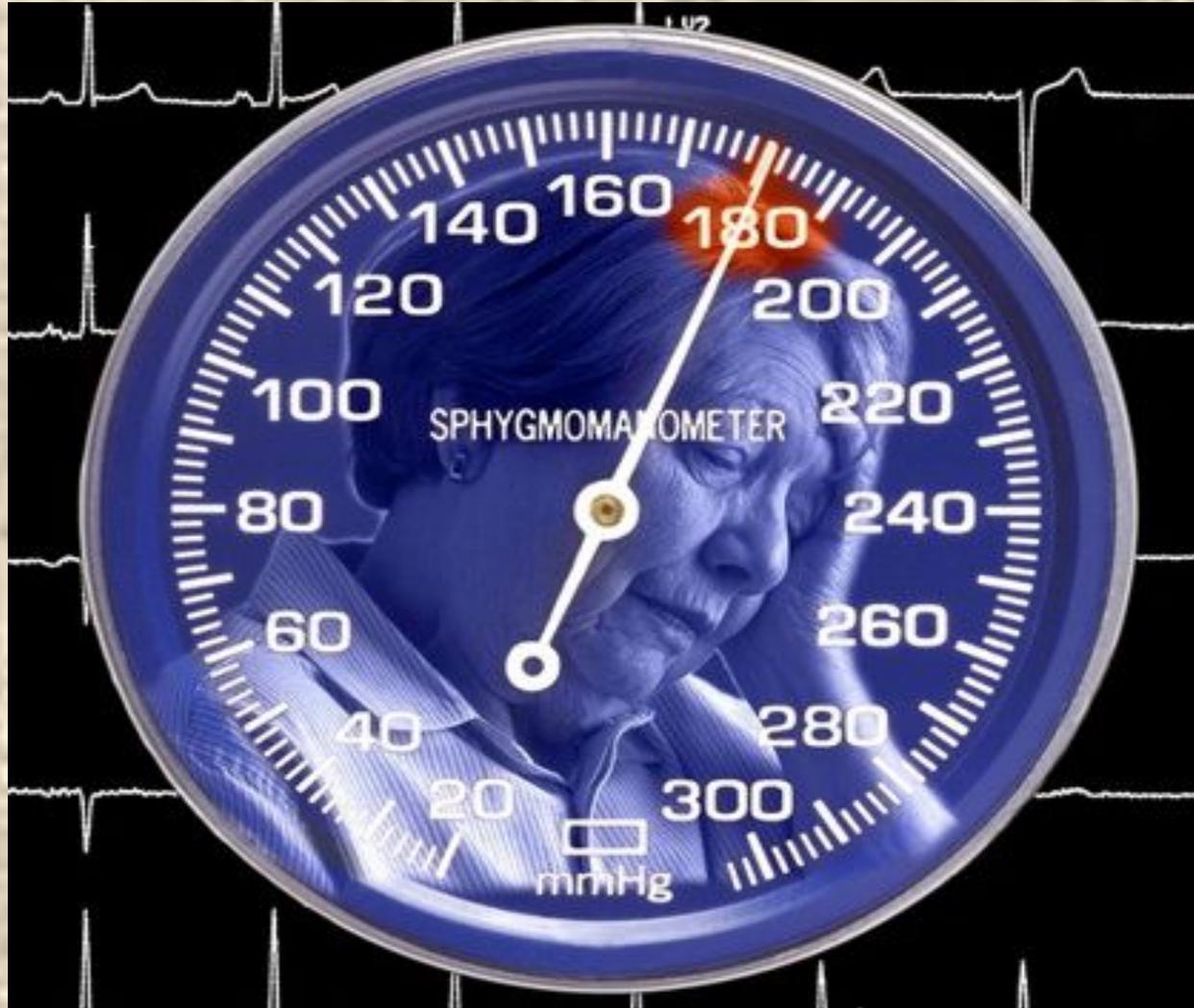


Артериальная гипертензия



АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

*стабильное повышение АД
систолического более
140 мм.рт.ст. и /или АД
диастолического более 90 мм.
рт. ст.*

Классификация АД для взрослых 18 лет и старше (ВОЗ-МОГ,1999г.)

<i>Категория АД</i>	<i>Систолическое АД</i>	<i>Диастолическое АД</i>
Оптимальное АД	<120	<80
Нормальное АД	<130	<85
Повышенное нормальное АД	130-139	85-89
Гипертензия 1-й степени	140-159	90-99
Гипертензия 2-й степени	160-179	100-109
Гипертензия 3-й степени	≥180	≥ 110
Изолированная систолическая гипертензия	≥140	≤ 90

Является самым распространенным сердечно-сосудистым заболеванием в мире. АГ страдают 15 – 20% взрослого населения планеты – около 1 млрд. человек.

Из всех стран Европы и Азии Казахстан на 2 месте по смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

**Число населения с заболеванием АГ
3 миллиона человек, из которых:**



■ 57% имеют представление о болезни

■ 17% получают лечение

■ 8% получают правильное лечение!

