

Доклад Рабочей группы Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) по высокому артериальному давлению при беременности

Председатель Рабочей группы ВНОК по высокому артериальному давлению при беременности, профессор Ткачёва О.Н.

Ответственный секретарь Рабочей группы ВНОК по высокому артериальному давлению при беременности к.м.н. Разгуляева Н.Ф.

Доклад Рабочей группы ВНОК по высокому артериальному давлению при беременности подготовлен при участии секций ВНОК «Артериальная гипертензия» (председатель — профессор Чазова И.Е.), секции ВНОК «Сердечно-сосудистые заболевания у беременных» (председатель — профессор Стрюк Р.И.), секции ВНОК «Болезни системы кровообращения у женщин» (председатель — профессор Глезер М.Г.).

Эксперты Рабочей группы ВНОК по высокому артериальному давлению при беременности: проф. Баранова Е.И. (Санкт-Петербург), проф. Барт Б.Я. (Москва), проф. Вёрткин А.Л. (Москва), проф. Гиляревский С.Р. (Москва), проф. Елисеева Е.В. (Владивосток), проф. Ляшко Е.С. (Москва), проф. Макаров О.В. (Москва), проф. Манухин И.Б. (Москва), проф. Мурашко Л.Е. (Москва), проф. Небиеридзе Д.В., проф. Поздняков Ю.М. (Москва), проф. Посисеева Л.В. (Иваново), проф. Прохорович Е.А. (Москва), проф. Стрюк Р.И. (Москва), проф. Хохлов А.Л. (Ярославль), проф. Шальнова С.А. (Москва), проф. Шкарин В.В. (Нижний Новгород), д.м.н. Барабашкина А.В. (Владимир), д.м.н. Мозговая Е.В. (Санкт-Петербург), к.ф.м.н. Деев А.Д. (Москва), к.м.н. Волкова Е.В. (Москва), к.м.н. Николаев Н.Н. (Москва), к.м.н. Рунихина Н.К. (Москва).

The report of the Task Force of All-Russian Scientific Society of Cardiology on high blood pressure during pregnancy

Глубокоуважаемые коллеги!

Артериальная гипертензия у беременных — актуальная не только медицинская, но и социальная проблема. Распространенность этой патологии широка и в России достигает 30%. Особая сложность состоит в том, что эта проблема имеет междисциплинарный характер. С этим заболеванием на практике встречаются кардиологи, терапевты, акушеры-гинекологи, педиатры и врачи других специальностей. Исследование «ДИАЛОГ», проведенное по инициативе Всероссийского научного общества кардиологов при поддержке Российского общества акушеров и гинекологов продемонстрировало, что проблема АГ в период беременности далека от своего решения, в подходах к ведению беременных с АГ имеется множество несогласованных позиций. Особо следует отметить, что в настоящее время нет достаточной доказательной базы эффективности и безопасности фармакотерапии в период беременности. Сложность решения этических вопросов создает значительные проблемы при планировании клинических исследований в период беременности. В связи с этим создание единых рекомендаций по ведению беременных с АГ представляет крайне сложную задачу.

В настоящее время Рабочая группа ВНОК по высокому артериальному давлению при беременности совместно с секциями ВНОК «Артериальная гипертензия», «Сердечно-сосудистые заболевания у беременных», «Болезни системы кровообращения у женщин» с участием экспертов из всех регионов России подготовила доклад, посвященный ведению беременных с АГ. Доклад представляет собой систематизированное изложение современных подходов к диагностике и лечению АГ у беременных и имеет не только практическое, но и образовательное значение. Кроме того, предлагаемый доклад может стать основой для создания Российских рекомендаций. Приглашаем к обсуждению этого доклада всех специалистов, участвующих в ведении беременных с АГ.

Всероссийское научное общество кардиологов надеется, что разработка Российских рекомендаций по ведению беременных с АГ и внедрение их в реальную клиническую практику поможет практическому врачу использовать в повседневной работе наиболее эффективную и безопасную для матери и ребёнка лечебно-диагностическую тактику, что, в конечном итоге, будет способствовать снижению заболеваемости и смертности в России.

Президент ВНОК
Академик РАМН

Р.Г. Оганов

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ — артериальная гипертония
 АД — артериальное давление
 АКС — ассоциированные клинические состояния
 АлАт — аланинаминотрансфераза
 АсАт — аспаратаминотрансфераза
 АПФ — ангиотензинпревращающий фермент
 БАБ — бета-адреноблокаторы
 БМКК — блокаторы медленных кальциевых каналов
 БРА — блокаторы АТ1 — рецепторов к ангиотензину II
 ВНОК — Всероссийское научное общество кардиологов
 ВОЗ — Всемирная Организация Здравоохранения
 ГАГ — гестационная артериальная гипертония
 ГБ — гипертоническая болезнь
 ГК — гипертонический криз
 ГЛЖ — гипертрофия левого желудочка
 ДАД — диастолическое артериальное давление
 ДЭ — дисфункция эндотелия
 ЕОГ — Европейское Общество Гипертонии
 ЕОК — Европейское Общество Кардиологов
 ЗВУР — задержка внутриутробного развития плода.
 ИАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
 ЛС — лекарственные средства
 МАУ — микроальбуминурия
 ПОМ — поражение органов — мишеней
 ПЭ — преэклампсия

ПРЕДИСЛОВИЕ

Доклад Рабочей группы ВНОК по высокому артериальному давлению при беременности подготовлен при участии секций ВНОК «Артериальная гипертония» (председатель — профессор Чазова И.Е.), секции ВНОК «Сердечно-сосудистые заболевания у беременных» (председатель — профессор, Стрюк Р.И.), секции ВНОК «Болезни системы кровообращения у женщин» (председатель — профессор Глезер М.Г.).

