

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
24січня 2022 року № 151

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ,
ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) ТА ТРЕТИННОЇ
(ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

**«ГІПЕРТЕНЗИВНІ РОЗЛАДИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ ТА
У ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ»**

Вступ

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді» (УКПМД) розроблений на основі клінічної настанови «Гіпертензивні розлади у вагітних» (2021).

Робочу групу для розробки медико-технологічних документів за темою «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді» створено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18 серпня 2020 року № 1908 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 13 серпня 2021 року № 1731).

За формою, структурою та методичними підходами щодо використання вимог доказової медицини УКПМД відповідає вимогам Методики розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

При розробці УКПМД, як і відповідної клінічної настанови, були враховані сучасні положення доказової медицини з урахуванням рекомендацій міжнародних організацій, а саме: NICE, WHO, ACOG, SOGC та ін. Ознайомитися з текстом клінічної настанови можна за посиланням https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.

Головною метою даного УКПМД є вдосконалення підходів до своєчасної профілактики прееклампсії (ПЕ), визначення факторів ризику розвитку ПЕ та створення ефективних механізмів взаємодії між закладами охорони здоров'я (ЗОЗ), що надають перинатальну допомогу.

Відповідно до ліцензійних вимог та стандартів акредитації у ЗОЗ має бути наявний внутрішній документ (клінічний маршрут пацієнта), що уніфікує медичну допомогу вагітним із гіпертензивними розладами.

Перелік скорочень, що використовуються в протоколі

АГ	артеріальна гіпертензія
АГТ	антигіпертензивна терапія
АлАТ	аланін амінотрансфераза
АПФ	ангіотензин-перетворюючий фермент
АСК	ацетилсаліцилова кислота
АсАТ	аспартат амінотрансфераза
АТ	артеріальний тиск
АФП	альфа-фетопроतेїн
АФС	антифосфоліпідний синдром
АЧТЧ	активований частковий тромбoplastиновий час
БРА	блокатори рецепторів ангіотензину
ВАІТ	відділення анестезіології та інтенсивної терапії
ВТЕ	венозна тромбоемболія
ГГ	гестаційна гіпертензія
ГРВ	гіпертензивні розлади вагітності
ГТ	гіпертензія
ДАТ	діастолічний артеріальний тиск
ДРТ	допоміжні репродуктивні технології
ЗАК	загальний аналіз крові
ЗАС	загальний аналіз сечі
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ЗРП	затримка росту плода
ЕКГ	електрокардіографія
ІМТ	індекс маси тіла
ІТ	інфузійна терапія
КМП	клінічний маршрут пацієнта
КТ	комп'ютерна томографія
КТГ	кардіотокографія
КОТ	колоїдно-онкотичний тиск
МАУ	мікроальбумінурія
МНВ	міжнародне нормалізоване відношення
МС	магнію сульфат
НАМН	Національна академія медичних наук України
НК	Національний класифікатор України
025:2021	
ПЕ	пreekлампсія
ПІТ	палата інтенсивної терапії
ППК	післяпологова кровотеча
РДС	респіраторний дистрес-синдром
САТ	систоличний артеріальний тиск

СЧВ	системний червоний вовчак
УЗД	ультразвукове дослідження
УКПМД	уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ФОП	фізичні особи підприємці
ХАГ	хронічна артеріальна гіпертензія
ЧД	частота дихання
ЧСС	частота серцевих скорочень
ШВЛ	штучна вентиляція легень
AV-блокада	атріовентрикулярна блокада
InhA	інгібін А
РАІ	ендотеліальний інгібітор активатора плазміногену
РАРР	асоційований із вагітністю протеїн-А плазми
PIGF	плацентарний фактор росту
PP-13	плацентарний протеїн - 13
sFlt	розчинна fms-подібна тирозин-кіназа-1
STV	оцінка варіабельності серцевого ритму плода за короткі відрізки часу
Форма 096/о	Форма первинної облікової документації 096/о «Історія вагітності та пологів № _____», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974
Форма 111/о	Форма первинної облікової документації 111/о «Індивідуальна карта вагітної і породіллі», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 1999 року № 302 «Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в поліклініках (амбулаторіях)»

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1.1. Діагноз

Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді.

1.2. Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»

Набряк, протеїнурія та гіпертензія під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді (O10-O16):

O10 Раніше існуюча гіпертензія, що ускладнює вагітність, пологи та післяпологовий період

O11 Преєклампсія, на фоні хронічної гіпертензії

O12 Гестаційний [зумовлений вагітністю] набряк та протеїнурія без гіпертензії

O12.0 Гестаційний набряк

O12.1 Гестаційна протеїнурія

O12.2 Гестаційний набряк з протеїнурією

O13 Гестаційна [зумовлена вагітністю] гіпертензія

O14 Преєклампсія

O14.0 Преєклампсія легкої

або середньої тяжкості

O14.1 Важка преєклампсія

O14.2 HELLP синдром

O14.9 Преєклампсія, не уточнена

O15 Еклампсія

O15.0 Еклампсія під час вагітності

O15.1 Еклампсія під час пологів

O15.2 Еклампсія в післяпологовому періоді

O15.9 Еклампсія, не уточнена щодо проміжку часу, коли виникла

O16 Неуточнена материнська гіпертензія

1.3. Протокол призначений для:

керівників закладів охорони здоров'я різних форм власності та підпорядкування (ЗОЗ), їх заступників, фізичних осіб-підприємців, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та надають медичну допомогу відповідного виду, лікарів загальної практики-сімейних лікарів, лікарів-акушерів-гінекологів, лікарів-анестезіологів, лікарів-трансфузіологів, середнього медичного персоналу, інших медичних працівників, які беруть участь у наданні медичної допомоги пацієнткам із гіпертензивними розладами під час вагітності, пологів та в післяпологовому періоді.

1.4. Мета протоколу

Надання підтримки на основі доказів ефективності медичних втручань для жінок, які планують вагітність й піддаються ризику розвитку ПЕ, мають ГРВ при поточній вагітності, після пологів або мали ГРВ у минулому; поліпшення коротко- та довгострокових материнських, перинатальних та неонатальних результатів і економічної ефективності відповідних заходів під час вагітності,

що була ускладнена ГРВ; забезпечення організації надання мультидисциплінарної медичної допомоги пацієнткам із ГРВ на всіх етапах медичної допомоги.

1.5. Дата складання протоколу: 2021 рік.

1.6. Дата перегляду протоколу: 2025 рік.

1.7. Список та контактна інформація осіб, які брали участь в розробці протоколу

Артьоменко Володимир Вікторович	професор кафедри акушерства і гінекології №2 Одеського національного медичного університету, д.мед.н, професор
Дубоссарська Юліана Олександрівна	завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти Дніпровського державного медичного університету, д.мед.н., професор
Жилка Надія Яківна	професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, експерт Міністерства охорони здоров'я України, д.мед.н.
Жук Світлана Іванівна	завідувач кафедри акушерства, гінекології і медицини плода Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, д.мед.н., професор
Камінський В'ячеслав Володимирович	завідувач кафедри акушерства і гінекології та репродуктології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, експерт Міністерства охорони здоров'я України, академік НАМН України, д.мед.н., професор
Коньков Дмитро Геннадійович	професор кафедри акушерства та гінекології №1 Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова, д.мед.н.
Медведь Володимир Ісаакович	завідувач відділення внутрішньої патології вагітних державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України», експерт Міністерства охорони здоров'я України, член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., професор (за згодою)
Посохова Світлана Петрівна	професор кафедри акушерства та гінекології №1 Одеського національного медичного університету, д.мед.н., професор
Ткаченко Руслан Опанасович	професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, д.мед.н., професор
Федько Руслан Михайлович	Завідувач відділення патології вагітних Ужгородського міського пологового будинку (за згодою)

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна	начальник відділу стандартизації медичної допомоги Департаменту оцінки медичних технологій, адміністрування державних реєстрів та моніторингу цін державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»
Шилкіна Олена Олександрівна	заступник начальника відділу стандартизації медичної допомоги Департаменту оцінки медичних технологій, адміністрування державних реєстрів та моніторингу цін державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»

Електронну версію документа можна завантажити з офіційного веб-сайту сайту Міністерства охорони здоров'я (<http://www.moz.gov.ua>) та з Реєстру медико-технологічних документів (<https://www.dec.gov.ua/mtd/home/>).

Рецензенти

Венцківський Борис Михайлович	професор кафедри акушерства і гінекології №1 Національного медичного університету імені акад. О.О. Богомольця, член-кореспондент НАМН України, д.мед.н.
Вдовиченко Юрій Петрович	перший проректор Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., професор.

1.8. Коротка епідеміологічна інформація

Гіпертензивні розлади під час вагітності за даними Європейського кардіологічного товариства є найпоширенішими медичними ускладненнями, які спостерігаються у 5–10% вагітностей у всьому світі. Вони залишаються основною причиною захворюваності та смертності матерів, плодів та новонароджених. Ризики для матері включають передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, інсульт, поліорганну недостатність та синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові. Плід має високий ризик затримки внутрішньоутробного росту (25% випадків преєклампсії), недоношеності (27% випадків преєклампсії) та внутрішньоутробної смерті (4% випадків преєклампсії).

За даними статистично-аналітичного довідника «Стан здоров'я жіночого населення в Україні за 2020 рік», опублікованого Державним закладом «Центр медичної статистики МОЗ України», згідно даних жіночих консультацій зареєстровано 17 592 випадки вагітностей, ускладнених набряками, протеїнурією та гіпертензивними розладами, що склало 6,4 на 100 вагітностей, у тому числі 5867 випадків преєклампсії, еклампсії, що склало 2,13 на 100 вагітностей, з них 701 випадок важких форм преєклампсії та еклампсії, що склало 0,25 на 100 вагітностей. Однак за даними акушерських стаціонарів кількість випадків ГВР була значно вищою, у 2020 р. зареєстровано 21 004 випадки пологів, ускладнених набряками, протеїнурією та гіпертензивними розладами, що склало 74,57 на 1000 пологів, у тому числі 11 075 випадків преєклампсії, еклампсії, що склало 39,32 на 1000 пологів, з них 1573 випадки тяжких форм преєклампсії та еклампсії, що склало 5,58 на 1000 пологів.

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Гіпертензія під час вагітності визначається, коли сАТ \geq 140 мм рт.ст. та дАТ \geq 90 мм рт.ст. при двохкратному вимірі з інтервалом більше ніж 4 години АБО сАТ \geq 160 мм рт.ст. та дАТ \geq 110 мм рт.ст., при однократному вимірюванні. Гіпертензія під час вагітності зустрічається у жінок з раніше існуючою первинною або вторинною хронічною артеріальною гіпертензією, а також у вагітних жінок, які мають маніфестацію гіпертензії в другій половині гестації. У даному УКПМД використовується наступна термінологія.

Хронічна артеріальна гіпертензія (ХАГ) - артеріальна гіпертензія, яка виникла до вагітності або до 20 тижнів вагітності, або якщо жінка вже приймає антигіпертензивні препарати. ХАГ може бути первинною чи вторинною за етіологічним чинником. Гіпертензія зберігається після 6 тижнів (42 доби післяпологового періоду).

Гестаційна гіпертензія (ГГ) - артеріальна гіпертензія, яка виникла після 20 тижнів вагітності без патологічної протеїнурії чи інших органних порушень, АТ нормалізується протягом 6 тижнів післяпологового періоду. Гестаційна гіпертензія може перейти в преєклампсію, тому вимагає відповідного моніторингування.

Поєднана преєклампсія – артеріальна гіпертензія, яка виникла до вагітності або до 20 тижнів вагітності + протеїнурія АБО прогресування гіпертензії на $\geq 30/15$ мм рт.ст. при тому самому об'ємі медикаментозного лікування у другій половині вагітності АБО органі порушення.

Рання преєклампсія – преєклампсія, що розвинулась до 34 тижнів вагітності.

Пізня преєклампсія – преєклампсія, що розвинулась після 34 тижнів вагітності.

Помірна преєклампсія - це полісистемний синдром, що проявляється, після 20 тижнів вагітності, підвищенням артеріального тиску у межах 140-159/90-109 мм рт.ст. та протеїнурією.

Тяжка преєклампсія визначається як тяжка гіпертензія (сАТ ≥ 160 або дАТ ≥ 110 мм рт.ст.) + протеїнурія АБО гіпертензія будь-якого ступеня + один чи більше з наступних симптомів:

- сильний головний біль;
- порушення зору;
- набряк диска зорового нерва;
- біль в епігастральній ділянці
- нудота, блювання;
- біль у правому підребер'ї або болючість при пальпації печінки;
- підвищені сухожилкові рефлекси;
- генералізовані набряки;
- олігоурія (діурез $< 0,5$ мл/кг/год);
- кількість тромбоцитів нижче 100×10^9 /л;
- підвищення рівня трансаміназ (АсАТ та/або АлАТ > 70 МО/л);
- затримка росту плода.

Еклампсія – один чи більше судомний напад, у хворої з преєклампсією.