В 2003 году в Казахстане проводилось скрининговое исследование заболеваемости артериальной гипертензией

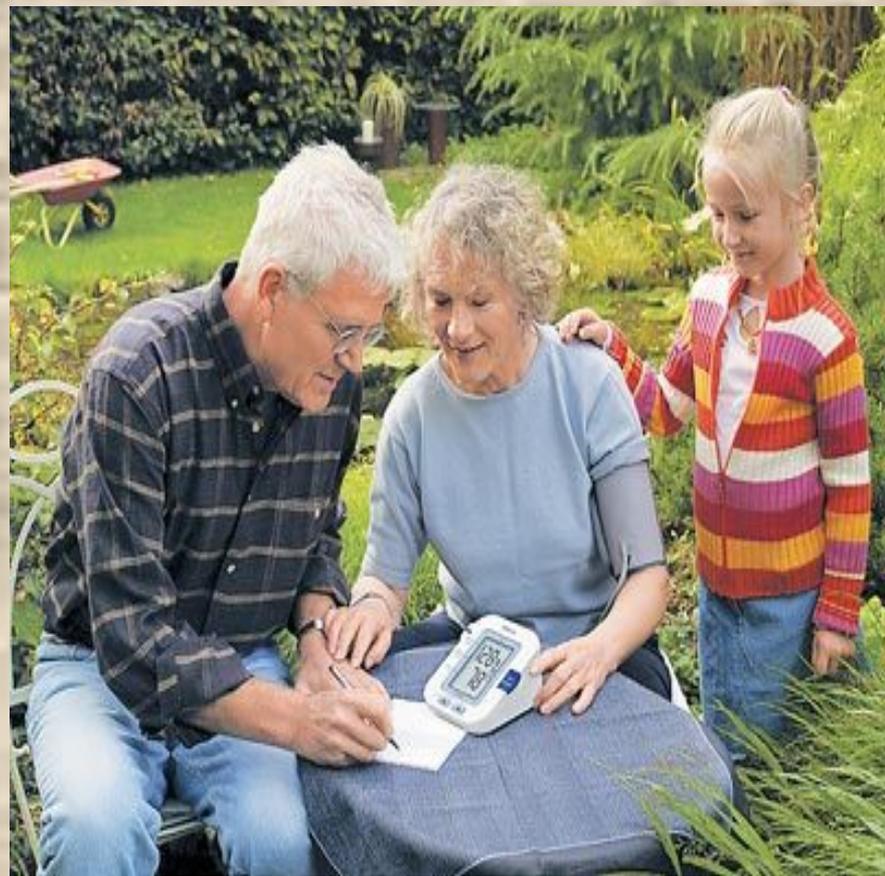
1 место по заболеваемости – Южно-Казахстанская область

2 место - Акмолинская область

3 место - Алмаатинская область

Распространенность АГ по возрастным категориям

> 50 лет	–	80 %
40 – 49 лет	–	8,5 %
30 – 39 лет	–	2,5 %
20 – 29 лет	–	0,99 %
18 – 19 лет	–	0,16 %
20 – 29 лет	–	каждый 14
30 – 39 лет	–	каждый 6
40 – 49 лет	–	каждый 4
50 – 59 лет	–	каждый 3



Факторы риска

- **Наследственность.**
- **Пол** – мужчины в большей степени предрасположены к развитию АГ, особенно в возрасте 35-55 лет. Однако после наступления менопаузы риск значительно увеличивается и у женщин.
- **Возраст.** Наиболее часто развивается у лиц старше 35 лет, причем, чем старше человек, тем выше цифры его АД.
- **Стресс и психическое перенапряжение.**
- **Курение.**
- **Сахарный диабет.**
- **Атеросклероз.**
- **Избыток соли в пище.**
- **Гиподинамия.**
- **Ожирение.**
- **Алкоголь.**
- **Климакс** – АГ у женщин в 60% случаях развивается именно в климактерический период.

ФАКТОРЫ РИСКА

- Курение
- Абдоминальное ожирение:
ОТ: М >102 см. Ж > 88 см (или ИМТ > 30 кг/м²)
- Малополвлжный образ жизни
Дислипидемия: холестерин > 6,5 ммоль/л.
ЛПНП > 4.0 ммоль/л, НПВП < 1,0 ммоль/л
- Сахарный диабет
- Микроальбуминурия или клубочковая фильтрация < 60 ml/min
- Возраст: М > 55 лет, Ж > 65 лет
- Наследственная отягощенность
- С- реактивный белок > 1 мг/л

Диагностика артериальной гипертензии

Для диагностики АГ достаточно дважды на приеме у врача зафиксировать повышенные цифры АД

Необходимый диагностический минимум, рекомендованный любому пациенту с повышенным АД включает:

- ОАМ (общий анализ мочи).
- биохимический анализ крови с определением мочевины, креатинина, глюкозы, электролитного состава, общего холестерина, холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов, мочевой кислоты
- ЭКГ
- рентгенография грудной клетки
- осмотр сосудов глазного дна
- УЗИ почек



АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

- **Эссенциальная** – характеризуется снижением адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы, нарушением механизмов, регулирующих гемодинамику без какой-либо причины.
- **Симптоматическая** – является симптомом группы заболеваний –почечных, эндокринных и других органов, обусловленным поражением органов и развитием в них органического процесса.

нервно-психическое перенапряжение, стресс, генетическая предрасположенность

сосудодвигательный центр в головном мозге

активизация симпато-адреналовой системы

надпочечник выделяет адреналин, норадреналин

увеличение частоты и силы

сокращений сердца

спазм сосудов

атеросклероз

сужение просвета сосудов

уменьшение притока крови к органам

надпочечник

почка

альдостерон

отек стенки сосудов

ренин

ангиотензин I - II

эти факторы приводят к сужению просвета сосудов

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

I СТАДИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ

Могут беспокоить слабость, головокружение, бессонница, быстрая утомляемость, головная боль.

II СТАДИЯ НАЧАЛЬНЫХ ОРГАНИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ

Могут возникать кризы, усугубляться течение атеросклероза, развиваться ИБС, поражения почек, глаз и других органов.

