

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ХИПЕРТЕНЗИЈА ВО БРЕМЕНОСТА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при хипертензија во бременоста.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при хипертензија во бременоста е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при хипертензија во бременоста по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-3148/1
09 март 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

Хипертензија во бременоста

Менаџмент на хипетензивни нарушувања во бременоста

Објавено: август 2010 година, последна модификација: јануари 2011 година

NICE клинички упатства 107
guidance.nice.org.uk/cg107

Содржина

Вовед	1
Грижа насочена кон жената	3
Клучни приоритети за имплементација	4
1. Упатство/Насоки	6
Дефиниции.....	6
1.1 Редуцирање на ризик од хипертензивни нарушувања во бременоста.....	6
1.2 Менаџмент на бременост со хронична хипертензија	8
1.3 Контрола на протеинурија кај хипертензивни нарушувања во бременоста.....	10
1.4 Менаџмент на бременост со гестациска хипертензија	10
1.5 Менаџмент на бременост со прееклампсија	13
1.7 Интрапартална грижа	18
1.8 Медикаментозен менаџмент на тешка хипертензија или тешка прееклампсија во единиците за интензивна нега	19
1.9 Доење.....	22
1.10 Советување и следење при трансфер во домашни услови.....	22
2. Забелешки за делокругот на овој водич	24
3. Имплементација	25
4. Препораки за понатамошни истражувања	26
4.1 Намалување на ризикот од хипертензивни нарушувања во бременоста	26
4.2 Проценка на протеинуријата кај хипертензивните нарушувања во бременоста.....	26
4.3 Хематолошки и биохемиски мониторинг кај пациентките со гестациска хипертензија.....	27
4.4 Одредување на времето на породување кај пациентките со прееклампсија	27
4.5 Антихипертензивни лекови и доење.....	28
5. Други верзии на ова упатство	29
5.1 Целосно упатство	29
5.2 Информации за јавноста	29
6. Поврзани NICE упатства	30
7. Ажурирање на упатството	31
Додаток А: Група за развој на упатството и проектен тим на NICE	32
Група за развој на упатството	32
Проектен тим на NICE.....	32
Додаток Б: Панел за рецензија на упатството	33
Додаток Ц: Алгоритми	34
Додаток Д: Информации за лековите	35
Промени по издавањето на упатството	37
За ова упатство	38

Вовед

Хипертензивните нарушувања во бременоста се јавуваат кај жени со преегзистенцијална примарна или секундарна хронична хипертензија и кај жени кои развиваат нова, по прв пат хипертензија во втората половина од бременоста.

Хипертензивните нарушувања во бременоста претставуваат ризик за жената и за бебето. Покрај тоа што стапката на прееклампсија во Велика Британија (ВБ) се чини дека се намалува, хипертензијата во бременоста останува една од водечките причини за матернална смртност во ВБ. Хипертензивните нарушувања во бременоста може, исто така, да резултираат со значителен матернален морбидитет. Според извештајот од студија во ВБ, една третина од тешкиот матернален морбидитет е последица на хипертензивни состојби. Според извештај од студија од еден регион на ВБ 1 од 20 (5%) жени со тешка прееклампсија или еклампсија биле хоспитализирани на интензивна нега. Неодамна се разјаснија долготрајните последици за жената со дијагностицирана хипертензија во бременоста, особено хроничната хипертензија и порастот на доживотниот ризик за кардиоваскуларно заболување.

Хипертензивните нарушувања, исто така, носат ризик за бебето. Во последниот извештај за перинатален морталитет во ВБ, 1 од 20 (5%) мртвородени без конгенитална абнормалност се кај жени со прееклампсија. Улогата на прееклампсија во вкупната стапка на предвремено породување е значителна; 1 од 250 (0.4%) жени во првата бременост ќе се породат пред 34-та гестациска недела како резултат на прееклампсија и 8–10% од сите предвремено породувања се резултат на хипертензивни заболувања. Половина од жените со тешка прееклампсија ќе се породат пред термин. Бебињата, мали за гестациската старост (SGA -small-for-gestational-age) (главно поради застој во феталниот раст поради плацентарни заболувања) се чести, со 20–25% од предвремените породувања и 14–19% од термински породувања кај жени со прееклампсија кои се под десеттата перцентила од родилната тежина за гестацијата. Не постои национално упатство за грижата за жени со тешка прееклампсија или еклампсија и за скрининг за хипертензивни нарушувања во бременоста¹. Но, имаше насоки за контрола на грижата за жените и за нивните бебиња по дијагностицирана хипертензија (вклучително и примена на антихипертензивен третман) или за матерналната нега кај жени со хронична хипертензија.

Ова клиничко упатство содржи препораки за дијагноза и менаџмент на хипертензивни нарушувања во текот на бременоста во антенаталниот, интрапарталниот и постнаталниот период. Тоа вклучува препораки за жени со хронична хипертензија кои сакаат да забременат и препораки за советување за жените по бременост, комплицирана со хипертензија.

Според ова упатство, оние кои го ординираат лекот треба да го користат збирниот извештај за особините на лекот (summary of product characteristics - SPC) за донесување на одлука врз база на информираност индивидуално со секој пациент. Лековите за кои треба да се обрне особено внимание за контраиндикациите и специјалните

¹ Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2006) The management of severe pre-eclampsia/eclampsia; National Institute for Health and Clinical Excellence (2008) Antenatal care. [NICE clinical guideline 62](#). London: National Institute for Health and Clinical Excellence.

предупредувања во текот на бременоста и на лактацијата се маркирани со † и детално објаснети во додаток Д.

Упатството препорачува некои лекови за индикации за кои не се регистрирани (немаат маркетинг авторизација) во ВБ до датумот на публикување, иако постојат добри докази кои ја поддржуваат нивната употреба. Многу лекови немаат лиценца (дозвола) за употреба во бременоста, што е одлика на фактот дека оваа група е најчесто исклучена од студиите. Нерегистрираните лекови се маркирани со ѕвезда.

Во ова упатство, имињата на лековите се обележани со ѕвезда (*) ако не се регистрирани (немаат маркетинг авторизација) во ВБ за соодветната индикација до моментот на публикувањето (август 2010 год.). Треба да се обезбеди и да се документира информирана согласност.

Грижа насочена кон жената

Ова упатство нуди најдобри практични совети за грижата за жената со хипертензивни нарушувања во бременоста.

Третманот и грижата треба да ги земат во предвид барањата и преференците на жената. Жените со хипертензивни нарушувања во бременоста треба да имаат можност да направат одлука, базирана на информираност за нивната грижа и за третманот, во соработка со нивните здравствени работници. Ако жената нема капацитет за донесување на одлуки, здравствените работници треба да ги следат советите на Department of Health's за согласност и code of practice that accompanies the Mental Capacity Act.

Добра комуникација помеѓу здравствените работници и жените е од суштинско значење. Тоа треба да биде поддржано со писмени информации, базирани на докази, креирани по потребите на жената. Третманот и грижата и информациите кои се даваат на жената во врска со тоа, треба да бидат соодветни за културата. Треба да бидат достапни и за луѓето со дополнителни потреби, како физички, сензорни нарушувања или проблеми со учење, како и за луѓето кои не говорат и читаат англиски (македонски).

Клучни приоритети за имплементација

Редуцирање на ризикот од хипертензивни нарушувања во бременоста

Советувајте ги жените со висок ризик за прееклампсија да земаат 75 mg аспирин* дневно од 12-та недела до породувањето. Жени со висок ризик се оние кај кои се присутни некои од следниве состојби:

- Хипертензивни заболувања во претходна бременост.
- Хронично бубрежно заболување.
- Автоимуно заболување како системски лупус или антифосфолипиден синдром.
- Тип 1 или тип 2 дијабетес.
- Хронична хипертензија. [1.1.2.1]

Менаџмент на бременост со хронична хипертензија

- Кажете им на жените кои земаат инхибитори на ангиотензин-конвертирачки ензим (ACE) инхибитори и блокатори на ангиотензин II рецепторите (ARBs):
 - Дека постои зголемен ризик за конгенитални абнормалности ако овие лекови се земаат во текот на бременоста.
 - Да се размисли за третман со друг антихипертензив со здравствениот работник кој е одговорен за менаџирање на хипертензијата, ако се планира забременување. [1.2.1.1]
- Кај бремени жени со некомплицирана хронична хипертензија целта е да се одржува крвниот притисок под 150/100 mmHg. [1.2.3.1]

Контрола на протеинурија кај хипертензивни нарушувања во бременоста

- Употребувајте автоматски читач на реагенс-траки или однос на протеин:креатинин во порција на урина, за одредување протеинурија во секундарна здравствена заштита. [1.3.1.1]

Менаџмент на бременост со гестациска хипертензија

- Понудете на жената со гестациска хипертензија интегриран пакет на услуги (грижа) кој вклучува и хоспитализација, третман, мерење на крвен притисок, тестирање за протеинурија и тестови на крв, како што е прикажано во Табела 1. [1.4.1.3]

