

КЛИНИЧЕСКИЕ ЛЕКЦИИ

Артериальная гипертензия беременных: классификация, клиника, диагностика, акушерская тактика, лечение, профилактика и реабилитация (часть II)

Н.И. Киселева, И.М. Арестова, Н.П. Жукова, Е.А. Колбасова

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Реферат

В лекции рассмотрены вопросы классификации, диагностики, клинического течения различных вариантов артериальной гипертензии во время беременности. Изложена тактика ведения беременных с хронической и гестационной артериальной гипертензией, преэклампсией. Представлены современные подходы к антигипертензивной терапии пациентов с гипертензивными расстройствами во время беременности и в послеродовом периоде. Обращено внимание на реабилитацию женщин с артериальной гипертензией и профилактику преэклампсии.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, беременность, преэклампсия, лечение.

Гипертензивные нарушения при беременности представляют одну из важнейших международных проблем здравоохранения, так как нередко являются непосредственной причиной материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Ежегодно во всем мире более 50 тыс. женщин погибают в период беременности из-за осложнений, связанных с артериальной гипертензией (АГ). Частота АГ у беременных в развитых странах за последние 10-15 лет выросла почти на треть. В США данная патология осложняет течение каждой десятой беременности, в европейских странах - 10% беременностей, по данным Всероссийской ассоциации кардиологов - 5-30% беременностей. В 30% случаев АГ развивается до наступления беременности, в 70% - во время гестации.

На фоне высокого артериального давления (АД) у женщин во время беременности часто наблюдаются острые нарушения мозгового кровообращения, кровоизлияния в сетчатку и ее отслойка, острая и хроническая почечная недостаточность, отек легких, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. Гипертония матери, оказывая влияние на маточно-плацентарный кровоток, способствует развитию фетоплацентарной недостаточности, внутриутробной гипоксии и задержке роста плода, невынашиванию беременности, преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, в тяжелых случаях - асфиксии и гибели плода.

Отдаленный прогноз женщин, имевших АГ в период беременности, характеризуется повышенной частотой развития ожирения, сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний. Дети этих женщин подвержены развитию метаболических и гормональных нарушений, сердечно-сосудистой патологии.

Определение и классификация АГ у беременных

АГ - состояние, характеризующееся повышенным уровнем АД. Критерием АГ у беременных является повышение систолического АД (САД) >140 мм рт. ст. и/или

диастолического АД (ДАД) >90 мм рт. ст., определенные двумя измерениями с интервалом 4 ч.

При беременности выделяют две группы гипертензивных состояний:

I группа - АГ, существовавшая до беременности;

II группа - АГ, развившаяся непосредственно в связи с гестацией.

Классификация гипертензивных расстройств у беременных согласно Международной классификации болезней X пересмотра (МКБ X) представлена в таблице 1.

В настоящее время наряду со статистической классификацией МКБ-X используется клиническая классификация, согласно которой в большинстве стран мира выделяют четыре основных формы АГ беременных:

- хроническую (существовавшую до беременности) АГ;
- первичную (эссенциальную) - гипертоническая болезнь (ГБ);
- вторичную (симптоматическую);
- гестационную (индуцированную беременностью) АГ;
- преэклампсию (ПЭ) / эклампсию;
- ПЭ / эклампсию, развившуюся на фоне хронической АГ.

Хроническая АГ - это АГ, диагностированная до наступления беременности или до 20-ой недели ее развития, а также АГ, возникающая после 20 недели гестации, но не исчезающая после родов в течение 12 недель (ретроспективно классифицируется как хроническая АГ, требует уточнения генеза АГ - гипертоническая болезнь или симптоматическая гипертензия). Протеинурия, тромбоцитопения, дисфункция печени, гиперурикемия обычно отсутствуют.

Хроническая АГ - это ГБ или вторичные (симптоматические) гипертензии. ГБ - хронически протекающее заболевание, основным и обязательным проявлением которого является синдром АГ, который не связан с наличием других заболеваний или патологических процессов, характеризующихся повышением уровня АД.

