

**Артериальная гипертензия
беременных.
Клинический протокол.**

Выполнила: Алтынбек А.Б.

Приняла: Кожобекова Т.А.

Группа: 701-02

Рекомендовано Экспертным советом РГП на ПВХ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития от «10» декабря 2015 года Протокол

**№19 КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БЕРЕМЕННЫХ
I.ВВОДНАЯ ЧАСТЬ**

- 1.Название протокола: Артериальная гипертензия у беременных.
- 2.Код протокола:
- 3.Код (ы) МКБ-10:
- 4.О10 Существовавшая ранее гипертензия,осложняющая беременность,роды и послеродовой и послеродовой период
 - О13 Вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии
 - О14.1Вызванная беременностью гипертензия со значительной протеинурией
 - О15Эклампсия



Артериальная гипертензия – определяется как систолическое АД ≥ 140 мм рт.ст. и диастолическое АД ≥ 90 мм рт.ст. измеренное в состоянии покоя в течении 5 минут, дважды с интервалом 2 минуты.



Степени гипертензии :

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

Клиническая классификация:

□ **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 6-8 недель послеродового периода.

□ **преэклампсия** –это гипертензия с манифестацией после 20 недель с протеинурией более 300 мг белка в суточной моче и отеки на верхних конечностях.

□ **тяжёлая преэклампсия** – диагностируется при наличии симптомов преэклампсии и дополнительно хотя бы одного из критериев;

□ систолическое АД, измеренное два раза в течение 6 ч., ≥ 160 mmHg;

□ диастолическое АД, измеренное два раза в течение 6 ч., ≥ 110 mmHg, или диастолическое АД, измеренное хотя бы 1 раз, ≥ 120 mmHg.;

□ высокая протеинурия (5 г/24 ч., или ≥ 3 +);

□ головная боль, нарушение зрения;

□ боль под грудиной или под правым подреберьем;

□ увеличенная концентрация ферментов в крови (АСАТ, АЛАТ, ЛДГ);

□ синдром HELLP;

□ олигурия ($< 0,5$);

□ отек легких;

□ недостаточный рост плода;

□ внезапно возникший отёк лица, рук или ног, при наличии признаков тяжёлой гипертензии;

□ отслойка плаценты;

□ ДВС синдром

отеки



повышенное
давление



белок
в моче



Преэклампсия: симптомы и признаки



Повышенное артериальное давление

Верхнее давление ≥ 140 мм рт. ст.

и/или нижнее давление ≥ 90 мм рт. ст.



Обнаруживается белок в моче

Более 300 мг в сутки

+ ухудшаются анализы крови

Lechenie-Gipertonii.Info



Отеки рук, шеи, лица

Отеки ног - у 60% всех беременных,

еще не показатель преэклампсии

□ **ЭКЛАМПСИЯ** – судорожное состояние, связанное с преэклампсией, значительной протеинурией (более 300 мг белка в суточной моче) с/без отклонениями в лабораторных показателях (креатинин, трансаминазы, билирубин, тромбоциты)

(диагностируется в случаях возникновения судорог, которые не могут быть объяснены по другим причинам.)

□ **HELLP синдром** – повышение активности печёночных ферментов, низкое количество тромбоцитов, микроангиопатическая гемолитическая анемия.

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

Показания для госпитализации с указанием типа
госпитализации:

Показания для экстренной госпитализации:

- преэклампсия с артериальной гипертензией любой степени;
- тяжелая гипертензия.

Показания для плановой госпитализации:

- умеренная гипертензия.

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*	Наличие факторов риска: <input type="checkbox"/> возраст 40 лет и старше; <input type="checkbox"/> наличие гипертензии в предыдущих беременностях; <input type="checkbox"/> многоплодная беременность; <input type="checkbox"/> предварительно существовавшие заболевания ССС; <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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); <input type="checkbox"/> диагноз гипертонии должен основываться на измерениях артериального давления в лечебном учреждении. (УД - В); <input type="checkbox"/> для ПЭ на фоне ХР АГ - характерно прогрессирование АГ у тех женщин, у которых до 20 недель АД легко контролировалось.			