Менаџмент на бременост со прееклампсија

- Понудете на жените со прееклампсија интегриран пакет на услуги (грижа) кој вклучува и хоспитализација, третман, мерење на крвен притисок, тестирање за протеинурија и тестови на крв како што е прикажано во Табела 2. [1.5.1.2]
- Консултантскиот опстетрички персонал треба да документира во документацијата на жената за мајчините (биохемиски, хематолошки и клинички) и феталните гранични вредности (прагови) за елективно породување пред 34 недели кај жени со прееклампсија. [1.5.2.2]
- Понудете им на сите жени што имале прееклампсија медицински преглед во склоп на постнаталниот преглед (6–8 недели по породувањето). [1.5.3.10]

Советување и следење при трансфер во јавноздравствена грижа (вонболничка грижа)

Кажете им на жените кои имале прееклампсија дека ризикот за развој на:

- Гестациска хипертензија во следна бременост се движи од околу 1 од 8 (13%) бремености до околу 1 од 2 (53%) бремености.
- Прееклампсија во следна бременост се движи до околу 1 од 6 (16%) бремености.
- Прееклампсија во следна бременост е околу 1 од 4 (25%) бремености ако прееклампсијата била комплицирана со тешка прееклампсија, HELLP синдром или еклампсија и ако било причина за породување пред 34 недели и околу 1 од 2 (55%) бремености ако било причина за продување пред 28-та недела. [1.10.4.2]

1. Упатство/Насоки

Следниве насоки се базирани на најдобрите постоечки докази. Комплетното упатство дава детали за методите и за доказите кои се употребувани за развојот на упатството.

Дефиниции

За потребите на ова упатство, се користат следниве дефиниции:

- **Хронична хипертензија** е хипертензија која е присутна при првата посета или пред 20 недели или ако жената прима антихипертензивна терапија кога се упатува на преглед кај опстетричар (за антенатални услуги). Може да биде примарна или секундарна по етиологија.
- **Еклампсија** е конвулзивна состојба, асоцирана со прееклампсија.
- **HELLP синдром** е состојба на хемолиза, зголемено ниво на хепатални ензими и низок број на тромбоцити.
- **Гестациска хипертензија** е нова хипертензија која се појавува по 20 недели без сигнификантна протеинурија.
- **Прееклампсија** е нова хипертензија која се јавува по 20 недели со сигнификантна протеинурија.
- **Тешка прееклампсија** е прееклампсија со тешка хипертензија и/или со симптоми и/или биохемиски и/или хематолошки нарушувања.
- **Сигнификантна протеинурија** е дефинирана во препораката 1.3.1.3

Како додаток, Групата за развој на упатството (GDG) дефинираше и лесна, умерена и тешка хипертензија за да помогне во имплементација на ова упатство, на следниов начин:

- **Лесна хипертензија** со дијастолен притисок 90–99 mmHg, систолен притисок 140–149 mmHg.
- **Умерена хипертензија** со дијастолен притисок 100–109 mmHg, систолен притисок 150–159 mmHg.
- **Тешка хипертензија** со дијастолен притисок 110 mmHg или повисок, систолен притисок 160 mmHg или повисок.

Техники за мерење на крвниот притисок во бременоста се објаснети во упатството за „Антенатална грижа“ (Национален институт за здравје и клиничка извонредност - National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE клиничко упатство 62).

Во ова упатство, нудење на породување се однесува на нудење на елективно рано породување со индукција на породување или со елективен царски рез, ако е индицирано.

1.1 Редуцирање на ризик од хипертензивни нарушувања во бременоста

1.1.1 Симптоми на прееклампсија

- 1.1.1.1 На бремените жени треба да им се укаже да бидат свесни за потребата од итен совет од здравствен работник ако почувствуваат симптоми на прееклампсија. Симптомите вклучуваат:

- Силна главоболка.
- Проблеми со видот, како заматување или светкање пред очи.
- Силна болка под ребрата.
- Повраќање.
- Нагло отекување на лицето, дланките и на стапалата.

[Овие препораки се преземени од „Аntenатална грижа“ (NICE клиничко упатство 62)].

1.1.2 Антитромбоцитни (антиагрегациони) средства

1.1.2.1 Советувајте ги жените со висок ризик за прееклампсија да земаат 75 mg аспирин* дневно од 12-та недела до породувањето. Жени со висок ризик се оние кај кои се присутни некои од следниве состојби:

- Хипертензивни заболувања во претходна бременост.
- Хронично бубрежно заболување.
- Автоимуно заболување како системски лупус или антифосфолипиден синдром.
- Тип 1 или тип 2 дијабетес.
- Хронична хипертензија.

1.1.2.2 Советувајте ги жените со повеќе од еден фактор за среден ризик за прееклампсија да земаат 75 mg аспирин* дневно од 12-та недела до породувањето. Фактори – индикатори на среден ризик се:

- Прва бременост.
- Возраст ≥ 40 години.
- Интервал од претходна бременост над 10 години.
- Индекс на телесна маса (body mass index (BMI)) ≥ 35 kg/m² или повеќе, при прва посета.
- Фамилијарна анамнеза за прееклампсија.
- Мултипна бременост.

1.1.3 Други фармацевтски средства

1.1.3.1 Не ги користете следните за превенција на хипертензивни нарушувања во бременоста:

- Донори на азотен оксид.
- Прогестерон.
- Диуретици.
- Нискомолекуларен хепарин.

1.1.4 Нутритивни суплементи

1.1.4.1 Не ги препорачувајте следниве суплементи единствено со цел за превенција на хипертензивни нарушувања во бременоста:

- Магнезиум.
- Фолна киселина.
- Антиоксиданси (витамин Ц и Е).

- Рибино масло и масла од алги.
- Лук.

1.1.5 Исхрана

1.1.5.1 Не препорачувајте рестрикција на сол во бременоста единствено со цел превенција на гестациска хипертензија и прееклампсија.

1.1.6 Животен стил

1.1.6.1 Советите за одмор, вежбање и работа за жените со ризик за хипертензивни нарушувања во бременоста треба да бидат исти како за здрави бременни жени (види „Аntenатална грижа“, NICE клиничко упатство 62).

1.2 Менаџмент на бременост со хронична хипертензија

Жени со хронична хипертензија треба да се советуваат и да им се даде третман според „Hypertension: the management of hypertension in adults in primary care“ (NICE клиничко упатство 34) (заменет со „Hypertension: clinical management of primary hypertension in adults“ [NICE клиничко упатство 127]), освен ако специфично се разликува од препораките во ова упатство.

1.2.1 Советување пред бременост

1.2.1.1 Кажете им на жените кои земаат инхибитори на ангиотензин-конвертирачки ензим (ACE) инхибитори и блокатори на ангиотензин II рецепторите (ARBs):

- Дека постои зголемен ризик за конгенитални абнормалности ако овие лекови се земаат во текот на бременоста.
- Да се размисли за третман со друг антихипертензив со здравствениот работник кој е одговорен за менаџирање на хипертензијата, ако се планира забременување.

1.2.1.2 Прекинете го третманот со антихипертензивни кај жени кои земаат ACE инхибитори или ARBs ако забременат (најдобро во рок од 2 работни дена од регистрирање на бременоста) и понудете алтернатива.

1.2.1.3 Кажете им на жените кои земаат хлоротијазид:

- Дека може да имаат зголемен ризик од конгенитални абнормалности и неонатални компликации ако овие лекови се земаат во бременоста.
- Да се разговара за други антихипертензивни третмани со здравствените работници, одговорни за менаџирање на хипертензијата, ако се планира бременост.

1.2.1.4 Кажете ѝ на жената која зема други антихипертензивни (не ACE инхибитори, ARBs, ниту хлоротијазид) дека според лимитираните докази кои постојат, не постои зголемен ризик за конгенитални малформации од нивната употреба.

1.2.2 Исхрана

1.2.2.1 Охрабрете ја жената со хронична хипертензија да одржува низок внес на натриум, до редукција или супституција на натриумова сол, зашто ова може да го намали крвниот притисок. (Оваа препорака е преземена од „Hypertension: management of hypertension in adults in primary care“ [NICE клиничко упатство 34] [заменет со „Hypertension: clinical management of primary hypertension in adults“ {NICE клиничко упатство 127}]).

1.2.3 Третман на хипертензија

1.2.3.1 Кај бремени жени со некомплицирани хронична хипертензија цел е да се одржува крвниот притисок под 150/100 mmHg.

1.2.3.2 Не нудете на бремената жена со некомплицирани хронична хипертензија третман за намалување на дијастолниот крвен притисок под 80 mmHg.

1.2.3.3 Понудете на бремената жена со нарушување на таргет органите како резултат на хронична хипертензија (на пр., бубрежно заболување) третман, со цел одржување на крвен притисок под 140/90 mmHg.

1.2.3.4 Понудете на бремената жена со секундарна хронична хипертензија упатување кај специјалист за хипертензивни нарушувања.

