

# Артериальная гипертензия во время беременности



**Артериальная гипертензия определяется по абсолютному ( $> 140/90$  мм.рт.ст.) уровню артериального давления при 2 и более последовательных измерениях с интервалом не менее 4 часов либо на основании подъема САД $>25$  и ДАД  $>15$  мм.рт.ст. от существующего до зачатия.**



**По МКБХ гипертензивные состояния у беременных представлены во II акушерском блоке.**

## **Блок II**

**Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, родов и послеродовом периоде(О10-О16)**

**О10 – существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовый период.**

**О11 - существовавшая ранее гипертензия с присоединившейся протеинурией.**

**О12 – вызванные беременностью отеки и протеинурия без гипертензии.**

**О13 - вызванные беременностью гипертензия без значительной протеинурии.**

**О14 - вызванные беременностью гипертензия со значительной**

- Этиология АГ
  - 80% случаев АГ предшествующая беременности или манифестирующая в течении первых 20 недель гестации обусловлена ГБ
  - 20% случаев АД повышается в следствии других причин (симптоматическая, вторичная АГ)

# Причины артериальной гипертензии у

## беременных:

**1. Состояния приводящие к систолической АГ с высоким пульсовым давлением:**

- ✓ Атеросклероз
- ✓ Тиреотоксикоз
- ✓ Лихорадка
- ✓ Артериовенозный свищ
- ✓ Незаращение артериального протока

**2. Состояния приводящие к формированию систолической и диастолической АГ (повышение ОПСС):**

- ✓ ГБ
- ✓ Заболевания почек
- ✓ Эндокринопатии
- ✓ Психические и нейрогенные нарушения
- ✓ Гестоз



**В норме при беременности, начиная с ранних сроков, происходит перестройка материнской гемодинамики.**



**Ударный объем возрастает с 8 недели**

**беременности достигает своего максимума к 20 неделе, поддерживаясь на этом уровне до срока родов.**

**С 5 до 32 недель беременности прогрессивно происходит увеличение ЧСС.**

**Значимое увеличение СВ происходит к 12 неделе, к середине гестации его величина увеличивается на 43-48% от исходного и далее остается неизменной до доношенного срока. Соответственно, происходит постепенное увеличение АД.**

**САД остается относительно стабильным до доношенного срока беременности.**

**ДАД постепенно снижается к середине беременности, а с 20 недели, отмечается некоторое его увеличение.**

# Клиника АГ у беременных:



## Жалобы:

- головные боли, головокружение, сердцебиения, чувства нехватки воздуха, боли в области сердца.
- нарушение зрения (мелькание «мушек», «сетка» и «пелена» перед глазами.
- изменения мочеиспускания (никтурия, поллакиурия), визуальные изменения мочи (цвет, прозрачность и т. д.)
- периферические отеки.

## Анамнез:

- Достоверные данные о наличии АГ в семейном анамнезе, указания на инсульт или инфаркт у родственников, периодическое повышение АД до наступления беременности.
- 3 фактора риска АГ – табакокурение, сахарный диабет, дислипидемия.

**Прогноз при АГ определяется поражением органов-мишеней (ПОМ) и наличием ассоциированных клинических состояний (АКС).**

**ПОМ:**

- 1 Гипертрофия левого желудочка.**
- 1 Ультразвуковые признаки утолщения комплекса интима-медиа сонной артерии  $>0,9$  мм или наличие атеросклеротических бляшек магистральных сосудов.**
- 1 Увеличение сывороточного креатинина .**
- 1 Наличие МАУ(микроальбуминурии) и отношение альбумин/креатинин в моче  $> 31$  мг/г ( $>3,5$  мг/ммоль).**



**АКС:**

- ЦВБ
- Заболевания сердца
- Поражение почек
- Поражение периферических артерий
- Гипертоническая ретинопатия.

