

ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Д.м.н. Полупанов А.Г.

Гипертензивные нарушения беременности

- это осложнения беременности, которые возникают вследствие нарушения адаптации организма матери к беременности и сопровождаются генерализованным ангиоспазмом, поражением эндотелия сосудов с нарушением их проницаемости, с последующим формированием гиповолемии и нарушением реологических свойств крови, диссеминированным тромбообразованием и изменениями гемодинамики, приводящими к органическим изменениям в жизненно важных органах и тканях: головном мозге, плаценте, печени, почках и т.д.

При нормальной беременности

АД в первую половину беременности ниже, чем до беременности (на 10-15 мм рт. ст. САД и на 5-10 мм рт. ст. ДАД), что связано с существенным уменьшением ОПСС, несмотря на одновременное увеличение сердечного выброса и минутного объема кровообращения. Отмечается увеличение ЧСС на 10-20 ударов в минуту.

Во второй половине беременности сердечный выброс и минутный объем кровообращения не изменяются, а ОПСС возрастает, что сопровождается постепенным увеличением АД, которое перед родами достигает или несколько превышает уровень, отмечавшийся до беременности.

2

Критерии диагноза

Диагноз артериальной гипертензии при беременности устанавливается в тех случаях, когда уровень АД составляет 140/90 мм рт. ст. и выше, зарегистрированный не менее, чем при 2-х измерениях, выполненных с интервалом 4 часа и более (ЕОАГ, 2007; ВНОК, 2010)

Классификация

Гипертензивные состояния при беременности представлены двумя группами:

- АГ, существовавшая до беременности
- АГ, развившаяся непосредственно в связи с гестационным процессом.

5

Классификация (ВНОК, 2010)

1. Хроническая АГ

- Гипертоническая болезнь
- Вторичная (симптоматическая) АГ

2. Гестационная АГ

3. Преэклампсия/эклампсия

4. Преэклампсия/эклампсия на фоне хронической АГ

Неклассифицируемая АГ

6

Хроническая гипертензия

- определяется при АГ (АД $\geq 140/90$ мм рт. ст.), которая развилась до беременности или до 20 недели беременности и, как правило, остаётся после родов.
- АГ, возникшая после 20 недели гестации, но не исчезнувшая после родов в течение 12 недель, также классифицируется как хроническая АГ, но уже ретроспективно.

7

Хроническая гипертензия

- В период беременности у пациенток с хронической АГ адекватно оценить степень АГ не удается, т.к. в I и II триместрах обычно отмечается физиологическое снижение уровня АД.
- Поэтому классификация степеней повышения уровня АД у беременных, рекомендованная в настоящее время к применению во многих странах мира, отличается от градаций уровня АД для женщин вне периода беременности

8

Классификация степени повышения уровня АД (мм рт. ст.) у беременных

Категории АД	САД мм рт.ст.		ДАД мм рт.ст.
Нормальное АД	< 140	и	< 90
Умеренная АГ	140 - 159	и/или	90 - 109
Тяжелая АГ	≥ 160	и/или	≥ 110

Данная классификация может использоваться для характеристики степени повышения уровня АД при любой форме АГ в период беременности (хронической АГ, гестационной АГ)

9

Хроническая гипертензия

- Выделение двух степеней АГ, умеренной и тяжелой, при беременности имеет принципиальное значение для оценки прогноза, выбора тактики ведения пациенток - лечения и родовспоможения.

Хроническая гипертензия

- Тяжелая АГ беременных диагностируется при уровне САД ≥ 160 мм рт.ст. и/или ДАД ≥ 110 мм рт.ст. и ассоциируется с высоким риском развития инсульта.**
- Инсульты у женщин одинаково часто развиваются как во время родов, так и в раннем послеродовом периоде, и в 90% случаев являются геморрагическими, ишемические инсульты встречаются крайне редко. Материнская смертность при инсульте достигает 53%.

11

Гестационная гипертензия

- повышение уровня АД, впервые зафиксированное после 20 недели беременности и не сопровождающееся протеинурией.**
Диагноз гестационной АГ ставится лишь на период беременности.