1.2.3.5 Понудете на жените со хронична хипертензија антихипертензивен третман, зависно од преегзистенцијалниот третман, несаканите ефекти и од тератогеноста.

1.2.4 Антенатална консултација

1.2.4.1 Кај жени со хронична хипертензија, закажете дополнителна антенатална консултација, во зависност од индивидуалните потреби на жената и на нејзиното бебе.

1.2.5 Тајминг на породување

1.2.5.1 Не нудете породување на жена со хронична хипертензија, чиј крвен притисок е понизок од 160/110 mmHg, со или без антихипертензивен третман, пред 37 недели.

1.2.5.2 За жени со хронична хипертензија, чиј крвен притисок е понизок од 160/110 mmHg по 37 недели, со или без антихипертензивен третман, тајмингот на породување и мајчините и феталните индикации за породување треба да бидат усогласени помеѓу жената и сениор опстетричар.

1.2.5.3 Понудете породување кај жена со рефрактерна тешка хронична хипертензија, по завршувањето на третман со кортикостероиди (ако е потребно).

1.2.6 Постнатални ивeстигации, мониторинг и третман

- 1.2.6.1 Кај породени жени со хронична хипертензија мерете крвен притисок:
- Дневно во текот на првите 2 дена по породувањето.
 - Барем еднаш помеѓу 3-от и 5-от ден по породувањето.
 - По клиничка индикација ако антихипертензивниот третман е променет по породувањето.
- 1.2.6.2 Кај породени жени со хронична хипертензија, цел е одржување на крвниот притисок под 140/90 mmHg.
- 1.2.6.3 Кај породени жени со хронична хипертензија:
- Продолжете со антенаталниот антихипертензивен третман.
 - Направете преглед на долготрајниот антихипертензивен третман 2 недели по породувањето.
- 1.2.6.4 Ако жената земала метилдопаѓ за третман на хронична хипертензија во бременост, прекинете во рок од 2 дена од породувањето и повторно започнете со антихипертензивниот третман кој го користела жената пред планирањето на бременост.
- 1.2.6.5 Понудете на жената со хронична хипертензија медицински преглед при постнаталната контрола (6–8 недели по породувањето) со тимот кој се грижел пред забременувањето.

1.3 Контрола на протеинурија кај хипертензивни нарушувања во бременоста

- 1.3.1.1 Употребувајте автоматски читач на реагенс-траки или однос на протеин:креатинин во порција на урина, за одредување протеинурија во секундарна здравствена заштита.
- 1.3.1.2 Ако се користи автоматски читач на реагенс-траки за детектирање на протеинурија и се добие резултат од 1+ или повеќе, направете анализа на однос на протеин:креатинин во порција на урина или 24-часовна урина за квантитативно одредување на протеинурија.
- 1.3.1.3 Дијагностицирајте сигнификантна протеинурија ако уринарниот однос на протеин:креатинин е поголем од 30 mg/mmol или валидна анализа на 24-часовна урина покажува 300 mg протеини.
- 1.3.1.4 Кога се користи 24-часовна урина за квантитативно одредување на протеинурија, треба да постои соодветен метод за евалуирање на комплетирањето на примерокот.

1.4 Менаџмент на бременост со гестациска хипертензија

1.4.1 Третман на хипертензија

- 1.4.1.1 Кај жени со гестациска хипертензија комплетна контрола треба да се прави во установа на секундарно ниво од страна на здравствен работник кој е обучен за менаџмент на хипертензивни нарушувања.

1.4.1.2 Кај жени со гестациска хипертензија, имајте ги во предвид следниве ризик фактори кои бараат дополнителни контроли и следење:

- Нулипаратет.
- Возраст ≥ 40 години.
- Интервал од претходна бременост над 10 години.
- Фамилијарна анамнеза за прееклампија.
- Мултипла бременост.
- BMI 35 kg/m^2 или повеќе.
- Гестациска недела при појава.
- Претходна историја за прееклампија или гестациска хипертензија.
- Преегзистирачка васкуларна болест.
- Преегзистирачка бубрежна болест.

1.4.1.3 Понудете ѝ на жената со гестациска хипертензија интегриран пакет на услуги (грижа) кој вклучува и хоспитализација, третман, мерење на крвен притисок, тестирање за протеинурија и тестови на крв, како што е прикажано во Табела 1.

Табела 1. Менаџмент на бременост со гестациска хипертензија

Степен на хипертензија	Лесна хипертензија (140/90 до 149/99 mmHg)	Умерена хипертензија (150/100 до 159/109 mmHg)	Тешка хипертензија (160/110 mmHg или повисока)
Хоспитализација	Да	Не	Да (до постигнување вредност на крвен притисок 159/109 mmHg или пониска)
Третман	Не	Орален третман со лабеталол† како прва линија за третман за одржување: Дијастолен крвен притисок помеѓу 80–100 mmHg Систолен крвен притисок под 150 mmHg	Орален третман со лабеталол† како прва линија за третман за одржување: Дијастолен крвен притисок помеѓу 80–100 mmHg Систолен крвен притисок под 150 mmHg
Мерење на крвен притисок	Не почесто од еднаш неделно	Барем два пати неделно	Барем четири пати дневно
Тестирање за протеинурија	На секоја контрола со употреба на автоматски читач на реагенс-траки или однос на протеин:креатинин во порција на урина	На секоја контрола со употреба на автоматски читач на реагенс-траки или однос на протеин: креатинин во порција на урина	Еднаш дневно со употреба на автоматски читач на реагенс-траки или однос на протеин:креатинин во порција на урина
Испитување на крв	Само оние за рутинска антенатална грижа	Тестирање на бубрежна функција, електролити, крвна слика, трансaminaзи, билирубин Не правете понатаму тестирање на крвта доколку нема протеинурија на	Тестирајте при појава и потоа мониторирајте неделно: Бубрежна функција, електролити, крвна слика, трансaminaзи, билирубин

- 1.4.1.4 Понудете на жената со гестациска хипертензија антихипертензивен третман со друг антихипертензив (не лабеталол) само по разгледување на профилот на жената, фетусот и новороденчето во однос на несаканите ефекти. Алтернативите вклучуваат метилдопа† и нифедипин†.
- 1.4.1.5 Кај жени кои се на јавноздравствена грижа (вонболничка грижа) со тешка гестациска хипертензија, по ефикасно контролирање во текот на хоспитализација, мерете крвен притисок и тестирајте урина два пати неделно и правете неделно крвни тестови.
- 1.4.1.6 Кај жени со лесна хипертензија која се појавува пред 32-та недела, или со висок ризик за прееклампсија (видете 1.1.1.1), мерете крвен притисок и тестирајте урина два пати неделно.
- 1.4.1.7 Не нудете мирување во болница како третман за гестациска хипертензија.

1.4.2 Тајминг за породување

- 1.4.2.1 Не нудете породување пред 37 недели на жени со гестациска хипертензија, чиј крвен притисок е понизок од 160/110 mmHg, со или без антихипертензивен третман.
- 1.4.2.2 За жените со гестациска хипертензија, чиј крвен притисок е под 160/110 mmHg по 37 недели, со или без антихипертензивен третман, тајмингот за породување и мајчините и фетални индикации за породување треба да се усогласат помеѓу жената и сениор опстетричар.
- 1.4.2.3 Понудете породување на жена со рефрактерна тешка гестациска хипертензија по завршувањето на третман со кортикостероиди (ако е потребно).

1.4.3 Постнатални инвестирации, мониторинг и третман

- 1.4.3.1 Кај породени жени со гестациска хипертензија, мерете крвен притисок:
- Дневно во текот на првите 2 дена по породувањето.
 - Барем еднаш помеѓу 3-от и 5-от ден по породувањето.
 - По клиничка индикација ако антихипертензивниот третман се промени по породувањето.
- 1.4.3.2 Кај породени жени со гестациска хипертензија:
- Продолжете со употреба на антихипертензивите од антенаталниот период.
 - Размислете за редукција на антихипертензивниот третман ако крвниот притисок падне под 140/ 90 mmHg.
 - Редуцирајте го антихипертензивниот третман ако крвниот притисок падне под 130/80 mmHg.
- 1.4.3.3 Ако жената земала метилдопа† за третман на гестациска хипертензија, прекинете го во рок од 2 дена по породувањето.
- 1.4.3.4 За породени жени со гестациска хипертензија кои не биле третирани со антихипертензивни, започнете антихипертензивен третман ако нивниот крвен притисок е повисок од 149/99 mmHg.