Таблица 1. МКБ-Х. Класс XV: беременность, роды и послеродовой период. Блок 010-016: отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, родов и послеродовом периоде

010	Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период.	Хроническая АГ
010.0	Существовавшая ранее эссенциальная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период.	
010.1	Существовавшая ранее кардиоваскулярная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период.	
010.2	Существовавшая ранее почечная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период.	
010.3	Существовавшая ранее кардиоваскулярная и почечная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период.	
010.4	Существовавшая ранее вторичная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период.	Хроническая АГ (вторичная)
010.9	Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период.	Хроническая АГ (неуточненная)
011	Существовавшая ранее гипертензия с присоединившейся протеинурией.	ПЭ на фоне хронической АГ
012	Вызванные беременностью отеки и протеинурия без гипертензии.	
012.0	Вызванные беременностью отеки и протеинурия без гипертензии.	
012.1	Вызванная беременностью протеинурия.	
012.2	Вызванные беременностью отеки и протеинурия.	
013	Вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии.	Гестационная АГ
014	Вызванная беременностью гипертензия со значительной протеинурией.	ПЭ
014.0	Преэклампсия средней тяжести.	ПЭ умеренная
014.1	Тяжелая преэклампсия.	ПЭ тяжелая
014.2	Преэклампсия неуточненная.	
015	Эклампсия.	Эклампсия
015.0	Эклампсия во время беременности.	
015.1	Эклампсия в родах.	
015.2	Эклампсия в послеродовом периоде.	
015.9	Эклампсия неуточненная по срокам.	
016	Гипертензия у матери неуточненная.	

Причинами вторичной АГ являются: заболевания почек и мочевыводящих путей (хронический пиелонефрит; гломерулонефрит; поликистоз почек и др.); эндокринные заболевания (феохромацитома, первичный альдостеронизм, синдром и болезнь Иценко-Кушинга и др.); поражения нервной системы (опухоль, травмы головного мозга; воспаление головного мозга и его оболочек и др.); повреждение сосудов и нарушения гемодинамики (коарктация аорты, аортальная регургитация; артериовенозная фистула; тромбоз, атеросклероз почечной артерии и др.); интоксикации и длительный прием лекарственных средств (ЛС) (стероидных и нестероидных противовоспалительных ЛС, гормональных контрацептивов, симпатомиметиков, кокаина, циклоспорина и др.).

ГБ классифицируют по стадиям в зависимости от наличия поражения органов-мишеней (ПОМ) и ассоциированных клинических состояний (АКС): ГБ I стадии - повышение АД, отсутствие ПОМ; ГБ II стадии - поражение одного или нескольких органов-мишеней; ГБ III стадии - наличие АКС.

Вне беременности и на этапе ее планирования хроническую АГ необходимо классифицировать в соответствии с принципами, которые используют для лиц

старше 18 лет, в том числе и для женщин вне периода беременности (таблица 2).

Таблица 2. 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.
Оптимальное АД	< 120	и	< 80
Нормальное АД	120 - 129	и/или	80 - 84
Высокое нормальное АД	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

Если значения уровней САД и ДАД попадают в разные категории, то диагностируется более высокая степень АГ.

Классификация степеней повышения уровня АД у беременных, рекомендованная в настоящее время к применению во многих странах мира (таблица 3), отличается от градаций уровня АД для женщин вне периода беременности и может использоваться для характеристики степени повышения уровня АД при любой форме АГ в период беременности (хронической АГ, гестационной АГ, преэклампсии).

Таблица 3. Классификация степени повышения уровня АД (мм рт.ст.) у беременных

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

Гестационная АГ - повышение уровня АД, впервые зафиксированное после 20 недели беременности и не сопровождающееся протеинурией (суточная потеря белка с мочой <0,3 г/л). Диагноз «Гестационная АГ» ставится на период беременности, и если через 12 недель после родов АГ сохраняется, он меняется на диагноз «Хроническая АГ» и уточняется в соответствии с общепринятой классификацией АГ (ГБ или вторичная АГ) после дополнительного обследования. Гестационная АГ осложняет 6% беременностей.

Преэклампсия (ПЭ) - специфичный для беременности синдром, возникающий после 20-й недели гестации, диагностируемый по наличию АГ и протеинурии (больше 300 мг белка в суточной моче). Встречается у 3-14% беременных. Наличие отеков в настоящее время не является диагностическим критерием ПЭ, так как при физиологически протекающей беременности частота их достигает 60-80%. Однако клинический опыт показывает, что отеки лица и рук нередко предшествуют развитию ПЭ, а генерализованные, рецидивирующие отеки свидетельствуют о развитии ПЭ (часто на фоне патологии почек).