HELLP-синдром – гемоліз еритроцитів, підвищення активності печінкових ферментів та тромбоцитопенія.

Протеїнурія є проявом порушення функції нирок, при якому визначається ≥ 300 мг білка в добовій порції сечі, або білок $\geq 0,3$ г/л у разовій порції двічі, або співвідношення у сечі протеїн(мг):креатинін(ммоль) ≥ 30 .

Набряки. Діагностично значущими є генералізовані набряки або такі, що виникли раптово. Помірні набряки спостерігаються у 50-80% вагітних з фізіологічним перебігом вагітності. Преєклампсія, що перебігає без набряків, визнана небезпечнішою для матері та плода, ніж преєклампсія з набряками.

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

3.1. ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

1. Профілактика

Обґрунтування

Доведено, що АГ, куріння, надлишкова маса тіла, недостатня фізична активність, мають негативний вплив на розвиток несприятливих перинатальних подій та піддаються корекції за допомогою фармакотерапії та модифікації способу життя.

Необхідні дії

Обов'язкові

Вагітним жінкам у доступній формі пояснити сутність проблем, пов'язаних із розвитком гіпертензивних розладів під час вагітності (див. додаток 1).

Надати рекомендації щодо дотримання здорового способу життя, припинення куріння.

Жінку з групи ризику виникнення ПЕ (див. пункт 4.1 Розділу IV) впродовж 7-10 днів після діагностики вагітності направляють на загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі (якісний тест на протеїнурію).

Рекомендувати вагітній з групи ризику проводити контроль артеріального тиску щонайменше 2 рази на добу із фіксацією результату у щоденнику (див. додаток б).

Вагітним жінкам із ризиком розвитку ПЕ призначають препарати ацетилсаліцилової кислоти (АСК) та кальцію (див. пункт 4.2 Розділу IV). При призначенні АСК збільшують дозу фолієвої кислоти до 800 мкг на добу.

Бажані

Розповсюдження інформації серед пацієнток в друкованому вигляді щодо проблем, пов'язаних із гіпертензивними розладами під час вагітності (див. додаток 1).

Заохочення всіх пацієнток до щоденних фізичних навантажень (фітнес вагітних, йога, аквааеробіка тощо) впродовж 15-20 хвилин щодня за умови задовільного самопочуття.

2. Діагностика

Обґрунтування

Доведено, що рання діагностика ГРВ, узгоджені дії лікарів та профілактична терапія на доклінічному етапі позитивно впливають на перинатальні наслідки.

Необхідні дії

Обов'язкові

Оцінка наявності у пацієнтки факторів ризику (див. пункт 4.1 Розділу IV).

Проведення фізикального обстеження та огляд пацієнтки.

Направлення пацієнтки на обстеження відповідно до терміну вагітності та наявних факторів ризику (див. додаток 2).

Лабораторні обстеження: ЗАК (визначення кількості тромбоцитів), рівня сироваткової концентрації креатиніну, трансаміназ, глюкози, протеїнурії.

Інструментальні обстеження: фетометрія, КТГ.

Моніторинг АТ в амбулаторних або домашніх умовах.

Стратифікація ризику для оцінки прогнозу у пацієток з потенційними ГРВ. У разі встановлення належності пацієнтки до групи ризику ГРВ подальше ведення здійснюється у ЗОЗ, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, тобто вагітна переходить під спостереження лікаря акушера-гінеколога.

Бажані

Розповсюдження інформації серед пацієток в друкованому вигляді щодо проблем, пов'язаних із гіпертензивними розладами під час вагітності (див. додаток 1).

3.2. ВТОРИННА (СПЕЦІАЛІЗОВАНА) МЕДИЧНА ДОПОМОГА

1. Профілактика

Обґрунтування

Доведено, що АГ, куріння, надлишкова маса тіла, недостатня фізична активність, мають негативний вплив на розвиток несприятливих перинатальних подій та піддаються корекції за допомогою фармакотерапії та модифікації способу життя.

Необхідні дії

Обов'язкові

Оцінка ефективності профілактичних заходів, проведених у закладах, що надають первинну медичну допомогу; за необхідності – проведення корекції.

Обстеження з метою уточнення загального ризику розвитку можливих перинатальних та неонатальних ускладнень.

Надання рекомендацій щодо корекції факторів ризику, необхідності дотримання засад здорового способу життя.

За відсутності протипоказань, вагітним жінкам із ризиком розвитку ПЕ рекомендують прийом АСК та кальцію (див. пункт 4.2 Розділу IV). При призначенні АСК збільшують дозу фолієвої кислоти до 800 мкг на добу.

Бажані

Розповсюдження інформації серед пацієток в друкованому вигляді щодо проблем, пов'язаних із гіпертензивними розладами під час вагітності (див. додаток 1).

Надання пацієткам із депресивними/тривожними розладами консультативної допомоги психолога/психотерапевта, призначення медикаментозної корекції за наявності показань.

2. Діагностика

Обґрунтування

Результати обстеження дозволяють уточнити діагноз, виявити перинатальні наслідки (тромбоцитопенія, ЗРП, ураження нирок, гематологічні ураження, ураження печінки, неврологічні ураження), коморбідну соматичну патологію та визначити тактику подальшого ведення

Необхідні дії

Обов'язкові

Оцінка результатів діагностичних заходів, проведених у закладах первинної медичної допомоги.

Вимірювання АТ на обох руках (сидячи та лежачи), аускультация серця, легенів, оцінка неврологічного статусу.

Лабораторні обстеження:

ЗАК (гемоглобін, тромбоцити);

ЗАС;

рівень глікемії, креатиніну, АлАТ, АсАТ, білірубину.

Інструментальні обстеження:

ультразвукова фетометрія, визначення кількості навколоплідних вод, доплерометрія артерій пуповини;

КТГ за критеріями Доуз-Редмана (див. додаток 7);

реєстрація ЕКГ в 12-ти відведеннях.

Консультацію спеціалістів та додаткові обстеження проводять за показаннями залежно від проявів ускладнень ГРВ, наявних факторів ризику та супутніх захворювань.

За неможливості проведення обстежень та консультацій спеціалістів, необхідних для уточнення діагнозу, а також у разі тяжкої ПЕ направити до закладу, який надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

Бажані

КТГ з визначенням варіабельності серцевого ритму плода за короткі відрізки часу (STV).

4. Лікування

Обґрунтування

Доведено, що своєчасне призначення адекватної немедикаментозної і медикаментозної терапії у пацієток з ГРВ сповільнює прогресування захворювання, зменшує частоту розвитку тяжкої ПЕ, перинатальних та неонатальних ускладнень, знижує материнську смертність.

Необхідні дії

Обов'язкові

Надання консультативного висновку лікаря-спеціаліста (терапевт/кардіолог), який містить рекомендації щодо заходів медикаментозної корекції, способу застосування лікарських засобів та подальшого ведення лікарем закладу, що надає медичну допомогу.

Надання вагітним жінкам у доступній формі інформації щодо стану їх здоров'я, подальшого перебігу захворювання та алгоритму лікувально-діагностичних заходів, які будуть проводитись.

Для лікування ХАГ, ГГ, ПЕ (див. пункти 4.3, 4.4, 4.5 Розділу IV) використовують антигіпертензивні препарати I ряду з доведеною ефективністю щодо зниження ризику розвитку ускладнень (метилдофа, дигідропіридинові антагоністи кальцієвих каналів, бета-адреноблокатори) та їх комбінації. При неможливості нормалізації АТ за допомогою препаратів I ряду додатково призначають препарати II ряду (урапідил). За резистентної

гіпертензії можливе використання клонідину або гліцерола тринітрату (нітрогліцерин). У жінок з тяжкою ПЕ рекомендовано проведення профілактичної протисудомної терапії магнію сульфатом. Регулярне лікарське спостереження проводиться до стійкого досягнення цільового рівня АТ.

Медикаментозне лікування супутніх захворювань (хвороби серцево-судинної системи, цукровий діабет, ниркова патологія та ін.) проводять відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

При недосягненні цільового АТ (при ХАГ – 130-150/80-100 мм рт.ст.; при ГГ, помірній ПЕ – 120-140/80-90 мм.рт.ст., тяжкій ПЕ – 130-150/80-95 мм.рт.ст.) слід:

упевнитись, що пацієнтка виконує рекомендації щодо прийому препаратів;

провести моніторинг артеріального тиску;

провести корекцію терапії.

Метод та термін розродження залежить від діагнозу та рівня АТ (див. пункти 4.3, 4.4, 4.5 Розділу IV).

Скерування, у разі необхідності, пацієнтки до закладів, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу з метою додаткового обстеження та проведення лікування.

Повідомити жінкам, що тривалість їх антигіпертензивного лікування після пологів зазвичай має бути подібною до тривалості лікування до пологів (але може бути й більшою). Після пологів у жінок із гіпертензією цільовий показник АТ становить < 140/90 мм рт.ст (див. додаток 8).

Якщо жінка приймала метилдофу для лікування гіпертензії під час вагітності, слід припинити її прийом протягом 2-х днів після пологів і перейти на альтернативне антигіпертензивне лікування (каптоприл або еналаприл) до закінчення грудного вигодовування.

Рекомендувати медичний мультидисциплінарний огляд в післяпологовому періоді (6-8 тижнів після пологів).

Надати інформацію про безпечність лікарських засобів під час грудного вигодовування.

Допомога при тяжкій ПЕ та розвитку еклампсії, HELLP-синдрому здійснюється відповідно до пунктів 4.6, 4.7, 4.8 Розділу IV.

Бажані

Порадити жінкам, які перенесли прееклампсію, заходи для досягнення та утримання ІМТ у межах здорового діапазону (18,5–24,9 кг/м²) до наступної вагітності.

У жінок, які перенесли прееклампсію або гестаційну гіпертензію з передчасними пологами до 34 тижнів, розглянути можливість консультування до наступної вагітності, щоб обговорити можливі ризики повторних гіпертензивних розладів та способи їх профілактики.

При виписці зі стаціонару після пологів жінки, яка перенесла ГРВ, необхідно скласти план її ведення для продовження спостереження лікарем загальної практики – сімейної медицини.

Залучення пацієнтки до участі в профілактичних заходах, школі грудного вигодовування, програмі відмови від куріння, програмі психологічної та фізичної реабілітації тощо.

3.3. ТРЕТИННА (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНА) МЕДИЧНА ДОПОМОГА

1. Профілактика

Обґрунтування

Доведено, що коморбідні соматичні захворювання, надлишкова маса тіла, недостатня фізична активність, мають негативний вплив на розвиток несприятливих перинатальних подій та піддаються корекції за допомогою призначення фармакотерапії та зміни способу життя.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові

Оцінка ефективності профілактичних заходів, проведених у закладах первинної та вторинної медичної допомоги, за необхідності – проведення корекції.

Призначення необхідних обстежень для уточнення загального ризику розвитку можливих перинатальних ускладнень.

Надання рекомендацій щодо корекції факторів ризику, необхідності дотримання засад здорового способу життя.

За відсутності протипоказань, вагітним жінкам із ризиком розвитку ПЕ рекомендують прийом АСК та кальцію (див. пункт 4.2 Розділу IV). При призначенні АСК збільшують дозу фолієвої кислоти до 800 мкг на добу.

Бажані

Розповсюдження інформації серед пацієнток в друкованому вигляді щодо проблем, пов'язаних із гіпертензивними розладами під час вагітності (див. додаток 1).

Надання пацієнткам з депресивними/тривожними розладами консультативної допомоги психолога/психотерапевта, призначення медикаментозної корекції за наявності показань.

2. Діагностика

Обґрунтування

Результати обстеження дозволяють уточнити діагноз, виявити перинатальні наслідки (тромбоцитопенія, ЗРП, ураження нирок, гематологічні ураження, ураження печінки, неврологічні ураження), коморбідну соматичну патологію та визначити тактику подальшого ведення пацієнтки, призначити оптимальну антигіпертензивну терапію.

Необхідні дії лікаря

Обов'язкові

Оцінка результатів діагностичних заходів, здійснених у закладах первинної та вторинної медичної допомоги.

Вимірювання АТ на обох руках (сидячи та лежачи), аускультация серця, легень, оцінка неврологічного статусу.

Лабораторні обстеження:

ЗАК (гемоглобін, тромбоцити);

ЗАС, доповнений визначенням співвідношення протеїн : креатинін;
рівень глікемії, креатиніну;

коагулограма (МНВ, фібриноген, АЧТЧ);

глікемічний профіль, визначення рівня глікозильованого гемоглобіну (за показаннями).

Інструментальні обстеження:

ультразвукова фетометрія, визначення кількості навколоплідних вод,
доплерометрія артерій пуповини;

КТГ за критеріями Доуз-Редмана (див. додаток 7);

реєстрація ЕКГ в 12-ти відведеннях;

УЗД нирок (за показаннями);

сатурація кисню (за показаннями);

КТ головного мозку (за показаннями).

