих пор нуждающихся в антигипертензивном лечении в послеродовом периоде, что следующие гипотензивные препараты не имеют достаточных данных относительно их безопасного воздействия на детей, находящихся на грудном вскармливании: • БРА • амлодипин • ингибиторы АПФ кроме эналаприла и каптоприла.	1+	

Оценивать клиническое состояние ребенка, особенно адекватность кормления, по меньшей мере, ежедневно в первые 2 дня после рождения ребенка.	
Консультации и последующий уход при передаче на амбулаторное наблюдение.	
35. Долгосрочный риск сердечнососудистых заболеваний Сказать женщинам, у которых была гестационная гипертензия или преэклампсия, и их лечащим врачам, что эти заболевания связаны с повышенным риском развития высокого артериального давления и их последствиями в дальнейшей жизни.	1++
36. Долгосрочный риск заболевания почек последней стадии Сказать женщинам с историей болезни преэклампсией, у которых не было протеинурии и гипертензии в послеродовом периоде (6-8 недель после родов), что относительный риск заболевания почек высок, а абсолютный риск низкий, и что нет необходимости в дальнейших наблюдений.	2++
37. Тромбофилия и риск преэклампсии Не следует рутинно делать скрининг для выявления тромбофилии женщинам, у которых была преэклампсия.	1++
38. Риск повторения гипертензивных нарушений во время беременности Информировать женщин, имевших гестационную гипертензию, что их риск развития: • гестационной гипертензии в будущем примерно колеблется от 1 из 6 (16%) беременностей до 1 из 2 (47%) беременностей • преэклампсии в будущем примерно колеблется от 1 из 50 (2%) до 1 из 14 (7%) беременностей. Сказать женщинам, имевшим преэклампсию, что их риск развития: • гестационной гипертензии в будущем примерно колеблется от 1 из 8 (13%) беременностей до 1 из 2 (53%) беременностей • преэклампсии в будущем примерно составляет 1 из 6 (16%) беременностей • преэклампсии в будущем примерно составляет 1 из 4 (25%) беременностей, если их преэклампсия была осложнена острой преэклампсией, синдромом HELLP или эклампсией, приведшей к преждевременным родам до 34 недель, и примерно 1 из 2 (55%) беременностей, если эклампсия привела к преждевременным родам до 28 недель.	2+
39. Интервал между беременностями и повторение гипертензивных нарушений во время беременности Сказать женщинам, имевшим преэклампсию, что у них нет дополнительного риска повторения гипертензивных нарушений во время беременности при интервале между беременностями до 10 лет.	2+
40. Индекс массы тела и повторение гипертензивных нарушений во время беременности Посоветовать женщинам, имевшим преэклампсию, достигнуть и поддерживать индекс массы тела в пределах здорового до их следующей беременности.	2+
Предостережения <i>отсутствуют</i>	
Индикаторы мониторинга/ аудита	Ссылки на определенные рекомендации

1. % беременных женщин с высоким риском развития преэклампсии, принимающих аспирин (75мг) ежедневно с 12 недель беременности до родов <i>Формула:</i> Количество беременных женщин с высоким риском развития преэклампсии, принимающих по 75 мг аспирина ежедневно с 12 недель до родов/ Общее количество беременных женщин с высоким риском развития преэклампсии Источник данных: индивидуальная карта беременных и родильниц Частота определения: раз в год Показатель должен стремиться к 100 %	Рекомендация 2
2. % беременных женщин с хронической гипертензией принимающих АПФ или БРА <i>Формула:</i> Количество беременных женщин с хронической гипертензией принимающих АПФ или БРА / Общее количество беременных женщин с хронической гипертензией Источник данных: индивидуальная карта беременных и родильниц Частота определения: раз в год Показатель должен стремиться к 0	Рекомендация 7
Методология Соответствующие опубликованные данные, для ответа на клинические вопросы были определены путем применения систематической стратегии поиска на следующих базах данных: Medline (1950г.), EMBASE (1980г.), Сводный указатель литературы по деятельности медицинского персонала и совместному лечению (CINAHL, 1982 года) и три Кокрановские базы данных (Кокрановский центральный регистр контролируемых клинических испытаний, Кокрановская база данных систематических анализов и база данных абстрактов анализа и эффектов). Поиски для определения экономических исследований были проведены с использованием указанных баз данных и экономической оценки данных Национальной Системы Здравоохранения (NHS EED). Ни один из поисков не был ограничен по дате или языку публикации (однако публикации на других языках, кроме английского языка, не были рассмотрены). Общие и специально разработанные фильтры поиска были использованы для определения особенности дизайна исследования, такие, как рандомизированные контролируемые испытания (РКИ). Не было систематических попыток поиска серой литературы (конференций, абстракты, тезисы и неопубликованные исследования), а также не был предпринят ручной поиск журналов, не индексируемых в базах данных. К концу процесса разработки руководства поиск был обновлен и повторно выполнен для дополнения данных, опубликованных и индексируемых в базах данных по состоянию на 20 мая 2009 года. В Республике Казахстан данная тема руководства была приоритизирована и утверждена на заседании Экспертного Совета № 11 МЗ РК от 06.07.12 года. При помощи консультантов канадской консалтинговой компании CSH был произведен поиск соответствующего клинического руководства в международных медицинских базах данных. При выборе нескольких клинических руководств консультантам проведена экспертиза и оценка их при помощи инструмента AGREE. На основании результатов оценки было рекомендовано данное клиническое руководство для адаптации рабочей группой в Казахстане. В процессе проведения адаптации были просмотрены все рекомендации клинического руководства и принято решение о возможности сохранения, модификации или отклонения рекомендаций для соответствия потребностям и контексту внедрения в Казахстане.	
Ссылки	

www.rcrz.kz
http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13098/50418/50418.pdf