

■ В статье обсуждаются вопросы классификации и принципы терапии гестоза и гипертензии во время беременности и содержатся комментарии относительно опубликованного в 2012 году клинического протокола «Гипертензия во время беременности, преэклампсия эклампсия».

■ **Ключевые слова:** гестоз; эклампсия; преэклампсия; антигипертензивная терапия.

...Нет пророка в своем отечестве.
Из Евангелия от Луки

Несмотря на продолжающиеся исследования многих научных коллективов и достигнутые определенные успехи в области патогенеза, диагностики, терапии и профилактики гестоза, данная патология продолжает занимать одно из ведущих мест в структуре материнской и перинатальной смертности.

Именно поэтому и не случайно проблема гестоза постоянно занимает место в дискуссиях акушеров. Наиболее острым и важным в ряду обсуждаемых проблем представляется вопрос о классификации гестоза.

Совсем недавно был опубликован клинический протокол «Гипертензия во время беременности, преэклампсия эклампсия», где в общей классификации гипертензивных осложнений во время беременности представлена усеченная классификация гестоза в виде двух стадий: преэклампсия и эклампсия [2].

Классификация гипертензивных расстройств во время беременности

- Хроническая артериальная гипертензия (АГ):
 - а) хроническая АГ (гипертоническая болезнь);
 - б) хроническая АГ (вторичная гипертония).
- Преэклампсия (ПЭ) на фоне хронической АГ.
- Гестационная АГ.
- Преэклампсия (ПЭ).
- ПЭ умеренно выраженная.
- ПЭ тяжелая.
- Эклампсия.
- Эклампсия во время беременности.
- Эклампсия в родах.
- Эклампсия в послеродовом периоде.

Выпуск данного клинического протокола был осуществлен институтом здоровья семьи, аккредитованным агентством США по международному развитию и стал возможен, как пишут авторы, «благодаря поддержке американского народа» (что-то типа гуманитарной «интеллектуальной» помощи), оказанной через агентство США по Международному развитию.

Истории акушерства известны многочисленные классификации гестоза. Основные из них изложены в монографии: Айламазян Э.К., Мозговая Е.В. Гестоз: теория и практика, 2008 [1]. Все они основаны на одном критерии — симптоматике гестоза и прежде всего на гипертензивном синдроме.

1. Классификация International Society study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP), 1986.
2. Классификация National Institutes of Health Working Party (NIHWP), 1990.

3. Классификация American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 1990.
4. Классификация Canadian Hypertension Society Consensus Conference (CHSCC), 1997.

Повышенное внимание привлекла в свое время классификация, рекомендованная комитетом экспертов ВОЗ в Базеле (1977). В ней гестоз был назван ЕРН-гестоз (ОПГ-гестоз), а различные формы сведены к одному или нескольким симптомам: Е-гестоз, Р-гестоз, Н-гестоз, ЕР,— ЕН-, РН-, ЕРН-гестоз, ЕРН+ неврологические симптомы (преэклампсия), ЕРН+ судороги (эклампсия). Эта классификация не выдержала испытание временем и не была воспринята акушерами СССР, поскольку не привнесла в проблему гестозов ни ясности, ни уточненных представлений. Что касается патогенетического раздела этой классификации, то ее рубрики представляются малообоснованными с практической точки зрения несущими больше информационного шума, чем информации. Эта классификация была признана нецелесообразной, поскольку в ней не было бесспорных достоинств, которые позволили бы переориентировать на нее отечественную акушерскую службу.

Еще более необоснованным и неприемлемым представляется призыв финансируемой США организации «Институт здоровья семьи» к выделению только двух форм гестоза: преэклампсия и эклампсия. Многим акушерам, очевидно, знакомы публикуемые «Институтом здоровья семьи» клинические протоколы. Мы ознакомились с несколькими. Остановимся лишь на протоколе «гипертензия во время беременности, преэклампсия, эклампсия», отражающим структуру и характер производства серии этих клинических протоколов.