- 1.4.3.5 Напишете план за грижа за породени жени со гестациска хипертензија кои се пуштени на јавноздравствена грижа (вонболничка грижа) која вклучува:
- Кој ќе обезбеди следење и грижа, вклучително и медицински преглед, ако е потребно.
 - Фреквенција на потребното мониторирање на крвниот притисок.
 - Праговите/граничните вредности за редуција или стопирање на третманот.
 - Индикации за упатување во примарна здравствена заштита за преглед на крвниот притисок.
- 1.4.3.6 Понудете им медицински преглед на жените кои имале гестациска хипертензија и останале на антихипертензивен третман 2 недели по трансферот во јавноздравствена грижа (вонболничка грижа).
- 1.4.3.7 Понудете им медицински преглед на жените кои имале гестациска хипертензија во склоп на постнаталната контрола (6–8 недели по породувањето).
- 1.4.3.8 Понудете им на жените кои имале гестациска хипертензија и кои сè уште имаат потреба од антихипертензивен третман, при постнаталната контрола (6–8 недели по породувањето), контрола на хипертензијата од специјалист.

1.5 Менаџмент на бременост со прееклампсија

1.5.1 Третман на хипертензија

- 1.5.1.1 Направете контрола/проценка кај жените со прееклампсија при секоја консултација. Контролата треба да се направи од страна на здравствен работник, обучен за менаџмент на хипертензивни нарушувања во бременост.
- 1.5.1.2 Понудете им на жените со прееклампсија интегриран пакет на услуги (грижа) кој покрива и хоспитализација, третман, мерење на крвен притисок, тестирање за протеинурија и тестови на крв, како што е прикажано во Табела 2.

Табела 2. Менаџмент на бременост со прееклампсија

Степен на хипертензија	Лесна хипертензија (140/90 до 149/99 mmHg)	Умерена хипертензија (150/100 до 159/109 mmHg)	Тешка хипертензија (160/110 mmHg или повисока)
Хоспитализација	Да	Да	Да
Третман	Не	Орален третман со лабеталол† како прва линија за третман за одржување: Дијастолен крвен притисок помеѓу 80–100 mmHg Систолен крвен притисок под 150 mmHg	Орален третман со лабеталол† како прва линија за третман за одржување: Дијастолен крвен притисок помеѓу 80–100 mmHg Систолен крвен притисок под 150 mmHg

Мерење на крвен притисок	Барем четири пати во денот	Барем четири пати во денот	Над четири пати во денот, зависно од клиничките услови
Тестирање за протеинурија	Не повторувајте квантификација на протеинурија	Не повторувајте квантификација на протеинурија	Не повторувајте квантификација на протеинурија
Тестирање на крв	Мониторирајте употребувајте ги следните тестови два пати во неделата: бубрежна функција, електролити, крвна слика, трансaminaзи, билирубин	Мониторирајте употребувајте ги следните тестови три пати во неделата: бубрежна функција, електролити, крвна слика, трансaminaзи, билирубин	Мониторирајте употребувајте ги следните тестови три пати во неделата: бубрежна функција, електролити, крвна слика, трансaminaзи, билирубин

1.5.1.3 Понудете на жената со прееклампсија антихипертензивен третман со друг антихипертензив (не лабеталол) само по разгледување на профилот на жената, фетусот и новороденчето во однос на несакани ефекти. Алтернативите вклучуваат метилдопа† и нифедипин†.

1.5.2 Тајминг за породување

1.5.2.1 Менаџирајте ја бременоста кај жени со прееклампсија конзервативно (што подразбира, не планирајте породување истиот ден) до 34 недели.

1.5.2.2 Консултантскиот опстетрички персонал треба да документира во документацијата на жената за мајчините (биохемиски, хематолошки и клинички) и фетални гранични вредности (прагови) за елективно породување пред 34-та недела кај жени со прееклампсија.

1.5.2.3 Консултантски опстетрички персонал треба да напише план за антенатален фетален мониторинг во текот на породувањето.

1.5.2.4 Понудете породување на жена со прееклампсија пред 34 недели, по дискусија со неонатолошки и анестезиолошки тим и по завршена терапија со кортикостероиди ако:

- Се развие тешка хипертензија, рефрактерна на третман.
- Се развие мајчина или фетална индикација, како што е специфицирано во консултантскиот план (видете 1.5.22).

1.5.2.5 Препорачајте породување за жени кои имале прееклампсија со тешка хипертензија по 34 недели кога нивниот крвен притисок е под контрола и по завршувањето на третманот со кортикостероиди (ако е соодветно).

1.5.2.6 Понудете породување на жена која имала прееклампсија со лесна или со умерена хипертензија во 34+0 до 36+6 недела, зависно од матерналната и феталната состојба, ризик факторите и достапноста на неонатална интензивна нега.

1.5.2.7 Препорачајте породување во рок од 24–48 часа за жени кои имале прееклампсија со лесна или умерена хипертензија по 37+0 недела.

1.5.3 Постнатална инвестигација, мониторинг и третман (вклучително и по испис од интензивна нега)

Крвен притисок

1.5.3.1 Кај породени жени со прееклампсија кои не земале антихипертензивен третман, мерете крвен притисок:

- Барем четири пати во денот додека жената е хоспитализирана.
- Барем еднаш помеѓу 3-от и 5-от ден по породувањето.
- Во алтернативни денови до нормализирање, ако крвниот притисок бил абнормален во периодот од 3-от до 5-от ден.

1.5.3.2 Кај породени жени со прееклампсија кои не земале антихипертензивен третман, започнете со антихипертензивен третман ако крвниот притисок е 150/ 100 mmHg или повисок.

1.5.3.3 Прашајте ја породената жена со прееклампсија за силна главоболка и епигастрична болка секогаш кога се мери крвниот притисок.

1.5.3.4 Кај породени жени со прееклампсија кои земале антихипертензивни, мерете го крвниот притисок:

- Барем четири пати во денот во текот на хоспитализација.
- Секои 1–2 дена до 2 недели по трансфер во јавноздравствена грижа (вонболничка грижа) до прекинувањето на третманот и губењето на хипертензијата.

1.5.3.5 За породени жени со прееклампсија кои земале антихипертензивни:

- Продолжете со антенаталниот антихипертензивен третман.
- Размислете за редуцирање на антихипертензивниот третман ако крвниот притисок падне под 140/ 90 mmHg.
- Редуцирајте го антихипертензивниот третман ако крвниот притисок падне под 130/80 mmHg.

1.5.3.6 Ако жената земала метилдопаѓ за третман за прееклампсија, прекинете во рок од 2 дена од породувањето.

1.5.3.7 Понудете ѝ на породена жена со прееклампсија трансфер во јавноздравствена грижа (вонболничка грижа) ако се исполнети сите овие критериуми:

- Нема симптоми на прееклампсија.
- Крвниот притисок, со или без третман, е 149/99 mmHg или понизок.
- Тестовите на крв се стабилни или во подобрување.

1.5.3.8 Напишете план за грижа за породени жени со прееклампсија кои се трансферирани во домашни услови и кој го вклучува сето долунаведено:

- Кој ќе обезбеди следење и грижа, вклучително и медицински преглед, ако е потребно.

- Фреквенција на мониторирање на крвен притисок.
- Гранични вредности (праг) за редуцирање или стопирање на третманот.
- Индикации за упатување во примарна здравствена заштита за преглед на крвниот притисок.
- Самомониторирање за симптоми.

1.5.3.9 Понудете ѝ медицински преглед на жената со прееклампија која е сè уште на антихипертензивен третман 2 недели по трансферот на јавноздравствена грижа (вонболничка грижа).

1.5.3.10 Понудете им на сите жени кои имале прееклампија, медицински преглед при постнаталната контрола (6–8 недели по породувањето).

1.5.3.11 Понудете им на жените кои имале прееклампија и кои сè уште имаат потреба од антихипертензивен третман, при постнаталната контрола (6–8 недели по породувањето) контрола на хипертензијата од специјалист.

Хематолошки и биохемиски мониторинг

1.5.3.12 Кај жени кои имале прееклампија со лесна или умерена хипертензија, или скалило подолу („step-down“) од интензивна нега:

- Мерете број на тромбоцити, трансаминази и серумски креатинин 48–72 часа по породувањето или по т.н. „step-down“.
- Не повторувајте мерење на број на тромбоцити, трансаминази или серумски креатинин ако резултатите се нормални во 48–72 часа.

1.5.3.13 Ако биохемиските и хематолошки индекси се подобруваат, но остануваат надвор од границите на нормала, кај породени жени со прееклампија повторувајте мерење на бројот на тромбоцити, трансаминази и серумски креатинин по клиничка индикација и при постнаталната контрола (6–8 недели по породувањето).

1.5.3.14 Ако биохемиските и хематолошки индекси не се подобруваат соодветно за вредностите за бременост кај породени жени со прееклампија, повторете мерење на бројот на тромбоцити, трансаминази и серумски креатинин по клиничка индикација.

1.5.3.15 Кај породени жени со прееклампија, направете уринарен тест со реагенс-стрип при постнаталната контрола (6–8 недели по породувањето).

1.5.3.16 Кај породени жени со прееклампија, повлечени од интензивна нега ниво 2, не мерете баланс на течности ако креатининот е во границите на нормала.