Лаб. исследования	ОАК ОАМ Б/х крови+уровень трансаминаз, липидный спектр	ОАК ОАМ Б/х крови+уровень трансаминаз, липидный спектр+креатинин, мочевины	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 мочевины ассоциирован с неблагоприятными перинатальными исходами. Повышение АЛТ, АСТ –признак тяжелой ПЭ. Повышение ЛДГ – признак гемолиза. Снижение альбуминов. Повышение билирубина вследствие гемолиза или поражения 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.	ОАМ: появление после 20 недель впервые протеинурии (более 300 мг белка в суточной моче) или заметное увеличение ранее имевшейся протеинурии.
Инструментальные исследования	СМАД, ЭхоКГ, ЭКГ, УЗИ почек и УЗДГ сосудов почек	СМАД, ЭхоКГ, ЭКГ, УЗИ почек и УЗДГ сосудов почек	ЭКГ, СМАД, УЗДГ сосудов почек, УЗДГ сосудов основания головного мозга. Обследование состояния плода(Фетометрия плода, доплерометрия сосудов пуповины и матки, ИАЖ). При тяжелой преэклампсии фетометрия в неделю 1 раз, Доплерометрия и БППП (КТГ и ИАЖ) ежедневно.	ЭКГ, СМАД, УЗДГ сосудов почек, УЗДГ сосудов основания головного мозга.
Консультации и специалистов	<input type="checkbox"/> кардиолога; <input type="checkbox"/> терапевта; <input type="checkbox"/> другие специалисты по показаниям.	<input type="checkbox"/> кардиолога; <input type="checkbox"/> терапевта; <input type="checkbox"/> другие специалисты по показаниям.	<input type="checkbox"/> терапевт (кардиолог); <input type="checkbox"/> невролог; <input type="checkbox"/> офтальмолог.	<input type="checkbox"/> терапевт; <input type="checkbox"/> (кардиолог); <input type="checkbox"/> невролог; <input type="checkbox"/> офтальмолог.

Коморбидные состояния:

Состояния, требующие более жесткого контроля АД вне беременности из-за их ассоциации с повышенным кардиоваскулярным риском.

К ним относятся:

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

11.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне при экстренной госпитализации и по истечении сроков более 10 дней с момента сдачи анализов в соответствии с приказом МО:

- сбор жалоб анамнеза заболевания и жизни;
- физикальное обследование (оценка состояния беременной, повышение АД, пульс);
- общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов;
- количественное определение белка в разовых порциях мочи или суточная протеинурия;
- биохимический анализ крови (определение трансаминаз и билирубина, креатинин);
- кардиотокография плода, биофизический профиль плода, доплерометрия пупочной артерии.

11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне при экстренной госпитализации и по истечении сроков более 10 дней с момента сдачи анализов в соответствии с приказом МО:

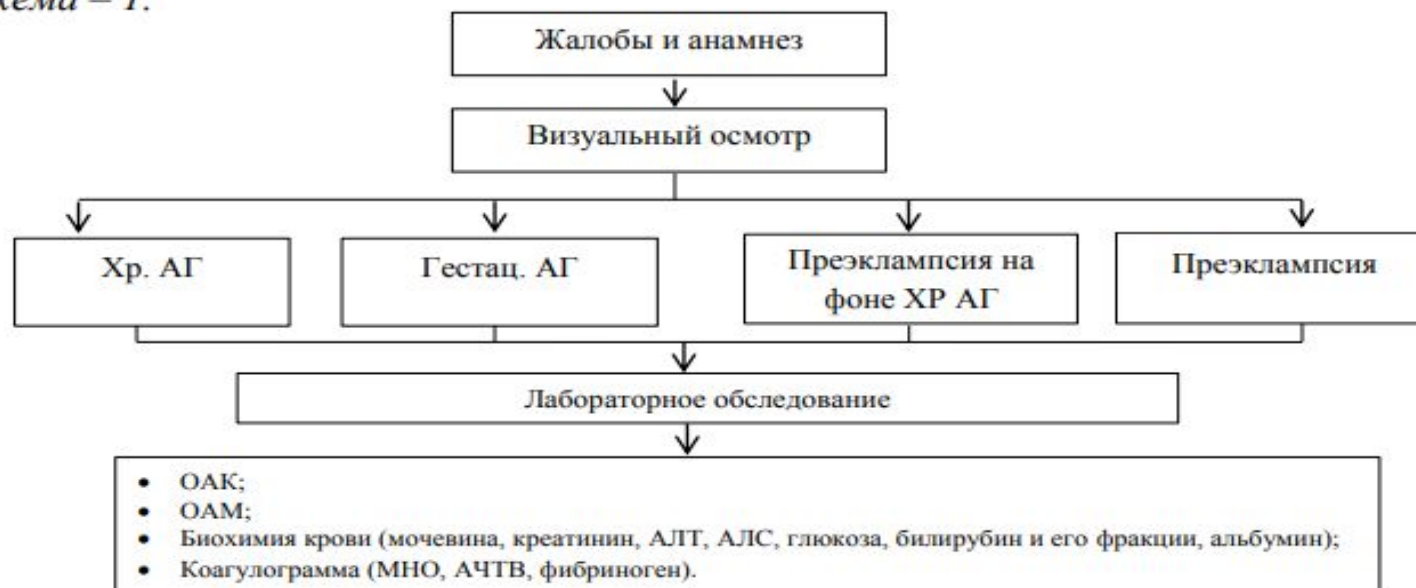
- осмотр глазного дна при подозрении на внутримозговое кровоизлияние;
- УЗИ органов брюшной полости при подозрении на патологию печени, почек;
- ЭХО КГ при хронической артериальной гипертензии;

11.3 Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни;
- физикальное обследование (АД);
- определение протеинурии (тест-полоски).

