

Клинические рекомендации 2021

Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде.

Преэклампсия (ПЭ) - осложнение беременности, родов и послеродового периода, характеризующееся повышением после 20-й недели беременности САД >140 мм рт. ст. и/или ДАД >90 мм рт. ст. независимо от уровня АД в анамнезе в сочетании с протеинурией или хотя бы одним другим параметром, свидетельствующим о присоединении полиорганной недостаточности.

Критерии диагностики: Умеренная ПЭ:

- АД > 140/90 <160/110 мм.рт.ст
- Протеинурия > 0,3 г/сутки или > 0,3 г/л в 2-х порциях мочи, взятых с интервалом в 6 час, но <5 г/сутки или <3г/л в 2-х порциях мочи, взятых с интервалом в 6 час.

Тяжелая ПЭ

- САД > 160 мм рт.ст. или ДАД > 110 мм рт. ст.
- 5 г/сутки или >3 г/л в 2х порциях мочи взятой с интервалом в 6 часов

Тактика умеренна ПЭ:

Рекомендована диета с ограничением острой и соленой пищи.

Антигипертензивная терапия рекомендована при АД >140/90 мм рт. ст. в любом сроке беременности (препарат выбора: метилдопа)

При ПЭ рекомендовано родоразрешение в экстренном порядке при кровотечении из родовых путей, подозрении на преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты (ПОНРП), острую гипоксию плода.

При ГАГ и умеренной ПЭ в сроке с 24/0 до 33/6 недель беременности первоначально рекомендована выжидательная тактика ведения, до достижения гестационно срока 37/6 недель.

Тактика тяжелая ПЭ:

Профилактика: Выделения пациенток высокого риска, ежедневный мониторинг АД,

Пациенткам высокого риска, рекомендовано проводить доплерометрию маточного-плацентарного кровотока во время 2 и 3 УЗИ.

Прием ацетилсалициловой кислоты с 12 недель до 36 недели беременности 150 мг/день.

При тяжелой ПЭ и эклампсии рекомендовано внутривенное введение магния сульфата как препарата 1-й линии для профилактики и лечения судорог.

При САД >160 мм рт. ст. или ДАД >100 мм рт. ст., тяжелой ПЭ/эклампсии экстренная госпитализация в палату интенсивной терапии (ПИТ) акушерско-гинекологической медицинской организации 3-й группы.

При тяжелой ПЭ рекомендована следующая тактика ведения беременности в зависимости от срока беременности: 22-24 недели -

прекращение жизнеугрожающей беременности или при отсутствии жизнеугрожающей ситуации – родоразрешение через естественные родовые пути; 25-33 недели - пролонгирование беременности при отсутствии неконтролируемой АГ, прогрессирования органной дисфункции у матери, дистресса-синдрома плода, профилактика РДС плода, КС - по акушерским показаниям; > 34 недель - лечение, подготовка, родоразрешение, КС - по акушерским показаниям.

Список литературы: 1) Клинические рекомендации: Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. 2) Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научнообщества кардиологов. 2008; 3) Ходжаева З.С., Холин А.М., Вихляева Е.М. Ранняя и поздняя преэклампсия: парадигмы патофизиологии