Консультацію спеціалістів та додаткові обстеження проводять за показаннями залежно від проявів ускладнень ГРВ, наявних факторів ризику та супутніх захворювань.

Бажані

КТГ з визначенням варіабельності серцевого ритму плода за короткі відрізки часу (STV).

Доплерометрія венозної протоки та середньої мозкової артерії плода (за показаннями).

3. Лікування

Обґрунтування

Доведено, що своєчасне призначення адекватної немедикаментозної і медикаментозної терапії у пацієток з ГРВ сповільнює прогресування захворювання, зменшує частоту тяжкої ПЕ, перинатальних та неонатальних ускладнень, знижує материнську смертність.

Необхідні дії

Обов'язкові

Надання консультативного висновку лікаря-спеціаліста (терапевт/кардіолог, акушер-гінеколог), який містить рекомендації щодо заходів медикаментозної корекції, способу застосування лікарських засобів та подальшого ведення лікарем закладу, що надає медичну допомогу.

Надання у доступній формі інформації щодо стану здоров'я, подальшого перебігу захворювання та алгоритму лікувально-діагностичних заходів, які будуть проводитись.

Для лікування ХАГ, ГГ, ПЕ (див. пункти 4.3, 4.4, 4.5 Розділу IV) використовують антигіпертензивні препарати I ряду з доведеною ефективністю щодо зниження ризику розвитку ускладнень (метилдофа, дигідропіридинові антагоністи кальцієвих каналів, бета-адреноблокатори) та їх комбінації. При неможливості нормалізації АТ за допомогою препаратів I ряду додатково призначають препарати II ряду (урапідил). За резистентної

гіпертензії можливе використання клонідину або гліцерола тринітрату (нітрогліцерин). У жінок з тяжкою ПЕ рекомендовано проведення профілактичної протисудомної терапії магнію сульфатом. Регулярне лікарське спостереження проводиться до стійкого досягнення цільового рівня АТ.

Медикаментозне лікування супутніх захворювань (хвороби серцево-судинної системи, цукровий діабет, ниркова патологія та ін.) проводять відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

При недосягненні цільового АТ (при ХАГ – 130-150/80-100 мм рт.ст.; при ГГ та помірній ПЕ – 120-140/80-90 мм.рт.ст) , помірній ПЕ – 120-140/80-90 мм.рт.ст., тяжкій ПЕ – 130-150/80-95 мм.рт.ст.) слід:

упевнитись, що пацієнтка виконує рекомендації щодо прийому препаратів;

провести моніторинг артеріального тиску;

провести корекцію терапії.

Розродження жінки проводити залежно від діагнозу та рівня АТ (див. пункти 4.3, 4.4, 4.5 Розділу IV).

Допомога при тяжкій ПЕ та розвитку еклампсії, HELLP -синдрому здійснюється відповідно до пунктів 4.6, 4.7, 4.8 Розділу IV.

Повідомити жінкам, що тривалість їх антигіпертензивного лікування після пологів зазвичай має бути подібною до тривалості лікування до пологів (але може бути й більшою). Після пологів у жінок із гіпертензією цільовий показник АТ становить < 140/90 мм рт.ст (див. додаток 8).

Якщо жінка приймала метилдофу для лікування гіпертензії під час вагітності, слід припинити її прийом протягом 2 днів після пологів і перейти на альтернативне антигіпертензивне лікування (каптоприл або еналаприл) до закінчення грудного вигодовування.

Породіллі з нетяжкою гестаційною гіпертензією, які не отримують антигіпертензивні препарати, та із ХАГ можуть бути виписані з лікарні на 3-ю добу після пологів.

Породіллі з тяжкою гестаційною гіпертензією, які продовжують отримувати антигіпертензивні препарати, мають перебувати у лікарні до 4-го дня.

Породіллі після прееклампсії можуть бути виписані з лікарні за відсутності клінічних та лабораторних ознак ПЕ та досягненні цільового АТ $\leq 150/100$ мм.рт.ст. на фоні прийому або без прийому АГТ.

Рекомендувати медичний мультидисциплінарний огляд в післяпологовому періоді (6-8 тижнів після пологів).

Надати інформацію про безпечність лікарських засобів під час грудного вигодовування.

Бажані

Порадити жінкам, які перенесли прееклампсію, заходи для досягнення та утримання ІМТ у межах здорового діапазону ($18,5\text{--}24,9$ кг/м²) до наступної вагітності.

У жінок, які перенесли прееклампсію або гестаційну гіпертензію з передчасними пологами до 34-х тижнів, розглянути можливість консультування до наступної вагітності, щоб обговорити можливі ризики повторних гіпертензивних розладів та способи їх профілактики.

При виписці зі стаціонару після пологів жінки, яка перенесла ГРВ, скласти план її ведення для продовження спостереження лікарем загальної практики-сімейної медицини.

Залучення пацієнтки до участі в профілактичних заходах, школі грудного вигодовування, програмі відмови від куріння, програмі психологічної та фізичної реабілітації тощо.

IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

4.1. Фактори ризику розвитку гіпертензивних розладів вагітності

До групи ризику виникнення ГРВ належать жінки, які мають щонайменше один фактор високого ризику з перерахованих нижче:

- цукровий діабет 1 або 2 типу;
- хронічна гіпертензія;
- гіпертензивні розлади під час попередньої(их) вагітності(ей);
- хронічна хвороба нирок;
- аутоімунні захворювання (СЧВ, АФС);
- багатоплідна вагітність
- або два фактори помірною ризику з наступних:
 - перша вагітність;
 - вік вагітної жінки 40 років та старше;
 - інтервал між вагітностями більше 10 років;
 - індекс маси тіла (ІМТ) 35 кг/м² або більше при першому зверненні до жіночої консультації;
 - сімейна історія прееклампсії.

4.2. Профілактика розвитку прееклампсії

Вагітним з групи ризику слід порадити приймати 100-150 мг на добу ацетилсаліцилової кислоти (АСК) щодня з 12 тижнів до 36 тижнів вагітності ввечері (при призначенні АСК збільшують дозу фолієвої кислоти до 800 мкг на добу) та 1,5-2 г кальцію (1 г елементарного кальцію міститься у 2,5 г карбонату кальцію або 4 г цитрату кальцію) із 16 тижнів вагітності (під час прийому їжі).

4.3. Клінічний супровід вагітних жінок із хронічною артеріальною гіпертензією (ХАГ)

1. Консультація до вагітності

Прийом інгібіторів АПФ та блокаторів рецепторів ангіотензину (БРА) слід припинити при плануванні вагітності або відразу після встановлення діагнозу вагітність. Жінкам, які приймають інгібітори АПФ або БРА, необхідно повідомити, що є підвищений ризик вроджених вад, якщо приймати вказані препарати під час вагітності.

2. Допологовий нагляд вагітних з ХАГ

Вагітні жінки із ХАГ мають бути оцінені на предмет протеїнурії.

Значуща протеїнурія визначається при рівні протеїну > 0,3 г/добу в повній порції сечі за 24 год або 0,3 г/л двічі через 6 годин.

Визначення співвідношення протеїн:креатинін для кількісної оцінки рівня протеїнурії у вагітних (за 24 год \geq 30 мг/ммоль) рекомендується, коли є підозра на розвиток прееклампсії.

Питання щодо пролонгування вагітності при ХАГ вирішується спільно лікарем акушером-гінекологом та лікарем-терапевтом (лікарем-кардіологом) з урахуванням даних обстеження та інформації про перебіг АГ.

3. Антигіпертензивна терапія (АГТ)

Припинити застосування інгібіторів АПФ та БРА протягом 2 діб з моменту діагностики вагітності.

Початкова терапія проводиться одним з доступних антигіпертензивних препаратів: метилдофа, бета-адреноблокатори або ніфедипін. При гіпертонічному кризі перевага надається урапідилу. При резистентній гіпертензії можливе використання клонідину або гліцерилу тринітрат (нітрогліцерин).

При проведенні антигіпертензивної терапії слід запобігати надмірному зниженню артеріального тиску (не більше, ніж 25% від максимальних показників АТ).

У вагітних жінок з неускладненою ХАГ цільовий рівень АТ має бути 130-150/80-100 мм рт.ст. Жінкам з ураженням органів-мішеней необхідно пропонувати лікування, що буде утримувати АТ < 140/90 мм рт.ст.

4. Спостереження за станом плода

У 28, 32 та 36 тижнів проводять: ультразвукову фетометрію, визначають амніотичний індекс + доплерометрію артерій пуповини.

Кардіотокографію слід проводити лише за клінічними показаннями.

При порушенні стану плода, подальшу тактику має вирішувати перинатальний консиліум.

У жінок з ХАГ з метою нейропротекції плода в терміни ≤ 31 тижнів +6 діб вводиться магнію сульфат (МС), якщо пологи мають відбутися протягом найближчих 24 годин.

5. Термін розродження

Вагітні із тяжкою ХАГ повинні народжувати лише у закладах, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

Жінкам із ХАГ, у яких АТ < 160/110 мм рт.ст., з або без антигіпертензивного лікування, не рекомендовано розродження до 37 тижнів вагітності. Для вагітних жінок з неускладненою ХАГ оптимальний термін розродження має бути від 38 + 0 до 39 + 6 тижнів вагітності.

За необхідності дострокового розродження (≤ 34 тиж.) рекомендовано провести курс глюкокортикоїдів для профілактики РДС синдрому плода відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

6. Спостереження у пологах

АТ 140/90- 159/109 мм рт.ст.

Продовжити допологову АГТ.

АТ повинен вимірюватися щогодини.

Якщо АТ стабільний зазвичай не обмежують тривалість другого періоду пологів.

Доцільно проведення епідуральної аналгезії.

АТ $\geq 160/110$ мм рт.ст.

Продовжити допологову АГТ. Додатково урапідил в/в.

АТ повинен вимірюватися кожні 15 хвилин до стабілізації стану, а потім кожні 30 хвилин в початковій фазі клінічної оцінки.

Якщо АТ контролюється в межах цільового діапазону (140-159/90-109 мм рт.ст.) зазвичай не обмежують тривалість другого періоду пологів.

Обов'язкове проведення епідуральної аналгезії.

Якщо АТ не коригується АГТ, вирішити питання про оперативне розродження.

7. Післяпологовий нагляд

Контроль АТ у жінок з хронічною гіпертензією, після пологів:

щодня протягом перших двох днів після пологів;

щонайменше один раз між 3-ою та 5-ою добами після пологів;

за клінічними показаннями, якщо гіпотензивну терапію змінюють після пологів.

У жінок з хронічною гіпертензією, після пологів, АТ необхідно підтримувати нижче 140/90 мм рт.

Продовжити лікування антигіпертензивними препаратами, що були призначені до пологів, окрім метилдофи. Припиняють призначення вказаного препарату протягом 2-ох діб після пологів та призначають каптоприл або еналаприл до закінчення грудного вигодовування. Далі лікування проводять відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я з лікування АГ.

4.4. Клінічний супровід вагітних жінок із гестаційною гіпертензією

1. Допологовий нагляд вагітних з ГГ

Жінки із ГГ мають бути оцінені на предмет протеїнурії.

Значуща протеїнурія визначається при рівні протеїну $> 0,3$ г/добу в повній порції сечі за 24 год або $0,3$ г/л.

Визначення співвідношення протеїн: креатинін для кількісної оцінки рівня протеїнурії у вагітних (за 24 год ≥ 30 мг/ммоль) рекомендується, коли є підозра на розвиток прееклампсії.

АТ повинен вимірюватися 2 рази на тиждень.

Тест на протеїнурію при кожному відвідуванні.

Креатинін, електроліти, ЗАК (тромбоцити), трансамінази, білірубін (при АТ 150/100-159/109 мм рт.ст.).

Не проводити додаткових аналізів крові, якщо немає подальшої протеїнурії.

Госпіталізація при АТ $\geq 160/110$ мм рт.ст.

2. Антигіпертензивна терапія

Початкова терапія може розпочинатись одним з антигіпертензивних препаратів: метилдофа, бета-адреноблокатори, ніфедипін. Друга лінія антигіпертензивних препаратів урапідил.

За резистентної гіпертензії можливе використання клонідину або гліцерилатринітрат (нітрогліцерин).

Цільовий рівень АТ має бути 120-140/80-90 мм рт.ст.

3. Спостереження за станом плода

Ультразвукова фетометрія, амніотичний індекс + доплерометрія артерій пуповини (за показаннями - венозної протоки, середньої мозкової артерії), (якщо планується консервативна тактика), повторювати кожні 2-4 тижні, якщо є клінічні показання (тяжка ГГ кожні 2 тижня).

Кардіотокографія.

У жінок із гестаційною гіпертензією кардіотокографію слід проводити лише за клінічними показаннями, якщо жінка із тяжкою ГГ повідомила про зміну кількості рухів плода; вагінальну кровотечу; абдомінальний біль; погіршення стану. Не повторювати більше, ніж раз на тиждень, якщо результати моніторингу плода нормальні.

