

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Зав. кафедрой кардиологии и ревматологии
АГИУВ, д.м.н., профессор Атарбаева В.Ш.

Факторы риска АГ у беременных

1. Возраст 28 лет и старше.
2. Высокая (> 90 кг) или избыточная масса тела (на 30% больше должных значений).
3. В анамнезе эпизоды повышения АД.
4. Наследственность.
5. Тяжелая форма гестоза при предыдущей беременности.

Течение АГ у беременных

- У 62,8% - стабильное течение,
- у 37,2% - неблагоприятное течение болезни.
- У 75% родильниц с АГ в течение 6 месяцев – стабилизация АД,
- у 25% более 6 мес. оставалось стойкое повышение АД.

Течение АГ у беременных

4 варианта течения АГ:

1. Типичное течение со свойственными, как и здоровым беременным, колебаниями АД – снижение в I-II триместрах и повышение в III триместре – у 43,6%.
2. Типичное «неустойчивое» течение с эпизодами дистонии – у 19,2%.
3. «Атипичное» течение – у 34,6%:
 - а) с повышением АД в I или II- III триместрах;
 - б) со стабильно высоким АД на протяжении всей беременности;
 - в) с присоединением гестоза;
4. Кризовое течение АГ – у 2,6%.

Степени риска у беременных с АГ

- 1 степень** – минимальная: осложнения беременности возникают не более, чем у 20% женщин.
- 2 степень** – выраженная: экстрагенитальные заболевания часто (20-50% случаев) вызывают осложнения беременности гестозом, самопроизвольным абортом, преждевременными родами, часто гипотрофия плода, увеличена перинатальная смертность.
- 3 степень** – максимальная: у более 50% осложнения беременности, редко рождаются доношенные дети и высока перинатальная смертность, беременность опасна для здоровья и жизни женщины.

Степени риска (продолжение)

Степень риска в значительной степени соответствует степени АГ:

Беременность при I степени риска допустима.

При II степени риска – стабильно высокое АД, частые ГК и тяжелая коронарная патология – основание для прерывания беременности.

При III степени риска – декомпенсированное состояние почек, мозга, сердца – беременность абсолютно противопоказана.

Тактика ведения беременных с АГ

В большинстве случаев роды у женщин с АГ следует вести выжидательно, через естественные родовые пути, при потугах АД значительно повышается – потуги рекомендуется исключить.

Показания к кесареву сечению:

преждевременная отслойка плаценты,
отслойка сетчатки,

расстройство мозгового кровообращения и
внутриутробная асфиксия плода. т.е. состояния,
угрожающие жизни матери и ребенка.

Лечение беременных с АГ

- ▣ Режим труда и отдыха.
- ▣ Ограничение соли до 5 г/сутки, при нормализации давления такое ограничение отменяется. Увеличение белка, витаминов, ограничение жиров и углеводов.
- ▣ Седативные средства (при невротическом состоянии) – фитотерапия: плоды боярошника. трава пустырника (1 ст.л.), сушеницы болотной (2 ст.л.), цветы ромашки (2 ч. л.). Смешать, настоять 30 мин. в 0,5 стакана кипятка, процедить. Пить горячим по 100 мл х 3раза в день за 30 мин. до еды. *Курсами по 2 мес., с 2 недельным перерывом.*

Седативные средства

Элениум (хлорзепид) противопоказан в первые 3 месяца беременности. Седуксен (реланиум, себазон) следует применять ограничено, т.к. он способен вызывать затруднение дыхания у новорожденных. Транквилизаторы нельзя применять длительно. Противопоказаны снотворные (барбитураты, фенобарбитал, эрготамин, обладающие тератогенным действием).

Основные препараты в лечении беременных с АГ

- Спазмолитические, салуретические, симпатолитические средства. Препараты альфа-метилдопа и клонидин.
- По степени эффективности антигипертензивной терапии:
 1. Метилдопа (препарат выбора)
 2. Антагонисты кальция (норваск)
 3. Бета-адреноблокаторы
 4. Альфа- и бета-адреноблокатор (лабетолол и гидралазин).

Антагонисты кальция (АК)

В I триместре и в период кормления грудью АК не рекомендуются, за исключением норваска (5 мг или 10 мг).

Альфа-адреноблокаторы – антигипертензивный эффект не выражен. Бесцельно применять у беременных.

Бета-адреноблокаторы (ББ)

ББ не рекомендуется применять во время родов, т.к. уменьшают минутный объем крови, который физиологически должен быть увеличен именно в этот период. При длительном применении анаприлин может тормозить сердечную деятельность плода.

Лабетолол: альфа– и бета-адреноблокатор,
200-1200 мг/сутки в 3-4 приема.

Смазмолитические средства

(дибазол, папаверин, но-шпа, эуфиллин, магния сульфат) – широко используют в лечении АГ у беременных. Они малоэффективны при пероральном применении, не годятся для курсового лечения АГ, лучше действуют при парентеральном введении для купирования ГК, магния сульфат – не столько антигипертензивное, сколько противосудорожное средство.

Салуретические мочегонные средства

Назначают прерывистыми курсами с короткими (1-2 дня) интервалами 1-3 р. в неделю.

Гипотиазид - 25-50-100 мг, клопамид (бринальдикс) -20-60 мг.

Фуросемид и этакриновая кислота (урегит) мало пригодны для длительного лечения АГ ввиду быстрого и кратковременного действия. Их назначают при ГК, в/в, добавляют препараты калия. Лучше в комбинации с др. препаратами (в частности, допегит).

При повышении АД у беременных обнаружена низкая, чем при физиологической беременности, секреция альдоктона, поэтому эффект спиронолактонов (верошпирона) незначителен.

**Нитропрусид натрия токсичен и
беременным противопоказан!!!**

Диспансеризация беременных с АГ

Беременные с АГ должны находиться на диспансерном учете у терапевта:

При I степени риска – 2 раза в месяц (во II половине беременности в стационаре).

При II ст. риска – тщательное наблюдение в женской консультации, повторно госпитализировать: **1-ая госпитализация до 12 недель** беременности для уточнения диагноза, степени АГ и решения вопроса о продолжении беременности. Последующие госпитализации – при ухудшении состояния. **Амбулаторное лечение не должно продолжаться дольше 7-10 дней.** Последняя госпитализация – за 3-4 недели до родов для решения вопроса о сроке и методе их проведения и подготовки к ним.