

Артериальная гипертензия при беременности: диагностика, особенности лечения, прогноз

⇨ Р.И. Стрюк

Кафедра внутренних болезней Стоматологического факультета Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова

Артериальная гипертензия (АГ) при беременности — это неоднородная патология, которая делится на хроническую АГ, гестационную АГ, преэклампсию и неклассифицируемую АГ. Наличие АГ при беременности повышает риск осложнений как со стороны матери, так и со стороны плода. В основе фармакотерапии АГ при беременности лежит принцип “эффективность/безопасность”. С этих позиций препаратом первого ряда при АГ у беременных является метилдопа. Антагонисты кальция дигидропиридинового ряда и кардиоселективные β -блокаторы также с успехом используют у этой категории пациенток. Наличие АГ при беременности является прогностически неблагоприятным фактором в развитии сердечно-сосудистой патологии у женщин в различные периоды их жизни.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, беременность, хроническая гипертензия, преэклампсия, гестационная гипертензия, метилдопа.

Среди экстрагенитальной патологии при беременности одним из наиболее частых заболеваний является **артериальная гипертензия (АГ)**, которая диагностируется у 7–29% беременных в Российской Федерации и встречается примерно у 15% женщин в западных странах [1, 2]. Артериальная гипертензия является фактором риска развития осложнений как со стороны матери, так и со стороны плода и новорожденного и остается ведущей причиной материнской, фетальной и неонатальной смертности. Еще в конце прошлого столетия (1989 г.) известный акушер-гинеколог Ф. Ариас отметил, что при наличии АГ преждевременные роды наблюдаются у 15,3% женщин, внутриутробная задержка развития плода — у 16,6%, угрожающее состояние плода — у 25,8%, высокая мертворождаемость — у 3,8%. Двадцать лет спустя (2010 г.) при анализе 15 945 родов, среди которых у 888 женщин (5,5%) была АГ, у последних также

достоверно чаще наблюдались преждевременные роды, отслойка нормально расположенной плаценты, увеличение числа случаев кесарева сечения, низкая оценка новорожденного по шкале Апгар (<7 баллов), масса новорожденного ≤ 2500 г, необходимость интенсивной терапии новорожденных, незрелость и недоношенность плода, родовая травма, неонатальная смертность [3]. У женщин с АГ прогноз ухудшается не только вследствие ее наличия, но и за счет присоединения следующих факторов: возраст матери ≥ 30 лет, низкий уровень образования, количество детей ≥ 3 , увеличение массы тела ≥ 16 кг во время беременности, дислипидемия, нарушение толерантности к глюкозе или сахарный диабет, избыточная масса тела и ожирение, отягощенный семейный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям и наличие у матери преэклампсии, антифосфолипидный синдром [4]. По нашим данным, к этим неблагоприятным факторам можно добавить неадекватную антигипертензивную терапию в

Контактная информация: Стрюк Раиса Ивановна, rstryuk@list.ru

период гестации и, как следствие, высокий уровень **артериального давления (АД)** [5].

Каковы же диагностические критерии АГ при беременности? Этот вопрос далеко не праздный. Как показало исследование ДИАЛОГ, проведенное в различных регионах РФ, часть врачей, работающих с данной категорией пациенток, считают, что диагноз АГ у беременной надо ставить при уровне АД $>120/80$ мм рт. ст., другая — при повышении систолического АД более 30 мм рт. ст., а диастолического — более 15 мм рт. ст. от уровня АД до беременности, и только лишь 1/4 респондентов отметили уровень АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. как критерий АГ у беременных. В Национальных рекомендациях “Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности” и аналогичных рекомендациях Европейского общества кардиологов указано, что уровень систолического АД ≥ 140 мм рт. ст. и диастолического АД ≥ 90 мм рт. ст. является основанием для диагностики АГ при беременности [6, 7].