При порушенні стану плода, подальшу тактику має вирішувати перинатальний консиліум.

У жінок з гестаційної гіпертензією МС може бути введений з метою нейропротекції плода в терміни ≤ 31 тижнів + 6 діб, якщо пологи мають відбутися протягом найближчих 24 годин.

4. Термін розродження

Вагітні із тяжкою ГГ повинні народжувати лише у закладах, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

Бажаний термін розродження після 37 тижнів.

Спосіб розродження відповідно до акушерської ситуації.

За необхідності дострокового розродження (≤ 34 тиж.) рекомендовано провести курс глюкокортикоїдів для профілактики РДС синдрому плода відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

5. Спостереження у пологах

Продовжити допологову АГТ.

АТ повинен вимірюватися кожні 15 хвилин до стабілізації стану, а потім кожні 30 хвилин в початковій фазі клінічної оцінки.

Якщо АТ контролюється в межах цільових діапазонів зазвичай не обмежують тривалість другого періоду пологів.

Якщо АТ не коригується АГТ вирішити питання про оперативне розродження.

6. Післяпологовий нагляд

Контроль АТ у жінок з ГГ, після пологів:

щодня протягом перших двох днів після пологів;

щонайменше один раз між 3-ою та 5-ою добами після пологів;

за клінічними показаннями, якщо гіпотензивну терапію змінюють після пологів.

Після пологів АТ необхідно підтримувати на рівні $< 140/90$ мм рт.ст.

Продовжити АГТ, що була призначена до пологів.

Якщо не було допологової АГТ, розпочати гіпотензивну терапію при АТ $\geq 140/90$ мм рт.ст.

Якщо жінка приймала метилдофу для лікування ГГ, припиняють призначення вказаного препарату протягом 2-ох діб після пологів та призначають каптоприл або еналаприл за необхідності, контроль АТ до 42 діб.

Якщо АТ знижується до $< 140/90$ мм рт.ст., розглянути можливість подальшого скасування гіпотензивної терапії.

4.5. Клінічний супровід пацієток із преєклампсією

1. Допологовий нагляд вагітних з ПЕ

Помірна прееклампсія (АТ 140-159/90-109 мм рт.ст., протеїнурія 0,3-3г/доб.)

Госпіталізація.

Критерії початку АГТ: АТ \geq 150/100 мм рт. ст., за наявності додаткових ознак тяжкості ПЕ початок гіпотензивної терапії при АТ \geq 140/90 мм рт. ст.

Початкова терапія може розпочинатись з одного з препаратів АГТ: метилдофа, бета-адреноблокатор або ніфедипін.

Цільовий рівень АТ: сАТ 130-150 мм рт. ст., дАТ 80-95 мм рт.ст.

Недоцільно різке зниження АТ (не більш ніж 25% від максимальних показників АТ).

АТ повинен вимірюватися 4 рази на добу.

Креатинін, електроліти, ЗАК (тромбоцити), трансамінази, білірубін (2-3 рази на тиждень) (див. додаток 4).

Тяжка прееклампсія (АТ \geq 160/110 мм рт.ст., протеїнурія $>$ 3г/доб.) АБО будь яка гіпертензія що супроводжується одним або декількома з наступних ознак:

серцева недостатність, набряк легень;

гіперрефлексія, постійний головний біль, погіршення зору (розмитість або мерехтіння перед очима);

сироватковий показник креатиніну $>$ 90 мкмоль / л, олігурія $<$ 0,5мл/кг/год., протеїнурія $>$ 0,3 г/доб. або 0,3 г/л двічі через 6 год;

тромбоцитопенія $<$ $100 \cdot 10^9$ /л;

гемоліз: шизоцити або фрагменти еритроцитів,

↑ непрямого білірубину,

↑ лактатдегідрогенази $>$ 600МО/л, порушення гемостазу;

↑ трансаміаз в сироватці крові удвічі чи більше, блювання, гострий біль у епігастрії та/або у правому верхньому квадранті;

ЗРП.

Госпіталізація до ВРІТ закладу, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

Розпочати протисудомну терапію (магнію сульфат).

Початкова антигіпертензивна терапія на госпітальному етапі має починатись з ніфедипіну (у краплях або таблетках, які слід розжовувати), урапідилу парентерально або бета-адреноблокаторів парентерально. При високому АТ перевага надається урапідилу. За наявності резистентної гіпертензії можливе використання клонідину або гліцерилу тринітрату (нітрогліцерин).

Цільовий рівень АТ має бути не нижче 150/100 мм рт.ст.

АТ повинен вимірюватися принаймі 4 рази на добу, або залежно від клінічної ситуації.

Креатинін, електроліти, ЗАК (тромбоцити), коагулограма, трансамінази, білірубін (щодня) (див. додаток 4).

2. Протисудомна терапія

Початкова доза:

16 мл 25% розчину (4 г) магнію сульфат + 34 мл 0,9% розчину хлориду натрію ввести протягом 10-15 хв. в/в повільно (бажано з використанням перфузора - шприцевого насосу).

Підтримувальна доза:

Варіант 1: за допомогою перфузора 50 мл 25% р-ну магнію сульфату вводять із швидкістю 4 мл (1 г) / год;

Варіант 2: введення магнію сульфату в/в крапельно (розчин готують таким чином: 30 мл 25 %-го розчину 7,5 г магнію сульфату вводять у флакон, що містить 220 мл 0,9% розчину хлориду натрію. отриманий 3,33% розчин магнію сульфату необхідно вводити через допоміжну лінію крапельниці паралельно інфузійній терапії). Швидкість введення розчину підбирають згідно зі станом вагітної – від 1 г/год (10–11 крапель) до 2 г/год. (22 краплі/хв.).

3. Спостереження за станом плода

При виборі консервативного лікування ПЕ рекомендується проведення наступних тестів: ультразвукова фетометрія та оцінка амніотичного індексу; доплерометрія кровоплину в артеріях пуповини (у закладах, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, додатково проводять доплерометрію кровоплину у венозній протоці та середній мозковій артерії)

Рекомендовано щоденне проведення КТГ.

У жінок із ПЕ кардіотокографію слід повторити за клінічними показаннями: жінка повідомляє про зміну рухів плода; вагінальна кровотеча; біль в животі; погіршення загального стану матері.

При порушенні стану плода, подальшу тактику має вирішувати перинатальний консиліум.

Допологове призначення глюкокортикостероїдів для жінок із ПЕ при терміні вагітності ≤ 34 тижнів для профілактики РДС синдрому плода відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

4. Термін та метод розродження при ПЕ

Для жінок з помірною прееклампсією у терміні гестації **22+0 – 33+6 тижнів** рекомендовано обрати вичікувальну тактику, проте лише у медичних закладах, які здатні надати висококваліфіковану медичну допомогу передчасно народженій дитині та забезпечити постійний моніторинг жінки в умовах ВАІТ.

При тяжкій ПЕ необхідно вирішити питання про пологи після стабілізації гемодинамічного стану матері, після проведення профілактики РДС плода та транспортування вагітної жінки до закладу, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу (за можливості).

34+0 - 36+6 тижнів: при тяжкій ПЕ показано розродження до 48 годин – в закладі, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, після стабілізації стану вагітної; при помірній ПЕ при стабільному стані плода – консервативна тактика.

Розродження жінок з помірною ПЕ після **37 тижнів** – упродовж 24-48 годин, після стабілізації гемодинаміки, при забезпеченні цілодобової доступності екстреної допомоги та адекватного моніторингу за станом матері та плода.

Розродження жінок з тяжкою ПЕ після **37 тижнів** – лише в закладі, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, упродовж 24 годин після стабілізації стану гемодинаміки.

Підвищена резистентність в судинах пуповини, вдвічі знижує відсоток успішних вагінальних пологів; при нульовому або реверсивному кровотоці показаний кесарів розтин.

Можливість пологів через природні пологові шляхи повинна бути розглянута в усіх випадках ПЕ (включаючи тяжку) за відсутності показань до кесарева розтину, задовільному стані плода.

Кінцевий вибір методу розродження повинен ґрунтуватися на аналізі клінічної ситуації, враховувати стан матері, плода, можливості лікувального закладу, досвід лікарів.

5. Спостереження у пологах

Продовжити допологову АГТ.

АТ слід вимірювати щогодини при помірній ПЕ, при тяжкій – постійний моніторинг.

Забезпечити адекватне знеболення пологів. За відсутності протипоказань оптимальним методом знеболення пологів є епідуральна аналгезія.

Якщо АТ стабільний зазвичай не обмежують тривалість другого періоду пологів.

Протисудомну терапію та АГТ проводять упродовж усього періоду пологів (у т.ч. під час кесарева розтину), щоб підтримати показники сАТ < 160 мм рт.ст. та дАТ < 110 мм рт.ст.

6. Післяпологовий нагляд

Контроль АТ у жінок з ПЕ, після пологів: 4 рази на добу протягом 5 днів після пологів (тяжка ПЕ).

У жінок з тяжкою ПЕ після пологів слід підтримувати такі рівні АТ: систолічний < 160 мм рт. ст., діастолічний < 100 мм рт. ст.

У жінок з цукровим діабетом, АТ необхідно утримувати на рівні < 130/80 мм рт.ст.

Профілактика тромбоемболічних ускладнень у післяпологовому періоді має проводитись в жінок з ПЕ, з додатковими факторами ризику.

У жінок з тяжкою ПЕ АГТ продовжують в післяпологовому періоді.

У жінок без супутніх патологій, АГТ необхідно проводити для утримання АТ < 140/90 мм рт.ст. Дози АГТ поступово зменшують, але не раніше, ніж через 48 годин після пологів. Якщо жінка отримувала два чи більше антигіпертензивних препарати – один препарат скасовують.

Терапія МС триває не менше 24 годин після пологів або після останнього нападу судом.

Лікарські засоби для зниження АТ у жінок, які годують груддю: ніфедипін, бета-адреноблокатори, каптоприл та еналаприл.

4.6. Особливості медичної допомоги при тяжкій преєклампсії (див. додаток 3).

1. Контроль інфузії магнію сульфату.

В антенатальному періоді призначення магнію сульфату має супроводжуватися кардіомоніторингом плода.

Введення магнію сульфату не можна переривати тільки на підставі зниження артеріального тиску.

Тривалість терапії магнію сульфату - не менше 24 годин.

Рішення щодо зміни швидкості введення магнію сульфату (збільшення або зменшення дози) чи припинення терапії магнію сульфату приймають на підставі оцінки показників сироваткового магнію або у разі появи клінічних ознак токсичності магнію сульфату (сплутана свідомість, зниження ЧД до 12 і менше за хв., зниження $SpO_2 < 95\%$, пригнічення колінних рефлексів, розвиток АВ-блокади), (див. додаток 4).

Моніторинг стану вагітної під час проведення терапії магнію сульфату:
вимірювання АТ кожні 20 хв.;

підрахунок частоти серцевих скорочень (ЧСС);

спостереження за частотою та характером дихання (ЧД має бути ≥ 14 за 1 хв.);

визначення концентрації магнію кожні 4-6 годин (терапевтичний діапазон – 3-8 ммоль/л);

визначення сатурації $O_2 (\geq 95\%)$;

перевірка колінних рефлексів кожні 2 год.;

контроль погодинного діурезу ($\geq 0,5$ мл/кг/год.);

аускультация серцебиття плода щогодини, фетальний моніторинг (за показаннями).

Протипоказання до терапії магнієм сульфату:

гіпокальціємія (< 1 ммоль/л іонізованого кальцію);

пригнічення дихального центру (ЧД < 14 /хв.);

артеріальна гіпотензія (сАТ < 90 мм рт.ст.), кахексія (ІМТ менше 16 кг/м^2).

Тільки за неефективності або непереносимості терапії магнію сульфату та протягом короткого проміжку часу може використовуватися діазепам (10-20 мг в/в) Рутинне використання діазепаму в якості протисудомного засобу у пацієнток з ПЕ та еклампсією не рекомендоване. У пацієнток з еклампсією діазепам – це лише допоміжний седативний засіб при проведенні ШВЛ.

Застосування тіопенталу натрію (вища разова 1,0 г, добова- 5,0 г внутрішньовенно) має розглядатися тільки як седація та протисудомна терапія за умов ШВЛ.

2. Інфузійна терапія (ІТ) при прееклампсії

Проведення ІТ не є рутинною практикою при лікуванні прееклампсії. ІТ не повинна застосовуватися для лікування олігурії ($< 0,5$ мл/кг/год).

Для лікування стійкої олігурії не рекомендується введення допаміну та фуросеміду.

Загальний об'єм рідини обмежується фізіологічною добовою потребою (40-45 мл/кг/добу) з урахуванням введеної та випитої рідини та нефізіологічних втрат (крововтрата тощо), але не більше 80 мл/год або 1мл/кг/год. При проведенні ІТ баланс рідини повинен бути від'ємним. Максимальний об'єм інфузії не повинен перевищувати 800 мл на добу.