12

Гестационная гипертензия

- В том случае, если через 12 недель после родов АГ сохраняется, диагноз гестационной АГ меняется на диагноз хронической АГ и уточняется, после дополнительного обследования
- В большинстве рекомендаций для уточнения формы АГ и представления о дальнейшем прогнозе предлагается наблюдение как минимум в течение 12 недель после родов

13

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).

Выделяют умеренную и тяжелую преэклампсию.

14

Преэклампсия

Целесообразность выделения этих двух вариантов течения ПЭ определяется тактикой ведения беременных:

- При умеренно выраженной ПЭ необходима госпитализация и тщательный мониторинг состояния беременной, но при этом возможно пролонгирование беременности.
- При тяжелой ПЭ необходимо решение вопроса о родоразрешении немедленно после стабилизации состояния матери.

15

Преэклампсия

Тяжелая ПЭ сопровождается полиорганной недостаточностью (олигурией, увеличением креатинина; тромбоцитопенией, гемолизом; повышением АсАТ, АлАТ, болями в эпигастрии, правом подреберье; неврологической симптоматикой; задержкой роста плода)

Два ведущих симптома наиболее характерны для тяжелой ПЭ: повышение уровня АД $> 160/110$ мм рт. ст. и протеинурия > 5 г/сут.

16

Преэклампсия

Показатель	Умеренная	Тяжелая
АГ	$\geq 140/90$ мм рт. ст.	$\geq 160/110$ мм рт. ст.
Протеинурия	$> 0,3$ но < 5 г/сут	≥ 5 г/сут
Креатинин	норма	> 90 мкмоль/л
Олигурия	отсутствует	<500 мл/сут
Нарушение функции печени	отсутствует	повышение АлАТ, AcАТ (в 2 раза и более)
Тромбоциты	норма	$<100 \times 10^3$ /л
Гемолиз	отсутствует	+
Неврологические симптомы	отсутствуют	+
Задержка роста плода	-/+	+

17

Эклампсия

Эклампсию диагностируют в случае возникновения у женщин с ПЭ судорог, которые не могут быть объяснены другими причинами.

Возникает во время беременности, родов и в течение 7 дней послеродового периода.

18

Основные осложнения гипертензивных состояний при беременности

Для беременной:

судороги (эклампсия),
кровоизлияние в мозг, сетчатку глаза
отслойка плаценты с ДВС-синдромом, отек легких и
острая почечная и печеночная недостаточность.

Для плода: внутриутробная задержка роста,
мертворождение и неонатальная смерть.

Примеры формулировки диагноза

Беременность 11 недель. Хроническая умеренная АГ (у пациентки, ранее не обследованной, при САД 140 – 159 мм рт. ст. и/или ДАД 90 – 109 мм рт. ст.).

Беременность 12 недель. Хроническая умеренная АГ (гипертоническая болезнь) (у пациентки с установленным до беременности диагнозом при САД 140 – 159 мм рт. ст. и/или ДАД 90 – 109 мм рт. ст.).

19

20

Примеры формулировки диагноза

Беременность 15 недель. Хроническая тяжелая АГ (реноваскулярная). (у пациентки с диагностированной до беременности или на ранних ее сроках реноваскулярной вторичной АГ при уровне АД $\geq 160/110$ мм рт. ст.).

Беременность 22 недели. Гестационная умеренная АГ (у беременной с впервые развившейся АГ после 20 недел гестации при уровне АД 140-159/90-109 мм рт. ст.).

21

Лечение

Цель лечения женщин с гипертензией во время беременности состоит в том, чтобы минимизировать краткосрочный риск повышения кровяного давления у матери путем применения немедикаментозных и лекарственных методов, при этом не назначая терапию, которая ставит под угрозу состояния плода.