III СТАДИЯ ВЫРАЖЕННЫХ ОРГАНИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ

Могут возникать инфаркт миокарда, мозговой инсульт, почечная и сердечная недостаточность, слепота.

Клиническая картина

- **I стадия** – беспокоят периодически головная боль в затылочной области по утрам, чувство “несвежей головы”, плохой сон, головокружение, раздражительность, ухудшение памяти, усталость. АД повышается непостоянно до 180/95 – 180/105 мм. рт. ст.
- **II стадия** – головная боль, головокружение и другие симптомы становятся постоянными. АД стойко повышено до 180/105 – 200/110 мм.рт.ст. Присоединяются приступы болей с сердце, снижение остроты зрения. Выявляется увеличение границ сердца влево за счет гипертрофии левого желудочка, акцент II тона над аортой, систолический шум на верхушке сердца. Изменения при осмотре глазного дна: артерии сетчатки узкие, извитые, вены расширены.
- **III стадия** – постоянные головные боли, головокружение, перебой и боли в сердце, мелькание пятен, мушек перед глазами, одышка. АД стойко повышено АД с > 200 мм.рт.ст.; АД д > 110 мм.рт.ст. Пульс напряженный, иногда аритмичный. В эту стадию чаще всего развиваются осложнения АГ.

Осложнения АГ

Гипертонический криз – это внезапное повышение АД у пациентов с АГ, сопровождается нарушениями вегетативной нервной системы и усилением расстройств мозгового, коронарного и почечного кровообращения

Причины развития:

- психоэмоциональные стрессы
- физическая нагрузка
- избыточное употребление алкоголя
- применение контрацептивов
- внезапная отмена антигипертензивных препаратов
- климакс у женщин
- гипогликемия
- резкое нарушение почечной гемодинамики
- острая ишемия миокарда (приступ стенокардии, инфаркта миокарда, сердечная астма) и мозга



ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ- МИШЕНЕЙ

- ГЛЖ (по данным ЭКГ, ЭхоКГ или рентгенографии органов грудной клетки)
- Протеинурия (более 300 мг/сут) и/или повышение креатинина в плазме (1.2-2 мг/дл)
- Генерализованное или фокальное сужение артерии сетчатки
- УЗИ или рентген данные о наличии атеросклеротической бляшки

Ассоциированные клинические состояния (АКС)

- **◆ Цереброваскулярные заболевания**
 - Ишемический инсульт
 - Геморрагический инсульт
 - Преходящее нарушение мозгового кровообращения
- **◆ Патология сердца**
 - Инфаркт миокарда .
 - Стенокардия
 - Состояние после операций на коронарных артериях
 - Хроническая сердечная недостаточность

Ассоциированные клинические состояния (АКС)

- **Заболевание почек:** Диабетическая нефропатия; Почечная недостаточность (сывороточный креатинин > 133 мкмоль/л ($> 1,5$ мг/дл) для мужчин или > 124 мкмоль/л ($> 1,4$ мг/дл) для женщин; Протеинурия (>300 мг/сут);
- **Заболевание периферических артерий:** Расслаивающаяся аневризма аорты
- поражение периферических артерий;
- **Гипертоническая ретинопатия:** Кровоизлияния или экссудаты, отек соска зрительного нерва;
- **Сахарный диабет.**

Группы риска

- **Низкий риск (риск 1)** - АГ 1 степени, нет факторов риска, поражения органов-мишеней и ассоциированных заболеваний. Риск развития ССЗ и осложнений в ближайшие 10 лет составляет 15%.
- **Средний риск (риск 2)** — АГ 2-3 степени, нет факторов риска, поражения органов-мишеней и ассоциированных заболеваний. 1-3 ст. АГ, есть 1 или более факторов риска, нет поражения органов-мишеней (ПОМ) и ассоциированных заболеваний. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет составляет 15-20%.

Группы риска

- **Высокий риск (риск 3)** - АГ 1-3 степени, есть поражение органов-мишеней и др. факторы риска, нет ассоциированных заболеваний. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет - более 20%
- **Очень высокий риск (риск 4)** - АГ 1-3 степени, есть факторы риска, ПОМ, ассоциированные заболевания. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет превышает 30% (таблица 2)

Примеры клинического диагноза:

- 1. Артериальная гипертония 2 степени, риск 3.
- Артериальная гипертония 3 степени, риск 4. ИБС. Стенокардия напряжения. ФК 3. ХСН I стадии, ИФК.
- Артериальная гипертония 3 степени, риск 4. Сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести. ХСН II A стадии, ШФК.

Кризисы первого вида (гиперкинетические)

- наблюдаются преимущественно в ранних стадиях артериальной гипертензии,
- развиваются остро, сопровождаются возбуждением больных, обилием «вегетативных знаков» (мышечная дрожь, усиленное потоотделение, красные пятна на коже, сердцебиение, к концу криза полиурия, иногда обильный жидкий стул)
- протекают кратковременно (не более 3-4 ч).

- Для этих кризов характерно преимущественное повышение систолического АД,
- нарастание пульсового давления, учащение пульса.
- Кризам первого вида свойственно преобладание в крови адреналина, который, как известно, обладает способностью повышать обмен веществ, вызывать гипергликемию, тахикардию, рост систолического давления.

Кризисы второго вида (гипокинетические)

- возникают, как правило, в поздних стадиях заболевания на фоне высокого исходного уровня АД,
- менее острое начало, более постепенное развитие, сравнительно длительное (от нескольких часов до 4-5 дней) и тяжелое течение.