У разі необхідності корекції колоїдно-онкотичного тиску (альбумін плазми ≤ 25 г/л або загальний білок плазми ≤ 50 г/л) показано введення 15-25% альбуміну.

Свіжозаморожена плазма не рекомендується для корекції КОТ.

Контроль показників центральної гемодинаміки проводити за допомогою ехокардіографії або неінвазивного контролю серцевого викиду (за можливості).

Рутинний моніторинг центрального венозного тиску не рекомендується.

За необхідності катетеризації центральної вени дану маніпуляцію проводити під контролем ультразвукового дослідження судин.

3. Знеболення пологів та кесаревого розтину при ПЕ

Вибір методу анестезії повинен залежати від досвіду лікаря-анестезіолога.

Раннє введення епідурального катетера (за відсутності протипоказань) рекомендується для контролю болю під час пологів.

Визначення кількості тромбоцитів має бути проведено всім пацієнткам з ПЕ, які поступили для розродження, якщо не проведено раніше.

При операції кесаревого розтину у жінок з ПЕ методом вибору є регіонарна (спінальна, епідуральна, спінально-епідуральна) анестезія за відсутності протипоказань.

Умови для проведення регіонарної анестезії при тяжкій ПЕ та після нападу еклампсії: відсутність судом, рівень свідомості 14 -15 балів (шкала Глазго), відсутність неврологічного дефіциту, контрольований АТ, відсутність коагулопатії, рівень тромбоцитів $\geq 100 \cdot 10^9$ /л, відсутність ознак гострого порушення стану плода.

При операції кесаревого розтину у жінок з еклампсією метод вибору - загальна анестезія.

Для індукції використовують тіопентал натрію (4-5 мг/кг).

У випадках значної вихідної артеріальної гіпертензії (АТ > 190/130 мм рт.ст) у вагітних з ПЕ/еклампсією допускається застосування фентанілу 50 – 100 мкг до народження дитини, а також урапідилу. Міорелаксація забезпечується суксаметонієм (1,5 мг/кг).

Не припиняти введення МС під час розродження! Після операції продовжують введення МС зі швидкістю 1-2 г/год з метою попередження судомного нападу.

4.7. Тактика ведення у разі еклампсії

Допомогу починають надавати на місці, де стались судоми (див. додаток 5). Необхідно:

зафіксувати час та покликати колег на допомогу;

захистити жінку від пошкоджень, утримуючи її під час судом;

підготувати обладнання (повітроводи, відсмоктувач, маска, мішок Амбу, кисень) та магнію сульфату для болосного введення.

Після судом, за необхідності, електровідсмоктувачем очистити ротову порожнину та гортань. Провести аускультацию легень. За можливості, проводять інгаляцію киснем.

Покласти жінку на рівну поверхню у положенні на лівому боці або зі зміщенням матки вліво на 15-20°.

Забезпечити подачу кисню (100% кисень зі швидкістю 8-10 л за хв.), оцінити дихання після нападу судом, пульсоксиметрія, аускультация легенів для виключення аспірації або набряку легень.

За умови розвитку тривалого апное негайно розпочати примусову вентиляцію маскою з подачею 100% кисню. Якщо судом повторюються або хвора залишається у стані коми, вводять м'язові релаксанти (2 мг/кг суксаметонію) та переводять пацієнтку на штучну вентиляцію легенів (ШВЛ).

Після нападу негайно розпочати терапію магнієм сульфату, не використовувати діазепам в якості альтернативи магнію сульфату.

Ввести болус 4 г (16 мл 25% р-ну + 34 мл 0,9% розчину хлориду натрію) упродовж 5 хв. в/в, потім продовжувати по 1–2 г/год. Якщо напад повторюється, внутрішньовенно вводять ще 2 г (8 мл 25% розчину) протягом 3-5 хвилин.

Замість додаткового болусу магнію сульфату можна використовувати діазепам 5-10 мг в/в (2-5 мг за хв, максимум 10мг), АБО мідозолам 5-10 мг в/в протягом 2-5 хв, АБО клоназепам 1–2 мг в/в протягом 2–5 хв.

Якщо сАТ \geq 160 мм рт.ст. або дАТ \geq 110 мм рт.ст проводять АГТ. Прагнути знизити сАТ до 130–150 мм рт.ст. і дАТ до 80–90 мм рт.ст.

Якщо напад судом триває понад 30 хвилин, цей стан розглядають як екламптичний статус.

Не призначати метилергометрин!

Після нападу судом показане невідкладне розродження. Кращий метод розродження після нападу еклампсії - кесарів розтин. Розродження має бути здійснене незалежно від терміну гестації. Розглянути використання карбетоцину, якщо є ризик ППК. Профілактика ВТЕ.

У випадках розвитку нападу еклампсії в кінці другого періоду пологів можливе використання вихідних акушерських щипців. Активне ведення III періоду.

Показання до подовженої ШВЛ у разі еклампсії

кома;

крововилив у мозок;

поєднання з коагулопатичною кровотечею;

поєднання з шоком (геморагічним, септичним, анафілактичним);

набряк легень;

нестабільна гемодинаміка;

прогресуюча поліорганна недостатність.

Критерії припинення ШВЛ:

повне відновлення свідомості;

відсутність судом та судомної готовності без застосування протисудомних препаратів;

стабілізація гемодинаміки;

припинення дії препаратів, які пригнічують дихання;

відсутність ознак гострого респіраторного дистрес синдрому;

стабільність стану системи гемостазу;
сатурація $O_2 > 95\%$, $PaO_2 > 120$ мм рт.ст. при $FiO_2 < 0,4$ ($PaO_2/FiO_2 > 300$).

Інтенсивна терапія еклампсії без ШВЛ

напад судом виник під дією надзвичайних стимулів (перейми, потути) чи у післяпологовому періоді;

після нападу еклампсії збережені елементи свідомості;

відсутність неврологічної симптоматики;

відсутність інших показань до ШВЛ.

Післяпологовий період

Жінку, яка перенесла еклампсію, наглядають в умовах ВАІТ.

Рання нутритивна підтримка до 25 ккал /кг/добу (назогастральний зонд після операції);

Магнію сульфату 1-2г/год в/в не менше доби

Профілактика тромбоемболічних ускладнень: введення профілактичних доз низькомолекулярного гепарину за відсутності протипоказань (коагулопатія, тромбоцитопенія, неконтрольована артеріальна гіпертензія, геморагічні ускладнення) починається через 8-12 годин після розродження.

4.8. Тактика ведення при HELLP-синдромі

Невідкладне розродження. За відсутності умов для пологів через природні родові шляхи - абдомінальне розродження, при розвиненому HELLP-синдромі кесарів розтин є «золотим» стандартом.

Профілактика масивної інтра- та післяопераційної крововтрати (перев'язка висхідних гілок маткових артерій, інгібітори фібринолізу – транексамова кислота 1 г, повторити через 8 годин), СЗП.

Призначення кортикостероїдів у якості лікувального заходу не рекомендується.

Трансфузія тромбоцитарної маси у разі, якщо тромбоцитів $< 20 \cdot 10^9$ /л за відсутності геморагічного синдрому, або $< 50 \cdot 10^9$ /л за наявності геморагічних проявів.

Загальний об'єм рідини (40-45 мл/кг/добу) з урахуванням введеної та випитої рідини та нефізіологічних втрат (крововтрата тощо), але не більше 80 мл/год. При проведенні ІТ баланс рідини повинен бути від'ємним. Максимальний об'єм ІТ не повинен перевищувати 800 мл за добу.

У разі необхідності корекції КОТ (альбумін плазми ≤ 25 г/л або загальний білок плазми ≤ 50 г/л) показано введення альбуміну.

Гіпотензивна терапія (при АТ $> 150/100$ мм рт. ст).

Профілактика гнійно-септичних ускладнень: антибактеріальна терапія.

Інгібітори фібринолізу (транексамова кислота - 1 г болюсно в/в, до 4 г на годину).

Подовжена ШВЛ до стабілізації вітальних функцій і корекції гемостазу.

Ускладнення HELLP

Крововилив у мозок

Відшарування плаценти

Синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові

Післяпологова кровотеча

Передчасні пологи

Гострий респіраторний дистрес синдром

Спонтанний підкапсульний розрив печінки.

Післяпологовий період

Ведення жінки, яка перенесла HELLP-синдромі, здійснюється відповідно до ведення жінок після тяжкої преєклампсії.

V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ

На момент затвердження УКПМД засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні клінічних маршрутів пацієнта (КМП) необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, що включаються до КМП, та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за посиланням <http://www.drlz.kiev.ua/>.

5.1. Первинна медична допомога

Кадрові ресурси: лікарі загальної практики-сімейні лікарі, лікарі-терапевти, лікарі акушер-гінекологи, середній медичний персонал.

Матеріально-технічне забезпечення:

Оснащення: відповідно до табеля оснащення.

Лікарські засоби для профілактики та невідкладної допомоги (нумерація не впливає на порядок призначення):

Бета-адреноблокатори: бісопролол, карведилол, метопролол, небіволол.

Блокатори кальцієвих каналів: ніфедипін, амлодипін.

Антиадренергічні засоби з центральним механізмом дії: клонідин, метилдофа.

Розчини магнію: магнію сульфат.

Антиагрегантні засоби: ацетилсаліцилова кислота.

Препарати кальцію, кальцій в комбінації з вітаміном D та/або іншими препаратами.

5.2. Вторинна (спеціалізована) медична допомога

Кадрові ресурси: Лікарі-акушери-гінекологи, лікарі-анестезіологи, лікарі-терапевти, лікарі-кардіологи, лікарі-ендокринологи, лікарі-нефрологи, лікарі-невропатологи, лікарі-офтальмологи, медичні сестри, інші медичні працівники, які беруть участь у наданні вторинної медичної допомоги вагітним з гіпертензивними розладами.

Матеріально-технічне забезпечення:

Оснащення: відповідно до табеля оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

Бета-адреноблокатори: бісопролол, есмолол, карведилол, метопролол, небіволол.

Блокатори кальцієвих каналів: ніфедипін, амлодипін.

Блокатори альфа-адренорецепторів: урапідил.

Антиадренергічні засоби з центральним механізмом дії: метилдофа.

Розчини магнію: магнію сульфат.

Психолептичні засоби: діазепам, мідозолам, клоназепам.

Антиагрегантні засоби: ацетилсаліцилова кислота.

Препарати кальцію, кальцій в комбінації з вітаміном D та/або іншими препаратами.

Кровозамінники та білкові фракції плазми крові: альбумін.

Вазодилататори: гліцерилу тринітрат.

Інгібітори фібринолізу: транексамова кислота.

Засоби для загальної анестезії: тіопентал, пропофол.

Утеротонічні засоби: окситоцин, карбетоцин.

Міорелаксанти: суксаметоній.

Засоби для опіоїдної анестезії: фентаніл.

Засоби для інфузії: збалансовані розчини електролітів, гіперосмолярні розчини на основі багатоатомних спиртів.

Кортикостероїди для системного застосування: бетаметазон, дексаметазон.

5.3. Третинна (високоспеціалізована) медична допомога

Кадрові ресурси: Лікарі-акушери-гінекологи, лікарі-анестезіологи, лікарі-терапевти, лікарі-кардіологи, лікарі-ендокринологи, лікарі-нефрологи, лікарі-невропатологи, лікарі-офтальмологи, медичні сестри, інші медичні працівники, які беруть участь у наданні третинної медичної допомоги вагітним з гіпертензивними розладами.

Матеріально-технічне забезпечення:

Оснащення: відповідно до табеля оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

Бета-адреноблокатори: бісопролол, есмолол, карведилол, метопролол, небіволол.

Блокатори кальцієвих каналів: ніфедипін, амлодипін.

Блокатори альфа-адренорецепторів: урапідил.

Антиадренергічні засоби з центральним механізмом дії: клонідин, метилдофа.

Розчини електролітів: магнію сульфат.

Антиагрегантні засоби: ацетилсаліцилова кислота.

Препарати кальцію, кальцій в комбінації з вітаміном D та/або іншими препаратами.

Психолептичні засоби: діазепам, мідозолам, клоназепам.

Кровозамінники та білкові фракції плазми крові: альбумін.

Вазодилататори: гліцерилу тринітрат.

Інгібітори фібринолізу: транексамова кислота.

Засоби для загальної анестезії: тіопентал, пропофол.

Утеротонічні засоби: окситоцин, карбетоцин.

Міорелаксанти: суксаметоній.

Засоби для опіоїдної анестезії: фентаніл.

Засоби для інфузії: збалансовані розчини електролітів, гіперосмолярні розчини на основі багатоатомних спиртів

Кортикостероїди для системного застосування: бетаметазон, дексаметазон.

VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

6.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у лікаря загальної практики - сімейного лікаря і лікаря, що провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа-підприємець, КМП з ГРВ.

2. Наявність у лікарів акушерів-гінекологів, які надають вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, КМП з ГРВ.

3. Відсоток пацієток, яким було призначено профілактичне лікування АСК, із загальної кількості вагітних пацієток.