2.1 Диагностический алгоритм:

Схема – 1.



Инструментальное обследование			
Хр. АГ	Гестац. АГ	Преэклампсия	Преэклампсия на фоне ХР АГ
СМАД, ЭхоКГ, ЭКГ, УЗИ почек и УЗДГ сосудов почек Мониторинг состояния плода (Фетометрия плода, КТГ, доплерометрия сосудом пуповины и матки)	СМАД, ЭхоКГ, ЭКГ, УЗИ почек и УЗДГ сосудов почек Мониторинг состояния плода (Фетометрия плода, КТГ, доплерометрия сосудом пуповины и матки)	Мониторинг состояния плода (Фетометрия плода, КТГ, доплерометрия сосудом пуповины и матки, БППП) Дополнительно для дифференциальной диагностики ЭКГ, СМАД, УЗДГ сосудов почек, УЗДГ сосудов основания головного мозга.	ЭКГ, СМАД, УЗДГ сосудов почек, УЗДГ сосудов основания головного мозга. Мониторинг состояния плода (Фетометрия плода, КТГ, доплерометрия сосудом пуповины и матки)
Консультация специалистов			
- кардиолога, терапевта другие специалисты по показаниям	- терапевта - другие специалисты по показаниям	- терапевт (кардиолог) - невролог - офтальмолог	- терапевт (кардиолог) - невролог - офтальмолог

12. Диагностические критерии:

12.1. Жалобы и анамнез:

Жалобы:

- головная боль;
- тошнота, рвота;
- боли в эпигастрии, правом подреберье;
- отеки;
- снижение мочеотделения

Анамнез:

в анамнезе возможно указание на наличие гипертензии вне беременности/или при предыдущих беременностях.

12.2 Физикальное обследование:

общий осмотр:

- артериальная гипертензия;
- отеки;
- протеинурия;
- нарушение зрения;
- рвота;
- клонус (судорожные подергивания отдельных групп мышц);
- болезненность при пальпации печени.

12.3.Лабораторные исследования:

Количественное определение белка в моче:

- в разовой порции мочи – более 0,3 г/л;
- суточная протеинурия – протеинурия в суточной моче более 0,3 г\с.

Общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов – тромбоциты ниже 100×10^6 г/л;

Биохимический анализ крови – повышение уровня печёночных ферментов более чем в 2 раза от нормы (АлАТ или АсАТ выше 70 МЕ/л при норме АСТ 0-30 МЕ/л, АЛТ 0-20 МЕ/л).

12.4 Инструментальные исследования:

- КТГ плода;
- Биофиль профиль плода;
- Допплерометрия сосудов пуповины.

При наличии тяжелой гипертензии, преэклампсии обязателен мониторинг за состоянием внутриутробного плода. Кратность исследования определяется тяжестью гипертензии, наличием преэклампсии, данными предыдущего исследования оценки состояния плода.

12.5 Показания для консультации узких специалистов: только при наличии показаний.

Дифференциальная диагностика артериальной гипертензии у беременных.

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Преэклампсия	Единство симптомов заболевания	1. Анамнез 2. ОАМ 3. ОАК, Б/х анализ крови 4. Мониторинг состояния плода	1. АГ возникает после 20 недель беременности 2. Протеинурия без изменения других форменных элементов мочи– ПЭ 3. Возможны снижения тромбоцитов ниже $100 \times 10^6/\text{л}$, повышение трансаминаз более чем в 2 раза . 4. Маловодие, ЗВУР Жалобы и анамнез Визуальный осмотр Хр. АГ Гестац. АГ Преэклампсия на Преэклампсия фоне ХР АГ Лабораторное обследование <input type="checkbox"/> ОАК; <input type="checkbox"/> ОАМ; <input type="checkbox"/> Биохимия крови (мочевина, креатинин, АЛТ, АЛС, глюкоза, билирубин и его фракции, альбумин); <input type="checkbox"/> Коагулограмма (МНО, АЧТВ, фибриноген). характерно для Преэклампсии.

Другие гипертенз ивные состояния

1. АГ предшествует беременности или имеются другие коморбидные состояния
2. Гемоглинурия: гемолитическая анемия. Красные кровяные элементы: МКБ, некроз паренхимы почек (сочетается с болями в пояснице, олиго- или анурия). Красные кровяные элементы и /или другие форменные элементы характерно для других заболевания почек в сочетании с почечной недостаточности, и тромбоцитопеническая пурпура, гемолитический уринарный синдром. Бактериурия: инфекции МВП, бессимптомная бактериурия. Протеинурия обычно отсутствует во вторичных причинах гипертензии, 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