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

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: O10, O10.0, O10.1, O10.2, O10.3, O10.4, O10.9, O11 · Российское общество акушеров-гинекологов

Преэклампсия — гипертензивное осложнение беременности, родов и послеродового периода, которое может сопровождаться протеинурией и полиорганной недостаточностью; эклампсия проявляется судорогами. Рекомендация посвящена диагностике, мониторингу, контролю АД, профилактике судорог, выбору сроков и способа родоразрешения, а также наблюдению после родов.

Главное

- ПЭ диагностируют после 20 недель беременности при САД ≥140 мм рт. ст. и/или ДАД ≥90 мм рт. ст. в сочетании с протеинурией; тяжелая ПЭ — при САД ≥160 мм рт. ст. и/или ДАД ≥110 мм рт. ст. либо при любом таком повышении АД с признаками полиорганной недостаточности.
- Обычные отеки голеней не являются критерием ПЭ. Быстро нарастающие отеки, прибавка ≥1 кг в неделю в III триместре и отеки лица имеют прогностическое значение, но ПЭ может протекать без отеков. УУР С, УДД 5.
- При подозрении на ПЭ контролируют АД, протеинурию, тромбоциты, креатинин, печеночные трансаминазы и признаки гемолиза; выраженная протеинурия не обязательна для диагноза тяжелой ПЭ при тяжелой АГ, тромбоцитопении, церебральной, почечной или печеночной недостаточности либо отеке легких.
- Антигипертензивную терапию начинают при клиническом АД ≥140/90 мм рт. ст. или домашнем АД ≥135/85 мм рт. ст.; при исходно низком АД ее можно назначать уже при ≥130/85 мм рт. ст. ДАД на фоне лечения не следует снижать ниже 80 мм рт. ст. УУР С, УДД 5.
- Магния сульфат — препарат первой линии для профилактики и лечения судорог при тяжелой ПЭ и эклампсии: 4 г внутривенно за 10–15 минут, затем 1 г/ч. Планово при умеренной ПЭ его не применяют. УУР В, УДД 1; УУР С, УДД 4.
- При тяжелой ПЭ родоразрешение проводят после стабилизации состояния; экстренное родоразрешение необходимо при кровотечении, подозрении на ПОНРП или острой гипоксии плода. Выжидательная тактика допустима при ГАГ или умеренной ПЭ в 24 0–33 6 недель только при строгом наблюдении матери и плода. УУР С, УДД 5; УУР В, УДД 1.
- Для профилактики ПЭ у беременных высокого риска при низком потреблении кальция назначают кальций 1 г/сут, а ацетилсалициловую кислоту — 150 мг/сут с 12 до 36 недель беременности. УУР А, УДД 1; УУР В, УДД 2.

Диагностика

1. Измерять АД и пульс при каждом визите: после 5 минут отдыха, дважды с интервалом не менее минуты; при разнице ≥5 мм рт. ст. выполнить третье измерение и усреднить два последних результата. АД измеряют на обеих руках, ориентируясь на более высокое значение; ДАД фиксируют по К5 или по К4, если К5 не определяется. УУР С, УДД 5.
2. Определить срок появления гипертензии и классифицировать состояние: ХАГ — АД ≥140/90 до беременности или в первые 20 недель; ГАГ — впервые выявленная АГ после 20 недель без значимой протеинурии; ПЭ — АГ после 20 недель с протеинурией или признаками полиорганной недостаточности.
3. Исследовать белок в моче и рассчитать отношение альбумин/креатинин. При результате тест-полоски ≥1 «+» выполнить количественное определение белка; отношение альбумин/креатинин ≥30 мг/г соответствует значимой протеинурии. УУР В, УДД 1.
4. Оценить тяжесть и органное поражение: исследовать уровень гемоглобина и гематокрит, тромбоциты, выполнить мазок крови для выявления шизоцитов, коагулограмму, определить креатинин, мочевину, билирубин, АЛТ, АСТ, альбумин, глюкозу и другие показатели биохимического анализа. Тяжелую ПЭ характеризуют креатинин ≥90 мкмоль/л, тромбоциты <50 000/мкл, АЛТ/АСТ ≥40 МЕ/л, олигурия <500 мл/сут или <30 мл/ч, гемолиз и HELLP-синдром. УУР С, УДД 5.