- Эти больные выглядят вялыми, заторможенными.
- У них особенно резко выражены мозговые и сердечные симптомы.
- Систолическое и диастолическое давление в этих случаях очень высокое, но преобладает подъем диастолического давления, поэтому пульсовое давление несколько уменьшается.
- Тахикардии нет или она выражена незначительно.

- Для кризов второго типа характерно преобладание в крови норадреналина, который прежде всего повышает периферическое сосудистое сопротивление и, соответственно, диастолическое давление.

Неосложнённые гипертонические кризы (urgencies) следует подразделять на:

- нейровегетативные (криз I типа, адреналовый, гиперкинетический);
- отёчные (криз II типа, норадреналовый, гипокинетический);
- и кризы, связанные с отменой гипотензивных средств (клонидина)

Осложнённые гипертонические кризы (emergencies) следует подразделять на:

- быстро прогрессирующую артериальную гипертензию с отёком соска зрительного нерва или почечной недостаточностью;
- судорожную форму гипертонического криза (острую гипертоническую энцефалопатию);
- криз при феохромоцитоме;

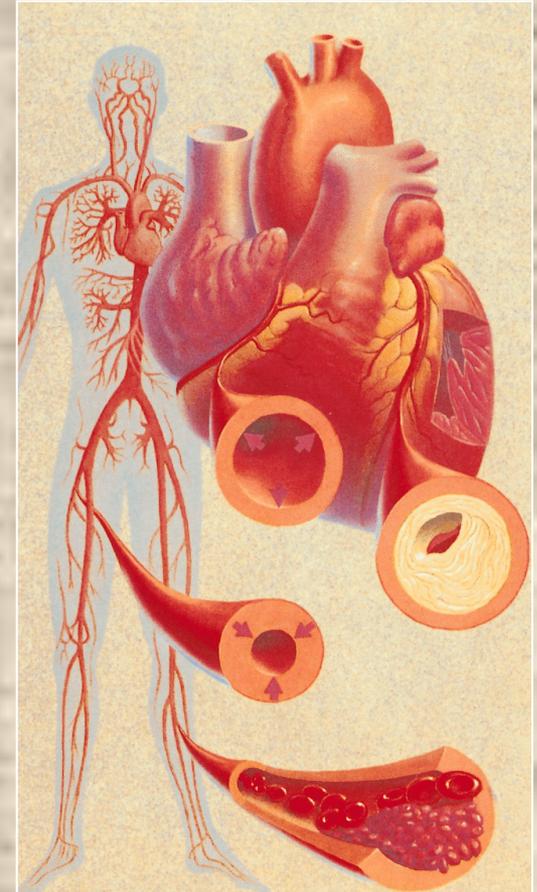
- – **осложненный криз** протекает значительно тяжелее, более продолжительны, связаны с выбросом в кровь норадреналина. Симптомы: головная боль, головокружение, преходящие нарушения зрения, слуха, боли в области сердца, сердцебиение, спутанность сознания, тошнота, рвота.
- – **не осложненный криз** протекает с выраженной вегетативной симптоматикой: головные боли, тошнота, сердцебиение, пульсация и дрожь во всем теле, тремор рук, появление пятен на коже лица, шеи, возбуждение.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ УХУДШЕНИИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

- Диагностика
- Головная боль, лёгкие расстройства зрения (пелена, мушки), парестезии, подташнивание, связанные с умеренным повышением АД не достигающим до гипертонического криза.
- Дифференциальная диагностика
- В отличие от гипертонических кризов, отсутствуют признаки острого нарушения регионарного кровообращения (нет выраженных острых неврологических или кардиальных симптомов).

Возможные осложнения гипертонического криза

- *гипертоническая энцефалопатия*
- *отек головного мозга*
- **ОНМК**
- *эклампсия*
- *острая сердечная недостаточность*
- *острый коронарный синдром*
- *расслаивающаяся аневризма аорты*



Диагноз гипертонического криза
основывается на следующих основных
критериях:

- относительно внезапное начало;
- индивидуально высокий подъем АД;
- субъективные расстройства и объективные симптомы церебрального, кардиального и вегетативного характера.

Неотложная помощь

- - При умеренном повышении АД и отсутствии противопоказаний назначают нифедипин (коринфар", кордафлекс*) внутрь (размельчённая таблетка или капли).
- Более эффективно и безопасно назначать по 10 мг нифедипина вместе с 10 мг пропранолола. При необходимости препараты применяют повторно через 30—40 мин.
- - При существенном повышении АД и выраженной нейровегетативной симптоматике препаратом выбора служит клонидин (клофелин*) 0,15 мг (внутри или под язык). При недостаточном эффекте препарат применяют повторно в дозе 0,075 мг через 30-40 мин.
- - У больных с признаками задержки жидкости показаны использование быстродействующего диуретика (20—40 мг фуросемида внутрь) и повторный с интервалом в 30—40 мин приём по 25 мг каптоприла (капотена").
- - При изолированной систолической артериальной гипертонии показано назначение внутрь клонидина в дозе 0,075 мг. Пациентам, постоянно принимающим ингибиторы АПФ, допустимо назначение каптоприла в дозе 25 мг.

Осложнённые гипертонические кризы

- 2.1. Острая злокачественная быстро прогрессирующая артериальная гипертония с отёком соска зрительного нерва или нарастающей почечной недостаточностью:
 - нитропруссид натрия
 - фуросемид 40-80 мг в/в медленно.
- 2.2. Судорожная форма гипертонического криза:
 - диазепам (седуксен*, реланиум*) по 5 мг в/в медленно до устранения судорог;
 - нитропруссид натрия
 - фуросемид 40-80 мг в/в медленно.