Следует подчеркнуть, что беременность сопровождается важными физиологическими изменениями в организме женщины — гемодинамических параметров, системы гемостаза, метаболических и других процессов, что связано с воздействием комплекса нейрогуморальных факторов, повышением массы тела за счет плаценты и увеличивающейся массы плода, усилением обмена веществ, развитием физиологической гиперволемии, формированием маточно-плацентарного кровотока. Во время беременности развивается физиологическая гипертрофия миокарда — масса миокарда к концу гестационного периода возрастает на 10–31% и после родов быстро возвращается к исходному уровню. Период гестации сопровождается увеличением минутного (на 15–50%) и ударного (на 13–29%) объемов сердца, скорости кровотока (на 50–83%), частоты сердечных сокращений (на 15–20 в 1 мин), снижением общего периферического сопротивления сосудов (в среднем на 12–34%). При

нормальном течении беременности систолическое АД изменяется незначительно, диастолическое АД в сроки 13–20 нед снижается на 5–15 мм рт. ст., самое низкое диастолическое АД наблюдается обычно на 28-й неделе беременности, затем оно возрастает, и в III триместре АД возвращается к значениям до беременности [8].

При беременности возрастает активность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, что способствует увеличению объема плазмы и общего объема жидкости в организме беременной. Важным фактором адаптации сердечно-сосудистой системы к беременности является системная вазодилатация, в развитии которой играет роль усиление секреции оксида азота и других вазодилатирующих факторов. Изменение реактивности сосудистого русла в сторону преобладания вазодилатации связано также с повышением уровня эстрогенов и прогестерона. Основной функцией эстрогенов при беременности является усиление кровотока в матке за счет активации синтеза простагландинов. Соотношение эстрогенов изменено в основном за счет увеличения продукции эстриола (после 5–7-й недели образуется в синцитиотрофобластах плаценты за счет их синтеза из дегидроэпандростерон-сульфата, поступающего из крови плода), который обладает низкой активностью, но выделяется в очень больших количествах (в 1000 раз против эстрадиола и в 100 раз против эстрона). Эстрогены и прогестерон способствуют повышению чувствительности адренорецепторов к гормонам симпатико-адреналовой системы. Кроме того, эстрогены стимулируют активность липопротеинлипазы (фермент, регулирующий накопление триглицеридов в адипоцитах), обуславливающей отложение жировой ткани преимущественно в области бедер и ягодиц [9, 10].

Артериальная гипертония у беременных — это неоднородное состояние, которое включает в себя следующие формы [6, 7]:

- АГ, имевшаяся до беременности (гипертоническая болезнь или симптоматическая АГ – хроническая АГ);
- гестационная АГ;
- преэклампсия/эклампсия;
- АГ, имевшаяся до беременности и сочетающаяся с гестационной АГ и протеинурией;
- неклассифицируемая АГ.

Алгоритм диагностики и лечения АГ в период беременности разработан профессиональным сообществом врачей и включает не только минимальный объем лабораторно-диагностических тестов, которые необходимо выполнить на этапе прегравидарной подготовки и в период гестации, но и фармакотерапию заболевания. Беременным с АГ помимо тщательного сбора анамнеза и оценки физикальных данных необходимо провести суточное мониторирование АД, электрокардиографию, при необходимости эхокардиографию, выполнить развернутый анализ крови и анализ мочи, биохимическое исследование крови с определением содержания глюкозы, уровня печеночных ферментов, холестерина, креатинина, в ряде случаев – показателей системы гемостаза. В суточной моче следует определять содержание белка: если оно превышает 2 г/сут, рекомендуется тщательное мониторирование; если протеинурия превышает 3 г/сут, необходимо обсудить целесообразность досрочного родоразрешения. Допплеровское исследование маточных артерий во II триместре позволяет выявить маточно-плацентарную гипоперфузию, которая ассоциируется с более высоким риском преэклампсии и внутриутробной задержки роста плода у женщин, относящихся к группам как высокого, так и низкого риска [11].