1.5.3.17 Понудете ѝ на жената која имала прееклампија и сè уште има протеинурија (1+ или повеќе) при постнаталната контрола (6–8 недели по породувањето) понатамошен преглед на 3 месеци по породувањето за контрола на бубрежната функција и размислете да понудите упатување кај специјалист за контрола на бубрезите.

1.6 Фетален мониторинг

1.6.1 Хронична хипертензија

1.6.1.1 Кај жени со хронична хипертензија, правете ултразвучни контроли на феталниот раст и волуменот на амнионска течност, како и доплер на умбиликалната артерија помеѓу 28 и 30 недели и помеѓу 32 и 34 недели. Ако резултатите се нормални, не повторувајте по 34-та недела, освен ако поинаку не е клинички индицирано.

1.6.1.2 Кај жени со хронична хипертензија, правете кардиотокографија само ако феталната активност е абнормална.

1.6.2 Лесна или умерена гестациска хипертензија

1.6.2.1 Кај жени со лесна или умерена гестациска хипертензија, правете ултразвучни контроли на феталниот раст и волуменот на амнионска течност, како и доплер на умбиликалната артерија ако дијагнозата е потврдена пред 34 недели. Ако резултатите се нормални, не повторувајте ги по 34 недели, освен ако поинаку не е клинички индицирано.

1.6.2.2 Кај жени со лесна или умерена гестациска хипертензија, не правете ултразвучни контроли за фетален раст и волумен на амнионска течност, како и доплер на умбиликалната артерија ако дијагнозата е потврдена по 34 недели, освен ако поинаку не е клинички индицирано.

1.6.2.3 Кај жени со лесна или умерена гестациска хипертензија, правете кардиотокографија, само ако феталната активност е абнормална.

1.6.3 Тешка гестациска хипертензија или прееклампија

1.6.3.1 Направете кардиотокографија при поставување на дијагнозата на тешка гестациска хипертензија или прееклампија.

1.6.3.2 Доколку се планира конзервативен менаџмент на тешката гестациска хипертензија или прееклампија, при дијагнозата направете ги сите од долунаведените тестови:

- Ултразвучна проценка на феталниот раст и волуменот на амнионската течност.
- Доплер велосиметрија на умбиликалната артерија.

1.6.3.3 Доколку резултатите од феталниот мониторинг се нормални кај пациентките со тешка гестациска хипертензија или прееклампија, кардиотокографскиот мониторинг не го повторувајте рутински на интервал помал од една недела.

1.6.3.4 Кардиотокографскиот мониторинг кај пациентките со тешка гестациска хипертензија или прееклампија повторете го доколку се појави некоја од следниве промени:

- Пациентката дава податок за намалување на феталните движења.

- Појава на вагинално крвавење.
- Абдоминална болка.
- Детериорација на состојбата на мајката.

1.6.3.5 Кај пациентките со тешка гестациска хипертензија или прееклампсија не повторувајте ги рутински постапките за УЗ евалуација на феталниот раст и проценка на волуменот на амнионската течност или доплер велосиметријата на умбиликалната артерија на интервали покуси од 2 недели.

1.6.3.6 Доколку кој било од резултатите на феталниот мониторинг е абнормален кај пациентките со тешка гестациска хипертензија или прееклампсија, известете го за тоа опстетричарот - консултант.

1.6.3.7 За пациентките со тешка гестациска хипертензија или прееклампсија напишете план за згрижување кој ги разработува сите долунаведени прашања:

- Време и начин на следење на плодот во иднина.
- Индикации за породување од страна на плодот и дали и кога треба да се дадат кортикостероиди.
- Кога треба да се отвори дискусија со педијатар-неонатолог и анестезиолог и на која тема треба да се води дискусијата.

1.6.4 Пациентки со висок ризик за прееклампсија

1.6.4.1 Направете УЗ евалуација на феталниот раст, волуменот на амнионската течност и доплер велосиметрија на умбиликалната артерија, почнувајќи од периодот помеѓу 28-та и 30-та гестациска седмица (или најмалку 2 недели пред гестациската недела во која се појавила во претходната бременост, ако тоа се случило пред 28-та недела) и повторувајте ги на секои 4 недели кај пациентките со претходна:

- Тешка прееклампсија.
- Прееклампсија која изнудила породување пред 34-та гестациска седмица.
- Прееклампсија која резултирала со раѓање на новородено со родилна тежина под 10-та перцентила.
- Интраутерина смрт.
- Абрупција на постелката.

1.6.4.2 Кај пациентките со висок ризик за прееклампсија (види 1.1.2.2) кардиотокографски мониторинг е потребен само при намалувањето на феталната активност.

1.7 Интрапартална грижа

Пациентките со хипертензивно нарушување во бременоста треба да се советуваат и да се третираат во согласност со „Интрапартална грижа: менаџмент и спроведување на грижа за жената во текот на породувањето“ (NICE клиничко упатство 55), освен во оние ситуации кои специфично се разликуваат од препораките, дадени во ова упатство.

1.7.1 Крвен притисок

1.7.1.1 Во текот на породувањето, крвниот притисок мерете го:

- На 1 час, кај пациентките со лесна и умерена хипертензија.
- Континуирано, кај пациентките со тешка хипертензија.

1.7.1.2 Продолжете со администрација на антенатално ординираната антихипертензивна терапија во текот на породувањето.

1.7.2 Хематолошки и биохемиски мониторинг

1.7.2.1 Утврдете дали постои потреба од хематолошки и биохемиски иследувања кај пациентките со лесна и умерена хипертензија, користејќи ги притоа истите критериуми, како и во антенаталниот период, дури и во случаите кај кои се размислува за регионална анестезија.

1.7.3 Грижа при спроведување на епидурална аналгезија

1.7.3.1 Кај пациентките со тешка прееклампсија не давајте интравенски течности како подготовка за ниско дозажна епидурална аналгезија или комбинирана спинална-епидурална аналгезија.

1.7.4 Менаџмент на второ родилно време

1.7.4.1 Не го ограничувајте рутински времетраењето на второто родилно време:

- Кај пациентките со стабилна лесна и умерена хипертензија.
- Доколку крвниот притисок се одржува во рамките на дозволените граници кај пациентките со тешка хипертензија.

1.7.4.2 Препорачајте оперативно завршување на породувањето во второ родилно време кај пациентките со тешка хипертензија која не дава одговор на иницијалната терапија.

1.8 Медикаментозен менаџмент на тешка хипертензија или тешка прееклампсија во единиците за интензивна нега

1.8.1 Антиконвулзивна терапија

1.8.1.1 Доколку пациентката е сместена во единицата за интензивна нега со тешка хипертензија или тешка прееклампсија, има или претходно имала екламптичен напад, ординирајте интравенски магнезиум сулфат*.

1.8.1.2 Размислете за интравенска администрација на магнезиум сулфат* кај пациентките со тешка прееклампсија, сместени во единиците за интензивна нега, доколку породувањето се планира во следните 24 часа.

1.8.1.3 Доколку размислувате за третман со магнезиум сулфат*, искористете ги следниве обележја како карактеристики на тешка прееклампсија:

- Тешка хипертензија и протеинурија.
- Лесна или умерена хипертензија и протеинурија една или повеќе од следниве сотојби:
 - Тешка симптоматска главоболка.

- Проблеми со видот, како заматување или појава на светли дамки во видното поле.
- Изразена болка под ребрен лак или повраќање.
- Едем на папилата на оптичкиот нерв.
- Знаци на клонус (≥ 3 контракции/удари).
- Чувствителност на црниот дроб.
- HELLP синдром.
- Број на тромбоцити помал од $100 \times 10^9 /L$.
- Абнормални хепатални ензими (ALT или AST над 70 IU/L).

1.8.1.4 Употребувајте го режимот од колаборативната студија за еклампсија² во администрацијата на магнезиум сулфатот*:

- Иницијална или „болус“ доза од 4 g која треба да се даде интравенски во период од 5 минути, проследено со инфузија од 1g/час во период од 24 часа.
- Рекурентните напади треба да се третираат со дополнителна администрација на доза од 2-4 gr, дадена во период од 5 минути.

1.8.1.5 Не употребувајте дијазепам, фенитоин или литички коктел како алтернатива за магнезиум сулфат* кај пациентките со еклампсија.

1.8.2 Антихипертензивни лекови

1.8.2.1 Кај пациентките со тешка хипертензија кои се во интензивна нега, во текот на бременоста или непосредно по породувањето започнете третман со некој од следниве лекови:

- Лабеталол† (орално или интравенски).
- Хидралазин (интравенски).
- Нифедипин † (орално).

1.8.2.2 Кај пациентките со тешка хипертензија кои се сместени во единица за интензивна нега, следете го одговорот на терапијата:

- За да се осигурате дека крвниот притисок опаѓа.
- За да идентификувате несакани ефекти, како за жената, така и за плодот.
- За да го модифицирате третманот, зависно од одговорот.

1.8.2.3 Земете ја во предвид потребата од администрација на 500 ml кристалоиден раствор пред или за време на интравенската администрација на првата доза на хидралазин во антенаталниот период.