- 2.3. Гипертонический криз с отёком лёгких:
- нитроглицерин (лучше аэрозоль) 0,4-0,5 мг под язык и до 10 мг в/в капельно, увеличивая скорость введения до получения эффекта под контролем АД, а в случаях неэффективности внутривенного введения нитроглицерина — нитропруссид натрия
- фуросемид 40-80 мг в/в медленно; оксигенотерапия.

Гипертонический криз с ангинозной болью:

- нитроглицерин (лучше аэрозоль) 0,4-0,5 мг под язык и до 10 мг в/в капельно, увеличивая скорость введения до получения эффекта под контролем АД;
- пропранолол (обзидан*, индерал*) 20-40 мг или метопролол (спесикор*, эгилок*) 25-50 мг внутрь;
- ацетилсалициловая кислота (аспирин*) 0,25 г разжевать; при сохраняющейся ангинозной боли в зависимости от её выраженности и состояния пациента — морфин до 10 мг, либо фентанил 0,05—0,1 мг или тримепередин (промедол*) 10-20 мг с 2,5-5 мг дроперидола в/в дробно, либо метамизол натрия (анальгин*) 1 —2 г с 5 мг диазепама (в отдельном шприце) в/в.

САМОПОМОЩЬ ПРИ ПОВЫШЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

- Удобно сесть с опущенными ногами.
- - Для снижения АД принять один из следующих препаратов:
 - клонидин (клофелин") 0,15 мг внутрь или под язык и по 0,075 мг через 1 ч до улучшения самочувствия и достижения необходимого АД, **либо** каптоприл (капотен*) по 25 мг под язык или внутрь, при недостаточном эффекте назначают повторно через 30—60 мин.
 - - Для усиления действия могут быть рекомендованы сочетания этих антигипертензивных средств с диуретиками (фуросемидом или гидрохлоротиазидом).
- Нифедипин (коринфар*, корадфлекс") можно рекомендовать только при умеренном повышении АД пациентам без тяжёлого стенозирующего поражения мозговых или коронарных артерий, сердечной недостаточности или фиксированного сердечного выброса (аортальный стеноз, гипертрофическая кардиомиопатия и др.). Эффективнее и безопаснее принимать нифедипин по 10 мг вместе с 10 мг пропранолола.
- - При выраженном эмоциональном напряжении — корвалол' 40 капель или диазепам 10 мг внутрь.
- - При повышении АД, сопровождающемся ангинозной болью, удушьем, одышкой, тяжёлой неврологической симптоматикой, значительным ухудшением общего состояния, следует сразу же вызывать врача скорой помощи, до его приезда применять рекомендованные средства самопомощи.

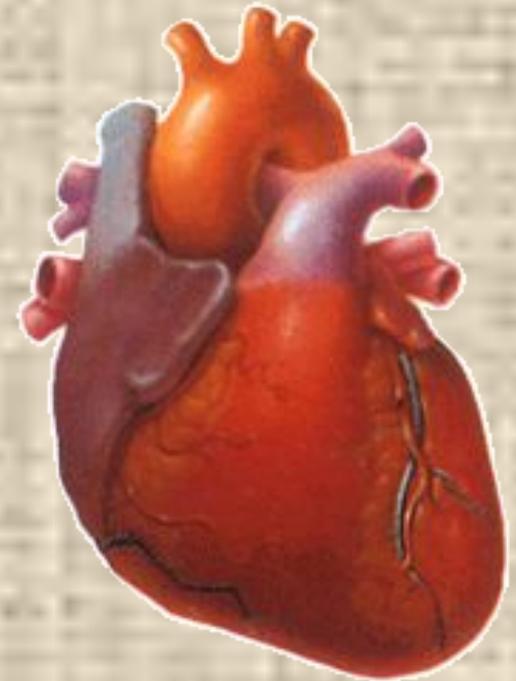
- *После начала гипотензивной терапии желательно врачебное наблюдение в течение не менее 6 ч для своевременного выявления возможных осложнений гипертонического криза (в первую очередь — нарушения мозгового кровообращения и инфаркта миокарда) и побочных эффектов лекарственной терапии (например, ортостатической гипотензии).*

Показания к экстренной госпитализации:

- *ГК, некупирующийся на догоспитальном этапе*
- *ГК с выраженными проявлениями гипертонической энцефалопатии*
- *осложнения АГ, требующие интенсивной терапии, постоянного наблюдения (инсульт, остро возникающие нарушения зрения, отек легких)*

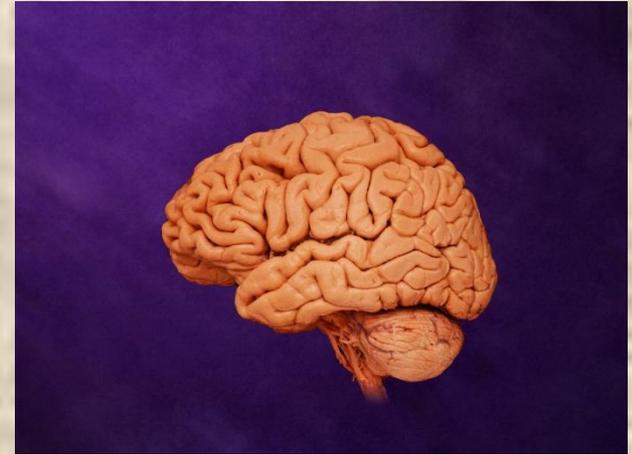
Сердечно-сосудистая система

- *атеросклероз*
- *ишемическая болезнь сердца*
- *инфаркт миокарда*
- *отек легких*