Ознакомление с этим протоколом у авторов настоящей статьи вызвало протест как у акушеров и патриотов отечественного акушерства и России. Для нас не было сомнений и в 1988 г., когда на страницах журнала «Акушерство и гинекология» шла дискуссия на тему «классификация гестозов», нет сомнений и сегодня, что принятие усеченной классификации гестоза было бы значительным шагом назад. Симптомокомплекс эклампсии имеет четко очерченные границы и устойчивые критерии диагностики; в необходимости и обоснованности введения этой стадии гестоза не сомневается никто, она во всех классификациях занимает самостоятельные места, что абсолютно справедливо. Но разве другие формы гестоза не имеют в наше время убедительных критериев диагностики. Разве есть основания свести к одной форме с крайне расширенным пониманием ее границ, отсутствием

ориентиров в определении тяжести патологического процесса. Мы видим опасность в том, что врач пользуясь «усеченной классификацией», не будет иметь опоры для диагностики ранних стадий гестоза. В этих условиях более чем объяснимым станет отсутствие должной бдительности и настороженности у врача, ориентированного на преэклампсию как на последнюю перед эклампсией стадию гестоза.

Общеизвестно, что классификации это накопители новой и новейшей информации, это части обширных информационных поисковых систем, это устойчивые и очень нужные рабочие схемы, позволяющие по количественным критериям уточнять стадию заболевания.

В акушерстве гипертензия является важнейшим из симптомов триады гестоза. По многочисленным клиническим данным, полученным различными авторами, в том числе в НИИАГ им. Д. О. Отта РАМН, в России практически не выявляется моносимптомная артериальная гипертензия при беременности, как это видно из классификации, предложенной в опубликованном клиническом протоколе. Как правило, помимо повышенного артериального давления у беременных отмечаются отеки в той или иной степени (повышенная прибавка в весе) и реже протеинурия.

Еще раз считаем должным напомнить, что согласно установкам отечественного акушерства, не раз подтвержденным съездами, наличие у беременной хотя бы 2 симптомов из триады ОПГ (отеки, протеинурия, гипертензия) в первую очередь трактуется как гестоз, а потом уже следует уточнение, на фоне какой соматической патологии он развился. Крайне редко такие экстрагенитальные заболевания, как хроническая артериальная гипертензия и сахарный диабет (особенно I типа), протекают без присоединения гестоза.

Сравнивая и рассматривая известные классификации гестоза, мы остаемся убежденными сторонниками наиболее подробной и простой из них — классификации, доложенной академиком Г. М. Савельевой, поддержанной форумом «Мать и дитя» в 2005 году и согласующейся с международной классификацией болезней (МКБ) 10-го пересмотра (рис. 1).

Данная классификация гестоза 2005 г. удовлетворяет и соответствует современным представлениям о патогенезе гестоза, как о системном патологическом процессе, характеризующемся нарушением кровообращения во всех системах и органах, **а не только в сердечно-сосудистой системе.**

Безусловно, и эту классификацию нельзя считать идеальной, а все вопросы диагности-

Классификация гестоза Форум «Мать и дитя», 2005 год.		Параметры для оценки ст. тяжести
По степени тяжести:		Отеки
• Гестоз легкой степени. Требуется лечения.		Протеинурия
• Гестоз средней тяжести. Необходимо лечение и решение вопроса о возможности пролонгирования беременности.		Систолическое АД
• Гестоз тяжелой степени. Требуется быстрого и бережного родоразрешения.		Диастолическое АД
• Преэклампсия (наличие неврологической симптоматики) — критическое состояние, требующее проведения неотложных мероприятий с последующим родоразрешением.		Срок появления симптомов
• Эклампсия:		Гипотрофия плода
— Судорожная почечная (анурия)		Фоновые заболевания
печеночная (гепатопатия)		
мозговая (эцефалопатия)		
— Бессудорожная (эклампсическая кома)		
Требуется реанимационных мероприятий, немедленного родоразрешения		

Оценка степени тяжести гестоза				
баллы	0	1	2	3
Отеки	нет	Патологическая прибавка веса На голенях	На голенях и брюшной стенке	Генерализованные
Протеинурия	нет	0,33–0,132	0,132–1,0	более 1,0 г/л
Систол. АД	до 130	130–150	150–170	выше 170
Диаст. АД	до 85	85–90	90–110	выше 110 мм рт. ст.
Срок появления симптомов	нет	36–40 нед	30–35 нед.	24–30 нед.
Гипотрофия плода	нет	нет	Отставание на 1–2 недели	на 3 и более недели
Фоновые заболевания	нет	До беременности	Во время беременности	До и во время беременности

Рис. 1. Классификация гестоза

ки и прогноза гестоза решенными. Разумеется это не так. В повседневной практике мы сталкиваемся со значительными трудностями, возникающими иногда в разграничении стадий патологического процесса. В таких затруднительных трактовках мы так же, как и ряд отечественных акушеров, рекомендуем не терять время для дальнейшего уточнения формы тяжести заболевания, склоняться к диагнозу более тяжелой формы и в соответствии с этим решать вопрос об оптимальной тактике ведения больной.

