



Дифференциальная диагностика
преэклампсии и хронической
артериальной гипертензии

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Преэклампсия		<ol style="list-style-type: none"> 1. Анамнез 2. ОАМ 3. ОАК, Б/х анализ крови 4. Мониторинг состояния плода 	<p>АГ возникает после 20 недель беременности</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Протеинурия без изменения других форменных элементов мочи – ПЭ 3. Возможны снижения тромбоцитов ниже 100×10^6 г/л, повышение трансаминаз более чем в 2 раза . 4. Маловодие, ЗВУР характерно для преэклампсии
Другие гипертензивные состояния	<p>ЕДИНСТВО СИМПТОМОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. АГ предшествует беременности или имеются другие коморбидные состояния 2. Гемоглинурия: гемолитическая анемия. Красные кровяные элементы: МКБ, некроз паренхимы почек (сочетается с болями в пояснице, олиго- или анурия). Красные кровяные элементы и /или другие форменные элементы характерно для других заболеваний почек в сочетании с почечной недостаточности, и тромбоцитопеническая пурпура, гемолитический уринарный синдром. Бактериурия: инфекции МВП, бессимптомная бактериурия. Протеинурия обычно отсутствует во вторичных причинах гипертонии, таких как феохромоцитома, гиперальдостеронизм, тиреотоксикоз, коарктация аорты и синдромы отмены. 3. ↑ при остром жировом гепатозе, ↑ при гемолитической анемии, другие заболевания печени, генетические болезни. 4. Состояние плода - Чаще удовлетворительное

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

Визуальная диагностика

- *гипертензия во время беременности определяться как систолическое артериальное давление ≥ 140 мм рт. Ст. и / или диастолическое артериальное давление ≥ 90 мм рт.ст., при 2х кратном измерении, с интервалом в 15 мин, на той же руке в положении сидя. (УД - В);*
- *диагноз гипертонии должен основываться на измерениях артериального давления в лечебном учреждении. (УД - В);*
- *для ПЭ на фоне ХР АГ - характерно прогрессирование АГ у тех женщин, у которых до 20 недель АД легко контролировалось.*



Лабораторные исследования	<p>ОАК ОАМ Б/х крови+уровень трансаминаз, липидный спектр</p>	<p>ОАК ОАМ Б/х крови+уровень трансаминаз, липидный спектр+креатинин, мочевины</p>	<p>ОАК – признаки гемоконцентрации. Является индикатором тяжести процесса. При неблагоприятном течении могут быть занижены, в том случае, если развивается гемолиз. Нейтрофильный лейкоцитоз, тромбоцитопения (снижение менее $100 \cdot 10^9 / л$ свидетельствует о развитии тяжелой преэклампсии. ОАМ Б/х анализ крови: Повышение креатинина и мочевины ассоциирован с неблагоприятными перинатальными исходами. Повышение АЛТ, АСТ – признак тяжелой ПЭ. Повышение ЛДГ – признак гемолиза. Снижение альбуминов. Повышение билирубина вследствие гемолиза или поражении почек. Гемостазиограмма – Признаки ДВС синдрома. Суточная протеинурия - более 300 мг белка в суточной моче. Проба Реберга – повышение/снижение скорости клубочковой фильтрации, в сочетании с олигоурией, указывает на наличие тяжелой преэклампсии.</p>	<p>ОАМ+ Суточная протеинурия: появление после 20 недель впервые протеинурии (более 300 мг белка в суточной моче) или заметное увеличение ранее имевшейся протеинурии.</p>
---------------------------	---	---	---	---