

Артериальная гипертензия у беременных

Выполнила: студентка 4 ЛФ, гр.1303
Крижановская Оксана Владимировна.

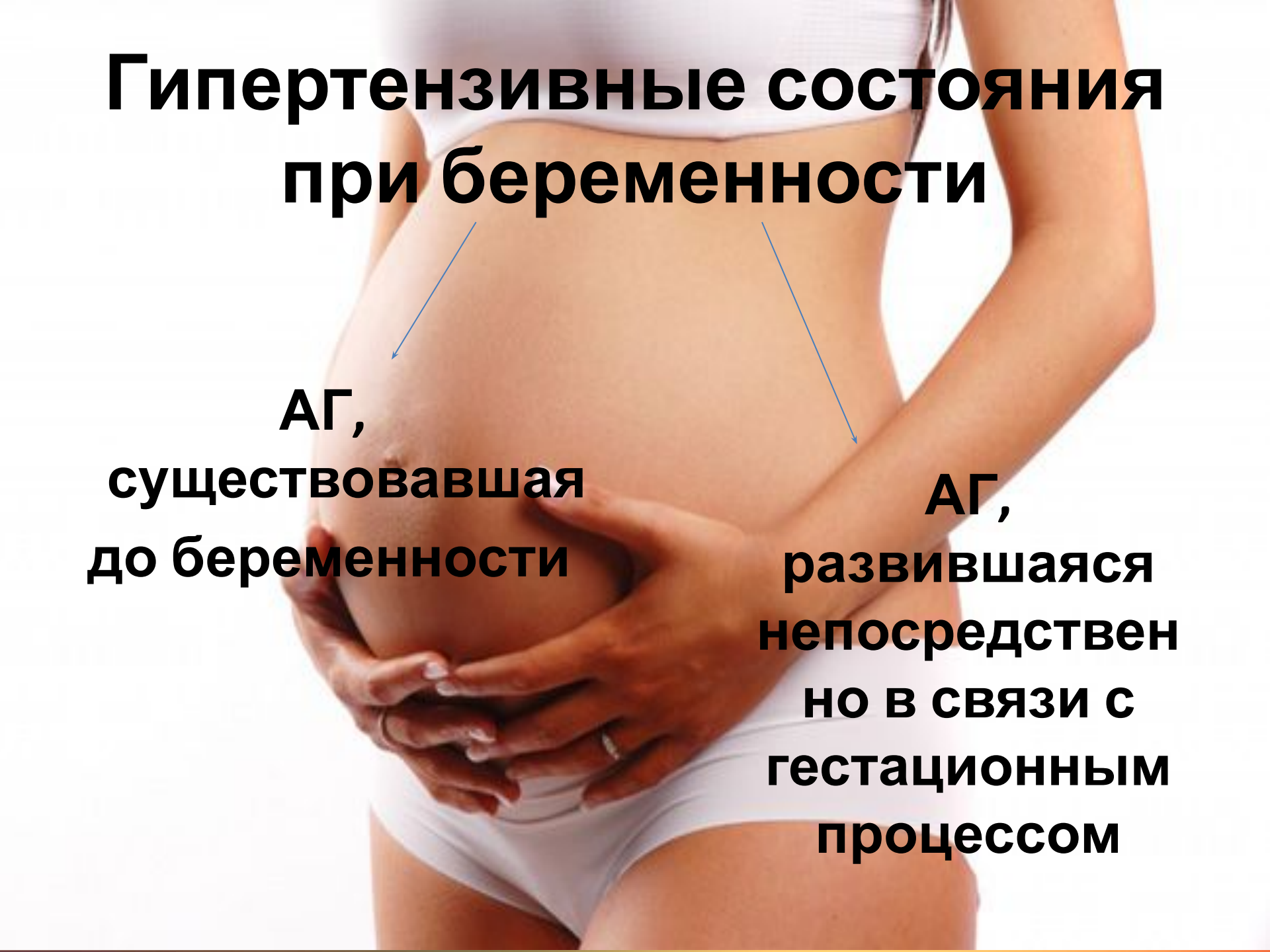
- Артериальная гипертензия-синдром повышения систолического АД (САД) > 140 мм рт. ст. и/или диастолического АД (ДАД) > 90 мм рт. Ст.