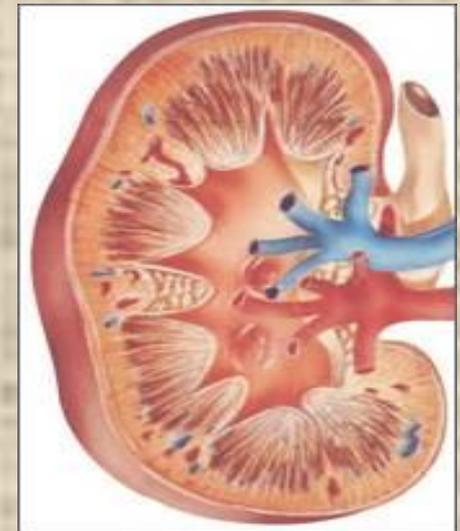
Головной мозг

- гипертоническая энцефалопатия
- эпилептические припадки
- преходящая ишемия мозга
- инсульт



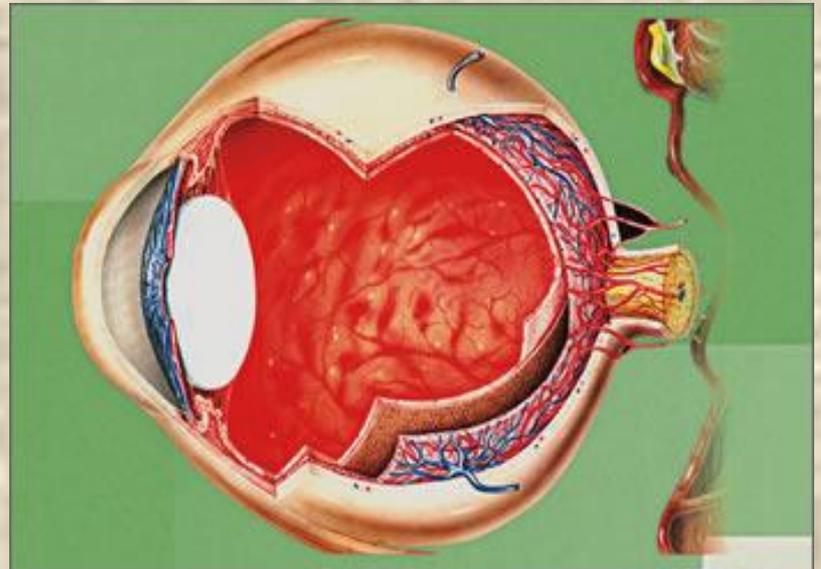
Почки

- хроническая почечная недостаточность



Ретинопатия

- отек диска зрительного нерва
- кровоизлияние
- отслойка сетчатки



Измерение артериального давления в домашних условиях

Измерение артериального давления в домашних условиях позволяет получить ценную дополнительную информацию как при первичном обследовании пациента, так и при дальнейшем контроле эффективности лечения.

При измерении артериального давления в домашних условиях можно оценить его в различные дни в условиях повседневной жизни пациентов и устранить «эффект белого халата». Самоконтроль АД дисциплинирует пациента и улучшает приверженность лечению. Измерение артериального давления дома помогает точнее оценить эффективность лечения и потенциально снизить его стоимость.

- *Данные ряда исследований показали, что уровень артериального давления, измеренного дома, ниже уровня давления, измеренного в клинике: уровень измеренного дома составляет 125/80 мм.рт.ст., что соответствует 140/90 мм.рт.ст. при измерении в клинических условиях.*

Рекомендации по измерению артериального давления

- *Измерение артериального давления проводите в удобной обстановке при комнатной температуре и не менее чем после пятиминутного отдыха.*
- *Если Вы только что поели, выпили чашку кофе или выкурили сигарету, то давление можно измерять только через 30 мин.*



- *Измерять давление рекомендуется два раза в день: утром, после пробуждения и утреннего туалета и*
- *вечером в 21.00-22.00, а кроме этого в случаях плохого самочувствия при подозрении на подъем артериального давления.*

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Основные цели лечения больных артериальной гипертонией:

- *Непосредственная:* снижение АД до нормальных (менее 130/85 мм рт. ст.), а при возможности и до оптимальных (менее 120/80 мм рт. ст.) значений.
- *Промежуточная:* предотвращение возникновения структурно-функциональных изменений в органах-мишенях или их обратное развитие.
- *Конечная:* предотвращение развития нарушений мозгового кровообращения, внезапной сердечной смерти, сердечной и почечной недостаточности и в результате улучшение отдаленного прогноза, т.е. выживаемости больных.

общепринятые принципы антигипертензивной терапии:

Лечение должно проводиться постоянно, в течение всей жизни.

- 1. Комбинированная терапия,
- 2. Одно-двукратное применение лекарств.
- 3. Предпочтение отдается антигипертензивным препаратам длительного действия.
- 4. Немедикаментозная коррекция АД.

Условия рациональной комбинированной терапии

- безопасность и эффективность компонентов;
- вклад каждого из них в ожидаемый результат;
- разные, но взаимодополняющие механизмы действия;
- более высокая эффективность, по сравнению с монотерапией;
- сбалансированность компонентов по биодоступности и продолжительности действия;
- усиление органопротективных свойств;
- воздействие на универсальные (наиболее частые) механизмы повышения АД;
- уменьшение количества нежелательных явлений и улучшение переносимости.