В докладе отражены современные взгляды на ведение беременных с артериальной гипертонией, вопросы классификации, терминологии, диагностики и лечения гипертензивных нарушений при беременности и в послеродовом периоде.

Предлагаемый документ является основой для создания Российских рекомендаций по ведению беременных с АГ. Мы полагаем, что многие положения этого доклада будут обсуждаться, так как в настоящее время в этой проблеме много несогласованных позиций и нерешенных вопросов. Однако, следует помнить, что главный принцип создания этих рекомендаций — использование накопленной к настоящему времени доказательной базы и основных положений рекомендаций Европейского общества по гипертонии и Европейского общества кардиологов (ЕОГ–ЕОК, 2003); комитета экспертов Европейского кардиологического общества по ведению беременных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (2003); экспертов американской Рабочей группы по АГ в период гестации (2000); седьмого доклада экспертов Объединенного национального комитета США по профилактике, диагностике, оценке и лечению повышенного АД (JNC7, 2003).

Приглашаем к обсуждению доклада Рабочей группы ВНОК по высокому артериальному давлению при бере-

РААС — ренин-ангиотензин-альдостероновая система
 САД — систолическое артериальное давление
 СМАД — суточное мониторирование артериального давления
 ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания
 ТГ — триглицериды
 ТТГ — тиреотропный гормон
 ХАГ — хроническая артериальная гипертония
 ХПН — хроническая почечная недостаточность
 ХС ЛПВП — холестерин липопротеинов высокой плотности
 ХС ЛПНП — холестерин липопротеинов низкой плотности
 ХСН — хроническая сердечная недостаточность
 ЧСС — частота сердечных сокращений
 Э — эклампсия
 ЭКГ — электрокардиография
 ЭхоКГ — эхокардиография
 HELLP-синдром — hemolysis elevated liver enzymes and low platelets syndrom (гемолиз, увеличение активности печёночных ферментов и тромбоцитопения)
 FDA — Food and Drug Administration (Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарств США)
 JNC7 — Седьмой доклад экспертов Объединенного Национального комитета США по профилактике, диагностике, оценке и лечению повышенного АД

менности всех специалистов, участвующих в ведении беременных с АГ: акушеров, кардиологов, терапевтов, педиатров и др. Основным принципом каждого положения доклада является подкрепление его результатами клинических исследований. Надеемся, что, несмотря на различные, а порой и противоположные взгляды ученых и практических врачей различных специальностей, мы придем к соглашению и примем столь важные для практики рекомендации.

ВВЕДЕНИЕ

Артериальная гипертония (АГ) беременных занимает особое место среди актуальных вопросов современной медицины. Она является составной частью как минимум двух чрезвычайно остро стоящих сегодня медико-социальных проблем: АГ в целом и репродуктивного здоровья нации. Проблема АГ в России, как и во всем мире, переросла рамки только медицины, стала государственной. Это обусловлено широкой распространенностью, высоким риском осложнений, и недостаточным контролем АГ в масштабе популяции. Важнейшей медицинской и государственной задачей также является сохранение и восстановление репродуктивного здоровья. В настоящее время наблюдается рост распространённости болезней репродуктивной системы и соматической патологии у женщин, которые во многом определяют увеличение числа осложнений во время беременности и родов. В результате этого количество нормальных родов в России к 1999 году снизилось до 31,1%, отмечается высокий уровень рождения недоношенных и незрелых детей, младенческой и материнской смертности. В настоящее время установлено, что у женщин показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) выше, чем

у мужчин. Недооценка риска ССЗ у женщин сменилась в последние десятилетия значительным ростом интереса к проблемам женского здоровья. Особым этапом в жизни женщин репродуктивного возраста является беременность, характеризующаяся выраженными гормональными, метаболическими и гемодинамическими изменениями. Даже у здоровых женщин беременность является «стресс-тестом» для сердечно-сосудистой системы. АГ в период беременности является одной из главных причин заболеваемости и смертности матери, плода и новорожденного, а также отрицательно влияет на отдаленный прогноз для женщин и дальнейшее развитие детей. Частота АГ у беременных в различных регионах России колеблется от 5 до 30% и не имеет тенденции к снижению. Важно отметить, что в настоящее время АГ занимает одно из ведущих мест в мире среди причин летальных исходов у беременных. По данным ВОЗ гипертензивный синдром — это вторая после эмболии причина материнской смертности, составляющая 20–30% случаев в структуре материнской смертности. Перинатальная смертность (30–100%) и преждевременные роды (10–12%) у беременных с хронической гипертензией значительно превышают соответствующие показатели у беременных с нормальным уровнем АД. Гипертензия увеличивает риск отслойки нормально расположенной плаценты, может быть причиной нарушения мозгового кровообращения, отслойки сетчатки, эклампсии, массивных коагулопатических кровотечений в результате отслойки плаценты. В России гестоз также является одной из основных причин материнской смертности, перинатальная смертность при гестозе превышает средние показатели в 5–7 раз.

