

# Алгоритм диагностики, наблюдения и лечения артериальной гипертензии у беременных для врачей и медицинских сестер первичной медико-санитарной помощи

Когда ставится диагноз «Артериальная гипертензия» у беременных?	Если цифры САД $\geq 140$ или ДАД $\geq 90$ мм рт.ст. Повторите измерение АД не менее 2 раз с интервалом в 4 ч (или в разные дни), <b>При САД <math>\geq 160</math> и/или ДАД <math>\geq 110</math> мм рт. ст. повторить измерение через 15 мин.</b>
Когда измерять артериальное давление?	При хронической АГ: при каждом визите в ПМСП или чаще при необходимости. При гестационной АГ: 1 раз в неделю При любой АГ: обязателен самоконтроль АД ежедневно 2 раза в день
Как правильно измерять артериальное давление?	Положение женщины – сидя, ноги на полу, с использованием манжеты соответствующего размера («большая манжета», если окружность середины плеча 33 см), с измерением на обеих руках (по крайней мере первоначально). При первичном измерении определить давление трижды, использовать среднее двух последних значений. Во время измерения пациентке не следует разговаривать.
Как классифицировать АГ по степени повышения АД	<b>Умеренная АГ:</b> САД 140-159 и/или ДАД 90-109 мм рт. ст. <b>Тяжелая АГ:</b> САД $\geq 160$ и/или ДАД $\geq 110$ мм рт. ст
Значимая протеинурия (подозрение на ПЭ)	- 0,3 г/л в любой пробе мочи или 0,3 г/сут по результатам суточной протеинурии - или показатель индикаторной полоски $\geq 2+$

## Классификация гипертензивных состояний у беременных



## НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БЕРЕМЕННЫМИ С ХРОНИЧЕСКОЙ АГ:

- При умеренном повышении АД** ( $< 160/110$  мм рт.ст.) наблюдение проводится амбулаторно терапевтом (кардиологом) и акушер-гинекологом до 32 недели с дальнейшим решением вопроса о целесообразности пролонгирования беременности; после 32 недели – госпитализация в акушерский стационар.
- При тяжелой АГ** (уровень АД  $\geq 160/110$  мм рт.ст.) показана госпитализация в стационар терапевтического (кардиологического) профиля, после 32 недели – в стационар акушерского профиля для решения вопроса о целесообразности пролонгирования беременности

### Обследование при первом обращении:

ОАМ, ОАК+тромбоциты, креатинин, АСТ, АЛТ; ЭКГ, Эхо-КГ и СМАД (по показаниям).

**Частота наблюдения** определяется уровнем АД и другими индивидуальными рисками неблагоприятного исхода.

## НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БЕРЕМЕННЫМИ С ГЕСТАЦИОННОЙ АГ

- При впервые выявленной АГ** после 20 недели гестации показана госпитализация в акушерский стационар 2-3 уровня. При получении хорошего эффекта от лечения (нормализация АД, отсутствие протеинурии, удовлетворительное состояние матери и плода) оно может быть продолжено амбулаторно
- При тяжелой АГ** (уровень АД  $\geq 160/110$  мм рт.ст.) показана госпитализация в стационар акушерского профиля

**Женщины должны пройти обследование на преэклампсию, чтобы исключить ее (см клинический протокол по преэклампсии).**

- Аntenатальные контакты должны происходить **не реже одного раза в неделю**.
- Тестирование на протеинурию следует проводить **при каждом дородовом посещении**.
- УЗИ плода **не реже одного раза в месяц**.
- При появлении следующих клинических симптомов: **головная боль/нарушения зрения, боль в груди/одышка, вагинальное кровотечение с болью в животе, повышение САД, протеинурия, снижение сатурации SatO2** женщина должна быть повторно обследована на преэклампсию.

## БЕРЕМЕННЫЕ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ:

### экстренная госпитализация

**или перевод в акушерский стационар 2-3 уровня**

## СКРИНИНГ ВСЕХ БЕРЕМЕННЫХ НА АГ

Старт терапии при АД  $\geq 140/90$   
Целевой уровень ДАД 85 мм рт ст

**Противопоказаны: ИАПФ, БРА, спиронолактон**

АД  $< 160/110$  мм рт. ст.)  
**УМЕРЕННАЯ АГ**

назначить начальные дозы метилдопы 250 мг 2-3 раза в день

Через 1  
неделю

ЕСЛИ СОХРАНЯЕТСЯ АД  $\geq 140/90$   
УВЕЛИЧИТЬ дозу метилдопы:  
по 2 таб 3 раза в день (1500 мг/сут)

Через 1  
неделю

ЕСЛИ СОХРАНЯЕТСЯ АД  $\geq 140/90$   
УВЕЛИЧИТЬ суточную дозу метилдопы до 2000 мг  
и/или  
ДОБАВИТЬ нифедипин-ретард 20 мг 2 раза/день внутрь  
и/или  
ДОБАВИТЬ бисопролол 2,5-10мг 1 раз в день

Через 1  
неделю

ЕСЛИ СОХРАНЯЕТСЯ АД  $\geq 140/90$ :  
ПРОВЕРИТЬ, регулярно ли и правильно ли пациентка  
принимает препараты  
ЕСЛИ «ДА» – показана госпитализация

АД  $> 160/110$  мм рт. ст.  
**ТЯЖЕЛАЯ АГ**  
**ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ**

Гестационная АГ

Хроническая АГ

После 32 недели

До 32 недели

В акушерский  
стационар

В терапевтический  
стационар

**Догоспитальная помощь: Нифедипин 10 мг применять только per os!**

Начало действия через 20 минут, поэтому следует выдержать время наступления эффекта от приема препарата. Если АД через 20 минут не снижается, следует повторить прием препарата по схеме:

**10мг + 10мг + 10мг каждые 20 минут;**

Общая продолжительность первичного лечения нифедипином немедленного действия составляет 60 минут (1 час);

**Внимание!!!** Общая доза не должна превышать 30 мг/час.

### Прогнозирование преэклампсии:

**Факторы высокого риска:**

- Преэклампсия в анамнезе
- ИМТ до беременности  $> 30$  кг/м<sup>2</sup>
- Хроническая гипертензия
- Предгестационный сахарный диабет
- Хроническая болезнь почек
- Системная красная волчанка/ антифосфолипидный синдром
- Вспомогательные репродуктивные технологии

**Факторы умеренного риска:**

- Предшествующая отслойка плаценты
- Предшествующее мертворождение
- Предшествующая задержка развития плода
- Возраст матери  $> 40$  лет
- Первая беременность
- Многоплодная беременность

Женщины считаются подверженными повышенному риску, если они имеют один фактор «высокого риска» или два или более факторов «умеренного риска»

### Профилактика преэклампсии

1. Если нет противопоказаний, всем беременным рекомендованы аэробные упражнения 3-4 раза в неделю по 45-90 мин.
2. Пероральный прием кальция в дозе 1 г/сут

**Женщины с повышенным риском преэклампсии:**

**Аспирин 150 мг перед сном:** назначить не позднее 16 недели гестации и отменить к 36 неделе.