22

Назначение антигипертензивной терапии

- способствует пролонгированию беременности и таким образом увеличивает зрелость плода. Доказано, что эффективный контроль уровня АД способствует уменьшению риска гибели плода в 10 раз
- Оказывает профилактический эффект в отношении прогрессирования гипертензионного синдрома
-

Тактика лечения АГ у беременных

- АГ у беременной во всех случаях способствует развитию различных осложнений у матери и плода.
- Однако наибольшую опасность представляют ПЭ (независимо от уровня АД) и тяжелая АГ (АД \geq 160/110 мм рт. ст.).
- В этих случаях вероятность отслойки плаценты, быстрого прогрессирования АГ с поражением органов-мишеней, развития инсульта у матери, преждевременных родов либо замедления роста плода резко возрастает.
- В связи с этим принципы ведения пациенток кардинально отличаются в зависимости от тяжести течения АГ и наличия/отсутствия ПЭ.

25

Тактика лечения АГ у беременных в зависимости от тяжести АГ

При умеренной АГ (АД 140-159/90-109 мм рт. ст.) в клинических исследованиях не было доказано положительное влияние проводимой антигипертензивной терапии на течение беременности и ее исходы. Не выявлено снижения риска развития ПЭ, перинатальной смертности, преждевременных родов, рождения маловесных детей. Однако, лечение умеренной АГ предупреждает формирование тяжелой АГ. Лечение проводится амбулаторно.

26

Тактика лечения АГ у беременных в зависимости от тяжести АГ

При тяжелой АГ (АД 160/110 мм рт. ст. и выше) основной целью проводимой антигипертензивной терапии является предотвращение, в первую очередь, церебро-васкулярных осложнений у матери. Клинически наиболее значимо повышение систолического АД до 160 мм рт. ст. и выше из-за опасности развития геморрагического инсульта. Антигипертензивная терапия в этой ситуации должна начинаться немедленно. Показана госпитализация пациентки, мониторинг состояния беременной и плода, в том числе с помощью лабораторных и инструментальных методов исследования.

27

Тактика лечения АГ у беременных в зависимости от тяжести ПЭ

- При умеренно выраженной ПЭ необходима госпитализация и тщательный мониторинг состояния беременной, но при этом возможно пролонгирование беременности.
- При тяжелой ПЭ необходимо решение вопроса о родоразрешении немедленно после стабилизации состояния матери.

28

Целевые уровни АД

1. При хронической и гестационной гипертензии приемлемым диапазоном значений для систолического АД следует считать 130-150 мм рт. ст. для диастолического – 80-95 мм рт. ст. (ВНОК, 2010).
2. При тяжелой презклампсии и эклампсии 140-150/90-100 мм рт. ст. (ЕОК/ЕОАГ, 2007).

NB! Все исследователи сходятся во мнении о необходимости избегать медикаментозной гипотонии, чтобы не нарушать плацентарный кровоток.

29

Немедикаментозные методы

1. Лечебно-охранительный режим и добавление в пищу солей кальция и магния. Лечебно-охранительный режим включает в себя ограничение физических нагрузок, прогулки, сон не менее 9 часов и отдых в постели на левом боку
2. Не ограничивать потребление поваренной соли
3. Не снижать массу тела

30

Лекарственная терапия

Критерии начала медикаментозной терапии при умеренной АГ остаются предметом дискуссий.

Показана при уровне АД > 140/90 мм рт. ст. в следующих случаях:

1. При гестационной АГ
2. При хронической АГ с поражением органов-мишеней

В остальных случаях медикаментозную терапию назначают при уровне АД > 150/95 мм рт. ст.

31

Лекарственная терапия

Препарат выбора – агонисты центральных α2-адренорецепторов: метилдопа 500 мг 3-4 раза в день

Препараты второй линии:

1. β-адреноблокаторы: небиволол 5-10 мг/сут
Метопролол 50-100 мг/сут, бисопролол 2,5-10 мг/сут
2. Диgidропиридиновые АК: нифедипин-ретард 40 мг/сут, амлодипин 5-10 мг/сут, а также верапамил-ретард 120 мг 2 раза в день

32

Лекарственная терапия

Препараты третьей линии:

1. Клонидин 0,075-0,15 мг 3-4 раза в день
2. α -адреноблокаторы: доксазозин 2-4 мг в сутки
3. Гипотиазид 12,5-25 мг в сутки

33

Лекарственная терапия

Ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов к ангиотензину II абсолютно противопоказаны из-за высокой вероятности развития олигоамниона (снижение кол-ва амниотической жидкости), почечной недостаточности, гипотонии и внутриутробной гибели плода

Агонисты имидазолиновых рецепторов противопоказаны из-за отсутствия данных по использованию у беременных

Дилтиазем вызывает пороки развития плода, особенно при назначении в I триместре

Спиронолактон вызывает феминизацию плода мужского пола

34

Противосудорожная терапия

Сульфат магния применяется у больных с преэклампсией для профилактики судорог и при эклампсии для лечения судорожного синдрома.