1.8.2.4 Кај пациентките со тешка хипертензија, сместени во интензивна нега, стремете се систолниот притисок да се одржува под 150 mm Hg, а дијастолниот притисок помеѓу 80 и 120 mm Hg.

1.8.3 Кортикостероиди за матурација на феталното белодробие

1.8.3.1 Доколку сметате дека породувањето ќе настапи во следните 7 дена кај пациентката со прееклампсија:

- Ординирајте две дози бетаметазон* од 12 mg интрамускулно, на растојание од 24 часа во периодот од 24-та до 34-та гестациска седмица.

² The Eclampsia Trial Collaborative Group (1995) Which anticonvulsant for women with eclampsia? Evidence from the Collaborative Eclampsia Trial. *Lancet* 345:1455–63.

- Размислете за евентуална администрација на две дози бетаметазон* од 12 mg интрамускулно, на растојание од 24 часа во периодот од 35-та до 36-та гестациска седмица.

1.8.4 Кортикостероиди за менаџмент на HELLP синдром

1.8.4.1 Не користете дексаметазон или бетаметазон за третман на HELLP синдромот.

1.8.5 Баланс на течности и волуменска експанзија

1.8.5.1 Не спроведувајте мерки за волуменска експанзија кај пациентките со тешка прееклампсија, освен во случаите на употреба на хидралазин како антенатален хипертензив.

1.8.5.2 Кај пациентките со тешка прееклампсија ограничете го внесот на течности на 80 ml/час, освен во ситуациите во кои има дополнителна загуба на течности (како на пример, крвавење).

1.8.6 Царски рез, наспроти индукција на породувањето

1.8.6.1 Изберете начин на породување кај пациентките со тешка хипертензија, тешка прееклампсија или еклампсија, согласно со клиничката состојба и со приоритетите на пациентката.

1.8.7 Индикации за трансфер во институција со единица за интензивна нега

1.8.7.1 На пациентките со тешка хипертензија или тешка прееклампсија препорачајте им префрлање во институција со соодветни услови за интензивна нега, согласно со следниве критериуми³:

Ниво 3 (терциерно)	Тешка прееклампсија и потреба од вентилација (респираторна поддршка)
Ниво 2 (секундарно)	Скапило подолу во однос на ниво 3, т.е тешка прееклампсија со која било од следниве компликации: - еклампсија - HELLP синдром - крвавење - хиперкалиемија - тешка олигурија - антикоагулантна терапија - интравенски антихипертензивен третман - иницијална стабилизација на тешка хипертензија - знаци за срцево затајување (попуштање) - невролошки испади или абнормален невролошки наод
Ниво 1 (примарно)	- Прееклампсија со лесна или со умерена хипертензија - Актуелен конзервативен менаџмент на тешка преегзистенцијална хипертензија - Скапило подолу во постпарталниот третман

³ Табела, преземена од Guideline Development Group from Intensive Care Society, Standards and Guidelines 2002.

1.9 Доење

- 1.9.1.1 Кај пациентките кои во постнаталниот период имаат потреба од понатамошна антихипертензивна терапија, избегнувајте употреба на диуретици доколку пациентката дои или се измолзува.
- 1.9.1.2 На пациентките кои изискуваат понатамошна антихипертензивна терапија во постнаталниот период, објаснете им дека следниве медикаменти немаат познати несакани ефекти врз доенчињата:
- лабеталол†
 - нифедипин †
 - еналаприл†
 - каптоприл†
 - ателолол†
 - метопролол†.
- 1.9.1.3 На пациентките кои изискуваат понатамошна антихипертензивна терапија во постнаталниот период, објаснете им дека за следниве антихипертензивни лекови нема доволно доказ за сигурноста врз доенчињата:
- Блокери на рецепторот за ангиотензин II.
 - Амлодипин.
 - ACE инхибитори, со исклучок на еналаприл† и каптоприл†.
- 1.9.1.4 Направете проценка на физичката благосостојба на новороденото, особено на адекватноста на исхраната, барем еднаш дневно во текот на првите два дена по раѓањето.

1.10 Советување и следење при трансфер во домашни услови

1.10.1 Долгорочен ризик од кардиоваскуларни заболувања

- 1.10.1.1 На пациентките кои страдале од гестациска хипертензија или прееклампсија и на нивните матични доктори, укажете им дека овие состојби го зголемуваат ризикот од појава на покачен крвен притисок и компликациите, врзани со него во понатамошниот тек на животот.

1.10.2 Долгорочен ризик од терминално бубрежно заболување

- 1.10.2.1 На пациентките со историја за прееклампсија кои немаат протеинурија и немаат хипертензија при постнаталната контрола (6-8 недели по породувањето) објаснете им дека и покрај тоа што постои зголемен релативен ризик за терминално бубрежно заболување, апсолутниот ризик е мал и не е потребно понатамошно следење.

1.10.3 Тромбофилија и ризикот од прееклампсија

- 1.10.3.1 Кај пациентките кои имале прееклампсија, не е потребен рутински скрининг за тромбофилии.

1.10.4 Ризик од повторна појава на хипертензивно нарушување во бременоста

1.10.4.1 На пациентките кои имале гестациска хипертензија, објаснете им дека нивниот ризик од појава на:

- Гестациската хипертензија во следните бремености се движи од приближно 1 на 6 бремености (16%) до приближно 1 на 2 бремености (47%).
- Преeklампсијата во следните бремености изнесува од приближно 1 на 50 (2%) до приближно 1 на 14 бремености (7%).

1.10.4.2 На пациентките кои имале преeklампсија, објаснете им дека нивниот ризик од појава на:

- Гестациската хипертензија во следните бремености изнесува од приближно 1 на 8 бремености (13%) до приближно 1 на 2 бремености (53%).
- Преeklампсијата во следните бремености изнесува приближно 1 во 6 бремености (16%).
- Преeklампсијата во следните бремености изнесува приближно 1 на 4 бремености (25%), доколку нивната бременост била комплицирана со тешка преeklампсија, HELLP синдром или eklампсија кои довеле до породување пред 34-та гестациска седмица и приближно 1 во 2 бремености (55%), доколку од истите причини породувањето настапило пред 28-та гестациска седмица.

1.10.5 Интервалот помеѓу две бремености и рекурентноста на хипертензивното нарушување во бременоста

1.10.5.1 На пациентките кои имале преeklампсија, објаснете им дека не постои дополнителен ризик за повторна појава на состојбата, доколку интервалот помеѓу две соседни бремености е до 10 години.

1.10.6 Индексот на телесна тежина и рекурентноста на хипертензивното нарушување во бременоста

1.10.6 Пациентките кои имале преeklампсија советувајте ги да постигнат и да одржуваат индекс на телесна тежина во рамките на нормалните „здрави“ вредности пред нивната следна бременост (18,5-24,9 kg/m², „Obesity“, NICE клиничко упатство 43).

2. Забелешки за делокругот на овој водич

Упатствата на NICE се развиваат во согласност со утврдениот домен/опсег, кој дефинира на што се однесува, а на што нема да се однесува упатството. Опсегот на упатството е достапен⁴.

Ова упатство се однесува на пациентките со хипертензивно нарушување кое за првпат се јавува во текот на бременоста, на пациентките со преегзистирачка хипертензија кои планираат да забременат или се веќе бремени и на пациентките кои се бремени, а се соочуваат со зголемен ризик од појава на хипертензивно нарушување во текот на бременоста. Исто така, упатството се однесува и на плодот до породувањето.

Упатството не се однесува на пациентките со хипертензивно нарушување и дијабет и на новороденчињата на пациентките кои имале хипертензивно нарушување во текот на бременоста.

Како се развиваше ова упатство

NICE го овласти Националниот центар за соработка за здравјето на жената и на детето да го развие ова упатство. Центарот назначи Група за развој на упатството (види Додаток А), која ги разгледа доказите и ги изработи препораките. Независно тело за ревизија на упатството го надгледуваше развојот на упатството (види Додаток Б).

Повеќе информации за начинот на којшто се развиваат NICE клиничките упатства се достапни на веб страницата на NICE. Достапна е и брошура „Како се развиваат NICE клиничките упатства: преглед за заинтересираните страни, јавноста и националните здравствени услуги (National Health Services –NHS)“.

⁴ <http://www.nice.org.uk/guidance/CG107>

3. Имплементација

NICE изработи и алатки⁵ коишто им помагаат на организациите да го имплементираат ова упатство.

⁵ <http://guidance.nice.org.uk/CG129/ImplementationAdvice/pdf/English>

4. Препораки за понатамошни истражувања

Групата за развој на упатството ги дава следниве препораки за истражување, засновано на сопствената ревизија на доказите, со цел да се подобрат упатствата на NICE и грижата за пациентите во иднина. Целокупниот сет на препораки за истражување на Групата за развој на упатството, дадени се во целосното упатство (види дел 5).

