



ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

**зав. каф. внутренних болезней № 2 д.м.н., проф. Багрий А.Э.,
зав. каф. внутренних болезней № 1 д.м.н., доц. Щукина Е.В.,
доц. каф. внутренних болезней № 2 к.м.н., доц. Ефременко В.А.**

Донецк - 2023

Актуальность

- ▶ Артериальная гипертензия (АГ) является наиболее частым осложнением беременности и составляет одну из ведущих причин материнской и перинатальной смертности. При наличии АГ у беременных существенно возрастает риск внутричерепных геморрагий, эклампсии, нарушения функции почек преждевременных родов, гипотрофии и недоношенности новорожденных, перинатальной смертности.
 - ▶ Частота АГ при беременности составляет среди первобеременных от 10 до 15%, среди повторобеременных – от 2 до 5%.
-



Определение и классификация АГ у беременных

- ▶ АГ при гестации определяется при уровнях АД более 140/90 мм рт. ст. или при возрастании по сравнению со значениями до зачатия систолического АД на 25 мм рт. ст. и более и/или диастолического АД на 15 мм рт. ст. и более.

- ▶ Классификация АГ в период беременности
 1. Хроническая АГ
 2. Гестационная АГ
 3. Преэклампсия/эклампсия
 4. Преэклампсия/эклампсия на фоне хронической А



Определение и классификация АГ у беременных

Хроническая АГ – это АГ, диагностированная до наступления беременности или до 20 недели беременности:

- ▶ составляет примерно 30% всех гипертензивных состояний у беременных;
- ▶ распространенность среди молодых женщин не велика (в возрасте 18-29 лет – 0,6-2% женщин), однако значительно возрастает по мере увеличения возраста пациенток (в возрасте 30-39 лет - у 6-22,3%).
- ▶ В период беременности у пациенток с хронической АГ адекватно оценить степень повышения уровня АД не удастся, т.к. в I и II триместрах обычно отмечается физиологическое снижение уровня АД.



Определение и классификация АГ у беременных

- ▶ **Гестационная АГ** - повышение уровня АД, впервые зафиксированное после 20 недели беременности и не сопровождающееся протеинурией. Гестационная АГ трансформируется в преэклампсию (ПЭ) в 50% случаев.
- ▶ **Преэклампсия** - специфичный для беременности синдром, который возникает после 20-й недели гестации, определяется по наличию АГ и протеинурии (больше 300 мг белка в суточной моче). Тяжелая ПЭ сопровождается полиорганной недостаточностью. Встречается у 3-14% беременных. ***Наличие отеков не является диагностическим критерием ПЭ!*** При физиологически протекающей беременности частота отеков достигает 60%.
- ▶ **Эклампсию** диагностируют в случае возникновения у женщин с ПЭ судорог, которые не могут быть объяснены другими причинами.



Диагностика АГ при беременности

План обследования при хронической АГ:

- ▶ **Консультации:** терапевта / кардиолога, невролога, офтальмолога, эндокринолога.
 - ▶ **Инструментальные исследования:** ЭКГ, Эхо-КГ, СМАД, УЗИ почек + УЗДГ сосудов почек.
 - ▶ **Лабораторные исследования:** ОАК, креатинин, мочевины крови, липидограмма, ОАМ, уровень микроальбуминурии.
 - ▶ Если диагноз не был уточнен на этапе планирования беременности, необходимо проведение дополнительных обследований для выявления вторичного характера АГ (заболеваний почек, коарктации аорты, тиреотоксикоза, акромегалии, синдрома и болезни Иценко-Кушинга, первичного гиперальдостеронизма, феохромоцитомы).
-



Диагностика АГ при беременности

План обследования при подозрении на ПЭ:

- ▶ Консультации: терапевта /кардиолога, невролога, офтальмолога.
- ▶ Инструментальные исследования: ЭКГ, СМАД, УЗДГ сосудов почек, транскраниальная доплерография сосудов основания головного мозга и перiorбитальная доплерография.
- ▶ Лабораторные исследования: ОАК + шизоциты, ОАМ, биохимический анализ крови, включая уровень альбумина, АсАТ, АлАТ, ЛДГ, мочевой кислоты, Д-димер, суточная протеинурия или микроальбуминурия.