В 2005–2006 гг. Рабочая группа ВНОК по высокому АД у беременных провела первое Российское эпидемиологическое исследование «Лечебно-диагностическая тактика ведения беременных с артериальной гипертензией в России» «ДИАЛОГ». Это исследование ставило ряд задач: оценить используемые терминологическую базу, классификации, критерии диагностики АГ в период беременности; сравнить тактику назначения немедикаментозной и медикаментозной терапии, приверженность к лечению, преемственность ведения АГ беременных в РФ; изучить фармакоэпидемиологию антигипертензивных лекарственных средств и критерии назначения медикаментозной терапии при АГ у беременных; оценить тактику ведения и спектр гипотензивных лекарственных средств, применяемых при гипертоническом кризе у беременных. Итоги этого исследования показали, что акушеры и кардиологи говорят на разных языках (нет единой классификации, терминологии). Отсутствует единый взгляд на тактику немедикаментозной и медикаментозной терапии, в ряде случаев применяются противопоказанные при беременности лекарственные препараты, используются опасные комбинации. При выборе лекарственных средств врачи руководствуются в основном личным опытом или традициями лечебного учреждения. В аптечной сети отсутствует целый ряд препаратов, рекомендуемых современными руководствами для использования у беременных с АГ, в том числе для неотложной терапии. Отсутствует преемственность ведения этой категории пациенток (на этапе планирования беременности, во время беременности и после родов).

Безусловно, многие вопросы этиологии и патогенеза, профилактики, прогнозирования течения, а также лечения АГ в период беременности изучены недостаточно. Для решения этой междисциплинарной проблемы необходимо проведение дальнейших исследований совместными усилиями кардиологов, акушеров, терапевтов, педиатров, клинических фармакологов, специалистов функциональной диагностики.

ТЕРМИНОЛОГИЯ И КЛАССИФИКАЦИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ НАРУШЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Для обсуждения предлагается классификация гипертензивных состояний при беременности, которая является неким компромиссом между используемой классификацией и терминологической базой в большинстве стран Европы, в Америке и в России.

Предлагаемая классификация является модификацией классификации Рабочей группы по высокому артериальному давлению при беременности Национального института здоровья США, Национального института сердца, легких и крови США, 2000.

Классификация

1. Хроническая артериальная гипертензия (ХАГ)

А. Гипертоническая болезнь

Б. Симптоматическая гипертензия

2. Гестационная артериальная гипертензия (ГАГ)

А. Преходящая гипертензия беременных — отсутствует протеинурия и АД возвращается к норме через 12 недель после родов (ретроспективный диагноз)

Б. Хроническая артериальная гипертензия — сохраняется подъем АД через 12 недель после родов (ретроспективный диагноз)

3. Гестоз

4. **Сочетанный гестоз** (гестоз, наложившийся на хроническую артериальную гипертензию)

1. Хроническая артериальная гипертензия (ХАГ)

Под ХАГ подразумевается АГ, диагностированная до наступления беременности или до 20 недели гестации. Диагностическим критерием ХАГ считается САД ≥ 140 мм рт.ст. и/или ДАД ≥ 90 мм рт.ст. Артериальная гипертензия, возникшая после 20 недели гестации, но не исчезающая после родов, также классифицируется как хроническая гипертензия, но уже ретроспективно.

ХАГ — это гипертоническая болезнь (эссенциальная артериальная гипертензия) или симптоматическая гипертензия.

Следует учитывать, что повышение АД у молодой женщины требует особенно тщательного исключения вторичного характера гипертензии (АГ, связанная с патологией почек; АГ при поражении почечных артерий, феохромоцитоме, первичный альдостеронизм, синдром и болезнь Иценко-Кушинга, коарктация аорты, АГ, обусловленная приемом лекарственных препаратов).

Диагностика и формулировка диагноза эссенциальной гипертензии должны быть основаны на Российских рекомендациях ВНОК по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии, 2004 года.

Классификация уровней АД у лиц 18 лет и старше представлена в таблице 1. Если значения САД и ДАД попадают в разные категории, то степень АГ определяется по более высокому уровню АД. Наиболее точно

КЛАССИФИКАЦИЯ УРОВНЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Категория АД	САД мм рт.ст.	ДАД мм рт.ст.
Оптимальное АД	<120	<80
Нормальное АД	120–129	80–84
Высокое нормальное АД	130–139	85–89
АГ 1-й степени (мягкая)	140–159	90–99
АГ 2-й степени (умеренная)	160–179	100–109
АГ 3-й степени (тяжелая)	≥180	≥110

степень АГ может быть установлена в случае впервые диагностированной АГ и у пациентов, не принимающих антигипертензивные препараты.

При планировании беременности и при постановке на учет беременной с АГ важно оценить не только степень АГ, но и наличие поражений органов-мишеней (ПОМ), а также наличие ассоциированных клинических состояний (АКС), так как именно эти факторы будут иметь решающее значение при планировании беременности и при определении тактики ведения беременности.

