

## Артериальная гипертензия при беременности

Коридзе Л.И., врач-лечебник.

Опубликовано на сайте медицинской редакторской студии МедКорр 26.07.2018.

Артериальная гипертензия (АГ) у беременных — одна из самых распространенных экстрагенитальных сердечно-сосудистых патологий этого периода. Общемировая статистика указывает на развитие гестационной АГ у 8-9% женщин, обращающихся за медицинским наблюдением (1), в различных регионах России цифры колеблются от 7 до 29% (2), в европейских странах — до 15% (2). Все женщины с гипертензией в период беременности нуждаются в постоянном наблюдении врача и контроле назначенной медикаментозной терапии, независимо от того, был поставлен диагноз до беременности, или АГ носит гестационный характер.

*Во время беременности сердечно-сосудистая система претерпевает серьезные изменения, которые призваны обеспечить нужды организма матери и растущего плода: увеличивается объем циркулирующей крови и сердечный выброс, развивается физиологическая тахикардия (ЧСС на 15-20 уд./мин превышает значения до беременности), миокард растет в размерах (до 30% от исходного), в норме уровень АД остается стабильным или понижен, при патологических состояниях — повышается.*

Увеличение систолического АД выше 140 мм рт.ст. и/или диастолического АД выше 90 мм рт.ст. является диагностическим критерием артериальной гипертензии у беременных. В соответствии с данными Европейского общества кардиологов, различают легкую АГ (АД 140–159/90–109 мм рт.ст.) и тяжелую АГ (АД выше 160/110 мм рт. ст.) (1).

Пациентки с артериальной гипертензией беременных требуют пристального врачебного внимания, так как высок риск осложнений и тяжелых исходов: для женщины это, в первую очередь, преждевременные роды и отслойка нормально расположенной плаценты, преэклампсия и эклампсия с полиорганной недостаточностью и пр., для плода — задержка роста и развития вследствие прогрессирующей фетоплацентарной недостаточности, асфиксия и гибель.

*По свидетельству акушеров-гинекологов женских консультаций, в последние годы увеличивается количество пациенток, которые отказываются от медицинского наблюдения во время беременности, в том числе при наличии АГ. Можно только предположить (поскольку статистики нет), что определенная часть этих женщин в итоге оказываются в стационарах с различными осложнениями беременности и родов. Такую тенденцию связывают с ростом популярности домашних родов (по религиозным, личным и другим причинам).*

Коррекция АГ при беременности предполагает применение немедикаментозных и лекарственных методов.

Немедикаментозные рекомендации носят общий характер:

отказ от вредных привычек (курение, алкоголь, переедание);

сбалансированная диета без ограничения потребления соли (бессолевая диета может привести к уменьшению объема циркулирующей крови);

адекватная состоянию физическая активность;

не рекомендовано снижение веса даже у пациенток с ожирением (для уменьшения риска рождения ребенка с низкой массой тела и задержки развития).

Лекарственная коррекция предполагает применение препаратов по назначению и под контролем врача.

В настоящее время при АГ беременных применяются медицинские препараты 3 фармакологических групп, отвечающие требованиям эффективности и безопасности, не оказывающие влияния на физиологическое течение беременности и состояние плода. В последние годы рекомендовано преимущественное назначение препаратов с пролонгированным эффектом (до 24 часов), поскольку в этом случае обеспечивается более мягкое антигипертензивное действие, защита органов-мишеней и, что немаловажно, повышается приверженность пациенток терапии (3).

Применяются следующие препараты (указаны международные непатентованные названия) (3):

препарат 1-й линии при гестационной АГ — альфа-агонист центрального действия метилдопа в начальной дозировке 500 мг/сут.;

препарат 1-й или 2-й линий — дигидропиридиновый антагонист кальция нифедипин с медленным высвобождением активного вещества в начальной дозировке 20 мг/сут.;

препарат выбора среди бета-адреноблокаторов — селективный бета-адреноблокатор метопролола сукцинат в начальной дозировке 25 мг/сут.;

препараты резерва — селективный бета-адреноблокатор биспролол в начальной дозировке 2,5 мг/сут.; недигидропиридиновый антагонист кальция верапамил в начальной дозировке 80 мг/сут.

Указанные лекарственные средства применяются в монотерапии и в комбинированной терапии при отсутствии эффекта монотерапии в максимально разрешенной дозировке.

*Гестационная артериальная гипертензия сегодня считается патологией, хорошо поддающейся медицинскому контролю. При соблюдении пациенткой всех назначений врача ситуация складывается благоприятным образом. Однако пренебрежение пациенток к лечению, игнорирование назначений врача может стать причиной фатальных исходов беременности.*

(1) Рабочая группа Европейского общества кардиологов (ЕОК/ЕСС). Рекомендации ЕОК по лечению сердечно-сосудистых заболеваний у беременных. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2012. Приложение №3. С. 3-60.

(2) Стрюк Р.И. Артериальная гипертензия при беременности: диагностика, особенности лечения, прогноз. Лечебное дело. 2014. №3. С. 4-11.

(3) Комитет экспертов Российского кардиологического общества (РКО). Национальные рекомендации. Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности 2018. Российский кардиологический журнал. 2018. №3(155). С. 91-134.