

# *БЕРЕМЕННОСТЬ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ*



**Выполнили: студенты группы П-412А Галимова Р.Р.  
Евграшин К.О.**

**АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ —**  
**ПОВЫШЕНИЕ АБСОЛЮТНОЙ ВЕЛИЧИНЫ АД до**  
**140/90 мм рт.ст. и выше или подъём АД по**  
**СРАВНЕНИЮ С ЕГО ЗНАЧЕНИЯМИ ДО БЕРЕМЕННОСТИ**  
**или в I триместре: систолического АД — на 25**  
**мм рт.ст. и более, диастолического АД — на**  
**15 мм рт.ст. и более от нормального при 2-х**  
**ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫХ ИЗМЕРЕНИЯХ С ИНТЕРВАЛОМ НЕ**  
**МЕНЕЕ 4 ч или ОДНОКРАТНО ЗАРЕГИСТРИРОВАННОЕ**  
**диастолическое АД >110 мм рт.ст.**



# Причины артериальной гипертензии у беременных:

Состояния приводящие к систолической АГ с высоким пульсовым давлением:

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

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, сердцебиение, 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 и наличием ассоциированных клинических состояний .
- Гипертрофия левого желудочка.
- Ультразвуковые признаки утолщения комплекса интима-медиа сонной артерии  $>0,9$  мм или наличие атеросклеротических бляшек магистральных сосудов.
- Увеличение сывороточного креатинина .
- Наличие 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.



# КЛАССИФИКАЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

По классификации ВОЗ принято различать следующие стадии артериальной гипертензии:

- I стадия — повышение АД от 140/90 до 159/99 мм рт.ст.;
- II стадия — повышение АД от 160/100 до 179/109 мм рт.ст.;
- III стадия — повышение АД от 180/110 мм рт.ст. и выше.



# ОПТИМАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННОЙ С АГ:

- Подтвердить наличие, стабильность и степень повышения АГ
- Уточнить индивидуальные особенности АГ
  - Оценить наличие/степень выраженности поражения органов мишеней: ЭКГ, Офтальмоскопия, ОАК, ОАМ, б/х крови, коагулограмма
  - .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 Нб) Оценка состояния ФПК.
  - Консультации кардиолога, уролога, нефролога, эндокринолога.



# ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТЕНЗИВНОГО СИНДРОМА У БЕРЕМЕННЫХ: ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

- :При наличии хронической артериальной гипертензии 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



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.



# НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ:

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

Показано:

- ❖ Устранение эмоционального стресса
- ❖ Изменение режима питания
- ❖ Разумная физическая активность
- ❖ Отказ от приема алкоголя и табакокурения
- ❖ Режим дневного отдыха
- ❖ Контроль факторов риска прогрессирования АГ  
Ограничение приема поваренной соли до 5г/сут.