Принципы немедикаментозного лечения артериальной гипертонии

Немедикаментозные методы направлены

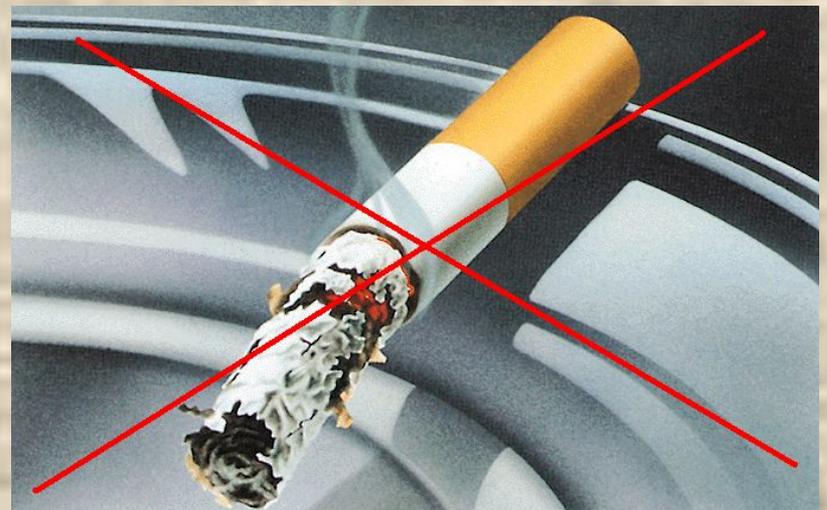
- на снижение артериального давления, уменьшение потребности в антигипертензивных средствах и усиление их эффекта.*
- на первичную профилактику артериальной гипертонии и ассоциированных сердечно-сосудистых заболеваний.*

Исключение факторов риска

- **неправильное питание**



- **курение**



Исключение факторов риска

- частые стрессы
- малоподвижный образ жизни
- употребление алкоголя



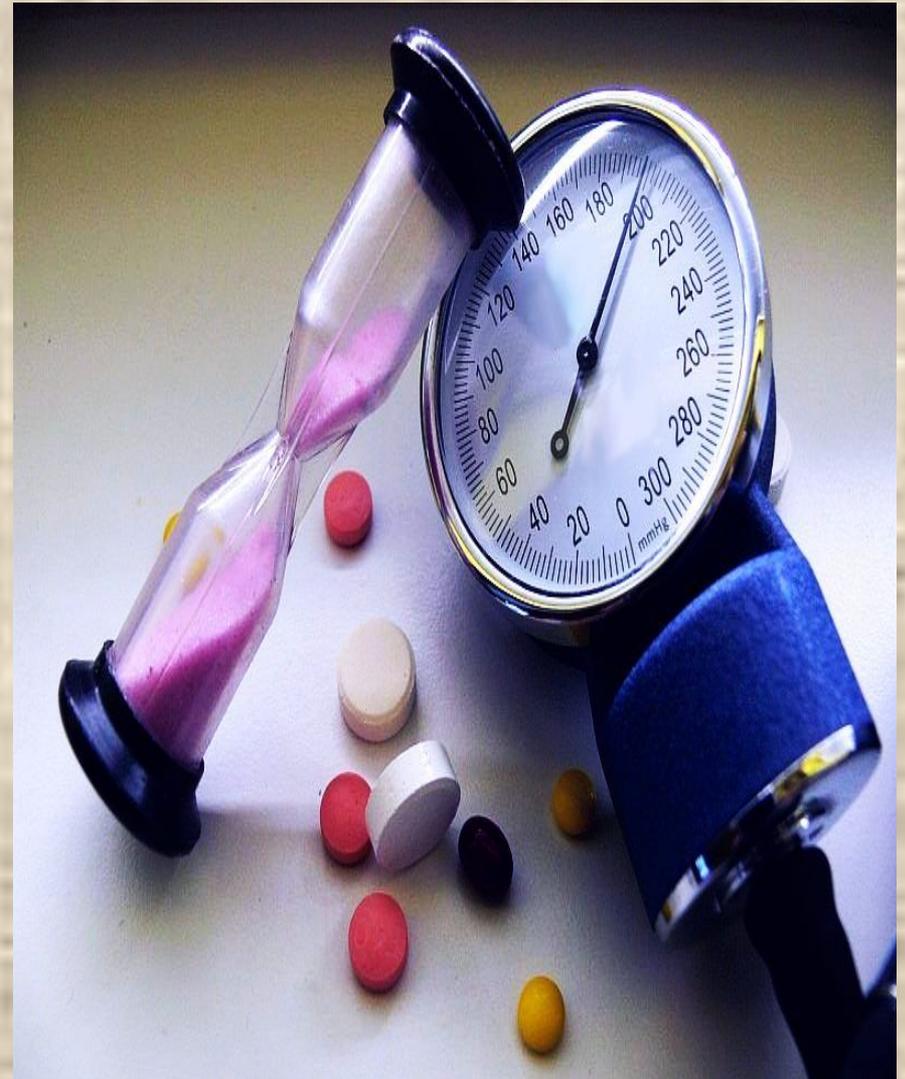
Ведение правильного образа жизни

- *сокращение количества потребляемой соли – до 5 г в день (чайная ложка без горки). С различными продуктами питания, такими как хлеб, мясо, супы, в организм человека поступает большое количество соли*
- *увеличение потребления растительной пищи (старайтесь есть больше овощей, фруктов, зерновых, ограничьте потребление животных жиров, увеличение в рационе калия, кальция и магния)*

- *нормализация веса (снижение избыточного веса сокращает лишнюю нагрузку на сердце и сосуды)*
- *увеличение физических нагрузок, больше двигайтесь (прогулки ежедневно на свежем воздухе не менее получаса)*

Медикаментозная терапия

- Медикаментозная гипотензивная терапия назначается ступенчато, начиная с монотерапии, а при ее неэффективности – комбинация гипотензивных средств.
- при тяжелом течении – сразу комбинация лекарств.