К поражениям органов-мишеней относятся:

- гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) (ЭКГ: признак Соколова-Лайона > 38мм; Корнелльское произведение > 2440 мм х мс; ЭхоКГ: ИММ ЛЖ ≥ 110 г/м²)
- ультразвуковые признаки утолщения стенки артерии (толщина слоя интима-медиа сонной артерии ≥ 0,9 мм)
- атеросклеротические бляшки магистральных сосудов
- небольшое повышение сывороточного креатинина (107–124 мкмоль/л; 1,2–1,4 мг/дл)
- МАУ (30–300 мг/сут);
- отношение альбумин/креатинин в моче (≥ 31 мг/г; ≥ 3,5 мг/ммоль)

К ассоциированным клиническим состояниям относятся:

- Цереброваскулярная болезнь: ишемический мозговой инсульт, геморрагический мозговой инсульт, транзиторные ишемические атаки
 - Заболевания сердца: ИМ, стенокардия, коронарная реваскуляризация, ХСН
 - Поражение почек: диабетическая нефропатия, почечная недостаточность (креатинин сыворотки крови >124 мкмоль/л (1,4 мг/дл), протеинурия >300 мг/сут)
 - Заболевания периферических артерий: расслаивающаяся аневризма аорты, симптоматическое поражение периферических артерий
 - Гипертоническая ретинопатия: кровоизлияния или экссудаты, отек соска зрительного нерва
- АГ классифицируется также по стадиям:
- АГ I стадии предполагает отсутствие ПОМ
 - АГ II стадии предполагает поражение одного или нескольких органов-мишеней
 - АГ III стадии устанавливается при наличии АКС

2. Гестационная артериальная гипертензия

Повышение АД, впервые зафиксированное во второй половине беременности (после 20 недели беременности) и не сопровождающееся протеинурией, классифицируется как гестационная артериальная гипертензия (ГАГ).

Ранее подъем САД на 30 мм рт.ст. и/или ДАД на 15 мм рт.ст. от исходного уровня (до беременности) рекомендовался как диагностический критерий гестационной артериальной гипертензии, даже если абсолютные величины АД ниже 140/90 мм рт.ст. Однако, этот диагностический критерий АГ беременных в настоящее время исключен из рекомендаций ЕОГ–ЕОК, 2003, комитета экспертов Европейского кардиологического общества по ведению беременных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, 2003, комитета экспертов американской Рабочей группы по АГ в период беременности, 2000, JNC7, 2003, так как имеющиеся данные показывают, что у женщин этой группы не возрастает количество неблагоприятных исходов. Тем не менее, по мнению большинства клиницистов, этой группе беременных (имеющим повышение САД на 30 мм рт.ст и ДАД на 15 мм рт.ст. от исходного уровня), следует уделять особое внимание.

Окончательный диагноз ставится лишь после родов. Если АД возвратилось к норме через 12 недель после родов, целесообразно использовать диагноз преходящая артериальная гипертензия. При сохранении повышенного АД через 12 недель после родов диагностируется хроническая артериальная гипертензия (ХАГ).

Таким образом, диагноз ГАГ — это диагноз на время беременности и до постановки более точного диагноза.

3. Гестоз

Гестоз — специфичный для беременности синдром, который обычно возникает после 20 недели гестации. Патологической основой этого синдрома является генерализованный ангиоспазм, приводящий к полиорганной недостаточности. Определяется по возросшему уровню АД (гестационный подъем АД), сопровождающемуся протеинурией.

Отеки часто присутствуют при нормально протекающей беременности. Именно поэтому в большинстве современных рекомендаций наличие отеков не относится к критериям гестоза — специфичного для беременных патологического состояния (ЕОГ–ЕОК, 2003; комитет экспертов Европейского кардиологического общества по ведению беременных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, 2003, комитет экспертов американской Рабочей группы по АГ в период беременности, 2000, JNC7, 2003). Авторы предлагаемого проекта считают необходимым обсуждение вопроса об исключении отеков из диагностических критериев гестоза.

Критерий гестационного повышения АД определяется как САД 140 мм рт.ст. и выше и/или ДАД 90 мм рт.ст. и выше у женщин, имевших нормальное АД до 20 недель беременности.

Как мы уже указывали, по мнению большинства клиницистов беременным, имеющим повышение САД

на 30 мм рт.ст и ДАД на 15 мм рт.ст. от исходного уровня (даже если абсолютные величины АД ниже 140/90 мм рт.ст.), следует уделять особое внимание. Это особенно актуально при сопутствующих протеинурии и гиперурикемии (уровень мочевой кислоты равный 6 мг/дл или более).

Протеинурия определяется как суточная экскреция 0,3 г белка или более. Это обычно соответствует 30 мг/дл.

Гестоз варьирует от легких до тяжелых форм. В большинстве случаев процесс прогрессирует постепенно и не выходит за рамки легкой формы. Вместе с тем, у некоторых пациенток гестоз может быстро прогрессировать от легкой до тяжелой формы в течение нескольких дней или недель. В самых неблагоприятных случаях имеется фульминантное течение с прогрессированием от легкого до тяжелого гестоза с развитием преэклампсии или эклампсии в течение суток.

Критические формы гестоза: преэклампсия; эклампсия; отек, кровоизлияние и отслойка сетчатки; острый жировой гепатоз; HELLP-синдром; острая почечная недостаточность; отек легких.

Преэклампсия — на фоне симптомов гестоза выявляется неврологическая симптоматика, головная боль, нарушение зрения, боли в подложечной области и в правом подреберье, периодически наступающий цианоз лица, парестезии нижних конечностей, боли в животе и нижних конечностях без четкой локализации. Могут определяться небольшие подергивания, преимущественно лицевой мускулатуры, «глубокое дыхание» и одышка до 60 в 1 минуту, возбужденное состояние или, наоборот, сонливость. Возможно затрудненное носовое дыхание, покашливание, сухой кашель, слюнотечение, боли за грудиной.