Лечение АГ при беременности

- ▶ **Лечение АГ при беременности представляет нередко сложную задачу.**
- ▶ У женщин с хронической АГ желательно планирование тактики ведения и оценка степени риска до зачатия и/или в ранних сроках беременности.
- ▶ Беременным с АГ рекомендуется устранение физических и уменьшение психоэмоциональных перегрузок, **при этом необходимость в назначении постельного режима нередко отсутствует.**
- ▶ Низкосолевая диета для контроля АГ при беременности обычно не показана (за исключением больных с объём-зависимой АГ при некоторых вариантах поражения почек).
- ▶ Беременным с АГ обычно не требуется ограничения приема жидкости.



Лечение АГ при беременности

- ▶ Не является в настоящее время общепринятой эффективностью аспирина в предупреждении преэклампсии. По данным крупных контролируемых исследований, проведенных в последние годы, не было отмечено снижения частоты преэклампсии у женщин, принимавших аспирин.
- ▶ У беременных с АГ не является необходимым превентивное использование седативной терапии и антиконвульсантов.
- ▶ У подавляющего большинства беременных с АГ для контроля АД требуется назначение более чем одного базисного антигипертензивного средства. Использование комбинированной антигипертензивной терапии показано более чем 70% беременных с АГ.



Лечение АГ при беременности

- ▶ **Во всех случаях категорически запрещается курение, применение алкоголя.**
- ▶ **Курение у беременных с хронической АГ значительно повышает риск развития ПЭ.**



Лечение АГ при беременности

К антигипертензивным препаратам, которые могут использоваться для длительного применения при беременности, относят:

- ▶ • препараты центрального действия - метилдопа (допегит, альдомет), клонидин (клофелин, гемитон);
- ▶ • β -адреноблокаторы - окспренолол (тразикор), пиндолол (вискен), метопролол (эгилок), атенолол (атеносан);
- ▶ • блокаторы кальциевых каналов - нифедипин (коринфар, адалат), верапамил (изоптин);
- ▶ • α -адреноблокатор - празозин (адверзутен, пратсиол);
- ▶ • прямой вазодилататор - гидралазин (апрессин, апресолин).



Лечение АГ при беременности

Метилдопа - один из наиболее изученных антигипертензивных препаратов при беременности:

- ▶ пресинаптический агонист центральных α_2 -адренергических рецепторов;
- ▶ уменьшает общее периферическое сопротивление сосудов, не вызывая снижения сердечного выброса, почечного кровотока и не приводя к рефлекторной симпатической активации;
- ▶ при его использовании возможно развитие умеренной задержки жидкости в организме;
- ▶ характеризуется достаточно высокой безопасностью для матери и плода независимо от срока гестации;
- ▶ как при кратковременном (в среднем, в течение 24 дней), так и при постоянном его применении **отсутствуют** (1) нарушения маточно-плацентарного кровотока, (2) неблагоприятные эффекты на плод (в т.ч. нарушения гемодинамики), (3) неблагоприятное влияние на состояние матери, (4) отдаленные эффекты у детей, матери которых принимали препарат при беременности;
- ▶ дозировки при гестации обычно составляют 1-2 г/сут на 4 приема, максимальная суточная доза может достигать 3,5-4 г;
- ▶ побочные эффекты при использовании препарата у беременных отмечаются редко и могут включать головную боль, общую слабость, ортостатическую гипотензию, тошноту, запоры.

Лечение АГ при беременности

- ▶ Среди β -АБ **окспренолол (тразикор)** представляет наиболее изученное и наиболее безопасное при гестации антигипертензивное лекарственное средство. Он пригоден для длительной терапии АГ независимо от срока беременности.
- ▶ Для антигипертензивного лечения у беременных могут также использоваться **метопролол (эгилок), атенолол (атеносан), пиндолол (вискен)**.
- ▶ Побочные эффекты при применении β -АБ у беременных, наряду с общепринятыми, включают неонатальную брадикардию и гипогликемию.
- ▶ При применении β -АБ отсутствуют доказательства увеличения частоты фетальных дефектов, а также неблагоприятного влияния на неонатальную заболеваемость и смертность. Вместе с тем, до настоящего времени наиболее предпочтительным вариантом применения метопролола, атенолола и пиндолола при гестации считают их использование на протяжении **не более 4-6 недель**. Их назначение не показано при наличии признаков внутриутробной задержки роста плода.
- ▶ **β -АБ следует отменять в течение ближайших 2-3 недель перед предполагаемым родоразрешением во избежание развития слабости родовой деятельности.**