Классификация преэклампсии:

1. Преэклампсия: умеренная и тяжелая.
2. Эклампсия: во время беременности, родах, в послеродовом периоде (ранняя - первые 48 ч; поздняя - в течение 28 суток после родов).

Диагноз эклампсии ставят в том случае, если у женщин с ПЭ появляются генерализованные тонико-клонические судороги, которые невозможно объяснить другими причинами (например, эпилепсией, опухолью мозга и т.д.).

ПЭ на фоне хронической АГ диагностируют у беременных с хронической АГ при:

- появлении после 20 недель гестации впервые протеинурии (>0,3 г белка в суточной моче) или заметного увеличения ранее имевшейся протеинурии;
- резком повышении АД у женщин, у которых до 20 недель беременности АД легко контролировалось;
- появлении признаков полиорганной недостаточности (олигурия, увеличение креатинина, тромбоцитопения, гемолиз, повышение АсАТ, АлАТ) после 20 недель гестации.

Диагностика АГ во время беременности

Основным методом диагностики АГ является измерение АД, при проведении которого у беременных необходимо соблюдать следующие условия и правила:

- женщина сидит в удобной позе, рука находится на столе, на уровне сердца, мышцы руки расслаблены;
- размер манжеты должен соответствовать разме-

ру руки: при окружности плеча менее 33 см – манжета стандартного размера (12/13 см), 33-41 см – манжета 15/33 см, более 41 см – набедренная манжета 18/36 см (несоблюдение данного требования искажает результаты исследования на 10-30%);

- нижний край манжеты должен охватывать не менее 80% окружности плеча и быть на 2 см выше локтевого сгиба;
- столбик ртути или стрелка тонометра перед началом измерения должны находиться на нулевой отметке;
- АД измеряют в состоянии покоя (после 5 минутного отдыха) 2 раза с интервалом не менее минуты на обеих руках; при разнице равной или более 5 мм рт. ст. производят одно дополнительное измерение, при этом два последних значения усредняют;
- уровень САД определяют по I фазе (момент появления первых звуков) тонов Короткова, ДАД – по IV фазе (момент начала приглушения тонов), так как у 15% беременных V фазу (полное исчезновение звуковых сигналов) определить не удается;
- АД измеряют на обеих руках, если оно разное, то ориентируются на более высокие значения. У пациентов, страдающих сахарным диабетом, АД измеряют в положении сидя и лежа.

Случайного однократного измерения АД для постановки диагноза АГ у беременных недостаточно, так как однократное повышение АД ≥ 140/90 мм рт. ст. регистрируется у 40-50% женщин. Кроме того, широко известен феномен «гипертонии белого халата», то есть более высокое АД при измерении в медицинском окружении (офисное АД) в сравнении с амбулаторным (домашним) измерением. Примерно у 30% беременных с зарегистрированной на приеме у врача АГ при проведении суточного мониторирования АД (СМАД) было получено нормальное среднесуточное АД.

Клиника различных форм АГ у беременных

Клиническая картина ГБ определяется степенью повышения АД, функциональным состоянием нейроэндокринной системы, различных органов (прежде всего, паренхиматозных), состоянием гемодинамики (макро- и микроциркуляции) и реологии крови.

У многих беременных, страдающих ГБ, выражены признаки церебральной патологии (головокружения, головные боли в затылочной области и др.) и невроза (повышенная возбудимость, сердцебиения, колющие, щемящие, тупые боли в области сердца, потливость и др.). По данным электрокардиографии у 30% беременных выявляется гипертрофия миокарда левого желудочка, при аускультации редко систолический шум на верхушке сердца, акцент II тона на аорте, что связано с преобладанием у беременных более легких стадий ГБ без выраженных органических изменений сердца. У половины беременных с ГБ отмечаются изменения сосудов глазного дна: артериолы сетчатки равномерно сужены, вены расширены. Реже развиваются симптомы Салюса (артериовенозный перекрест) и Гвиста (извилистость вен вокруг желтого пятна), признаки атеросклероза сетчатки. Гипертоническая ретинопатия (отечность и кровоизли-

яния в сетчатку) наблюдается редко, но имеет важное прогностическое значение, так как вызывает ухудшение зрения и заставляет решать вопрос о возможности дальнейшего протонирования беременности.

Изменения почек при ГБ характеризуются уменьшением почечного кровотока (во II стадии заболевания), микропротеинурией, микрогематурией при развитии нефроангиосклероза.