К сожалению, несмотря на широкое освещение вопросов диагностики и лечения АГ при беременности в печати, на различных форумах и школах, в реальной клинической практике остается весьма актуальной проблема формулировки диагноза АГ, обследования пациенток в период гестации

и, что крайне важно, фармакотерапии АГ [12]. Не подвергается сомнению факт, что при своевременной диагностике и адекватной терапии АГ можно минимизировать грозные осложнения, в том числе развитие преэклампсии, которую в настоящее время рассматривают как системное заболевание, вызывающее изменения в организме как матери, так и плода. В целом преэклампсия осложняет течение беременности в 5–7% случаев, однако ее частота увеличивается до 25% у женщин с АГ, имевшейся до беременности. По данным официальной статистики, материнская смертность в России за последние годы хотя и существенно снизилась – с 58,1 случая (1995 г.) до 16,5 случая (2010 г.) на 100 тыс. живорожденных, но сохраняется довольно высокой не только за счет акушерских осложнений, сепсиса, осложнений абортa, но и за счет преэклампсии [13].

Преэклампсия чаще встречается при первой беременности, многоплодной беременности, пузырном заносе и сахарном диабете. Она сочетается с плацентарной недостаточностью, которая часто приводит к ухудшению роста плода и является одной из самых частых причин недоношенности. Доля преэклампсии в структуре причин рождения детей с очень низкой массой тела (менее 1500 г) составляет 25% [14].

К симптомам тяжелой преэклампсии относятся:

- боль в правом подреберье или в эпигастриальной области вследствие отека печени + печеночное кровотечение;
- головная боль + нарушение зрения (отек головного мозга);
- слепота, связанная с поражением затылочной доли;
- усиление рефлексов + клонус;
- судороги (отек головного мозга);
- HELLP-синдром: гемолиз, повышение активности печеночных ферментов, тромбоцитопения.

Таким образом, врач, у которого наблюдаются женщины детородного возраста с АГ, должен учитывать возможность бере-

менности у этих пациенток. С этих позиций фармакотерапия заболевания должна быть скорректирована таким образом, чтобы исключить эмбриотоксическое или тератогенное воздействие препарата. В случае, когда АГ диагностируется во время беременности, фактор безопасности для плода при назначении любого, в том числе антигипертензивного препарата, должен быть определяющим.

Тактика ведения беременных с АГ складывается из мероприятий, направленных на охранительный режим, который включает трудоустройство женщины с исключением сменной работы, ограничением физических и психоэмоциональных перегрузок, достаточный сон, желательно с отдыхом в дневное время. Питание должно быть полноценным по составу и не избыточным по калорийности, особенно у женщин с ожирением. Количество соли не ограничивают, особенно перед родами, так как уменьшение потребления соли может привести к уменьшению объема циркулирующей крови. По составу пищи примерно половину должны представлять белки животного происхождения, рекомендуются преимущественно сложные углеводы: хлеб из муки грубого помола, крупы, овощи, фрукты, ягоды; легкоусвояемые углеводы (сахар, кондитерские изделия) следует ограничить. Пища должна содержать достаточное количество витаминов, так как потребность в них во время беременности значительно возрастает. Меню должно быть разнообразным, включающим нежирные молочные продукты, несоленые сорта сыра, мясо, рыбу, печень, почки, яйца, бобовые культуры и другие продукты. Не следует включать в рацион жирные сорта мяса и рыбы, копчености, соленья, шоколад, крепкий чай и кофе. Снижение массы тела беременным с избыточной массой тела и ожирением не рекомендуется, так как оно может привести к уменьшению массы тела новорожденного и последующему замедлению его роста. Вместе с тем ожирение у матери может быть причиной неблагоприятных исходов

как для женщины, так и для плода, поэтому предложены рекомендуемые диапазоны прибавки массы тела во время беременности: у беременных с нормальным индексом массы тела ($<25 \text{ кг/м}^2$) рекомендуемая прибавка массы тела составляет 11,2–15,9 кг, у женщин с избыточной массой тела ($25,0\text{--}29,9 \text{ кг/м}^2$) – 6,8–11,2 кг, у женщин с ожирением ($\geq 30 \text{ кг/м}^2$) – $<6,8 \text{ кг}$ [15].