4. Відсоток пацієток, госпіталізованих до відділення реанімації і інтенсивної терапії з приводу тяжкої прееклампсії під час вагітності.

5. Відсоток пацієток, госпіталізованих до відділення реанімації і інтенсивної терапії з приводу еклампсії під час вагітності.

6.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у лікаря загальної практики - сімейного лікаря і лікаря, що провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа-підприємець, клінічного маршруту пацієнта з ГРВ.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях УКПМД «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в закладах охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора:

2022 рік – 90%;

2023 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора:

Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями загальної практики-сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), ФОП, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від

усіх лікарів загальної практики-сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), ФОП, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики-сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), ФОП, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів загальної практики-сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), ФОП, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), ФОП, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності клінічного маршруту пацієнта з ГРВ (наданий екземпляр КМП). Джерелом інформації є КМП, наданий лікарем загальної практики - сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги) і ФОП.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Наявність у лікарів акушерів-гінекологів, які надають вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, КМП з ГРВ.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги:

Індикатор ґрунтується на положеннях УКПМД «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора:

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних протоколів медичної допомоги в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2022 рік - 90 %

2023 рік та подальший період - 100 %.

Інструкція з обчислення індикатора:

Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями акушерами-гінекологами, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів акушерів-гінекологів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів акушерів-гінекологів, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів акушерів-гінекологів, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів акушерів-гінекологів, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП з ГРВ. Джерелом інформації є КМП, наданий лікарями акушерами-гінекологами.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

3. Відсоток пацієнок, яким було призначено профілактичне лікування АСК, із загальної кількості вагітних пацієнок.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги:

Індикатор ґрунтується на положеннях УКПМД «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора:

При аналізі індикатора слід уникати формального та необґрунтованого віднесення до чисельника індикатора тих пацієнтів, для яких не проводилося медичного огляду лікарем загальної практики-сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги) або лікарем акушером-гінекологом протягом звітного періоду. В первинній медичній документації мають бути задокументовані факти медичного огляду пацієнта.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: лікар загальної практики-сімейний лікар (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги) або лікар акушер-гінеколог; ФОП; структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), лікарями акушерами-гінекологами та ФОП, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. За наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Історії вагітності і пологів (Форма 096/о), Індивідуальній карті вагітної та породіллі (Форма 111/о) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікарем загальної практики - сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги), лікарями акушерами-гінекологами та ФОП, шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Історії вагітності і пологів (Форма 096/о), Індивідуальної карти вагітної та породіллі (Форма 111/о).

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги, ФОП, розташованих на території обслуговування.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника на наводиться у відсотках.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнток, які перебувають під диспансерним наглядом у лікаря загальної практики - сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги), лікаря акушера-гінеколога та ФОП, з діагнозом ГРВ.

Джерелом інформації є:

Історія вагітності і пологів (Форма 096/о),

Індивідуальна карта вагітної та породіллі (Форма 111/о).

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів лікаря загальної практики-сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги), лікаря акушера-гінеколога та ФОП, з діагнозом ГРВ, яким було призначено профілактичне лікування АСК.

Джерелом інформації є:

Історія вагітності і пологів (Форма 096/о),

Індивідуальна карта вагітної та породіллі (Форма 111/о).

Значення індикатора наводиться у відсотках.

4. Відсоток пацієнток, госпіталізованих до відділення реанімації і інтенсивної терапії з приводу тяжкої прееклампсії під час вагітності.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях УКПМД «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: родопомічний лікувальний заклад, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями-акушерами-гінекологами (закладами охорони здоров'я, що надають спеціалізовану (високоспеціалізовану) медичну допомогу), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології закладу охорони здоров'я, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Історії вагітності і пологів (Форма 096/о), Індивідуальній карті вагітної і породіллі (Форма 111/о) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється регіональним управлінням охорони здоров'я після надходження від всіх лікарів-акушерів-гінекологів, зареєстрованих в районі обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів, які складають чисельник та знаменник індикатора.

Знаменник індикатора складає загальна кількість вагітних.

Джерелом інформації є: Історія вагітності і пологів (Форма 096/о),

Індивідуальна карта вагітної і породіллі (Форма 111/о).

Чисельник індикатора складає загальна кількість вагітних з ГРВ, госпіталізованих до відділення реанімації і інтенсивної терапії з приводу тяжкої прееклампсії.

Джерелом інформації є: Історія вагітності і пологів (Форма 096/о),

Індивідуальна карта вагітної і породіллі (Форма 111/о).

Значення індикатора наводиться у відсотках.

5. Відсоток пацієнок, госпіталізованих до відділення реанімації і інтенсивної терапії з приводу еклампсії під час вагітності.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях УКПМД «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора

Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: родопомічний лікувальний заклад, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями-акушерами-гінекологами (закладами охорони здоров'я, що надають спеціалізовану (високоспеціалізовану) медичну допомогу), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології закладу охорони здоров'я, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Історії вагітності і пологів (Форма 096/о), Індивідуальній карті вагітної і породіллі (Форма 111/о) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється регіональним управлінням охорони здоров'я після надходження від всіх лікарів-акушерів-гінекологів, зареєстрованих в районі обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів, які складають чисельник та знаменник індикатора.

Знаменник індикатора складає загальна кількість вагітних. Джерелом інформації є: Історія вагітності і пологів (Форма 096/о), Індивідуальна карта вагітної і породіллі (Форма 111/о).

Чисельник індикатора складає загальна кількість вагітних з ГРВ, госпіталізованих до відділення реанімації і інтенсивної терапії з приводу еклампсії.

Джерелом інформації є: Історія вагітності і пологів (Форма 096/о), Індивідуальна карта вагітної і породіллі (Форма 111/о).

Значення індикатора наводиться у відсотках.

VII. Перелік літературних джерел, використаних при розробці уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Гіпертензивні розлади у вагітних», 2021 (https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/).
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 серпня 2021 року № 1731 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 18 серпня 2020 року № 1908».
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 1999 року № 302 «Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в поліклініках (амбулаторіях)».
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 травня 2013 року № 435 «Про затвердження первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 17 червня 2013 року за № 990/23522.
7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2014 року № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736.
8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 грудня 2014 року № 1028 «Про медичне застосування деяких видів антигіпертензивних лікарських засобів».
9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06 лютого 2015 року № 51 «Про затвердження Порядку транспортування вагітних, роділь та породіль в Україні», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 26 лютого 2015 р. за № 220/26665.
10. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 лютого 2020 року № 587 «Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я»,

zareєстрований в Міністерстві юстиції України 05 березня 2020 року за № 236/34519.

11. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18 вересня 2020 року № 2136 «Деякі питання ведення Реєстру медичних висновків в електронній системі охорони здоров'я», zareєстрований в Міністерстві юстиції України 30 вересня 2020 року за № 952/35235.

12. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30 листопада 2020 року № 2755 «Про затвердження Порядку ведення Реєстру пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я», zareєстрований в Міністерстві юстиції України 13 січня 2021 року за № 44/35666.

13. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10 грудня 2020 року № 2857 «Про внесення змін до Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу».

14. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01 червня 2021 року № 1066 «Деякі питання формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність та проведення їхньої перевірки», zareєстрований в Міністерстві юстиції України 02 червня 2021 року за № 728/36350.

15. Наказ МОЗ України від 22 квітня 2021 року № 792 «Про затвердження тринадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

16. «Стан здоров'я жіночого населення в Україні за 2020 рік», Державного закладу «Центр медичної статистики МОЗ України».

**Генеральний директор
Директорату медичних послуг**

Олександра МАШКЕВИЧ

Додаток 1
до Уніфікованого клінічного
протоколу первинної, вторинної
(спеціалізованої) та третинної
(високоспеціалізованої) медичної
допомоги «Гіпертензивні розлади під
час вагітності, пологів та у
післяпологовому періоді»
(підпункт 1 пункту 3.1)

ПАМ'ЯТКА ДЛЯ ПАЦІЄНТОК

Підйом артеріального тиску під час вагітності

Що таке преєклампсія?

Преєклампсія - одне з найбільш поширених ускладнень вагітності яке має несприятливий вплив як на матір, так і на майбутню дитину. Даний стан зустрічається у 4-12% вагітних жінок, діагностується на підставі підйому артеріального тиску (АТ) та появи білка в сечі. Саме тому при кожному допологовому візиті до лікаря у вагітної жінки вимірюється артеріальний тиск і оцінюється сеча на наявність протеїну.

У більшості випадків преєклампсія протікає відносно легко, виникає ближче до доношеного терміну вагітності і закінчується сприятливими наслідками. У той же час деякі випадки преєклампсії прогресують або розвиваються стрімко і можуть бути вкрай небезпечними для жінки і її дитини.

Як преєклампсія пов'язана з еклампсією або HELLP синдромом?

Еклампсія і HELLP-синдром - це клінічні різновиди преєклампсії. Відмітною ознакою еклампсії є судоми, які зазвичай виникають як пізніше ускладнення тяжкої преєклампсії. Однак судоми можуть також розвинутиися і без будь-яких попередніх ознак важкого захворювання.

HELLP - синдром є однією з найбільш важких форм преєклампсії і виникає приблизно у 15% пацієнток з преєклампсією. Даний стан іноді плутають із застудою або проблемами в жовчному міхурі. HELLP-синдром може призводити до істотного пошкодження печінки у матері, розпаду червоних кров'яних клітин (еритроцитів) і зниження вмісту тромбоцитів.

Які причини преєклампсії? Чи можна їй запобігти?

Причини преєклампсії залишаються до кінця не вивченими, внаслідок чого в даний час не існує надійного шляху запобігання цього стану. Запропоновано безліч теорій, які описують різні стратегії профілактики преєклампсії, але жодна з них не є в повній мірі успішною.

Використання прекурсорів й донаторів L-аргініну, вітамінів та препаратів полі ненасичених кислот не дозволяють рекомендувати їх широке застосування для попередження гіпертензивних розладів під час вагітності. У той же час існує поширене уявлення про те, що плацента грає ключову роль у розвитку преєклампсії, і що жінки з хронічною гіпертонією і іншими факторами ризику є схильними до розвитку преєклампсії. Важливо знати тривожні симптоми, довіряти своїм відчуттям, регулярно відвідувати лікаря і чітко виконувати його рекомендації.

Коли розвивається преєклампсія?

У більшості випадків преєклампсія розвивається після 20 тижнів вагітності і зазвичай припиняється з народженням дитини. Іноді преєклампсія триває протягом 6 тижнів після пологів. Тому Ви повинні уважно спостерігати за симптомами навіть після пологів.

Преєклампсія може прогресувати повільно. Але іноді вона настає раптово. Зазвичай це відбувається в тих випадках, коли жінка не надає належного значення проявам і симптомів захворювання, внаслідок чого на протязі тривалого часу вони залишаються нерозпізнаними.

Ознаки та симптоми преєклампсії

Високий артеріальний тиск. 140/90 мм.рт.ст. і вище. Підйом тиску під час вагітності на 30 мм.рт.ст. і більше вище Вашого базового рівня є причиною для занепокоєння і вимагає звернення до лікаря.

Білок в сечі. 300 мг в пробі, зібраної за 24 години або відмітка 1 + на паперовій тестовій смужці.

Набряки рук, ніг чи обличчя, особливо навколо очей, якщо залишаються відбитки від надавлювання великим пальцем, або якщо дані симптоми виникають раптово, **зменшення сечовипускання.**

Головний біль, який не проходить навіть після прийому медикаментів від неї.

Зорові порушення, двоїння, світіння, «мигтіння мушок», аура (особливий стан, що передує приступу).

Нудота або біль у верхніх відділах живота (епігастрії). Іноді плутають з розладом травлення, болями жовчного міхура або грипом, однак нудота у другій половині вагітності не є нормальним станом.

Раптова прибавка у вазі, **більше 500 г за тиждень.**

Зменшення рухової активності плоду.

ФАКТОРИ РИЗИКУ

Особистий анамнез

Перша вагітність

Преєклампсія під час попередньої вагітності

Вік понад 40 років або до 18 років

Високий тиск до вагітності

Діабет до або під час вагітності

Багатоплідна вагітність
 Ожиріння
 Системний червоний вовчак або інші аутоімунні захворювання
 Синдром полікістозних яєчників
 Великий інтервал між вагітностями
 Вагітність після ДРТ
 Серповидно-клітинна анемія

Сімейний анамнез

Прееклампсії в родині з боку матері або батька
 Високий тиск або захворювання серця
 Інфаркт або інсульт у родичів по материнській лінії
 Діабет

Чому прееклампсія так небезпечна для мене?

Прееклампсія особливо небезпечна, оскільки у багатьох жінок можуть бути відсутніми симптоми і ознаки захворювання аж до моменту, коли їх стан різко погіршиться. До того ж багато жінок просто ігнорують тривожні симптоми захворювання, вважаючи їх звичайними, цілком нормальними проявами вагітності.