Эклампсию определяют как возникновение у женщин с гестозом судорог, которые не могут быть объяснены другими причинами.

4. Сочетанный гестоз

Сочетанный гестоз — существующая до беременности экстрагенитальная патология (чаще всего ХАГ), сопровождающаяся дальнейшим повышением артериального давления и экскрецией белка с мочой более 0,3 г/сутки после 20 недели беременности.

В настоящее время накоплено достаточно данных о том, что гестоз может развиваться у женщин, имевших до этого хроническую артериальную гипертензию, и что прогноз для матери и плода в данном случае много хуже, чем при каждом из этих заболеваний в отдельности.

Дифференциальный диагноз между сочетанным гестозом и утяжелившейся хронической артериальной гипертензией сложен. Подозрение на сочетанный гестоз требует более пристального наблюдения за беременной и решения вопроса о родоразрешении.

Диагноз сочетанного гестоза вероятен в следующих ситуациях:

- Протеинурия (0,3 г белка и более в суточной моче) впервые возникает после 20 недели беременности (впервые возникшая протеинурия) у беременной с артериальной гипертензией без протеинурии в ранние сроки беременности (до 20 недель)

- Резкое увеличение протеинурии после 20 недели беременности у пациентки с артериальной гипертензией и протеинурией до 20 недель беременности

- Резкое повышение АД у женщин, у которых ранее (до 20 недели беременности) АД легко контролировалось

- Тромбоцитопения менее $100 \times 10^9/\text{л}$

- Увеличение уровней АлАт и АсАт.

ДИАГНОСТИКА И ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ

Динамика АД и правила его измерения при беременности.

С первых недель физиологической беременности и до конца I триместра отмечается снижение АД. Это происходит вследствие значительного снижения сосудистого тонуса. К концу I триместра АД достигает своего минимума и на протяжении II триместра не меняется, оставаясь стабильным. По сравнению с уровнем АД до беременности систолическое АД снижается на 10–15 мм рт.ст., а диастолическое — на 5–15 мм рт.ст. В III триместре АД повышается, к моменту родов достигает уровня АД до беременности или даже на 10–15 мм рт.ст. выше. Подобная динамика АД может быть и у женщин, страдающих артериальной гипертензией (гипертонической болезнью или симптоматической АГ). Однако, следует помнить, что АГ (эссенциальная или симптоматическая) это фактор риска развития гестоза. В четверти случаев АГ приобретает кризовое течение во время беременности.

Измерение АД у беременных предпочтительнее производить в положении сидя, так как в положении лежа сдавление нижней полой вены может исказить цифры АД. Значение систолического АД определяется по первому из двух последовательных аускультативных тонов. Значение диастолического АД определяется по V фазе тонов Н.С. Короткова, которая характеризуется исчезновением последнего тона. К наиболее частым ошибкам при измерении АД у беременных относятся: однократное измерение АД без предварительного отдыха, с использованием манжетки неправильного размера («манжеточная» гипер- или гипотония) и округление цифр до 0. При измерении АД следует руководствоваться правилами, содержащимися в Российских рекомендациях ВНОК по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии (2004).

Однократное повышение АД $\geq 140/90$ ммрт.ст. регистрируется примерно у 40–50% женщин. Поэтому однократного случайного измерения АД для постановки диагноза АГ у беременных недостаточно.

У беременных в 30% случаев встречается феномен «гипертонии белого халата», то есть высокого АД при измерении в медицинском окружении (офисное АД) в сравнении с амбулаторным (домашним) измерением и данными СМАД. До сих пор окончательно не решен вопрос о прогностическом значении феномена «гипертонии белого халата». В настоящее время большинство исследователей считают, что он отражает повышенную реактивность сосудистой стенки. Нам представляется, что «гипертония белого халата» у беременной требует пристального внимания и может быть предиктором развития гестационной АГ и гестоза.

Следует отметить, что приборы для суточного мониторинга АД и тонометры согласно рекомендациям Европейского общества изучения гипертензии (2001 г.) как минимум должны пройти испытания по специальному протоколу EHS 2001 и подтвердить достаточную степень соответствия получаемых значений АД с данными медицинских экспертов.

Повышение АД, наблюдающееся до беременности или до 20 недели гестации, свидетельствует об эссенциальной или о симптоматической артериальной гипертензии. Некоторые из этих женщин уже находятся под диспансерным наблюдением и обследованы с целью исключения вторичного характера гипертензии еще до беременности. У молодых женщин с предшествующей или ранней гестационной гипертензией вероятно вторичная АГ (заболевания почек, реноваскулярная гипертензия, первичный альдостеронизм, синдром Кушинга и феохромоцитомы).

Беременные с АГ до беременности и в I половине беременности

При постановке на учет:

обязательное (скрининговое) обследование

1. Общеклинический анализ крови (количество эритроцитов, гемоглобин, гематокрит, цветовой показатель, количество тромбоцитов, лейкоцитов, лейкоцитарная формула, СОЭ)

2. Общеклинический анализ мочи

3. Биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, креатинин, мочевиная кислота, АлАт, АсАт, глюкоза, холестерин)

4. Определение МАУ

5. Коагулограмма

6. ЭКГ

7. ЭХО-КГ

8. Глазное дно

обследование, проводимое по показаниям

1. Проба Реберга

2. Пробы Нечипоренко и Зимницкого

3. УЗИ щитовидной железы

4. Определение суточной потери белка

5. Посев мочи на микробную культуру

6. Определение уровня гормонов (ТТГ, Т3, Т4, 17-КС, 17-ОКС и др.)