Вопросы медикаментозной терапии АГ при беременности довольно сложные, спектр антигипертензивных препаратов узкий, так как любое воздействие, в том числе медикаментозное, может отрицательно влиять на плод, а при благоприятном влиянии на плод лекарственный препарат может оказаться субоптимальным для матери. Вместе с тем проведенный недавно анализ эффективности антигипертензивной терапии у беременных с легкой и умеренной АГ (46 исследований (4282 женщин) и 28 исследований (3200 женщин)) показал, что назначение одного или более антигипертензивных препаратов приводило к снижению риска развития тяжелой АГ в 2 раза (19 исследований, 2409 женщин, **относительный риск** (ОР) 0,50; 95% **доверительный интервал** (ДИ) 0,41–0,61; **различия рисков** (РР) –0,10 (от –0,12 до –0,07)) [16]. Другое же исследование продемонстрировало, что шанс рождения детей с врожденными пороками сердца выше в группе пациенток с АГ, которым назначали антигипертензивную терапию с ранних сроков беременности, и ниже – в группе женщин без антигипертензивной терапии [17]. Так как же поступать врачу в реальной клинической практике? В этом отношении как нельзя кстати придется принцип персонализированного подхода, который учитывает не только уровень АД, но и прогностически неблагоприятные факторы, способные вызывать развитие осложнений как со стороны матери, так и со стороны плода.

Согласно рекомендациям Российского кардиологического общества и Европейской ассоциации кардиологов по лечению беременных с сердечно-сосудистыми за-

болеваниями, у пациенток с уровнем АД 140/90 мм рт. ст. антигипертензивная терапия назначается в следующих случаях:

- гестационная АГ ± протеинурия;
- хроническая АГ (гипертоническая болезнь или симптоматическая АГ), сочетающаяся с гестационной АГ;
- АГ, сопровождающаяся субклиническим поражением органов-мишеней или клиническими симптомами.

Антигипертензивную терапию у женщин с хронической АГ без поражения органов-мишеней и при отсутствии ассоциированных клинических состояний рекомендуется начинать, если АД превышает 150/95 мм рт. ст.

Общими принципами медикаментозного лечения АГ являются:

- максимальная эффективность для матери и безопасность для плода;
- начало лечения с минимальных доз одного препарата;
- переход к препаратам другого класса при недостаточном эффекте лечения (после увеличения дозы первого препарата) или плохой его переносимости;
- в случае приема женщиной антигипертензивного препарата на этапе планирования беременности – коррекция медикаментозной терапии (отмена ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, блокаторов рецепторов ангиотензина II, прямых ингибиторов ренина) и дозы препарата (целевой уровень АД < 140/90 мм рт. ст.);
- использование препаратов длительного действия для достижения 24-часового эффекта при однократном приеме.

Применение таких препаратов обеспечивает более мягкое и длительное антигипертензивное действие, более интенсивную защиту органов-мишеней, а также высокую приверженность пациентки к лечению. Очень важно не снижать резко АД, так как выраженное его снижение может ухудшить маточно-плацентарный кровоток. Сосуды плаценты функционируют в максимально расширенном состоянии и

неспособны к ауторегуляции, поэтому снижение АД в кровеносном русле матери может ухудшить состояние плода.