Классификация степеней повышения уровня АД (мм рт.ст.) вне беременности и на этапе ее планирования

Категории АД	САД мм рт.ст.		ДАД мм рт.ст.
<u>Оптимальное АД</u>	< 120	и	< 80
<u>Нормальное АД</u>	120 - 129	и/или	80 - 84
<u>Высокое нормальное АД</u>	130 - 139	и/или	85 - 89
АГ 1 степени	140 - 159	и/или	90 - 99
АГ 2 степени	160 - 179	и/или	100 - 109
АГ 3 степени	≥ 180	и/или	≥ 110

Гипертензивные состояния при беременности



**АГ,
существовавшая
до беременности**

**АГ,
развившаяся
непосредствен
но в связи с
гестационным
процессом**

АГ в период беременности:

1. Хроническая АГ (до беременности/до 20 недель);
2. Гестационная АГ (с 20 недели);
3. Преэклампсия/эклампсия;
4. Преэклампсия/эклампсия на фоне хронической АГ.

Хроническая АГ

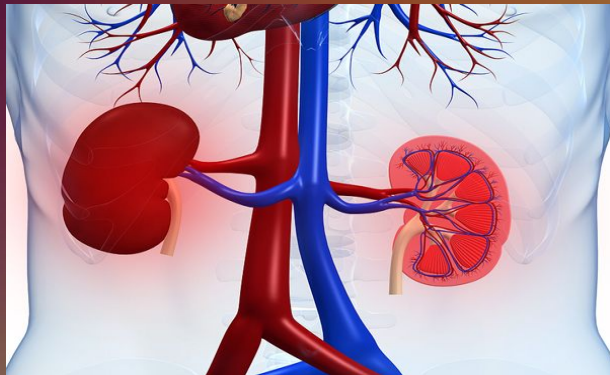
Первичная
(гипертоническая
болезнь)

Вторичная
(симптоматическая)



Вторичная АГ

1. Почечные;
2. Эндокринные;
3. Нейрогенные;
4. Сердечно-сосудистые (гемодинамические);
5. Лекарственные (ятрогенные).



Гестационная АГ может трансформироваться в более тяжёлые формы:

- 1) преэклампсия;
- 2) эклампсия(присоединение судорог).



Диагностика АГ в период беременности (1)



Измерение уровня
АД



Суточное
мониторирование
АД

В период беременности у пациенток с ХАГ не удастся адекватно оценить степень АГ, так как в I и II триместрах обычно отмечается физиологическое снижение уровня АД.



Диагностика АГ в период беременности (2)

После выявления АГ у беременной необходимо:

- уточнить происхождение гипертензивного синдрома, исключить симптоматическую АГ;
- определить тяжесть гипертензии;
- выявить сопутствующие органические нарушения, включая состояние органов-мишеней, плаценты и плода.

Методы обследования

- 1) Сбор анамнеза;
- 2) Объективное исследование
- 3) Лабораторные исследования (ОАК, ОАМ, БАК с оценкой уровня гликемии, липидного обмена, функции печени и почек, оценка уровня экскреции альбумина с мочой);
- 4) Инструментальные методы исследования (ЭКГ; ЭхоКГ; УЗИ почек и периферических сосудов)



Тактика ведения беременных с различными формами АГ

Цель лечения: предупредить развитие осложнений, обеспечить сохранение беременности (физиологическое развитие плода и нормальные роды).

Форма АГ	Критерий начала антигипертензивной терапии
ХАГ без ПОМ, АКС	$\geq 150/95$ мм рт.ст.
ХАГ с ПОМ, АКС	$\geq 140/90$ мм рт.ст.
ГАГ	$\geq 140/90$ мм рт.ст.
ПЭ	$\geq 140/90$ мм рт.ст.

Показания к госпитализации

Абсолютные показания:

повышение АД более, чем на 30 мм рт. ст. от исходного и/или появление патологических симптомов со стороны ЦНС.

Относительные показания:

- необходимость уточнения причины АГ,
- отсутствие эффекта от амбулаторной терапии АГ.

Медикаментозная терапия

1) Метилдопа;

2) Бета-адреноблокаторы (метопролол, атенолол, бисопролол)

3) Альфа, бета-адреноблокатор - лабеталол

4) Антагонисты кальция - верапамил, дилтиазем, нифедипин

5) Вазодилататоры миотропного действия - нитропруссид натрия

Антигипертензивные препараты в период беременности

- препараты центрального действия (метилдопа);
- антагонисты кальция (АК) дигидропиридинового ряда (нифедипин длительного действия);
- кардиоселективные β -адреноблокаторы (β -АБ) (метопролол сукцинат, бисопролол).

Рациональные комбинации препаратов

- нифедипин длительного действия + β -АБ
- при неэффективности такой комбинации возможно присоединение гидрохлортиазида в малых дозах (6,5–25,0 мг/сут.)