5. Оценить плод и плаценту с помощью УЗИ. При умеренной ПЭ УЗИ выполняют каждые 3–4 недели; на фоне антигипертензивной терапии УЗИ и допплеровское исследование маточно-плацентарного кровотока — каждые 7–10 дней. КТГ проводят с 32–33 недель еженедельно при умеренной ПЭ и ежедневно при тяжелой ПЭ. УУР В, УДД 2; УУР С, УДД 5.
6. При судорогах исключить инсульт и другие сосудистые заболевания ЦНС, тромбоз вен мозга, инфекции, эпилепсию, метаболические нарушения, действие лекарственных препаратов и ТМА. КТ или МРТ головного мозга показаны при судорогах до 20 недель или в первые 2 суток после родов, эклампсии, резистентной к магнию, очаговой неврологической симптоматике, гемипарезе или сохраняющейся более 24 часов коме. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Ограничить острую и соленую пищу. УУР С, УДД 2.
- При АГ назначить антигипертензивную терапию; для длительного лечения во время беременности препаратом выбора является метилдопа. При тяжелой гипертензии используют метилдопу или нифедипин внутрь. При тяжелой ХАГ с АД ≥160/110 мм рт. ст. нужна двух- или трехкомпонентная терапия. УУР В, УДД 1; УУР С, УДД 5.
- Не применять во время беременности ингибиторы АПФ, антагонисты рецепторов ангиотензина II, спиронолактон, дилтиазем и фелодипин. При лечении нифедипином контролировать АД 3 раза в сутки; сублингвальное введение противопоказано. УУР С, УДД 5.
- При тяжелой ПЭ и эклампсии вводить магния сульфат: нагрузочная доза 4 г сухого вещества, или 16 мл 25% раствора, за 10–15 минут, затем 1 г/ч. Магнезиальную терапию прекращают при отсутствии судорог 24 часа, отсутствии гиперрефлексии и гипертонуса, ДАД ≤90 мм рт. ст. и диурезе ≥50 мл/ч. УУР В, УДД 1; УУР А, УДД 1.
- При ПЭ ограничить внутривенное и пероральное введение жидкости для профилактики отека легких. При остром отеке легких применять нитроглицерин внутривенно начиная с 5 мкг/мин с повышением каждые 3–5 минут до 100 мкг/мин. УУР С, УДД 5.
- Профилактику РДС плода проводить при тяжелой ПЭ в 24–33 6 недель; при сроке менее 24 или более 34 недель ее не проводят, кроме особых ситуаций. УУР А, УДД 2.
- При ГАГ или умеренной ПЭ предпочтительно родоразрешение в 37 6 недель; при контролируемой ХАГ — индукция родов в 38–39 недель. При тяжелой ПЭ в 25–33 недели беременность можно пролонгировать при отсутствии неконтролируемой АГ, прогрессирования органной дисфункции у матери и дистресса плода; с 34 недель показаны лечение, подготовка и родоразрешение. УУР А, УДД 1; УУР С, УДД 5.
- Во время и по окончании родоразрешения продолжать противосудорожную и антигипертензивную терапию; инфузию магния сульфата для профилактики ранней послеродовой эклампсии проводить по 1 г/ч не менее 24 часов. УУР В, УДД 2.
- После родов наблюдать пациентку в ПИТ до стабилизации состояния, минимум 24 часа. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- При САД ≥160 мм рт. ст. или ДАД ≥100 мм рт. ст., тяжелой ПЭ или эклампсии нужна экстренная госпитализация в ПИТ акушерско-гинекологической организации 3-й группы. УУР С, УДД 5.
- Пролонгирование беременности при тяжелой ПЭ допустимо в медицинской организации 3-й группы после междисциплинарного консилиума.
- При подозрении на HELLP-синдром нужна консультация хирурга для исключения острой хирургической патологии, включая подкапсульный разрыв печени. УУР С, УДД 5.
- Пациенток с тяжелой АГ и тяжелой ПЭ выписывают не ранее 7 суток после родов. УУР С, УДД 5.
- После родов всем женщинам с гипертензией во время беременности нужен контроль через 3 месяца; при сохраняющихся АГ или протеинурии проводят дальнейшее обследование и лечение.

Частые вопросы

Какие критерии тяжелой преэклампсии?

САД ≥160 мм рт. ст. и/или ДАД ≥110 мм рт. ст. после 20 недель беременности в сочетании с протеинурией либо хотя бы одним признаком полиорганной недостаточности: неврологическими симптомами, олигурией, отеком

легких, тромбоцитопенией, повышением трансаминаз или креатинина, гемолизом, HELLP-синдромом и другими указанными признаками.

Нужна ли протеинурия для диагноза тяжелой ПЭ?

Нет. При тяжелой АГ, тромбоцитопении, церебральной, почечной или печеночной недостаточности либо отеке легких тяжелую ПЭ диагностируют и без выраженной протеинурии.

Какова схема введения магния сульфата при тяжелой ПЭ или эклампсии?

Вводят 4 г сухого вещества, то есть 16 мл 25% раствора, внутривенно за 10–15 минут, затем продолжают инфузию по 1 г/ч. При тяжелой ПЭ и эклампсии магния сульфат является препаратом первой линии.

Когда при ПЭ нужно срочно родоразрешать?

Экстренно — при кровотечении, подозрении на ПОНРП или острой гипоксии плода. После стабилизации — при эклампсии, некупируемой АГ, постоянной головной или эпигастральной боли, ухудшении функции печени или почек, неблагоприятных лабораторных данных и нарушении состояния плода.

Как наблюдать женщину после родов при ПЭ?

Наблюдать в ПИТ до стабилизации, минимум 24 часа. В первые 3 дня контролировать АД и состояние не реже чем каждые 4 часа во время бодрствования, затем измерять АД ежедневно в течение первых 5 дней и после выписки — ежедневно в течение недели; повторный осмотр провести через 3 месяца.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/637-preeklampsiya-eklampsiya-oteki-proteinuriya-i-gipertenzivnye. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/637_2