Лечение АГ при беременности

- ▶ Среди блокаторов кальциевых каналов при АГ у беременных могут использоваться препараты нифедипина и верапамила.
- ▶ **Нифедипин (коринфар)** используется как для хронического лечения АГ при гестации, так и для ургентного купирования повышения АД. Кроме того, препарат при гестации может быть использован для предупреждения преждевременных родов. Как при его кратковременном, так и при пролонгированном применении обычно отсутствуют неблагоприятные фетальные эффекты, не нарушается маточно-плацентарный кровоток. Основные побочные эффекты препарата включают головную боль, приливы, сердцебиения.
- ▶ **Верапамил** может использоваться для хронического лечения АГ у беременных как в короткодействующих (изоптин, верапамил), так и в пролонгированных (изоптин-ретард) формах. Следует отметить, что при его применении может развиваться увеличение частоты запоров, которые нередко составляют важную проблему при беременности.
- ▶ **Препараты верапамила следует отменять за 2-3 недели до предполагаемых родов из-за риска перенашивания беременности!**



Лечение АГ при беременности

- ▶ α -адреноблокатор - **празозин (адверзутен, пратсиол)** рассматривается как достаточно безопасный антигипертензивный препарат при гестации. Вследствие **относительно невысокой антигипертензивной активности** празозин нередко используется не в виде монотерапии, но **как компонент комбинированного антигипертензивного лечения.**



Лечение АГ при беременности

- ▶ Прямой вазодилататор - гидралазин (апрессин) в лечении АГ при гестации может использоваться как антигипертензивное средство независимо от срока беременности без оказания неблагоприятных эффектов на плод.
- ▶ Вследствие невысокой антигипертензивной эффективности он чаще применяется в комбинациях с метилдопа или окспренололом.



Лечение АГ при беременности

- ▶ В качестве **относительно противопоказанных антигипертензивных средств** для длительного применения при гестации рассматриваются тиазидовые диуретики.
- ▶ Хроническое использование **тиазидовых диуретиков** при гестации может вызывать существенное уменьшение объема циркулирующей плазмы и снижение маточно-плацентарного кровотока.



Лечение АГ при беременности

К антигипертензивным препаратам, АБСОЛЮТНО ПРОТИВОПОКАЗАННЫМ при беременности относят:

- ▶ • **ИНГИБИТОРЫ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА:** каптоприл, эналаприл, лизиноприл, спираприл, квинаприл, фозиноприл, моэксиприл и др., которые могут обуславливать внутриутробную задержку роста плода, олигогидроамнион, острую почечную недостаточность у новорожденных, гибель плода.
 - ▶ • **АНТАГОНИСТЫ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II** лосартан, ирбесартан, эпросартан, валсартан, телмисартан.
-



Лечение АГ при лактации

К препаратам, разрешенным Американской Ассоциацией Педиатров в качестве антигипертензивных средств при грудном вскармливании относят:

- ▶ • Блокаторы кальциевых каналов - **нифедипин и верапамил**, которые экскретируются в грудное молоко в небольшом количестве; побочные эффекты у новорожденных, матери которых принимали эти препараты, не отмечены;
- ▶ • β -АБ – **пропранолол и атенолол**, экскретируются в грудное молоко в небольшом количестве; при применении матерью в высоких дозах у новорожденных могут развиваться брадикардия, нарушения углеводного обмена, бронхоспазм;
- ▶ • Ингибиторы АПФ - **каптоприл**, который экскретируется в грудное молоко в очень малом количестве, побочных эффектов у детей при его использовании матерью во время лактации не отмечено;



Лечение АГ при лактации

К препаратам, разрешенным Американской Ассоциацией Педиатров в качестве антигипертензивных средств при грудном вскармливании относят:

- ▶ • Тиазидовый диуретик - **гипотиазид**, который экскретируется в грудное молоко в небольшом количестве; при его применении возможна гипогалактия;
- ▶ • Калийсберегающий диуретик - **спиронолактон**, который экскретируется в грудное молоко в небольшом количестве;
- ▶ • Петлевой диуретик - **фуросемид**; при его использовании может возникать выраженная гипогалактия, побочные эффекты у детей при его применении лактирующими женщинами не отмечены.



- ▶ Терапевтические подходы к лечению АГ при беременности и лактации претерпели довольно существенные изменения за последние годы, что связано с проведением достаточно масштабных исследований новых антигипертензивных препаратов у беременных. Выбор антигипертензивных препаратов у беременных и кормящих должен основываться на современных представлениях об их эффективности и безопасности для матери и плода. Тактика ведения беременных с АГ должна вырабатываться при обязательном совместном участии акушеров-гинекологов, терапевтов (кардиологов), а у кормящих женщин – и педиатров.



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**