Супроводжується підвищенням артеріального тиску, прееклампсія істотно збільшує ризик розвитку інсульту. Також прееклампсія може супроводжуватися порушенням функції нирок і печінки, викликати розлади згортання крові, сприяти накопиченню рідини в легенях, розвитку судом. При важких формах або за відсутності терапії захворювання може призвести до летального результату.

Смерть жінки від прееклампсії є рідкісним випадком. Але незважаючи на це прееклампсія являє собою серйозну загрозу для здоров'я матерів та новонароджених у всьому світі.

Які проблеми можуть виникнути у дитини?

Прееклампсія може бути причиною затримки росту і розвитку плоду (ЗВУР), оскільки дитина не отримує в достатньому обсязі кисню і поживних речовин, необхідних для нормального росту. Вона також може спровокувати відшарування плаценти до моменту народження дитини, що призводить до передчасних пологів і недоношеності дитини. Серед факторів ризику у недоношених дітей - незрілість легенів і багато інших потенційних проблеми.

У важких випадках прееклампсія може стати причиною загибелі плоду.

Яка терапія при прееклампсії?

Спеціалістам необхідно враховувати багато факторів при прийнятті рішення про тактику ведення прееклампсії та терміні розродження, включаючи стан дитини, стан і вік матері, а також точні дані про перебіг захворювання. До них відносяться моніторинг артеріального тиску, оцінка результатів

лабораторних тестів, які характеризують стан нирок, печінки матері або здатність її крові до згортання.

Інші методи дослідження стежать за тим, як росте плід, не піддається чи він небезпеці, перебуваючи в утробі матері. До терапевтичних засобів відносяться магнію сульфат для запобігання судом, а також медикаменти для зниження артеріального тиску. Іноді використовується вичікувальний підхід як з призначенням, так і без призначення медикаментів. Якщо станом здоров'я матері або дитини загрожує серйозна небезпека, єдиним прийнятним методом лікування прееклампсії на будь-якому терміні вагітності є розродження.

Чи можуть ліки заподіяти шкоду мені чи моїй дитині?

Ліки для зниження артеріального тиску рідко є причиною будь-яких побічних ефектів для матері. І якщо лікар Вам їх прописав, то це означає, що Ваш тиск є досить високим, і що ризик для Вас або Вашої дитини від підйому тиску набагато вищий, ніж від прийому медикаментів. Магнію сульфат звичайно безпечний для дитини, але може викликати припливи жару, пітливість, спрагу, зорові розлади, сонливість, легку сплутаність свідомості, м'язову слабкість і скорочення дихання у матері. Ці побічні ефекти повинні повністю зникати, коли введення препарату закінчується.

Чи можу я залишатися вдома?

Іноді жінки з помірною прееклампсією залишаються вдома, дотримуючись ліжкового режиму. У цьому випадку необхідні часті відвідування фахівця, контроль артеріального тиску і аналізів сечі для того, щоб своєчасно виявити ознаки прогресуючого стану і запобігти несприятливому впливу прееклампсії на Ваше здоров'я та здоров'я Вашої дитини. Благополуччя дитини має оцінюватися в процесі стеження за характером змін серцебиття, показників росту і ваги плоду, кровотоку в судинах з використанням ультразвуку. Жінкам з прееклампсією краще перебувати в лікарні під постійним наглядом лікаря, оскільки їх стан може погіршитися раптово.

Чи може прееклампсія виникнути знову?

Багато експертів вважають, що ймовірність повторного виникнення прееклампсії варіюється від 5 до 80 відсотків залежно від того, чи була прееклампсія в попередню вагітність, наскільки важкою вона була, яким був стан Вашого здоров'я під час зачаття. Жінки з прееклампсією в анамнезі до настання вагітності повинні в обов'язковому порядку пройти консультацію у фахівця, що спостерігає жінок групи високого ризику.

Додаток 2
до Уніфікованого клінічного
протоколу первинної, вторинної
(спеціалізованої) та третинної
(високоспеціалізованої) медичної
допомоги «Гіпертензивні розлади під
час вагітності, пологів та у
післяпологовому періоді»
(підпункт 2 пункту 3.1)

Нові та потенційні фактори ризику преєклампсії*

Анамнестичні маркери			Біохімічні та клінічні маркери I, II та III триместрів
Сімейний анамнез	Анамнез	Теперішня вагітність	
Вік вагітної ≥ 40 років Сімейна преєклампсія (мати, сестра); Раннє виникнення захворювань серцево-судинної системи в сім'ї; Етнічна група: афроамериканці, азіати півдня, змішаний шлюб.	ПЕ при попередній вагітності Антифосфоліпідний синдром Гіпертензія (діастолічний АТ ≥ 90 мм рт. ст.) Хвороби нирок або протеїнурія; Цукровий діабет; Мала вага при народженні та / або передчасні пологи Не палить; Спадкові тромбофілії Підвищений рівень тригліцеридів; Використання кокаїну і метамфетаміну. Попередній викидень в <10	Багатоплідна вагітність; Кровотеча у ранньому терміні вагітності; Перша вагітність; Інтервал між вагітностями ≥ 10 років або < 2 років; сАТ ≥ 130 мм рт. ст. або дАТ ≥ 80 мм рт. ст. ДРТ; Новий партнер; Коротка тривалість статевих відносин; Гестаційна трофобластична хвороба.. Надмірна	I триместр МАУ ≥ 8 мг альбуміну/ммоль креатініну; Аномальні рівні скринінгових маркерів I триместру (РАРР, ХГЛ, PlGF < 12 пг/мл) II та III триместри Гестаційна гіпертензія Аномальні рівні скринінгових маркерів II триместру (АФП, ХГЛ, InhA, естріол); Аномальні показники швидкості

	тижнів з тим же партнером; ІМТ ≥ 35 кг/м ²	прибавка ваги при вагітності; Інфекції під час вагітності (інфекції сечовидільних шляхів, захворювання періодонта).	кровотока у матковій артерії ЗРП; Підвищення співвідношення sFlt-1/PlGF > 85 (20+0 – 33+6 тижнів).
--	---	--	---

*- клінічна значущість наведених у таблиці факторів ризику прееклампсії на сьогоднішній день обговорюється. Практичні рекомендації, у разі наявності у пацієнтки одного або більше з цих факторів ризику поки не вироблені. Наведені вище фактори ризику прееклампсії можуть бути використані для кількісного розрахунку ризику. Окремі показники, що використані у таблиці використовуються для розрахунку ризику прееклампсії за допомогою on-line калькуляторів:

<https://fetalmedicine.org/research/assess/preeclampsia>

<http://medicinafetalbarcelona.org/calc/>

Додаток 3
до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді» (пункт 4.6)


**Препарати, які найчастіше використовуються для зниження
АТ \geq 160/110 мм рт.ст.**

Препарат	Доза	Коментарі
Урапідил	Рекомендована макс. початкова швидкість - 2 мг/хв. Підтримуюча доза 6 - 9 мг/год, (7 крап./хв. \equiv 0,33 мл/хв.) для утримання АТ \geq 150/100 мм рт. ст. Якщо після початкової в/в ін'єкції препарату (25 мг) протягом 2 хв. АТ не знижується, проводиться повторна ін'єкція урапідилу (25 мг)	В/в 10-25 мг препарату. вводять в/в повільно під контролем АТ протягом 2-4 хв. Зниження АТ спостерігається протягом 5 хв. після ін'єкції. В/в крапельна інфузія або безперервна інфузія за допомогою перфузора. Розчин для крапельної інфузії для підтримки АТ на певному рівні готується наступним чином: 250 мг урапідилу (50 мл) додають до 500 мл розчину для інфузій. Якщо для введення підтримуючої дози використовується перфузор, то 20 мг препарату (4 мл) вводять у шприц перфузора і додають 40 мл розчину для інфузій. В/в ін'єкція урапідилу (25 мг) проводиться: у разі зниження рівня АТ через 2 хв., його подальша стабілізація проводиться за допомогою інфузії, початкова доза якої до 6 мг за 1-2 хв., потім дозу знижують
Ніфедипін	3-5 крап (2-3,35 мг) під язик, початок дії 2-3 хвилини. Час настання гіпотензивного ефекту	Дозу підбирають індивідуально, починаючи з трьох крапель, і поступово збільшувати на 2-3 краплі (1,34-2 мг) до досягнення клінічного

Препарат	Доза	Коментарі
	30-45 хв. або 10 мг таблетку розжувати а потім проковтнути, кожні 30 хв.	ефекту. Надалі у випадках підвищення артеріального тиску необхідно орієнтуватися саме на цю дозу. Персонал має знати час між прийомами капсул короткотривалого ніфедипіну використаних для лікування важкої гіпертензії
Клонідин	0,075 - 0,15 мг per os. Можливо в/в введення. Час настання гіпотензивного ефекту 2-15 хв.	Застосування при рефрактерній АГ до терапії АГ: 0,075 мг 3 рази на добу, максимальна разова доза 0,15 мг, максимальна добова 0,6 мг. Внутрішньовенна мікроперфузія клофеліну в дозі 1 мл 0,01% розчину (1 мл на 50 мл фізіологічного розчину) або внутрішньовенна інфузія (1 мл на 200 мл фізіологічного р-ну). Протипоказаний при синдромі слабкості синусового вузла, AV-блокаді, брадикардії у плода
Гліцеролу тринітрат	В/в крапельно 10-20 мг в 100-200 мл 0,9% фіз.роз-ну, швидкість введення 1-2 мг/годину, максимально 8-10 мг/годину. Час настання гіпотензивного ефекту 1-2 хв. За відсутності в/в форми - сублінгвально 0,5-1,0 мг, кожні 10-15 хв. Час настання гіпотензивного ефекту 2-3 хв.	Є препаратом вибору при розвитку набряку легенів на тлі підвищення артеріального тиску. сАТ слід підтримувати на рівні не менше 100 - 110 мм рт. ст. Не бажано в/в застосування більше 4 годин, в зв'язку з ризиком негативного впливу на плід та ризиком розвитку набряку мозку у матері.

Додаток 4
до Уніфікованого клінічного протоколу
первинної, вторинної (спеціалізованої)
та третинної (високоспеціалізованої)
медичної допомоги «Гіпертензивні
розлади під час вагітності, пологів та у
післяпологовому періоді» (підпункт 1
пункту 4.5)

ДІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ПРИ ПРЕЕКЛАМПСІЇ/ЕКЛАМПСІЇ

1.	Виміряти АТ, зафіксувати час звернення		Час, хв.
2.	Забезпечити положення жінки лежачи при АТ $\geq 150/90$ мм рт. ст.		
	На лівому боці під кутом щонайменше 15 - 30° або ручне зміщення матки в лівий бік	Після судом – поза виживання та/або відновлення	
3.	Викликати чергових лікарів при АТ $\geq 150/90$ мм рт.ст. та/або судамах («тривожна кнопка», телефон, персонал)		
4.	Повідомити адміністрацію лікарні (старшого чергового лікаря, або районного акушера-гінеколога, або заступника головного лікаря по медичній допомозі)		
5.	Катетеризація периферичної вени, катетер 16-18 G, а при АТ $\geq 180/100-110$ мм рт.ст. – катетеризація 2-х вен для введення магнію сульфату та урапідилу.		
6.	Забір крові з периферичної вени для біохімічного аналізу (сечовина, креатинін, білірубін, загальний білок, АлАТ), коагулограми (фібриноген, АЧТЧ, ПТТ), резус-фактору (за відсутності), приліжковий тест		
7.	Магнію сульфат- попередження судом та/або контроль судом*:		
	Боліос (навантаж. доза) + Підтримуючий режим:	Корекція дози:	
	16 мл 25% р-ну магнію сульфату(4 г)+ 34 мл 0,9% розчину натрію хлориду - при АТ $\geq 160/110$ або клінічних ознаках тяжкої прееклампсії (головний біль, біль в епігастрії, блювання, порушення зору) – за 10-15 хв. - при судамах – за 5 хв. ** - при повторі судом – ½ дози (2	30 мл 25% р-ну магнію сульфату(7,5 г) + 220 мл 0,9% розчину натрію хлориду: <u>1 г / год. (= 10 крап./хв. = 0,5 мл/хв.)</u> (24 години після розродження або останнього приступу) Макс.добова доза – 32 г магнію сульфату Не припиняти введення магнію сульфату під час розродження!!!	ЧД ≥ 16 ; кількість сечі ≥ 25 мл / год. Продовжити інфузію магнію сульфату ЧД ≥ 16 ; кількість сечі 10– 25 мл/год. Дозу магнію сульфату зменшити в 2р. ЧД < 16 ; кількість сечі < 10 мл / год. Припинити інфузію магнію сульфату