# **АГ классифицируется по стадиям (ВОЗ 1999):**

- 1 АГ при I стадии предполагает отсутствие ПОМ.**
- 2 АГ при II стадии предполагает ПОМ.**
- 3 АГ при III стадии устанавливают при АКС.**



## **Классификация уровней АД у лиц в возрасте > 18 лет.**

- 1 АГ 1 степени – 140-159/90-99 мм.рт.ст.**
- 2 АГ 2 степени – 160-179/100-109 мм.рт.ст.**
- 3 АГ 3 степени >180/>110 мм.рт.ст.**



## **Оптимальный объем обследования беременной с АГ:**

- 1) Подтвердить наличие, стабильность и степень повышения АГ (офисное измерение АД с соблюдением методологии)**
- 2) Уточнить индивидуальные особенности АГ (СМАД)**
- 3) Оценить наличие/степень выраженности ПОМ:**
  - ✓ ЭКГ, офтальмоскопия**
  - ✓ ОАК, ОАМ, б/х крови, коагулограмма.**
  - ✓ МАУ (микроальбуминурия), суточная протеинурия.**
- 4) Дополнительное обследование и консультации специалистов :**
  - ✓ Инструментальное (ЭхоКГ, УЗИ почек и УЗДГ сосудов почек, УЗИ ЩЖ)**
  - ✓ Лабораторное (ТТГ, Т3, Т4, АТ к ТПО (тиреоидной пероксидазе), липидный спектр, гликированный Нb)**
  - ✓ Оценка состояния ФПК.**
  - ✓ Консультации кардиолога, уролога, нефролога, эндокринолога.**



## **Показания для проведения СМАД:**

- 1] Подозрение на гипертензию белого халата.**
- 2] Наличие резистентной к лечению АГ.**
- 3] Подозрение на наличие симптоматической гипотензии.**
- 4] Для эффективного контроля уровня АД у пациенток из группы высокого риска по развитию осложнений беременности (гестоз, ФПН).**

## **Показатели, анализируемые при проведении СМАД:**

- 1. Средние значения.**
- 2. Суточный ритм.**
- 3. Вариабельность АД**
- 4. Нагрузка давлением**
- 5. Пульсовое давление**



# Лечение гипертензивного синдрома у беременных:

## Показания к госпитализации:

**1. При наличии ХАГ в плановом порядке:**

✓ До 12 недель – для уточнения генеза АГ и решения вопроса о возможности пролонгирования беременности.

✓ В 26-30 недель – для коррекции схемы антигипертензивной терапии.

✓ За 2 недели до родов – для определения тактики ведения родов и проведения предродовой подготовки.

**2. В независимости от срока беременности:**

✓ Абсолютное показание к госпитализации и началу парентеральной гипотензивной терапии – повышение цифр АД >170/110 мм.рт.ст. и/или появление симптоматики со стороны ЦНС.

✓ Присоединение к предшествующей АГ признаков гестоза или нарушение состояния ФПК.

✓ Отсутствие эффекта от амбулаторной терапии АГ.



## **Немедикоментозное лечение:**

- 1] При АД ,не превышающем 140-149/90-99 мм.рт.ст.**
- 2] При отсутствии поражения органов мишеней (почки, глазное дно).**
- 3] При отсутствии поражения ФПК.**

## **Показано:**

- 1] Устранение эмоционального стресса**
- 2] Изменение режима питания**
- 3] Разумная физическая активность**
- 4] Отказ от приема алкоголя и табакокурение**
- 5] Режим дневного отдыха**
- 6] Контроль факторов риска прогрессирования АГ**
- 7] Ограничение приема поваренной соли до 5г/сут.**



## **Медикаментозная терапия:**

- 1. При ДАД устойчиво превышающем 90 мм.рт.ст. (по данным ВОЗ)**
- 2. АД >150/100 мм.рт.ст., САД >30 мм.рт.ст. или ДАД >15 мм.рт.ст. от обычного(адаптированного АД) для женщины , наличие признаков гестоза (преэклампсии по МКБ) и страданиях ФПК.**