35

Назначение аспирина

- Применение аспирина у женщин группы риска развития преэклампсии снижает риск развития преэклампсии, предотвращает преждевременные роды и мертворождение, снижает неонатальную смертность
- Рекомендуется употребление низкой дозы аспирина (75 мг/сут) у женщин группы риска развития преэклампсии, особенно при развитии преэклампсии ранее 28 недели беременности

36

- Назначение других средств (витаминов) и фармакологических препаратов (рыбий жир) не может быть рекомендовано для профилактики преэклампсии и эклампсии

37

Показания к госпитализации

- Тяжелая АГ (АД \geq 160/110 мм рт.ст.)
- Впервые выявленная в период беременности АГ
- Клинические признаки ПЭ
- Угроза развития ПЭ, продромальные симптомы: головная боль, нарушение зрения, боль в эпигастрине, в правом подреберье, тошнота
- Патология плода

38

Сроки родоразрешения

Общепризнано, что самое эффективное лечение ПЭ – это родоразрешение пациентки.

- При умеренно выраженной ПЭ без признаков задержки роста плода и нарушений показателей кровотока по данным ультразвуковой допплерографии можно пытаться пролонгировать беременность до 37 недель.
- При тяжелой ПЭ немедленное родоразрешение проводится независимо от срока гестации. Роды осуществляются как только стабилизируется состояние матери.

39

Сроки родоразрешения

Абсолютные показания к экстренному родоразрешению, независимо от срока гестации:

- эклампсия (после приступа);
- манифестация неврологических симптомов (развивающаяся эклампсия);
- критические осложнения преэклампсии;
- реверсионный (обратный) или неопределяющийся (отсутствующий) конечный диастолический кровоток в пупочной артерии по данным допплерографии.

40

Наблюдение в послеродовом периоде

После родов женщина с АГ нуждается в особенно тщательном наблюдении в течение не менее 48 часов. На послеродовый период приходится до 28% всех случаев эклампсии, 7-30% HELLP-синдрома (гемолиз, увеличение активности печеночных ферментов и тромбоцитопения).

- В послеродовом периоде состояние матери с АГ может ухудшиться. В течение первых 5 дней после родов на фоне физиологического увеличения ОЦК появляется опасность повышения ДАД более 100 мм рт.ст.
- Оптимально, чтобы уровень АД был ниже 150/95 мм рт.ст.
- Прерывание грудного вскармливания в большинстве случаев не обязательно.

41

Наблюдение в послеродовом периоде

В периоде после родов следует выделить три различные клинические ситуации, в соответствии с которыми выбирается тактика лечения АГ.

1. Отказ от медикаментозной терапии при АГ без ПОМ, АКС и уровне АД до 150/95 мм рт.ст. Лактация при этом возможна.
2. Низкодозированная медикаментозная терапия при АГ без ПОМ, АКС и уровне АД 150/95 – 179/109 мм рт.ст., что позволяет продолжить кормление грудью. В этой ситуации целевых значений АД, вероятно, достичь не удастся, однако общий сердечно-сосудистый риск будет снижен.

42

Наблюдение в послеродовом периоде

3. Антигипертензивная терапия, в том числе комбинированная с достижением целевого уровня АД у пациентов из группы высокого риска (при АГ с ПОМ и/или АКС, при уровне АД 180/110 и выше, сахарном диабете, метаболическом синдроме) В этой ситуации необходим отказ от кормления грудью.

43

Наблюдение в послеродовом периоде

- При кормлении грудью в большинстве случаев возмож лекарст□ЦжЛшЛ≥фвхюжщюК≥ъфехгюжЛ□щюофн

ъ

4