	г) за 5 хв.***			
При передозуванні магнію сульфату – припинити введення магнію сульфату та в/в ввести 10 мл 10% р-ну кальцію глюконату за 10 хв.!!!				
8.	Антигіпертензивна терапія:			
	АТ \geq 150/90 мм рт.ст.		АТ \geq 180/100-110 мм рт.ст.	
	Ніфедипін 1 табл. (10 мг) розжувати; повторити через 20 хвилин 20 мг, якщо неадекватна відповідь (макс.: 100 мг/доб.) або 3–5 крапель під язик; повторити через 5 хв., якщо неадекватна відповідь (макс.: 10–15 крапель/доб.). Метилдофа 250-500 мг 3-4 рази на добу. Після пологів – інгібітори АПФ.		Урапідил. Болюс: 2 – 5 мл (10 – 25 мг) в/в. Не розводити !!! Можна повторити болюсну дозу ще двічі з інтервалом 2–5 хвилин до досягнення АТ 160–150/100–90 Підтримуючий режим: 20 мл урапідилу + 200 мл 0,9% розчину натрію хлориду (співвідношення 1:10) або для перфузора – 4 мл урапідилу + 40 мл 0,9% розчину натрію хлориду <u>6-9 мг / год. (= 7 крапл./хв. = 0,33 мл/хв.)</u> для утримання АТ 150/100-90 мм рт. ст.	
9.	Викликати лаборанта Обстеження СІТО! ЗАК (гемоглобін, тромбоцити). Катетеризація сечового міхура (після садації жінки) – ЗАС (білок) Викликати лікарів-консультантів (терапевт, невропатолог, окуліст) – за необхідності!			
10.	Моніторування стану жінки (дані фіксуються в листу спостереження) + Моніторування ЧСС плода кожні 15 хв. АБО безперервна КТГ			
	Дихальні шляхи	Оцінка АТ і ЧСС	Контроль балансу рідини	Моніторинг при введенні магнію сульфату:
	При відсутності дихання – оцінити прохідність, очистити дихальні шляхи та при відновленні дихання - подача кисню через маску або канюлю 4 – 6 л/хв. При відсутності дихання – ШВЛ, Сатурація O ₂ , аускультация легень	При еклампсії або при АТ \geq 160/110 – кожні 15 хв. При стабілізації АТ - кожні 4 год.	Введення рідини 60 – 80мл/год. Контроль діурезу та випитої рідини Контроль ознак набряку легень – аускультация, рентген легень. При діурезі \leq 100 мл за 3 – 4 год. – катетеризація центральної вени (під УЗ контролем) + моніторинг ЦВТ	Кожні 30 хв. – колінні рефлекси, ЧД Щогодини – АТ, ЧСС, діурез, Температура, неврологічний статус, сатурації O ₂ (не нижче 95%) Кожні 24 год. - ЕКГ
11.	Вирішити питання про розродження після стабілізації стану вагітної: Метилергометин не застосовувати! Кетамін не застосовувати!!!*			

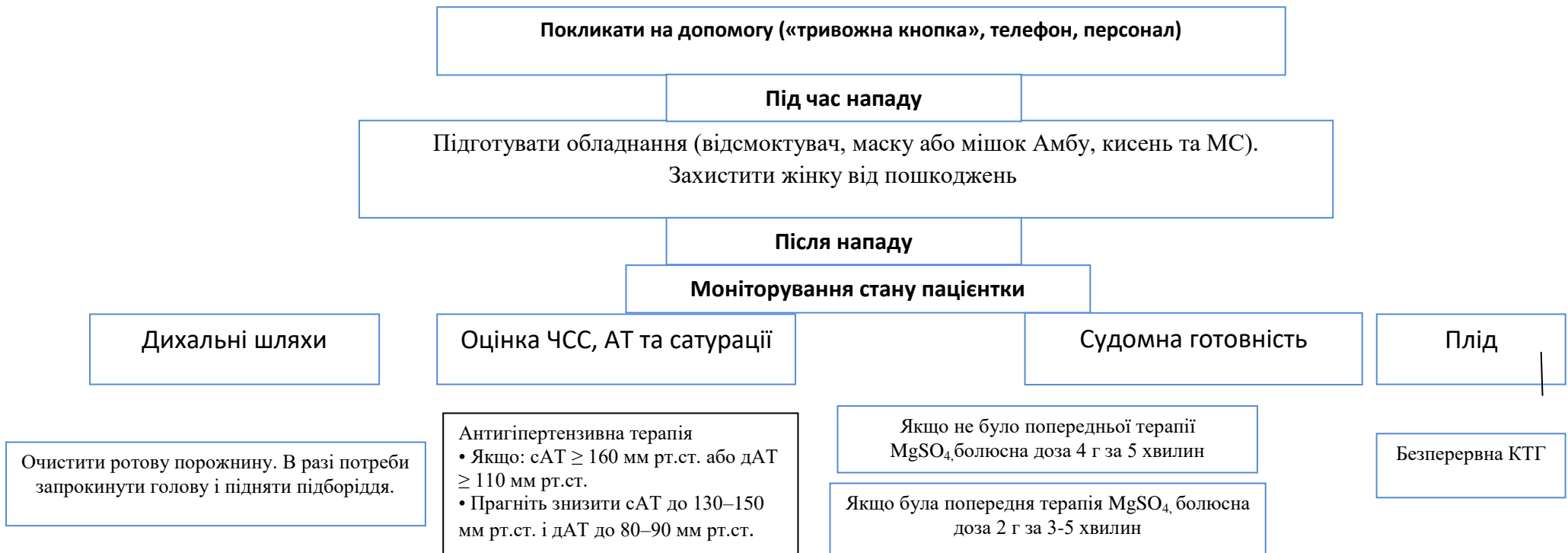
Діазепам показаний при: 1) судомах, що розвинулись до 20 тижнів вагітності; 2) інтоксикації магнію сульфатом.

** Якщо була попередня терапія магнію сульфату – болюсна доза 2 г за 5 хв.

*** Альтернативою повторній болюсній дозі магнію сульфату при повторенні судом є **діазепам** в/в 2 мл (10 мг), впродовж 2 хвилин в 10 мл 0,9% р-ну натрію хлориду. Якщо судоми відновились або не припинилися – повторити 2 мл (10 мг). **При перевищенні дози 30 мг за 1 год. може виникнути пригнічення або зупинка дихання!** Максимальна доза – 100 мг за 24 години!

Додаток 5
до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді» (пункт 4.7 розділу IV)

Алгоритм ведення та призначень при еклампсії



Пологи

Забезпечити подачу кисню (8-10 л в хвилину) і оцінити дихання після нападу, пульсоксиметрія, аускультация легенів.

За умови розвитку апное негайно починають вентиляцію мішком Амбу.

Після перевірки дихальних шляхів повернути жінку на лівий бік + положення Транделенбурга

Показання до інтубації

1. Неефективність терапії
2. Екламптична кома, статус
3. Гострий дистресс
4. Поєднання з шоком
5. Прогресування гострої коагулопатії
6. Симптоми аспірації.

Підтримуюча доза $MgSO_4$ 1-2 г / год
При порушенні функції нирок
Зменшити підтримуючу дозу сульфату магнію до 0,5 г/год

Якщо судом не припиняються діазепам 5-10 мг в/в (2-5 мг за хв, мах.10мг), АБО мідозолам 5-10 мг в/в протягом 2-5 хв, АБО клоназепам 1-2 мг в/в протягом 2-5 хв.

Плануйте пологи якомога швидше
Спосіб розродження залежно від стану матері та плода
Ретельний моніторинг стану плода
Стабілізувати жінку до пологів
Активне ведення III періоду
Розглянуте карбетоцин, якщо ризик ППК
Профілактика ВТЕ

Додаток 6
до Уніфікованого клінічного протоколу
первинної, вторинної (спеціалізованої)
та третинної (високоспеціалізованої)
медичної допомоги «Гіпертензивні
розлади під час вагітності, пологів та у
післяпологовому періоді»
(підпункт 1 пункту 3.1)

Методика вимірювання артеріального тиску під час вагітності

АТ слід вимірювати у вагітної, яка перебуває в положенні «сидячи», при цьому рука пацієнтки повинна бути розташована на рівні її серця.

Перед вимірюванням АТ пацієнтка повинна перебувати в стані спокою не менше 5-10 хвилин. Жінка повинна сидіти зручно її ноги повинні знаходитися на плоскій поверхні не перехрещуватись. Тиск, виміряний в положенні «сидячи» буде трохи вище, ніж в положенні лежачи. Вимірювання АТ в положенні вагітної «лежачи на спині» може супроводжуватися гіпотензією, а вимірювання АТ в положенні «на лівому боці» може дати найнижчі показники, оскільки права рука буде знаходитися вище рівня серця пацієнтки. Вимірювання слід проводити на обох руках і будь-яка різниця в показниках повинна бути обов'язково задокументована.

Для вимірювання АТ слід використовувати манжетку відповідного розміру (довжина манжетки повинна бути в 1,5 рази більше окружності плеча).

Використання занадто маленькою манжетки буде супроводжуватися переоцінкою систолічного АТ на 7-13 мм рт.ст. та діастолічного АТ на 5-10 мм рт.ст. Манжетка ніколи не повинна накладатися поверх одягу!

Для визначення діастолічного АТ слід використовувати 5-й тон по Короткову.

5-й тон за Коротковим - це точка повного зникнення артеріальних шумів. При так званому «нескінченному» тоні Короткова, коли звукові явища в судині тривають до дуже низького тиску в манжеті, для визначення діастолічного АТ слід використовувати 4-й тон по Короткову, тобто точку послаблення інтенсивності артеріальних шумів.

Якщо АТ послідовно вищий на одній руці, рука з більш високими значеннями повинна використовуватися для всіх вимірювань артеріального тиску.

Точність всіх пристроїв вимірювання артеріального тиску, що використовуються в лікарнях або консультаціях повинні регулярно перевірятися на калібрування.

Автоматизовані (електронні) пристрої для вимірювання АТ можуть недооцінювати (іноді істотно) показники у жінок з ПЕ, тому отримані дані необхідно порівнювати з показниками ртутного або анероїдного сфігноманометра.

Додаток 7
до Уніфікованого клінічного
протоколу первинної, вторинної
(спеціалізованої) та третинної
(високоспеціалізованої) медичної
допомоги «Гіпертензивні розлади
під час вагітності, пологів та у
післяпологовому періоді»
(підпункт 2 пункту 3.2)

Критерії Доуз-Редмана

1. Базальна частота серцевого ритму від 116 до 160 ударів за хвилину
 2. Наявність щонайменше одного руху плода або трьох акселерацій
 3. Відсутність децелерацій щонайменше один епізод високої варіабельності
 4. Відсутність ознак синусоїдального ритму плода
 5. Варіабельність за короткі відрізки часу повинна перевищувати 4,0 мсек
 6. Втрата сигналу не більше, ніж 30% часу
 7. Відсутність артефактів при закінченні запису
-

Додаток 8
до Уніфікованого клінічного
протоколу первинної, вторинної
(спеціалізованої) та третинної
(високоспеціалізованої)
медичної допомоги
«Гіпертензивні розлади під час
вагітності, пологів та у
післяпологовому періоді»
(підпункт 4 пункту 3.2)

РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ПАЦІЄНТКИ ПІСЛЯ ВИПИСКИ ІЗ СТАЦІОНАРУ

Дата _____

Пацієнтка ознайоmlена із тим що в неї сталася

ХРОНІЧНА ГІПЕРТЕНЗІЯ, ГЕСТАЦІЙНА ГІПЕРТЕНЗІЯ, ПРЕЕКЛАМПСІЯ
(підкреслити необхідне)

Дата госпіталізації _____, Дата виписки

Антигіпертензивні препарати, що були рекомендовані пацієнтці при виписці

Будь ласка позначте відповідне

ХРОНІЧНА ГІПЕРТЕНЗІЯ

Виміряти артеріальний тиск на 4 доби

Якщо АТ 140/90 або нижче та Ви відчуваєте себе добре, подальші
перевірки АТ не потрібні

Якщо АТ 141-150/91-100, вимірювати АТ кожні 2 доби

Якщо АТ вище 150/100 зверніться до свого лікаря (акушера-гінеколога) за
порадою

Візит до сімейного лікаря через 2 тижня після пологів

ГЕСТАЦІЙНА ГІПЕРТЕНЗІЯ

Виміряти артеріальний тиск на 4 добу

Зверніться до сімейного лікаря якщо АТ нижче 140/90 для зменшення дози або відміни антигіпертензивної терапії (АГТ)

Вимірювати АТ поперемінно якщо АГТ була змінена після пологів

Зверніться до свого лікаря (акушера-гінеколога) якщо Ви відчуваєте себе погано, або АТ вище за 149/99

ПРЕЕКЛАМПСІЯ

Виміряти артеріальний тиск на 1 добу після виписки

Зверніться до свого лікаря (акушера-гінеколога) якщо Ви відчуваєте себе погано, або АТ вище за 150/100. Якщо АТ менше 150/100 подальших дій не потрібно.

Якщо АТ 130-149/80-99, продовжувати призначену АГТ

Якщо АТ менше 130/80 зверніться до сімейного лікаря про перегляд АГТ

Якщо доза АГТ зменшена, повторне вимірювання АТ через 2 доби