В отношении самого клинического протокола «Гипертензия во время беременности. Преэклампсия. Эклампсия» следует отметить, что он представляет собой компиляцию зарубежных, преимущественно американских рекомендаций по ведению беременных женщин с гестозом, полностью игнорируя огромный отечественный опыт. Между тем, например в США, ситуация с материнской смертностью, не так уж и благополучна, к ее росту в последние годы было привлечено внимание президента Абама (2010).

Например, в США (2005) показатель материнской смертности (МС) составил 10,7 среди «белых» и 38,7 на 100 000 живорожденных среди афроамериканцев. В экономически процветающей Калифорнии МС в 2006 и следующие годы увеличилась на 49% по сравнению с 1999–2001 гг.: соответственно с 5,6–10,7 до 14,6–17,0 на 100 000 (2007–2009).

По данным ВОЗ, в 2010 г. МС в средневосточном регионе Северной Америки колебалась в пределах 61–94, а среди лиц с высоким доходом составляла 14–18 на 100 000.

Что касается преэклампсии и эклампсии, то эти причины составляют 16,0–18,0% в структуре МС в странах западной Европы и в Нью-Йорке (2007–2008). Для сравнения в структуре МС Санкт-Петербурга доля преэклампсии и эклампсии составила 3,5 и 7,7% в 2001 и 20011 гг. соответственно. В структуре МС Российской Федерации (2009) «гипертензивные расстройства» составили 8,5%.

Протокол является фактическим переложением ряда международных консенсусов и гайдлайнов: Working group report on high blood pressure in pregnancy (Washington, DC, 2000) [6]; 3 centres Collaboration Consensus Guideline-Hypertension in pregnancy, Preeclampsia and Eclampsia, 2009 [3]; Preeclampsia and severe Eclampsia Guideline (2010) и др. [5], в которых далеко не со всеми рекомендациями можно согласиться, а ряд рекомендаций по лечению неприемлем из-за отсутствия в нашей стране соответствующих препаратов. Так, не устраивает принятая нозология «гипертензивные расстройства» за которой могут скрываться и болезни почек с вторичной гипертензией и гипертоническая болезнь и другие состояния. Номенклатура «гипертензия, индуцированная (аггравированная) беременностью» в свое время была предложена англичанами, не признающими отеки в качестве симптома гестоза. Эта крайне неудачная номенклатура взята в настоящем протоколе, куда, к сожалению, перенесен и предложенный американскими авторами стандарт диагноза «гипертензии при беременности»: ДАД 90 мм рт. ст. и более; САД 140 мм рт. ст. и более. Такая классификация рассчитана на увеличение числа диагностических, а следовательно, и тактических врачебных ошибок.

Соответственно предложенным цифрам представлена и последующая оценка степени тяжести осложнения. При этом отвергнут такой важный критерий как сравнение показателей артериального давления (АД) с исходными, полученными в начале беременности. Между тем у беременных женщин молодого возраста, как

правило, наблюдается артериальная гипотензия. Кроме того, в силу влияния высоких концентраций прогестерона на гладкую мышечную ткань артериальной системы со второго триместра всегда снижается системное сосудистое сопротивление, что приводит к более низким показателям АД во втором триместре по сравнению с первым. Поэтому правильная оценка динамики АД обязательно включает его сравнение с исходным. Из практики известно, что в ряде случаев даже АД 130–135/80–85 мм рт. ст. уже должно привлечь внимание врача. Отказ от такой практики вреден и опасен.

Клиническую оценку протеинурии предложено проводить с помощью тест-полосок, широко принятых за рубежом и фактически отсутствующих в нашей стране. Внятности в этом разделе нет. Видимо, авторы сами не очень представляют, как оценивать протеинурию. Иначе как понять, что раздел ведения беременных начинается заявлением о необходимости «определения протеинурии в моче (тест-полоска) во время каждого визита». Какую практическую ценность такая рекомендация представляет для врача женской консультации, если нет количественной оценки белка?