4.1 Намалување на ризикот од хипертензивни нарушувања во бременоста

Колку е од клинички и економски аспект оправдана суплементацијата со калциум (во споредба со плацебо) во превенцијата на прееклампсијата кај пациентките со умерен и висок ризик за прееклампсија?

Зошто е ова важно?

Прееклампсијата и гестацисата хипертензија се честа компликација во бременоста. Иако досега не се спроведени големи студии за превентивната улога на калциумската суплементација во однос на прееклампсија во текот на бременоста, варијациите во популацијата и статусот на калциумот при влез во студијата го оневозможуваат донесувањето на заклучок за значењето на ваквиот третман во кои било услови. Суплементацијата со калциум како терапевтски модалитет е евтина, голема е веројатноста дека добро ќе се поднесува и голема е веројатноста дека е безбедна и за мајката и за плодот, иако ова тврдење треба да се докаже. Дури скромен ефект би бил потенцијално важен заради едноставноста на третманот. Потребна е нова метаанализа која преку техника на регресивна метаанализа ќе ја разјасни улогата на диететскиот внес на калциум и основниот ризик од прееклампсија, искористувајќи ги притоа податоците од подгрупите и барајќи притоа дополнителни податоци од авторите на објавените студии онаму, каде што е тоа можно. Потребни се и понатамошни рандомизирани контролирани студии кои треба да ја проценат редуцијата на ризикот кај пациентките со умерен и висок ризик од прееклампсија и да ја реevalуираат редуцијата на ризикот кај пациентките со низок ризик од прееклампсија. Овие студии треба да го земат во предвид начинот на исхрана на мајката и нивото на калциумот, а треба да ги евалуираат, како исходот за мајката (инциденца на хипертензивна болест во бременоста, вклучувајќи и тешки форми на заболувањето), така и исходот за новороденото и доенчето (неонатален морбидитет, раст и развој на доенчето).

4.2 Проценка на протеинуријата кај хипертензивните нарушувања во бременоста

Како треба да се дефинира сигнификантната протеинурија кај хипертензија во текот на бременоста?

Зошто е ова важно

Најизразените несакани ефекти при новонастанатото хипертензивно нарушување во текот на бременоста се манифестираат кај пациентките со протеинурија. Сепак, квалитетот на докази за дијагноза на сигнификантна протеинурија е лош, а

прогностичкото значење на различните количества на протеини во урината е сè уште нејасно. Постои потреба од големи, високо квалитетни проспективни студии во кои ќе се компарираат различни методи за мерење на протеинуријата (автоматизирани уреди за читање на стикови со реагенс, однос уринарни протеини: креатинин, однос уринарни албумини:креатинин и колекција на 24-часовна урина) кај пациентки со новонастанато хипертензивно нарушување во бременоста. Студијата би требало да се стреми кон одредување на метод на мерење и дијагностички праг кои се најпрецизни во предикцијата на клинички значајните исходи. Од таквите студии би произлегле одлуки во врска со клиничкиот менаџмент на новонастанатото хипертензивно нарушување во текот на бременоста. Доколку се идентификуваат предиктивни параметри, тогаш во рандомизирани клинички студии може да се евалуираат и постапки кои се стремат да го подобрат исходот, а се базираат на предиктивните параметри.

4.3 Хематолошки и биохемиски мониторинг кај пациентките со гестациска хипертензија

Каква улога има евалуацијата на хематолошките и биохемиските параметри при дијагнозата на гестациската хипертензија и во следењето на гестациската хипертензија?

Зошто е ова важно

Прееклампсијата е мултисистемско нарушување, сепак сè уште не е јасно дали рутинската проценка на хематолошките и биохемиските параметри кај пациентките со гестациска хипертензија помага во клиничкото згрижување и дали е доволно прецизна во дискриминацијата и издвојувањето на кои им е грижата најпотребна. Информациите за тоа која проценка може да биде од полза се некомплетни, а податоците за тоа дали клиничкиот исход се менува се збунувачки.

Треба да се спроведат големи проспективни студии за да се одреди дијапазонот на испитуваните параметри, поединечно и сериски (бубрежна функција, хепатална функција, коагулација, мерење на протеинурија) кај жените со гестациска хипертензија. Овие студии треба да користат соодветно дефинирани гравидни вредности, како и да ја проценат предиктивноста кон клинички значајните исходи (тешка прееклампсија и матернални и фетални компликации).

Доколку се идентификуваат параметри со соодветна предиктивна вредност, понатаму ќе бидат потребни рандомизирани контролирани студии за да се спореди ефектот од познавањето на нивните вредности во однос на ефектот од непознавањето на вредностите врз клиничкиот исход, исходот за мајката и за плодот. Резултатите од вакви студии треба да се инкорпорираат во здравствените економски модели за проценка на економската оправданост.

4.4 Одредување на времето на породување кај пациентките со прееклампсија

Кое е вистинското време за породување кај пациентките со лесна до умерена хипертензија?

Зошто е ова важно

Постои т.н. „сива“ зона за пациентките кои имаат прееклампсија со лесна до умерена хипертензија, се однесува на периодот од 34-та до 37-та гестациска недела во кој оптималното време за породување не е сосема јасно.

Кај пациентките кои имаат прееклампсија со лесна до умерена хипертензија состојбата може да прогредира кон тешко заболување со сите свои ризици, но не е јасно дали овој ризик го надминува или би требало да превагне преку ризикот од планирано доцно прематурно породување кој се однесува на новороденото. Неонатолошките служби се под континуиран притисок, а предвремени породувања без јасен бенефит за мајката и за бебето носат трошоци.

Потребно е да се спроведат рандомизирани контролирани студии кои ќе ја споредат политиката на итно планирано породување помеѓу 34+0 и 34+6 гестациски недели кај пациентките со прееклампсија и лесна до умерена хипертензија, наспроти експектативниот пристап и породување при клиничка прогресија на состојбата. Исходот треба да ги земе во предвид тешката прееклампсија и нејзините компикации, потребата за интензивна нега, задоволството на мајката, неонаталниот морбидитет и морталитет и здравствената економија. Студиите треба да бидат доволно опсежни за да ги опфатат и поретките компикации кај жените.

4.5 Антихипертензивни лекови и доење

Колку се безбедни антихипертензивните лекови кои вообичаено се користат, кога се даваат на пациентки коишто дојат?

Зошто е ова важно

Со зголемувањето на инциденцата на хипертензивните нарушувања во бременоста, сè поголем број на трудници и доилки потенцијално ќе бидат изложени на дејството на антихипертензивните лекови. Најголемиот дел од расположивите лекови не се регистрирани за употреба во текот на бременоста. За поголемиот дел од нив не постојат информации за нивното присуство во мајчиното млеко и дали таквото присуство има некаков клинички ефект. Како резултат на тоа, пациентките може да бидат лишени од соодветен третман во постнаталниот период или да бидат советувани да не дојат. Потребни се студии за одредување на концентрацијата на расположивите лекови и нивните метаболити во мајчиното млеко, а притоа во предвид да се земат фармакокинетичките обележја (максималните вредности и елиминацијата) и притоа да се споредат однесувањето на новороденото и физиолошките варијабли кај пациентките кои ги користат, за секој од лековите поединечно, во споредба со пациентките кои одбиваат да дојат. Во студиите би требало да се следат пациентките и нивните бебиња во период доволно долг за исклучување на кумулативните ефекти, а треба да бидат и доволно опсежни за да обезбедат услови за лиценцирање на лекот пред регулаторните тела за контрола на лековите.

5. Други верзии на ова упатство

5.1 Целосно упатство

Целосното упатство „Хипертензија во бременост“⁶ содржи детален опис на методите и на доказите, користени во развојот на упатството. Издадено е од Националниот центар за соработка за здравјето на жената и на детето.

5.2 Информации за јавноста

Достапно е резиме за жените и за нивните партнери/негуватели (Информација за јавноста).⁷ Ги охрабруваме службениците на националниот здравствен сервис и невладиниот сектор да го користат текстот од оваа брошура за сопствено информирање во врска со хипертензија во бременоста.

⁶ <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13098/50475/50475.pdf>

⁷ <http://publications.nice.org.uk/high-blood-pressure-in-pregnancy-ifp107>

6. Поврзани NICE упатства

- Менаџмент на телесната тежина пред, за време на и по бременоста. [NICE Упатство за јавно здравје 27 \(2010\)](#).
- Како да се откажете од пушењето за време на бременоста и претстојното породување. [NICE Упатство за јавно здравје 26 \(2010\)](#).
- Превенција на кардиоваскуларние заболувања во популацијата. [NICE Упатство за јавно здравје 25 \(2010\)](#).
- Хронична бубрежна болест. [NICE клиничко упатство 73 \(2008\)](#).
- Индукција на породување. [NICE клиничко упатство 70 \(2008\)](#).
- Дијабет во бременоста. [NICE клиничко упатство 63 \(2008\)](#).
- Антенатална грижа. [NICE клиничко упатство 62 \(2008\)](#).
- Исхрана на мајка и дете. [NICE Упатство за јавно здравје 11 \(2008\)](#).
- Smoking cessation services. [NICE public health guidance 10 \(2008\)](#).
- Интрапартална грижа. [NICE клиничко упатство 55 \(2007\)](#).
- Гојазност. [NICE клиничко упатство 43 \(2006\)](#).
- Постнатална грижа. [NICE клиничко упатство 37 \(2006\)](#).
- Хипертензија. [NICE клиничко упатство 34 \(2006\)](#). [Заменето со [NICE клиничко упатство 127](#)].
- Царски рез. [NICE клиничко упатство 13 \(2004\)](#). [Заменето со [NICE клиничко упатство 132](#)].