Для симптоматических АГ характерны следующие признаки: «острый» дебют АГ с частыми кризами или быстрая стабилизация АД на высоких цифрах; систолическая АД с ДАД более 110 мм рт. ст.; рефрактерность к адекватной антигипертензивной терапии; отсутствие АГ в семейном анамнезе (исключение - фибромускулярная дисплазия почечной артерии); хорошая переносимость высоких цифр АД, но быстрое развитие осложнений (инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, почечная недостаточность, гипертоническая ретинопатия и др.).

Критериями постановки диагноза ПЭ являются: срок беременности более 20 недель; артериальная гипертензия; протеинурия.

Протеинурия - это потеря ≥ 300 мг белка в сутки или свыше 1 г/л в любой порции мочи, а также наличие белка в анализах двух чистых проб мочи или проб, собранных с помощью катетера, с перерывом не менее 4 ч; при использовании тест-полоски (белок в моче) - показатель \geq «1+».

Отеки беременных - это чрезмерное нарастание массы тела беременной после 20 недель гестации в среднем на 400-500 г в неделю и более, совпадающее с уменьшением диуреза и повышенной гидрофильностью тканей или накопление жидкости в тканях, когда после 12-часового постельного режима остается след при надавливании на ткани. Более предпочтительным для диагностики отеков является определение окружности голеностопного сустава: увеличение окружности более чем на 1 см в течение недели или более чем на 8-10% позволяет диагностировать отеки.

Массивные, быстро нарастающие отеки, анасарка, скопление жидкости в полостях рассматривают как один из неблагоприятных прогностических критериев тяжелой ПЭ.

Клинические проявления ПЭ:

- со стороны центральной нервной системы: головная боль, фотопсии, парестезии, фибрилляции, судороги;
- со стороны сердечно-сосудистой системы: АГ, сердечная недостаточность, гиповолемия;
- со стороны мочевыделительной системы: олигурия, анурия, протеинурия;
- со стороны желудочно-кишечного тракта: боли в эпигастральной области, изжога, тошнота, рвота;
- со стороны системы крови: тромбоцитопения, нарушения гемостаза, гемолитическая анемия;
- со стороны плода: задержка роста плода, внутриутробная гипоксия, антенатальная гибель.

Критерии степени тяжести ПЭ представлены в таблице 4.

Согласно рекомендациям ВОЗ, развитие ПЭ до 32-34 недель беременности и наличие признаков фетоплацентарной недостаточности являются независимыми критериями обоснования тяжелой степени ПЭ.

Обследование женщин с АГ во время беременности

При выявлении АГ у беременной проводят обследование с целью уточнения происхождения гипертензивного синдрома, исключения симптоматических АГ; определения тяжести гипертензии; выявления сопутствующих органных нарушений, включая состояние органов-мишеней, плаценты и плода.

1. Сбор анамнеза. Тщательно собранный анамнез у беременной в I триместре позволяет получить информацию о течении хронической АГ, выявить факторы риска, симптомы, характерные для вторичной АГ. Обращают внимание на перенесенные заболевания, наследственность, результаты прошлых обследований, употребление ЛС, связь АД с беременностью и др.
2. Осмотр: обращают внимание на наличие асимметрии развития верхних и нижних частей тела, характер оволосения, ожирение и его тип, лунообразное лицо, экзофтальм, состояние щитовидной железы, деформацию суставов и др.
3. Измерение веса, роста, вычисление индекса массы тела.

Таблица 4. Критерии степени тяжести преэклампсии

Показатель	Умеренная	Тяжелая
АГ (при двукратном измерении с перерывом 4-6 ч)	$\geq 140/90$ мм рт.ст.	$> 160/110$ мм рт.ст.
Протеинурия	$> 0,3$ г/сут, но < 5 г/сут	> 5 г/сут или 3 г/л в отдельных порциях мочи, полученных дважды с разницей 4 ч и $>$
Альбумин	норма / снижен	< 20 г/л
Креатинин	норма	> 90 мкмоль/л
Олигурия	отсутствует	< 500 мл/сут или менее 30 мл/ч
Отек легких или дыхательная недостаточность	отсутствует	+
Нарушение функции печени	отсутствует	повышение АлАТ, АсАТ
Тромбоциты	норма	$< 100 \times 10^9$ /л
Гемолиз	отсутствует	+
Неврологические симптомы, зрительные нарушения	отсутствуют	+
Задержка роста плода	- / +	+

4. Обследование сердечно-сосудистой системы: определение размеров сердца, патологических шумов, признаков сердечной недостаточности, исследование состояния пульса на периферических артериях, измерение АД на обеих руках и ногах (для исключения коарктации аорты).