Норма суточной потери белка завышена до 5 г/л. Современные данные нефрологов следующие: беременность или не усиливает степень протеинурии или повышает ее крайне незначительно. Суточная потеря белка не должна превышать 200 мг/л. Оценка суточной потери белка давно не считают «золотым стандартом», о чем пишут авторы протокола. Проблема заключается в ошибках правильного сбора мочи (недосбор, сверхсбор), что ведет к неправильному ответу. Именно по этой причине ведутся поиски новых простых и надежных методов оценки степени протеинурии. Более точным методом, фактическим международным стандартом в настоящее время полагают определение концентрации белка и креатинина в любой собранной порции мочи с последующим учетом их соотношения. Отработана норма (соотношение белок/креатинин = 0,2), но с беременными не все так просто. Установлены пограничные соотношения: 0,15 мг белка/1 мг креатинина — норма; 0,26 мг белка/1 мг креатинина — протеинурия более 150 мг/сут; 0,7 мг белка/1 мг креатинина — протеинурия более 300 мг/сут. Какова степень протеинурии при более высоких цифрах этого отношения? Таких данных пока нет, необходимы дополнительные исследования при беременности.

Остается без комментариев раздел этиологии и патогенеза, так как кроме удивления этот невнятный кусочек текста ничего не вызывает.

Какое отношение к прогнозу и профилактике «гестационной гипертензии» в РФ имеет афроамериканская раса? Где авторы предлагают брать полоски для оценки протеинурии «при постановке на учет по беременности»?

Также, ничего кроме возмущения не вызывает раздел профилактики преэклампсии. Кстати, авторы, а их более сорока, так и не определились с номенклатурой, о чем свидетельствует пестрота обозначений: преэклампсия, гестационная гипертензия, гипертензивные расстройства во время беременности и др.

Признано неэффективным ограничение соли. Каким достоверным способом это доказано? Ограничение соли в пищевых продуктах широко принято в кардиологической практике, доказана его эффективность в снижении АД и числа инсультов.

Почему не следует ограничивать беременной женщине рабочие нагрузки и стрессы, если это возможно?

Почему вдруг стал не угоден магний и в каком слепом плацебо-контролируемом рандомизированном исследовании доказано, что магния сульфат не является собственно гипотензивным средством?

На основании каких данных «неэффективно введение низкомолекулярного гепарина при беременности»? Огромный опыт специалистов Санкт-Петербурга свидетельствует, что в случаях наследственной тромбофилии, антифосфолипидного синдрома беременность возможна и безопасна именно только за счет постоянного применения препаратов фракционного низкомолекулярного гепарина!

Огромное возмущение вызывает раздел: «Ведение гипертензивных расстройств во время беременности». Комментировать подробно его не имеет никакого смысла. Поэтому ниже комментарии отдельных положений.

Как соотносятся с ведением беременных женщин в нашей стране рекомендации протокола по ведению «беременности высокого риска развития преэклампсии»? Разве защитит назначение аспирина и пищевых добавок с кальцием от развития и прогрессирования преэклампсии? Абсолютно очевидно, что нет!

Что дает рекомендация: «Проводить дополнительное обследование в стационаре одного дня»?

Авторы предлагают при подозрении на преэклампсию обследование в условиях стационара 2-го и 3-го уровня (при гестационном сроке меньше 34 недель). Непонятно: что предлагают авторы, если гестационный срок больше 34 недель? В таких случаях стационары 2-го и 3-го уровней не показаны?

Относительно рисков врожденных аномалий при приеме беременными блокаторов рецепторов к ангиотензину II и ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента необходимо информировать в первую очередь терапевтов, как правило, работающих без контакта с акушерами. Задача врача-акушера: немедленно, еще в первом триместре обеспечить перевод беременных на другие препараты. Очевидно, что такая возможность у акушера появится только при обращении беременной в женскую консультацию. Возможностей контроля лечения гипертонической болезни у женщин репродуктивного возраста в поликлиниках у врача акушера-гинеколога нет. То же замечание по поводу препаратов, содержащих производные тиазидов.

Рекомендации блокаторов кальциевых каналов должны быть соотнесены со сроками беременности: их назначение в поздние сроки безопасно, но длительное, на протяжении всей беременности — представляет риск из-за влияния препаратов на остеогенез. Производные дигидропиридина нифедипин и амлодипин в форме ретард применяют при беременности. Однако максимальная суточная доза у беременных не должна превышать 40 мг/сут. из-за отмеченных выше рисков для плода (рекомендуемые в протоколе дозы до 120 мг/сут., что не допустимо).

Рекомендации амбулаторного ведения пациенток с гестационной гипертензией не соотносятся с тяжестью осложнения, что неверно. Вряд ли при тяжелой гестационной гипертензии визиты в ЖК каждые 3 дня для «расширенного обследования», включающего, по рекомендации авторов, измерение АД, «анализ мочи на белок» видимо, подразумевается оценка степени протеинурии и мониторинг состояния плода, позднее госпитализации.

