

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)**
- 1] Уточнить индивидуальные особенности АГ (СМАД)**
- 1] Оценить наличие/степень выраженности ПОМ:**
 - ✓ ЭКГ, офтальмоскопия**
 - ✓ ОАК, ОАМ, б/х крови, коагулограмма.**
 - ✓ МАУ (микроальбуминурия), суточная протеинурия.**
- 1] 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.

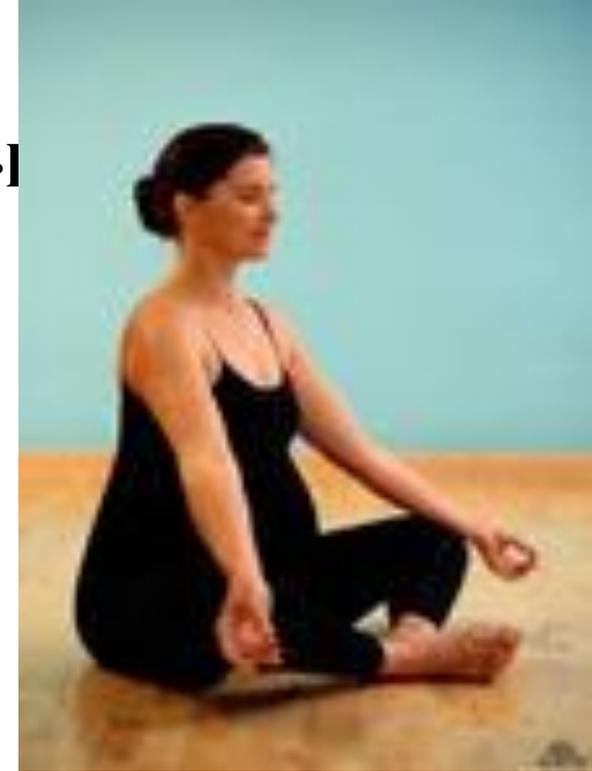
✓ Отсутствие эффекта от амбулаторной терапии АГ.

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 альфа₂-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 =)