5. Лабораторные исследования: общий анализ крови, гематокрит, тромбоциты; биохимическое исследование крови; коагулограмма; общий анализ мочи; определение уровня экскреции альбумина с мочой для выявления микроальбуминурии.

6. Инструментальные исследования:

- ЭКГ, ЭхоКГ;
- СМАД (показания - АГ; гипертония «белого халата»; гломерулонефрит, хронический пиелонефрит; гестационный сахарный диабет; хроническая почечная недостаточность; тиреотоксикоз; тромбофилия, антифосфолипидный синдром; системная красная волчанка; ожирение; ПЭ; оценка эффективности антигипертензивной терапии);
- исследование сосудов глазного дна;
- ультразвуковое исследование (УЗИ) почек, печени, периферических сосудов; транскраниальная доплерография сосудов основания головного мозга и перiorбитальная доплерография (по показаниям).

7. Консультации специалистов: терапевта (кардиолога), невролога, офтальмолога, эндокринолога.

8. Специальные исследования для выявления вторичной АГ: посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам; определение соотношения калия и натрия в плазме; определение альдостерона, ренина плазмы; УЗИ надпочечников; анализ мочи и крови на адреналин, норадреналин, дофамин и др.

Повышение АД после 20 недель беременности должно насторожить врача в плане возможного развития ПЭ. Необходимо провести клинико-лабораторное обследование пациентки, включающее сбор анамнеза; измерение АД на обеих руках, подсчет пульсового и среднего АД, профиль АД каждые 4 часа; выявление явных и скрытых отеков; консультацию окулиста, исследование глазного дна; консультацию терапевта, ЭКГ; консультацию невролога; УЗИ жизненно важных органов матери; общий анализ крови, тромбоциты, гематокрит; коагулограмму; биохимический анализ крови; общий анализ мочи, пробы Нечипоренко, Зимницкого, Реберга, белок в суточном количестве мочи, суточный диурез в динамике; исследование состояния плода (кардиотокография, УЗИ, доплерометрия).

Тактика ведения беременных с различными формами АГ

Беременные с АГ должны наблюдаться врачом женской консультации в I половине беременности не реже 1 раза в 2 недели, во II половине беременности – еженедельно. Диспансерное наблюдение проводится совместно с врачами смежных специальностей.

Показания к плановой госпитализации беременных с ГБ:

- до 12 недель беременности - для обследования с целью уточнения диагноза, определения функционального состояния органов-мишеней и решения вопроса о возможности пролонгирования беременности;
- в 28-30 недель беременности – для проведения соответствующей терапии в период максимальной гемодинамической нагрузки на сердечно-сосудистую систему;
- в 37-38 недель беременности - для подготовки к родам, определения тактики родоразрешения и ведения послеродового периода.

Вопрос о сохранении беременности у женщин с ГБ решается индивидуально с учетом стадии ГБ и варианта течения заболевания; выраженности недостаточности кровообращения; состояния жизненно важных органов и систем (сердечно-сосудистой, нервной, печени, почек); сопутствующих заболеваний; акушерской ситуации. При наличии у пациентки ГБ I и II стадии беременность не противопоказана при регулярном врачебном наблюдении и лечении, нормализации условий труда и быта. Противопоказаниями к пролонгированию беременности при ГБ являются: нарастающее АД или стабилизация его на высоких цифрах; наличие выраженной почечной симптоматики (значительная протеинурия, гипо-, изостенурия, высокое содержание креатинина и мочевины и др.); нарушение мозгового кровообращения и явления гипертонической энцефалопатии; частые гипертонические кризы; сердечно-сосудистая недостаточность; отягощенный акушерский анамнез (обострение ГБ при прежних беременностях, ПЭ).

ГБ III стадии, а также злокачественная форма гипертонии с быстро прогрессирующим течением являются противопоказаниями к сохранению беременности.

Кроме того, женщины с АГ подлежат госпитализации во время беременности по следующим показаниям: тяжелая АГ (АД \geq 160/110 мм рт. ст.); впервые выявленная в период беременности АГ; развитие ПЭ, HELLP-синдрома; угроза прерывания беременности; нарушение маточно-плацентарного кровотока и/или фетоплацентарного кровотока по данным ультразвуковой доплерографии; гипоксия плода, задержка роста плода.