Что такое «свертываемость», входящая в алгоритм обследования при тяжелой преэклампсии? Если подразумевается определение времени свертывания крови, то информативность такого исследования равна нулю. Если понятие «свертываемость» подразумевает выполнение других тестов, тогда следует их указать (МНО, Д-димеры, фибриноген).

В разделе противосудорожной терапии присутствует следующая рекомендация: «Бензодиазепины и фенитоин не должны использоваться для профилактики судорог кроме случаев неэффективности сульфата магния». То есть рекомендация означает: если на введении сульфата магния все же начнутся судорожные приступы, следует применить бензодиазепины и фенитоин. Но фенитоин, препарат для лечения эпилепсии, нельзя применять ни в каком

случае, а бензодиазепины, не обладая потенциалом магнезии, также не помогут. Как известно, именно сравнению эффективности указанных трех препаратов было посвящено многоцентровое исследование с охватом 1687 беременных с эклампсией, результаты которого были представлены на АГ конгрессе (Копенгаген, 1995) и в печати (Evidence from the Collaborative Eclampsia Trial, 1995; D. Altman et al., 2002) [4, 7].

Очевидно, что лучшей профилактикой судорог в случаях преэклампсии на сегодня остается магниальная терапия. При высокой гипертензии эффективно ее сочетание с внутривенным введением антигипертензивных препаратов выбора. В течение ряда лет препаратом выбора во всем мире для этих целей был и в определенной мере остается гидралазин. В нашей стране, гидралазин для парентерального применения так и не появился. В настоящее время широкое применение получил нифедипин для внутривенного ведения (никардипин в суточной дозе до 15 мг). Наконец, препаратом выбора для таких целей во всем мире теперь является гибридный α - β -адреноблокатор лабеталол, применяемые внутривенно в разовой дозе 20 мг/час и суточной 200–220 мг/час. Регистрация этого препарата, как и регистрация никардипина и гидралазина, оказывающего благоприятное влияние на мозговой кровоток, могла бы существенно помочь беременным и врачам-акушерам нашей страны. Однако этого не случается, так как проще писать циркуляры по лечению, чем хлопотать и добиваться регистрации действительно необходимых для акушерской практики препаратов.

Удивляет раздел тромбопрофилактики (стр. 21). Отмечено, что таковая «может быть назначена при преэклампсии, сопровождающейся высоким риском тромбоза». Ниже фраза: «нет доказательств эффективности следующих препаратов» с перечислением этих препаратов. Возникает вопрос, так чем же вы советуете проводить тромбопрофилактику? Ответа на этот вопрос нет. Вместе с тем известно, что низкомолекулярные деполимеризованные препараты гепарина (фраксипарин, клексан и др.) являются признанными эффективными и безопасными средствами защиты от тромботических осложнений любого генеза, в том числе и при риске этих осложнений у беременных женщин.

Зачем в число неэффективных включать препараты, которые крайне трудно отнести к средствам профилактики тромбозов: аргинин (незаменимая аминокислота с преимущественным влиянием на обменные процессы и очень слабым антигипертензивным действием), ацетилицестин (преимущественно муколитическое средство,

используемое также для лечения аутизма и некоторых других целей), силденафил (применение при эректильной дисфункции). Следуя этой логике, список можно расширить с включением всех существующих фармакологических средств. Необходимо все же критически подходить к источникам литературы и не использовать в протоколах, адресованных практическому врачу любые данные псевдонаучных публикаций.

Есть вопросы к рекомендациям по антигипертензивной терапии преэклампсии. Прежде всего, не отмечено, что гиповолемия, неизбежный компонент патогенеза преэклампсии, способствует усилению (нарушению) ответа сосудистой стенки на любые вазопрессоры и вазодилататоры.

Поэтому первое обязательное правило — в случаях тяжелой преэклампсии вводить антигипертензивные средства внутривенно, на фоне инфузий солевых растворов, компенсирующих на определенный период состояние гиповолемии. Это правило тем жестче, чем выше АД. Не случайно во всех клиниках развитых стран в случаях преэклампсии, эклампсии применяют гидралазин внутривенно, нифедипин внутривенно, лабеталол внутривенно. Выше об этом уже сказано.