В соответствии с классификацией пищевых продуктов и лекарственных препаратов Управления США по контролю качества пищевых продуктов и медикаментов (**Food and Drug Administration, FDA**) выделяют 5 категорий лекарственных средств по безопасности для плода [18]:

- А – контролируемые исследования показали отсутствие риска для плода;
- В – отсутствие доказательств риска для плода: риск для плода обнаружен у животных, но у людей он не выявлен, либо в эксперименте риск отсутствует, но у людей недостаточно исследований;
- С – риск для плода нельзя исключить: у животных выявлены побочные эффекты, но у людей недостаточно исследований. Ожидаемый терапевтический эффект препарата может оправдывать его назначение, несмотря на потенциальный риск для плода;
- D – наличие убедительных доказательств риска: у людей доказан риск для плода, однако ожидаемые результаты от применения препарата для будущей матери могут превысить потенциальный риск для плода;
- X – применение при беременности не может быть оправданным: препарат опасен для плода, его негативное воздействие на плод превышает потенциальную пользу для будущей матери.

В соответствии с рекомендациями Российского кардиологического общества (2013), экспертов Европейского общества по артериальной гипертензии/Европейского общества кардиологов (2012) в настоящее время для лечения АГ в период беременности используют 4 группы антигипертензивных препаратов, отвечающих критериям фармакотерапии в период беременности [6, 7]:

- препараты центрального действия (метилдопа);

- **антагонисты кальция (АК)** дигидропиридинового ряда (нифедипин с медленным высвобождением активного вещества);
- кардиоселективные **β -блокаторы (ББ)** (метопролола сукцинат, бисопролол);
- α/β -адреноблокаторы (лабеталол).

Комбинированная терапия проводится в случае неэффективности монотерапии в максимальной дозе. Рациональной комбинацией является нифедипин длительного действия + ББ. При неэффективности такой комбинации возможно присоединение гидрохлоротиазида (гипотиазид) в малых дозах (6,25–12,5 мг/сут).

Если говорить более подробно о каждой группе антигипертензивных лекарственных средств, применяемых у беременных, то речь в первую очередь должна идти о метилдопе – антиадренергическом средстве центрального действия, относящемся к категории риска В по классификации FDA. В единственном исследовании, проведенном около 30 лет назад, в котором изучалось лечение АГ у беременных, метилдопа продемонстрировала свою безопасность при адекватной длительности наблюдения за детьми (7,5 года) и с тех пор считается препаратом первого ряда у данной категории пациенток [19, 20]. Вместе с тем необходимо помнить, что побочными эффектами метилдопы являются сонливость, депрессия, задержка жидкости и отеки, ортостатическая гипотензия. На 16–20-й неделе беременности использование препарата не рекомендуется вследствие его влияния на содержание дофамина в нервной системе плода.

В 2007 г. были опубликованы данные по оценке эффективности антигипертензивной терапии у женщин с легкой и умеренной АГ во время беременности: в 19 исследованиях (1282 женщины) сравнивали ББ с метилдопой в плане снижения риска развития тяжелой АГ. Оказалось, что ББ были лучше, чем метилдопа (10 исследований, 539 женщин, ОР 0,75 (95% ДИ 0,59–0,94); РР –0,08 (от –0,14 до 0,02); число больных, нуждающихся в лечении, 12 (от 6 до 275)).

Наряду с этим не было выявлено четких различий между любыми из альтернативных препаратов в риске развития протеинурии/преэклампсии у пациенток с АГ, имевшейся до беременности [21].

Вторая группа препаратов, применяемых при АГ у беременных, – это кардиоселективные ББ. β -блокаторы по классификации FDA относятся к категории С, их рекомендуют применять со II триместра беременности.