## **Принципы лекарственной терапии АГ:**

- 1. Доказательная база эффективности и безопасности использования препарата во время беременности.**
- 2. Индивидуальный подход к выбору антигипертензивного препарата.**
- 3. Целесообразно использование препаратов длительного действия**
- 4. Оценка эффективности и переносимости терапии.**

# Базовая терапия АГ I-II степени.

1 Агонист центральных альфа<sub>2</sub>-адренорецепторов  
метилдопа (500/2000мг/сут)

2 Селективные и неселективные БАБ:

✓ лабеталол 200-800мг/сут,

✓ пиндолол 10-30мг/сут,

✓ окспренолол 100-200мг/сут,

✓ метопролол 100мг/сут



3 Блокаторы кальциевых каналов (антагонисты кальция) –  
дигидропиридиновые - нифедипин 10-60 мг/сут.

# Интенсивная терапия АГ III степени (1).

## 1 Сульфат магния

### ▶ при гестозах:

- ✓ при средней степени тяжести - в/в до 18г/сут
- ✓ При тяжелой степени тяжести - в/в до 25г/сут

### ▶ при преэклампсии/эклампсии - в/в до 50г/сут

## Контроль:

1. Уровня АД
2. Частоты дыхания
3. Часового диуреза
4. Сухожильного рефлекса.



## **Интенсивная терапия АГ III степени (2).**

**Нифедипин 10 мг per os и повторить через 30 мин при необходимости**

**Лабеталол ( в/в , болюсно 20 мг, при недостаточном эффекте – 40мг 10 мин спустя и по 80 мг через каждые 10 мин еще 2 раза, максимальная доза 220 мг.)**



### **Осторожно:**

**Бронхиальная астма**

**Сердечная недостаточность**

**Гидралазин ( 5 мг в/в, болюсно, в течение 2 минут или 10 мг в/м)**

**Нитропруссид натрия ( редко, если нет эффекта и/или есть признаки гипертонической энцефалопатии, начинать с 0,25 мг/кг/мин до 5 мг/кг/мин**

### **Максимально!!!**

**Цианидоподобный эффект отравления плода может наступить при использовании препарата >4 часов.**



# Когда беременность следует пролонгировать?



- ❑ При сроке беременности менее 34 недель
  - кортикостероиды помогают снизить уровень неонатальной смертности от дыхательной недостаточности
  
- ❑ На ранних сроках беременности
  - возможность улучшить перинатальный исход
  - необходимо принимать во внимание состояние матери

**Обязательно тщательное наблюдение за состоянием женщины и плода !!!**

# Показания к родоразрешению:



- Доношенная/почти доношенная беременность
- Срок гестации более 34 недель
- Ухудшение состояния плода
- Осложнения преэклампсии угрожающие жизни матери

# Ведение женщины в послеродовом периоде



- ❑ Тщательное наблюдение
- ❑ Антигипертензивную терапию следует продолжать
  - артериальное давление не должно превышать 160/110 мм.рт.ст.
- ❑ Отменять антигипертензивную терапию следует постепенно
- ❑ Большинство женщин требуют наблюдения в стационаре на протяжении 4 или более дней после родов
- ❑ Если необходимо, обратитесь за консультацией к смежным специалистам

## **Профилактика осложнений беременности при АГ.**

**Адекватно подобранная антигипертензивная терапия, обеспечивающая стойкое поддержание адаптированного уровня АД лежит в основе профилактики неблагоприятных перинатальных исходов у пациенток с АГ.**

### **Профилактика гестоза:**

**Прием Аспирина 80-100мг/сут.**

### **Профилактика ФПН:**

**В критические сроки 16-20, 24-28, 32-36 недель беременности проводить курс метаболической терапии с использованием препарата «Актовегин» 400-600 мг/сут. не менее 3 недель.**





СПАСИБО ЗА  
ВНИМАНИЕ =)