7. Тест толерантности к глюкозе

8. ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП

9. Консультации кардиолога, нефролога, уролога, эндокринолога и других специалистов

10. Суточное мониторирование артериального давления

11. УЗИ почек и надпочечников

После 20 недели беременности:

обязательное (скрининговое) обследование

1. Общеклинический анализ крови (количество эритроцитов, гемоглобин, гематокрит, цветовой показатель, количество тромбоцитов, лейкоцитов, лейкоцитарная формула, СОЭ)

2. Общеклинический анализ мочи

3. Биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, креатинин, мочевиная кислота, АлАт, АсАт, глюкоза, холестерин)

3. Коагулограмма

4. Глазное дно

5. Определение МАУ

обследование, проводимое по показаниям:

1. Проба Реберга

2. Пробы Нечипоренко и Зимницкого

4. Определение суточной потери белка

5. Посев мочи на микробную культуру

7. Тест толерантности к глюкозе

8. ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП

7. Консультации кардиолога, нефролога, уролога, эндокринолога и других специалистов.

8. Суточное мониторирование артериального давления

Беременные с высоким риском развития гестоза с нормальным АД

Факторами риска развития гестоза следует считать:

- Первую беременность

- Гестоз в анамнезе

- ≥ 10 лет после последних родов

- Возраст ≥ 40 лет

- ИМТ ≥ 35 кг/м² ;

- Семейную предрасположенность (гестоз у матери или у сестры);

- ДАД ≥ 80 мм рт.ст. до беременности;

- Многоплодие;

- Тяжелая соматическая патология (хроническая артериальная гипертензия, заболевания почек и печени, системные заболевания, нарушение жирового обмена).

- Развитие беременности на фоне психо — эмоционального стресса, стрессовых ситуаций

Беременным женщинам из группы высокого риска развития гестоза целесообразно проводить лабораторные тесты в начале беременности и после 20 недели беременности:

1. Общеклинический анализ крови (количество эритроцитов, гемоглобин, гематокрит, цветовой показатель, количество тромбоцитов, лейкоцитов, лейкоцитарная формула, СОЭ)

2. Общеклинический анализ мочи

3. Биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, креатинин, мочевиная кислота, АлАт, АсАт, глюкоза, холестерин)

4. Определение МАУ

5. Коагулограмма

Беременные с АГ, развившейся после 20 недели беременности (гестозом, гестационной артериальной гипертензией)

В таблице 2 суммированы лабораторные тесты, рекомендованные Европейским обществом по гипертензии и Европейским обществом кардиологов (ЕОГ-ЕОК), 2003, экспертами американской Рабочей группы по АГ в период гестации, 2000, для мониторинга состояния женщин с АГ, возникшей после середины беременности. Исследования необходимо повторять 1 раз в 2 недели или чаще (при госпитализации). Эти тесты не только помогают дифференцировать гестоз от хронической и гестационной гипертензии, но и являются полезными в оценке прогрессирования и тяжести заболевания.

Важно знать, что у женщин с гестозом даже при минимальном подъеме АД могут выявляться изменения

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ТРАКТОВКА ПРИ ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С АГ, РАЗВИВШЕЙСЯ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ ГЕСТАЦИИ

Лабораторный тест	Трактовка
Гемоглобин и гематокрит	Гемоконцентрация характерна для гестоза и является индикатором тяжести процесса. Показатели при неблагоприятном течении могут быть снижены в том случае, если развивается гемолиз
Тромбоциты	Тромбоцитопения свидетельствует о тяжелом гестозе
Микроальбуминурия	Является предиктором развития протеинурии
Протеинурия	АГ в период беременности, сопровождающаяся протеинурией, должна рассматриваться как гестоз, пока не доказано противоположное
Уровень креатинина сыворотки	Повышение, особенно в сочетании с олигурией, указывает на наличие тяжелого гестоза
Уровень мочевой кислоты	Повышение подтверждает диагноз гестоз
Уровень АсАт, АлАт	Повышение свидетельствует о тяжелом гестозе с вовлечением в патологический процесс печени
Альбуминемия, ЛДГ, мазок крови, коагуляционный профиль	Гипоальбуминемия указывает на повышение проницаемости эндотелия, характерна для гестоза. Повышение ЛДГ, шизоцитоз, сфероцитоз свидетельствуют о развитии гемолиза при гестозе. Коагулопатия (включая тромбоцитопению) указывает на развитие гестоза.

ряда лабораторных показателей. Если выявлены такие угрожающие жизни изменения, как коагулопатия или нарушенная функция печени или почек, может быть необходимым прерывание беременности несмотря на легкую гипертензию.