Механизм действия препаратов этой группы обусловлен тем, что они конкурентно и избирательно ингибируют связывание катехоламинов с β -адренорецепторами. Препараты этой группы подразделяют на кардиоселективные, преимущественно блокирующие β_1 -адренорецепторы, и неселективные, блокирующие β_1 - и β_2 -адренорецепторы. Принципиальный механизм их ингибирующего влияния на адренореактивные структуры заключается в ослаблении или устранении эффектов, связанных с возбуждением катехоламинами β_1 -адренорецепторов, которые вызывают учащение сердечного ритма, повышение автоматизма атриовентрикулярного узла и возбудимости миокарда, увеличение скорости проведения импульсов, усиление сократительной способности миокарда, уменьшение рефрактерного периода, активацию липолиза. Возбуждение катехоламинами β_2 -адренорецепторов приводит к расширению артериол, снижению тонуса гладкой мускулатуры бронхов, мочевого пузыря, тонуса матки при беременности, тремору скелетной мускулатуры, ингибированию высвобождения гистамина, лейкотриенов в тучных клетках при аллергических реакциях I типа, гипокалиемии, усилению печеночного гликогенолиза. При беременности ББ могут вызывать задержку внутриутробного развития плода вследствие снижения маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотока, индукцию преждевременной родовой деятельности. Особенно это относится к атенололу (категория D по классификации FDA), по-

этому его не рекомендуют назначать при беременности. При применении препаратов этой группы у плода могут возникнуть различные побочные эффекты: брадикардия, гипогликемия, апноэ, метаболические расстройства. Вместе с тем частота этих неблагоприятных явлений достаточно низкая, и при необходимости назначения ББ рассматривается категория риск—польза.

В 2003 г. L.A. Magee et al. обобщили опыт применения ББ для лечения мягкой и умеренной АГ у беременных по данным систематических обзоров Кокрановской библиотеки и данных различных регистров [22]. Авторы проанализировали 29 клинических исследований (примерно 2500 женщин), в которых сравнивалась эффективность и безопасность ББ с плацебо, отсутствием терапии или другими антигипертензивными препаратами. Было показано, что пероральный прием ББ снижал риск развития тяжелой АГ (ОР 0,37; 95% ДИ 0,26–0,53; 11 клинических исследований, 1128 женщин) и необходимость назначения дополнительной антигипертензивной терапии (ОР 0,44; 95% ДИ 0,31–0,62; 7 клинических исследований, 856 женщин). Авторы не делают выводов относительно влияния ББ на показатели смертности и преждевременное рождение плода в связи с отсутствием достаточного количества информации в анализируемых клинических исследованиях. Однако применение ББ ассоциировалось с увеличением числа новорожденных с малым гестационным сроком (ОР 1,36; 95% ДИ 1,02–1,82; 12 клинических исследований, 1346 женщин). При этом отмечалось увеличение неонатальной брадикардии и снижение частоты встречаемости респираторного дистресс-синдрома у новорожденных, но эти конечные точки анализировались в небольшом количестве клинических исследований. Абсолютно правомерен вывод авторов о том, что улучшение контроля АД у матери с АГ с помощью ББ возможно только при условии существенной пользы для матери и/или ребенка, однако проана-

лизированные клинические исследования ответа на поставленный вопрос не дали.

P. von Dadelszen et al. (2000) проанализировали данные 45 рандомизированных контролируемых исследований и выявили обратную зависимость между снижением среднего АД при лечении ББ и частотой появления на свет новорожденных, размеры которых не соответствуют их гестационному возрасту. Снижение среднего АД на каждые 10 мм рт. ст. сопровождалось уменьшением массы тела при рождении на 145 г (95% ДИ 5–285). Однако зависимости между продолжительностью антигипертензивной терапии и средней массой тела при рождении не выявлено [23]. В литературе имеются сообщения об успешном применении комбинированного низкодозового антигипертензивного препарата лодоз, содержащего 5 мг бисопролола и 6,25 мг гидрохлортиазида, у беременных с гестационной АГ и преэклампсией [24].