Показаниями к прерыванию беременности у женщин с ГБ в поздние сроки являются: резкое ухудшение состояния беременной в связи с обострением заболевания, отслойка сетчатки, нарушение мозгового кровообращения с угрозой кровоизлияния в мозг, почечная, сердечная или коронарная недостаточность, не поддающаяся терапии ПЭ.

Гестационная АГ требует госпитализации пациентки для наблюдения, уточнения диагноза, исключения возможного развития ПЭ, назначения антигипертензивной терапии с целью профилактики прогрессирования гипертензивного синдрома, поскольку отсутствуют данные о том, что снижение уровня АД до каких-либо определенных величин способно уменьшить риск развития ПЭ.

Медикаментозную антигипертензивную терапию следует назначать при нетяжелой гестационной АГ, развившейся до 34-й недели беременности, при тяжелой гестационной АГ с целью пролонгирования беременности, улучшения состояния плода. Медикаментозно контролируемое АД необходимо удерживать на уровне 130-140/80-90 мм рт. ст., так как более выраженное снижение АД может приводить к нарушению перфузии внутренних органов, в том числе и плаценты с последующим ухудшением состояния плода.

В случае отсутствия прогрессирования заболевания и при стабильных функциональных показателях плода, умеренной АГ, эффективности антигипертензивной терапии дальнейшее наблюдение за пациенткой может проводиться амбулаторно с еженедельным контролем за ее состоянием. Беременных с АГ, которые наблюдаются амбулаторно, необходимо госпитализировать в стационар за 2-3 недели до предполагаемого срока родов для оценки состояния матери и плода, выбора срока и метода родоразрешения.

При первых признаках ПЭ пациентку необходимо госпитализировать в стационар для дополнительного обследования, определения тяжести патологии, уточнения состояния плода, проведения лечения и решения вопроса о тактике ведения. При получении положительного эффекта от лечения (нормализация АД, отсутствие протеинурии, удовлетворительное состояние матери и плода) его можно продолжить амбулаторно, при недостаточном эффекте терапии беременная должна находиться в стационаре до родоразрешения.

В зависимости от степени тяжести ПЭ определена следующая тактика:

- при умеренной ПЭ - госпитализация для уточнения диагноза, тщательный мониторинг состояния беременной и плода, пролонгирование беременности (при отсутствии противопоказаний), родоразрешение при ухудшении состояния матери и плода;
- при тяжелой ПЭ - решение вопроса о родоразрешении после стабилизации состояния матери (в течение 6-24 ч; экстренно - при прогрессировании симптомов или ухудшении состояния плода) и при возможности после проведения профилактики РДС плода при сроке беременности менее 34 недель и перевода матери в акушерский стационар 3-его уровня.

Эклампсия является абсолютным показанием к родоразрешению независимо от срока беременности.

Противопоказаниями для выжидательной тактики и пролонгирования беременности являются: тяжелая, рефрактерная к терапии АГ (АД > 180/110 мм рт. ст.), собственно эклампсия, эклампсическая кома, прогрессирующая тромбоцитопения (< 100×10⁹/л), прогрессирующее ухудшение функции печени (HELLP-синдром, гематома/разрыв капсулы печени, острый жировой гепатоз, боль в эпигастрии, тошнота, рвота).

Срочное родоразрешение необходимо при остром нарушении мозгового кровообращения, острой почечной недостаточности или прогрессирующем ухудшении функции почек, преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, ДВС-синдроме, появлении неврологической симптоматики, острой дыхательной

недостаточности, отеке легких, антенатальной гибели плода.

Пролонгирование беременности категорически не показано при задержке роста плода II-III степени, критических показателях кровотока в системе «мать-плацента-плод», выраженном маловодии.

Группа экспертов ВОЗ при умеренной ПЭ в любом сроке, за исключением доношенной беременности, считает оправданной выжидательную тактику, а при тяжелой ПЭ рекомендует следующую тактику:

- в сроке беременности до 24 недель - прекращение опасной беременности, учитывая высокие показатели перинатальной заболеваемости и смертности при любой тактике ведения;
- в сроке беременности 25-27 недель - пролонгирование беременности при условии контролируемой АГ, отсутствии дистресс-синдрома у плода и полиорганной недостаточности у матери; профилактика РДС плода;
- в сроке беременности 28-33 недели - пролонгирование беременности при отсутствии неконтролируемой АГ, прогрессирования органной дисфункции у матери, дистресса плода; профилактика РДС плода; подготовка к возможному родоразрешению;
- в сроке беременности 34-36 недель - лечение и подготовка к родоразрешению;
- в сроке беременности более 36 недель - лечение и родоразрешение в течение 24-48 часов, так как выжидательная тактика в эти сроки связана со значительным риском материнских и перинатальных осложнений при отсутствии достоверной пользы для матери и плода.