Госпитализация

Женщины с ХАГ госпитализируются за время беременности 3-кратно:

1. В ранние сроки беременности (до 12 недель) для уточнения генеза АГ и решения вопроса о возможности пролонгирования беременности

2. В 26–30 недель — в период максимальной гемодинамической нагрузки для нередко необходимой в этот срок беременности коррекции схемы антигипертензивной терапии (при присоединении гестоза (сочетанном гестозе) больная госпитализируется сразу вне зависимости от срока гестации)

3. За 2–3 недели до родов для определения тактики ведения родов и проведения предродовой подготовки

Рекомендуемые критерии для госпитализации беременных с ХАГ вне предложенных выше сроков:

1. Некорректируемая в амбулаторных условиях АГ
2. Гипертонические кризы
3. Повышение САД до 160 мм рт.ст. и выше и/или ДАД до 110 мм. рт.ст. и выше.
4. Усугубление гипертензионного синдрома, особенно в I половине беременности.
5. Выявление протеинурии
6. Появление генерализованных отеков
7. Выявление изменений в лабораторных анализах (тромбоцитопения, повышение печеночных ферментов, билирубина, креатинина, мочевины, мочевой кислоты, снижение общего белка и альбумина).
8. Выявление задержки развития плода.

Еще раз подчеркнем, что при подозрении на гестоз беременную необходимо госпитализировать в стационар для решения вопроса о возможности дальнейшего пролонгирования беременности, определения степени тяжести гестоза, назначении плана обследования и лечения.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Дифференциальный диагноз между ХАГ, ГАГ (более доброкачественными формами гипертензии) и гестозом крайне важен, так как позволяет решить вопрос относительно времени госпитализации и тактики родов.

Для правильной постановки диагноза важен срок беременности, при котором впервые выявлена гипертензия. Наличие гипертензии до зачатия или до 20 недели гестации склоняет чашу весов в сторону хронической гипертензии (эссенциальной или вторичной). Высокий уровень АД в середине беременности (20–28 недель) может быть обусловлен развитием гестоза, переходящей гипертензией или нераспознанной хронической гипертензией. Хроническая гипертензия в начале беременности может не диагностироваться, если она не была выявлена до наступления беременности, так как в первом триместре беременности наблюдается физиологическое снижение АД. При этом АГ может быть диагностирована позже: при физиологическом подъеме в третьем триместре или при присоединении гестоза.

У беременных с гестозом АД повышается после 20 недели гестации, определяется протеинурия. Характерно выявление гемоконцентрации (повышение уровня гемоглобина и гематокрита), реже выявляется тромбоцитопения. Патологические изменения в биохимическом анализе крови возникают обычно при тяжелом течении гестоза. При появлении протеинурии, первоначально снижается концентрация альбумина, впоследствии — концентрация общего белка. Лабораторные показатели у беременных с ГБ I–II стадии остаются без изменений.

ПЛАНИРОВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Женщины с АГ должны быть проконсультированы до беременности с целью:

- уточнения диагноза (эссенциальная или вторичная гипертензия),
- определения степени АГ и стадии ГБ, оценки поражения органов-мишеней, ассоциированных клинических состояний

- определения возможных противопоказаний к беременности

- планирования образа жизни

- определения тактики антигипертензивной терапии

При определении прогноза необходимо оценить риск развития осложнений течения беременности у женщины с АГ.

I степень риска — минимальная — соответствует I стадии ГБ. Беременность протекает относительно удовлетворительно, хотя и при этой начальной стадии заболевания гестоз развивается у 20% беременных, а роды начинаются преждевременно у 12%. У таких больных редко развиваются гипертонические кризы. Беременность при первой степени риска допустима.

II степень риска — выраженная — соответствует II стадии ГБ (имеется поражение органов-мишеней). В этой стадии ГБ частота осложнений беременности значительно возрастает. У половины беременных присоединяется гестоз; у каждой пятой больной происходят преждевременные роды; в 20% случаев плод погибает антенатально. У лиц этой группы чаще развиваются гипертонические кризы. В этой ситуации необходима беседа с больной и объяснение потенциальной опасности осложнений беременности для принятия осознанного решения о продолжении беременности.

III степень риска — максимальная — соответствует III стадии ГБ (поражены органы-мишени и имеются ассоциированные клинические состояния). Тяжелые осложнения беременности и родов возникают более чем у 50% женщин, перинатальная смертность составляет выше 20%. При этой степени риска беременность абсолютно противопоказана, поскольку она редко завершается благополучно, и существует опасность летального исхода не только для плода, но и для самой женщины.

Женщины, уже имевшие гестоз в анамнезе, склонны к гипертоническим осложнениям при последующих беременностях. Вероятность повторного возникновения симптомов гестоза тем больше, чем раньше они манифестируют при предыдущей беременности. Например, если гестоз клинически проявляется до 30 недель гестации, вероятность его повторного возникновения составляет 40%. Риск повторного появления HELLP синдрома — почти 5%. Риск также возрастает у многорожавших, при зачатии от нового партнера, даже если предыдущая(ие) беременность(и) у женщины была(и) нормотензивна(ы). Есть данные, указывающие на то, что женщины с рано возникшим тяжелым гестозом имеют метаболические нарушения или факторы риска, ассоциированные с сосудистым тромбозом.

Тактика антигипертензивной терапии на этапе планирования беременности

Критерии назначения медикаментозной терапии женщинам репродуктивного возраста соответствуют критериям начала медикаментозной терапии, отраженным в Российских рекомендациях ВНОК по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии, 2004 года.

До зачатия целесообразно назначение лекарственного средства (или комбинации ЛС) в адекватной дозе для достижения целевого АД (менее 140/90 мм рт.ст.).