Антагонисты кальция, первый представитель которых — верапамил — был синтезирован в 1962 г. в Германии, являются препаратами выбора при лечении АГ. По классификации FDA препараты этой группы относятся к категории С. Для лечения АГ при беременности применяют дигидропиридиновые АК из группы нифедипина, основной механизм действия которых связан с периферической вазодилатацией вследствие блокады медленных потенциалзависимых кальциевых каналов L-типа и уменьшения внутриклеточной концентрации Ca^{2+} , а также стимуляцией синтеза эндотелием оксида азота и брадикинина [25, 26]. Компенсаторной реакцией организма на системную вазодилатацию является активация симпатико-адреналовой системы. Однако в ряде исследований показано, что не все препараты данной группы обладают подобным эффектом. Как правило, к симпатической активации с развитием рефлекторной тахикардии приводят лекарственные формы нифедипина короткого действия, в то время как на фоне применения формы нифедипина пролонги-

рованного действия повышения частоты сердечных сокращений зарегистрировано не было [27, 28].

Результаты многоцентрового рандомизированного исследования свидетельствуют о том, что рутинное назначение нифедипина пролонгированного действия при легкой и умеренной АГ во II триместре беременности не оказывает положительного влияния на исходы беременности, но и не сопряжено с повышенным риском отрицательных эффектов на плод. Нифедипин не приводил к повышению частоты врожденных аномалий у 57 детей, подвергшихся его действию в I триместре беременности [29]. Вместе с тем, по данным баз MEDLINE (1996–2005), Embase (1996–2003), BIOSIS (1993–2003), Current Contents (1995–2003), Derwent Drug File (1983–2003) и Cochrane Library (2005: issue 3), включающих 269 докладов (5607 женщин), частота неблагоприятных побочных эффектов со стороны матери или плода была наиболее высокой у женщин, получавших нифедипин в дозе более 60 мг/сут (отношение шансов 3,78; 95% ДИ 1,27–11,2; $p = 0,017$), и в исследованиях с небольшим количеством пациенток в сравнении с контролируемыми исследованиями (отношение шансов 2,45; 95% ДИ 1,17–5,15; $p = 0,018$) [30].

Рассматривая вопросы ведения женщин с АГ после родов, необходимо отме-

тить, что АД обычно повышается в первые 5 дней после родов независимо от исходного уровня. У женщин с АГ после родов АД может быть нормальным, однако затем оно вновь повышается в течение 1-й недели. Наличие АГ во время первой беременности повышает риск развития АГ при последующих беременностях [31]. Имеются наблюдения, в которых показано, что у женщин с гестационной АГ или преэклампсией повышен риск развития АГ, инсульта и ишемической болезни сердца в старшем возрасте [32, 33]. Самый высокий риск отмечается у женщин с ранней преэклампсией (роды до 32-й недели гестации), мертворождением или внутриутробной задержкой роста плода [34].

Таким образом, своевременная диагностика и адекватное лечение любых клинических вариантов АГ при беременности, активная прегравидарная подготовка женщины с экстрагенитальной патологией, модификация образа жизни, отказ от вредных привычек, коррекция метаболических нарушений на этапах планирования беременности позволят улучшить прогноз не только в период беременности, но и на последующих этапах жизни женщины.

*Со списком литературы вы можете ознакомиться на нашем сайте
www.atmosphere-ph.ru*

Arterial Hypertension and Pregnancy: Diagnosis, Treatment, and Prognosis

R.I. Stryuk

Arterial hypertension in pregnant women is classified into 4 categories: chronic hypertension, gestational hypertension, preeclampsia, and unclassified hypertension. The disorder increases the risk of complications for both mother and fetus. Pharmacotherapy of arterial hypertension in pregnant women should be effective and safe. Methyldopa is the first-line antihypertensive drug for pregnant women. Calcium channel blockers and β -blockers are also used with success. Arterial hypertension during pregnancy is the risk factor of cardiovascular diseases.

Key words: arterial hypertension, pregnancy, chronic hypertension, preeclampsia, gestational hypertension, methyldopa.