При развитии ПЭ на фоне хронической АГ применяются те же принципы, что и при ПЭ без предшествующей АГ. Однако у пациенток с хронической АГ в случае присоединения ПЭ вероятность развития тяжелой АГ выше в сравнении с беременными, не имевшими исходно повышенного уровня АД. При этой форме АГ чаще применяется комбинированная антигипертензивная терапия.

Литература

1. Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности: российские рекомендации / под ред. Р. И. Стрюка / Российский кардиологический журнал. - 2013. - №4 (102), приложение 1. - 40 с.
2. Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии. Национальные рекомендации / А. Г. Мрочек, Т. А. Нечесова, И. Ю. Коробко, М. М. Ливенцева, О. С. Павлова, А. М. Пристром. - Минск, 2010. - 52 с.
3. Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия: федеральные клинические рекомендации / Г. Т. Сухих [и др.]. - Москва, 2013. - 85 с.
4. Клинические рекомендации: диагностика и лечение артериальной гипертензии у беременных: федеральные клинические рекомендации / О. Н. Ткачева [и др.]. - Москва, 2013. - 30 с.
5. Пристром, А. М. Артериальная гипертензия беременных:

- диагностика, классификация, клинические формы: учебное пособие / А. М. Пристром. - Минск, 2011. - 103 с.
6. Макаров, О. В. Ткачева О. Н., Волкова Е. В. Преэклампсия и хроническая артериальная гипертензия. Клинические аспекты / О. В. Макаров, О. Н. Ткачева, Е. В. Волкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010. - 170 с.
 7. Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: МКБ-10: в 3 т. - Минск: ИнтерДайджест, 2000.
 8. Рекомендации ESH/ESC 2013 г. по лечению артериальной гипертензии / G. Mancia [et al.] // Journal of Hypertension. - 2013. - № 31, vol. 7. - P. 1281-1357.
 9. Сидорова, И. С. Преэклампсия или гестоз: возможен ли компромисс? / И. С. Сидорова, Н. А. Никитина // StatusPraesens. - № 2 (13). - 2013. - С. 17-24.
 10. Стрюк, Р. И. Сердечно-сосудистые заболевания и беременность / Р. И. Стрюк. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 277 с.
 11. Сухих, Г. Т. Диагностика и лечение артериальной гипертензии у беременных / Г. Т. Сухих, О. Н. Ткачева. - М.: Миклош; 2011. - 142 с.
 12. Шехтман, М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М. М. Шехтман. - Москва: Триада-Х. - 668 с.
 13. Эклампсия в современном акушерстве / Г. М. Савельева [и др.] // Акушерство и гинекология. - 2010. - №6. - С. 4-9.
 14. ACOG Practice Bulletin No. 125: Chronic hypertension in pregnancy. American College of Obstetricians and Gynecologists // Obstet Gynecol. - 2012. - Vol. 119 (2 Pt 1). - P. 396-407. doi: 10.1097/AOG.0b013e318249ff06.
 15. World Health Organization (WHO). WHO recommendations for prevention and treatment of preeclampsia and eclampsia. - Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO); 2011. - 38 p.

Arterial hypertension of pregnant women: classification, clinic, diagnosis, obstetric tactics, treatment, prevention and rehabilitation

N.I. Kiseleva, I.M. Arestova, N.P. Zhukova, E.A. Kolbasova

Educational institution "Vitebsk State Order of People's Friendship Medical University"

Abstract

In this lecture we discuss the classification, diagnosis, clinical course of different variants of arterial hypertension during pregnancy. The tactics of management of pregnant women with chronic and gestational hypertension, preeclampsia is given. Modern approaches to antihypertensive therapy of patients with hypertensive disorders during pregnancy and postpartum period are presented. Attention is drawn to the rehabilitation of women with arterial hypertension and prevention of preeclampsia.

Key words: arterial hypertension, pregnancy, preeclampsia, treatment.