- АД надо снижать постепенно, особенно у пожилых и при тяжелом течении; быстрое снижение АД ухудшает мозговое, коронарное и почечное кровообращение
- АД надо снижать до 140/90 мм.рт.ст.
- нельзя резко прекращать лечение и внезапно отменять гипотензивные средства, что может вызвать “синдром отмены” и дальнейший рост АД, ухудшение кровообращения в жизненно важных органах
- необходимо соблюдать преемственность поликлинического и стационарного лечения

Основные группы гипотензивных препаратов

- **Бета-адреноблокаторы:** пропранолол, надолол, атенолол, бисапролол, метапролол, эгилог
- **Диуретики:**
 - тиазидные – гипотиазид;
 - петлевые – фуросемид;
 - калийсберегающие – верошпирон, спиронолактон;
 - с вазодилатационными свойствами – индапамид
- **Ингибиторы АПФ:** каптоприл, эналаприл, рамиприл, моноприл

- **Антагонисты кальция:**

 - I поколения** – нифедипин, верапамил, дилтиазем

 - II поколения** – амлодипин

- **Центрального действия:** клонидин (клофелин), метилдофа (допегит), физиотенз

- **Прямые вазодилататоры:** гидролазин (апрессин)

Помните!

Принимая
гипотензивные
(антигипертензивные)
препараты и
нормализуя
повышенное АД,
пациенты снижают
риск развития ИБС,
инфаркта, инсульта,
смертности, а также
многих других
осложнений АГ



критерии эффективности антигипертензивной терапии

Краткосрочные (1-6 месяцев)

- Снижение АД с и АД д на **10%** и более
- Отсутствие ГК
- Сохранение или улучшение качества жизни
- Влияние на модифицируемые факторы риска

Среднесрочные (более 6 месяцев)

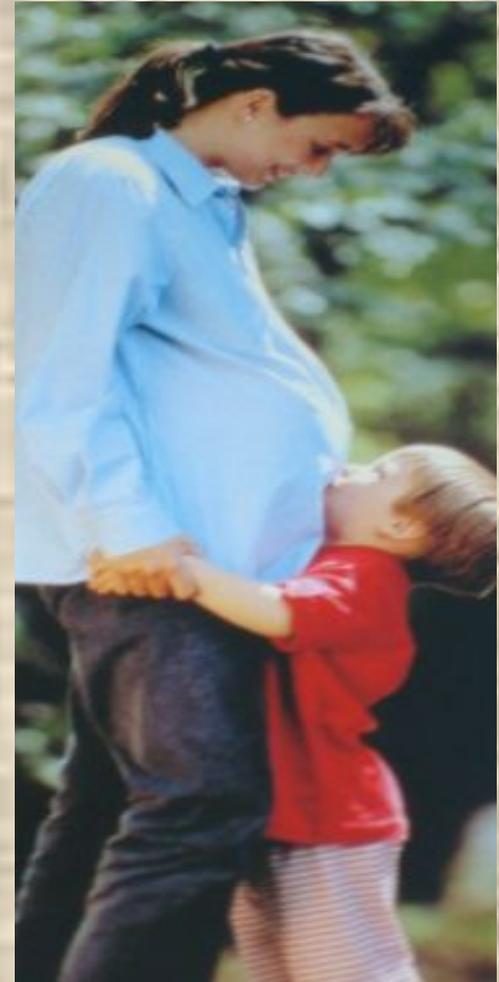
- Достижение целевых уровней АД
- Отсутствие поражения органов-мишеней
- Устранение модифицируемого фактора риска

Долгосрочные

- Стабильное поддержание АД на целевом уровне
- Отсутствие прогрессирования поражения органов-мишеней
- Компенсация имеющихся сердечно-сосудистых осложнений

Артериальная гипертензия и беременность

У 85% беременных, страдающих неосложненной АГ, течение заболевания не ухудшается. Материнский прогноз благоприятный. При высокой стойкой гипертензии ухудшается маточно-плацентарное кровообращение, что является частой причиной гипотрофии плода. У многих новорожденных отмечается снижение функциональной активности миокарда. Не исключается возможность несвоевременного излития околоплодных вод, роды бывают преждевременными, и наблюдается слабость родовой деятельности.



Опасность представляет присоединение к АГ позднего токсикоза беременных, чреватое повышением риска мертворождения, отслойки плаценты, острой почечной недостаточности, а также материнской летальности. У беременных с уровнем диастолического давления 120 мм.рт.ст. и выше значительно повышается перинатальная детская смертность.



Беременность противопоказана при злокачественной форме и III стадии АГ.

Если уже в первые недели и месяцы беременности у женщины имеются стойкое повышение АД, гипертрофия левого желудочка, серьезные изменения глазного дна, риск развития в дальнейшем преэклампсии и эклампсии очень велик.

Лечение АГ у беременных

Для постоянной терапии АГ у беременных широко используются:

- **бета-адреноблокаторы** - атенолол, лабетолол
- **антагонистый кальция** – нифедипин
- **агонист центрального действия** – метилдофа (допегит)

При беременности не рекомендуются следующие препараты, обладающие тератогенным действием:

- **ингибиторы АПФ**
- **антагонисты рецепторов ангиотензина II**
- **диуретики** следует применять с осторожностью, так как они могут еще больше снизить уже измененный объем плазмы крови

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!