Остается вопрос, что применять в нашей стране, если Министерство здравоохранения не регистрирует жизненно необходимые для акушерства лекарственные средства? Все, без исключения антигипертензивные препараты, зарегистрированные в нашей стране, относятся к категории С или Д (риск неблагоприятного действия на плод человека по шкале FDX).

Препаратов для внутривенного введения, пригодных для акушерской практики, фактически нет. Остается следовать предложению авторов: «выбор препарата должен быть основан на опыте применения в конкретном учреждении». На главный вопрос лечения преэклампсии: как снизить АД, — ответа нет.

В подходах к «обезболиванию родов и кесаревом» авторы снова ограничивают методы оценки состояния гемостаза. В данном разделе предложено ограничиться определением числа тромбоцитов, что, безусловно, важно. Но также важно оценить степень активации системы гемостаза, поскольку хроническая форма ДВС сопровождается все стадии и формы преэклампсии — эклампсии, увеличивая риск коагулопатических кровотечений. Следовательно, объем гемостазиологического обследования необходимо расширить хотя бы еще на 2–3 теста (см. выше).

Не понятны рекомендации ряда препаратов для «плановой терапии АГ» (стр. 29–30). Есть ли

у авторов опыт лечения АГ метопрололом, бисопрололом, то есть β -блокаторами, применение которых в настоящее время резко ограничено в клинической медицине.

И исходя из анализа 126 представленных в клиническом протоколе литературных источников (где только один отечественный), складывается впечатление, что наши врачи и ученые в решении проблемы гестоза никогда не принимали никакого участия, их труды не соответствуют принципам доказательной медицины.

В силу отмеченных и других дефектов представленный протокол не может быть полезным пособием для врачей акушеров-гинекологов Российской Федерации и требует переработки.

Литература

1. Айламазян Э.К., Мозговая Е.В. Гестоз: теория и практика. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 272 с.
2. Гипертензия во время беременности. Преэклампсия. Эклампсия. Клинический протокол/ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова». — М., 2012. — 44 с.
3. 3 centres Collaboration Consensus Guideline — Hypertension in Pregnancy, Preeclampsia and Eclampsia. 2009 URL: <http://www.pers.org.au/Assets/45/1/3CENTRESPREECLAMPSIA.pdf>

4. Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomised placebo-controlled trial / Altman D. [et al.] // Lancet. — 2002. — Vol. 359 (9321). — P.1877–1890.
5. Preeclampsia and severe preeclampsia guideline Clinical Protocols and Guidelines CP–MA50. 2010. URL: http://www.southernhealth.org.au/icms_docs/3447_Preeclampsia_and_severe_preeclampsia.pdf (дата обращения 02.10.2012)
6. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy// Am. J. Obstet. Gynecol. — 2000. — Vol. 183, N 1. — P.S1-S22.
7. Which anticonvulsant for women with eclampsia? Evidence from the Collaborative Eclampsia Trial//Lancet. — 1995. — Vol. 345 (8963). — P.1455–1463.

THE USUAL COMMENT TO CLINICAL PROTOCOL
“HYPERTENSION DURING PREGNANCY,
PREECLAMPSIA, ECLAMPSIA”

Aylamazyan E. K., Repina M. A.

■ **Summary:** The article discusses the principles of classification and therapy of gestosis and hypertension during pregnancy, and contains comments regarding the clinical Protocol published in 2012.

■ **Key words:** preeclampsia; eclampsia; gestosis; antihypertensive therapy.

■ Адреса авторов для переписки

Айламазян Эдуард Карпович — директор, академик РАМН, з. д. н., профессор. ФГБУ «НИИАГ им. Д. О. Отта» СЗО РАМН. 199034, Россия, Санкт-Петербург, Менделеевская линия, д. 3.
E-mail: iagmail@ott.ru

Репина Маргарита Александровна — д. м. н., профессор. Кафедра репродуктивного здоровья женщин. ГОУ ДПО «СПб МАПО Росздрава». 195015, СПб., Кирочная, 41.
E-mail: rectorat@spbmapo.ru

Aylamazyan Edvard Karpovich — academician, professor, the chief, FSBI «The D. O. Ott Research Institute of Obstetrics and Gynecology» NWB RAMS. 199034 Russia, St. Petersburg, Mendeleevskay Line, 3.
E-mail: iagmail@ott.ru

Repina Margarita A. — MD, professor. Department of Reproductive Health of Women. St.-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies. 195015, Saint-Petersburg, Kirochnaya, 41.
E-mail: rectorat@spbmapo.ru