7. Ажурирање на упатството

NICE клиничките упатства се ажурираат на начин кој ќе овозможи новите препораки да бидат засновани на нови докази. Новите докази се бараат 3 години по објавувањето, а од здравствените работници и од пациентите се бара нивно гледиште; овие информации се користат во донесувањето на одлуката за тоа дали треба да се ажурира целото упатство или дел од упатството. Доколку нови квалитетни докази бидат објавени во скоро време, може да се донесе и одлука за забрзано ажурирање на дел од препораките. Ве молиме, обратете се на нашата веб страница за информација околу ажурирањето на упатството.

Додаток А: Група за развој на упатството и проектен тим на NICE

Група за развој на упатството

(18 члена, податоци за членовите може да се најдат на <http://guidance.nice.org.uk/cg107>).

Проектен тим на NICE

(5 члена, податоци за членовите може да се најдат на <http://guidance.nice.org.uk/cg107>).

Додаток Б: Панел за рецензија на упатството

Панелот за рецензија на упатството е независно тело кое го надгледува развојот на упатството и презема одговорност во мониторингот на придржувањето кон развојниот процес на NICE упатствата. Групата особено води сметка за адекватно разгледување и осврнување на коментарите од заинтересираните страни. Панелот вклучува членови на следниве проминенции: примарна грижа, секундарна грижа, јавно здравство и индустрија, немедицински лица.

(5 члена, податоци за членовите може да се најдат на <http://guidance.nice.org.uk/cg107>).

Додаток Ц: Алгоритми

Алгоритмите се содржани во целосното упатство.

Додаток Д: Информации за лековите

Атенололот е регистриран за третманот на хипертензијата и веќе широко се употребува во ВБ во постнаталната опстетричка пракса, но SPC (август 2010) советува очекуваниот бенефит да се разгледува во однос на можните ризици, доколку се користи во првиот и во вториот триместар од бременоста и кај пациентки кои може да останат бремени, како и кај доилки. Употребата на атенололот во овие состојби треба да биде поткрепена со писмена потпишана информирана согласност.

Каптоприлот е регистриран за третманот на хипертензијата и веќе широко се употребува во ВБ во постнаталната опстетричка пракса, но SPC (август 2010) напоменува дека е контраиндициран во текот на вториот и на третиот триместар од бременоста, како и за време на доењето, а не се препорачува и во текот на првиот триместар. Употребата на каптоприлот во овие состојби треба да биде поткрепена со писмена потпишана информирана согласност.

Еналаприлот е регистриран за третманот на хипертензијата и веќе широко се употребува во ВБ во постнаталната опстетричка пракса, но SPC (август 2010) напоменува дека е контраиндициран во текот на вториот и на третиот триместар од бременоста и дека не се препорачува во текот на првиот триместар од бременоста, ниту, пак, при доење на прематурни новороденчиња и во првите неколку недели по породувањето. Употребата на еналаприлот во овие состојби треба да биде поткрепена со писмена потпишана информирана согласност.

Лабеталолот е регистриран за третманот на хипертензијата, вклучително и за време на бременоста и веќе широко се употребува во ВБ во опстетричка пракса, но SPC (август 2010) напоменува дека треба да се користи само во текот на првиот триместар од бременоста доколку потенцијалниот бенефит го надминува потенцијалниот ризик и дека доењето кај овие пациентки не се препорачува. Употребата на лабеталолот во овие состојби треба да биде поткрепена со писмена потпишана информирана согласност.

Метилдопата е регистрирана за третманот на хипертензијата и веќе широко се употребува во ВБ во опстетричка пракса, но SPC (август 2010) напоменува дека кај жените кои се бремени или може да останат бремени или го дојат своето новородено, потребна е проценка на очекуваниот бенефит, наспроти можните ризици. Употребата на метилдопата во овие состојби треба да биде поткрепена со писмена потпишана информирана согласност.

Метопрололот е регистриран за третманот на хипертензијата и веќе широко се употребува во ВБ во постнаталната опстетричка пракса, но SPC (август 2010) напоменува дека очекуваниот бенефит треба да се споредува со можните ризици доколку се употребува кај трудници или доилки. Употребата на метопрололот во овие состојби треба да биде поткрепена со писмена потпишана информирана согласност.

Нифедипинот е регистриран за третман на хипертензијата и веќе широко се употребува во ВБ во опстетричка пракса, но SPC (август 2010) напоменува дека неговата употреба е контраиндицирана во бременоста пред 20-та гестациска седмица и дека не треба да се користи во текот на целата бременост, ниту, пак, кај пациентки кои

очекуваат да останат бремени. Исто така, се советува нифедипинот да не се користи за време на доењето. Употребата на нифедипинот во овие состојби треба да биде поткрепена со писмена потпишана информирана согласност.

Промени по издавањето на упатството

Октомври 2012: мали промени.

Јануари 2012: мали промени.

Јануари 2011. Направени се измени во целосната верзија на ова упатство, како и во верзијата на NICE и во Quick Reference Guide.

Во делот Менаџмент на бременост со хронична хипертензија „и“ е заменето со „или„ во следниве препораки (препорака 1.2.1.1 во верзијата на NICE). Сега гласи:

Објаснете им на пациентките кои користат инхибитори на ангиотензин конвертирачкиот ензим (ACE) или инхибитори на рецепторот за ангиотензин 2 (ARBs):

- *дека постои зголемен ризик од развој на конгенитални аномалии, доколку овие лекови се користат во текот на бременоста.*
- *треба да разговараат за алтернативна антихипертензивна терапија со здравствениот работник кој е одговорен за нивната хипертензија, доколку планираат да забременат.*

Како дополнение, „хлортијазидните диуретици“ беа заменети со „хлортијазид“ во препораките 1.2.1.3 и 1.2.1.4 во NICE упатството и низ целосната верзија на упатството. Овие промени се направени на страниците 4 и 8 од Quick Reference Guide. Алатките за имплементација исто така беа ажурирани.

За ова упатство

NICE клиничките упатства се препораки за третманот и за грижата кон луѓето со специфични здравствени нарушувања и состојби во рамките на здравствениот систем.

Упатството беше развиено од Националниот центар за соработка за здравјето на жената и на детето. Центарот работеше со група на здравствени професионалци (вклучувајќи и консултанти, општи доктори и сестри), пациенти и негуватели, како и технички персонал кои работеа на разгледување на доказите и изработија нацрт на препораките. Препораките беа финализирани по јавна дебата.

Методите и процесот на развој на NICE клиничкото упатство се опишани во Прирачникот за упатства⁸.

Издадовме и Информации за јавноста во кои е објаснето ова упатство. На располагање се и информации за начинот на примена на упатството, како и информации за доказите на кои се базира упатството.

Ваша одговорност

Ова упатство претставува гледиште на NICE кое пристигна по внимателно разгледување на достапните докази. Од здравствените професионалци се очекува да се придржуваат кон него при носењето на клиничките одлуки. Сепак, упатството не ја надвладува индивидуалната одговорност на здравствениот работник во донесувањето на одлуките во зависност од околностите кај секој пациент поединечно, во консултација со пациентот, старателот или негувателот, информиран според упатството за карактеристиките на секој лек што се разгледува како можно средство. Имплементацијата на ова упатство е одговорност на локалниот комесар и/или давател на услуги. Комесарот и давателот на услуги се одговорни за спроведување на упатството во локални рамки, во рамките на своите должности треба да оневозможат незаконска дискриминација и да го почитуваат промовирањето на еднаквоста на приликите. Ниеден дел од ова упатство не треба да се толкува на начин кој ќе го направи текстот неконзистентен во спроведувањето на овие начела.

Авторски права

© Национален институт за здравје и клиничка извонредност 2010. Сите права задржани. Авторските права на NICE за материјалот можат да се преземат за приватно истражување и студирање и можат да бидат репродуцирани за едукативни и непрофитни цели. Никаква репродукција од или за комерцијални организации или за комерцијални цели не е дозволена без писмена дозвола од NICE.

Контакт NICE

National Institute for Health and Clinical Excellence
Level 1A, City Tower, Piccadilly Plaza, Manchester M1 4BT

www.nice.org.uk
nice@nice.org.uk
0845 033

⁸http://www.nice.org.uk/aboutnice/howwework/developingniceclinicalguidelines/clinicalguidelinedevelopmentmethods/clinical_guideline_development_methods.jsp