Антигипертензивные препараты в период лактации

- препараты центрального действия (метилдопа);
- кардиоселективные β -АБ, как бисопролол, бетаксолол, небиволол, (Опасно! Атенолол и метопролол могут оказывать негативное воздействие на ребенка)
- Безопасность ИАПФ существует только для 2-х препаратов – каптоприле и эналаприле.
- В настоящее время отсутствуют данные о влиянии БРА на грудное вскармливание и не могут быть рекомендованы.
- Диуретики (гидрохлортиазид, фуросемид и спиронолактоны) могут уменьшать образование молока, но при необходимости могут назначаться.

Препарат	Дозы, способ применения	Время наступления гипотензивного эффекта	Примечание
Нифедипин	10 мг в табл., внутрь	30-45 мин, повторить через 45 мин	Противопоказано сублингвальное применение.
Лабеталол *	20-50 мг, в/в болюсное введение	5 мин, повторить через 15-30 мин	Противопоказан при бронхиальной астме и сердечной недостаточности, может вызывать брадикардию у плода.
Гидралазин**	5-10 мг, в/в болюсно	20 мин, повторить через 20 мин	Возможна чрезмерная гипотензия, ассоциирован с худшими перинатальными и материнскими исходами, чем лабеталол и

Диазоксид*	15-45 мг, макс 300 мг, в/в болюсно	3-5 мин, повторить через 5 мин	Может вызвать торможение родовой деятельности, развитие гипергликемии, гиперурикемии, задержку воды в организме.
Нитроглицерин	в/в капельно 10-20 мг в 100-200 мл 5% раствора глюкозы, скорость введения 1-2 мг/час, максимально 8-10 мг/час	1-2 мин.	является препаратом выбора при развитии отека легких на фоне повышения АД. Не желательно применение более 4 часов, в связи с их риском отрицательного воздействия на плод и риском развития отека мозга у матери.
Нитропруссид натрия	в/в капельно, в 250 мл 5% р- ра глюкозы, начинать с 0,25 мкг/кг/мин, максимально до 5 мкг/кг/мин	2-5 мин.	Эффект отравления плода цианидом может наступить при использовании в течение более 4 часов
Клонидин	0,075 – 0,15 мг внутрь. Возможно в/в введение.	2-15 мин.	0,075мг 3 раза в сутки, максимальная разовая доза 0,15мг, максимальная суточная 0,6 мг

Противопоказаны при беременности

- Ингибиторы АПФ (каптоприл, эналаприл) и блокаторы АТ I-рецепторов (валсартан, ирбесартан) в I триместре – С; II, III триместры – D;
- Дилтиазем (класс C) - результаты исследований на животных свидетельствуют о высоком риске для плода ;
- Резерпин (класс C) - риск развития врожденных пороков.

Диуретики

- Диуретики не являются препаратами первой линии, однако и можно использовать для контроля АД у беременных с ХАГ. Отсутствуют данные об увеличении неблагоприятных исходов для плода при использовании тиазидных диуретиков;
- Гидрохлортиазид (класс C);
- Спиронолактон (класс D) вызывает феминизацию у плода мужского рода).

Комбинации	Примечания
метилдопа + АК	усиление гипотензивного эффекта
метилдопа + диуретик	усиление гипотензивного эффекта
метилдопа + β -АБ	возможно развитие ортостатической гипотензии, есть вероятность повышения АД
АК (дигидропиридиновый) + β -АБ	усиление гипотензивного эффекта
АК (дигидропиридиновый) + α -адреноблокатор	Подавляет метаболизм α -адреноблокаторов, вследствие чего возможно усиление гипотензивного эффекта
АК (дигидропиридиновый) + верапамил	усиление гипотензивного эффекта
α -адреноблокатор + β -АБ	Комбинация используется при феохромоцитоме. Сначала назначают α -адреноблокаторы, затем β -АБ

3-х компонентные схемы

метилдопа + АК (дигидропиридиновый) + β -АБ
метилдопа + АК + диуретик
метилдопа + β -АБ + диуретик
АК (дигидропиридиновый) + β -АБ + диуретик

4-х компонентные схемы

метилдопа + АК (дигидропиридиновый) + β -АБ + диуретик
метилдопа + АК (дигидропиридиновый) + β -АБ + α -адреноблокатор
АК (дигидропиридиновый) + β -АБ + диуретик + клонидин

Гипертонический криз

- **внезапное повышение АД, сопровождающееся клиническими симптомами и требующее немедленного его снижения (ВОЗ, 1999).**
- **может возникнуть в любом триместре беременности, но реже в период родов или сразу после родов.**
- **часто сопровождается онемением конечностей, жаром, приливом крови к щекам, потливость.**

Спасибо за внимание!