Спектр антигипертензивных препаратов, используемых при беременности, ограничен. Препаратами первой линии являются метилдопа, блокаторы медленных кальциевых каналов (группа дигидропиридина), бета-адреноблокаторы. Вторая линия антигипертензивной терапии — это мочегонные (гипотиазид) и альфа-адреноблокаторы (в качестве дополнения к препаратам первой линии).

Противопоказаны — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), блокаторы рецепторов 1 типа к ангиотензину I и препараты раувольфии.

Следует также воздержаться от использования малоизученных при беременности антигипертензивных препаратов (тиазидоподобные диуретики, агонисты имидазолиновых рецепторов).

В том случае, если беременность наступила у женщины, которая получала антигипертензивную терапию без учета возможной беременности, целесообразен осторожный переход на более безопасные для плода препараты.

В том случае, если женщина во время зачатия принимала ингибиторы АПФ, не требуется прерывания беременности. Однако, необходима отмена ингибитора АПФ и переход на безопасные для плода препараты. Напомним, что ингибиторы АПФ противопоказано применять во II и III триместрах беременности.

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ АГ У БЕРЕМЕННЫХ

Цель лечения беременных с АГ — предупредить развитие осложнений, обусловленных высоким уровнем АД, обеспечить сохранение беременности, нормальное развитие плода и успешные роды.

Немедикаментозные методы

Наличие хронической гипертензии требует изменения образа жизни беременных. Например, беременным женщинам с АГ следует ограничить физическую активность на работе и в быту. Хотя известна положительная роль регулярных физических упражнений для не беременных женщин с АГ и беременных женщин с нормальным уровнем АД, но нет данных по безопасности физических тренировок при ХАГ у беременных. Женщинам с АГ, а, следовательно, с риском развития гестоза, рекомендуется воздерживаться от аэробики, так как пока нет достаточной информации по этому вопросу. Снижение веса во время беременности не рекомендуется даже женщинам с избыточной массой тела и ожирением. Хотя ожирение может быть фактором риска развития гестоза, нет данных, что снижение веса в период беременности снижает этот риск. Вместе с тем, снижение массы тела в период беременности может вызвать гипотрофию плода. Хотя данных о целесообразности ограничения соли у беременных недостаточно, многие эксперты рекомендуют ограничение потребления натрия до тех же 2,4 г, рекомендованных для пациентов с эссенциальной гипертензией.

В то же время при развитии ГАГ или гестоза нет необходимости в ограничении соли. Более того, эта мера может усугубить нарушение фето-плацентарного кровотока.

Употребление табака и алкоголя при беременности очень нежелательно. И то, и другое оказывает вредо-

носное влияние на мать и плод. Потребление алкоголя может вызвать или усугубить АГ у матери. Курение повышает риск отслойки плаценты и ЗВУР.

Критерии начала медикаментозной антигипертензивной терапии

Длительное лечение антигипертензивными препаратами беременных с ХАГ — предмет дебатов. Низкое АД может нарушить маточно-плацентарный кровоток и подвергнуть риску развитие плода. За последние 30 лет семь исследований сравнивали ведение беременных с ХАГ I степени с назначением антигипертензивных ЛС и без лечения (или с назначением плацебо). Лечение не уменьшило частоту присоединившегося гестоза, преждевременных родов, отслойки плаценты или перинатальную смертность при сравнении с группами нелеченных. Данные других исследований указывают на эффективность антигипертензивных средств в предотвращении гипертонических кризов и предупреждении перехода АГ в более тяжелые формы.

У беременных с тяжелой АГ не проводилось плацебо-контролируемых клинических исследований по оценке эффективности лечения и по этическим соображениям их проведение едва ли предвидится. Опыт наблюдения за беременными с тяжелой ХАГ в первый триместр гестации без антигипертензивной терапии свидетельствует о потерях плода в 50% случаев и указывает на значительную материнскую летальность. Антигипертензивная терапия назначается ради пользы матери, эффективное лечение снижает частоту сердечно-сосудистых осложнений у беременной, однако многоцентровые клинические исследования не доказали, что лекарственная терапия при ГБ предупреждает развитие гестоза. Антигипертензивная терапия также может способствовать пролонгированию беременности и таким образом увеличивать зрелость плода. Доказано, что у беременных с эффективным контролем АД, как и у нормотензивных женщин риск гибели плода в 10 раз меньше, чем у беременных с отсутствием контроля АГ.

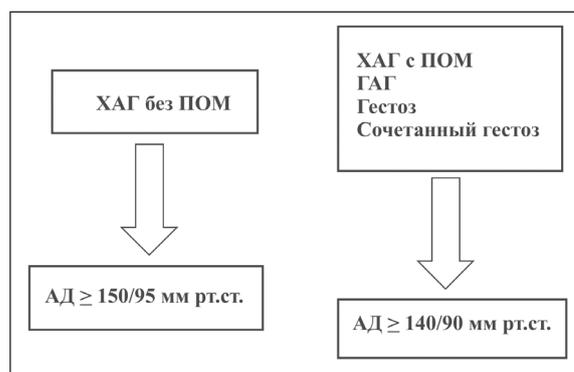
У женщин с длительно существующей АГ, сопровождающейся поражением органов-мишеней, а также требовавшей до наступления беременности приема больших доз антигипертензивных препаратов, терапия АГ во время беременности несомненно должна быть продолжена. Женщины, у которых АД хорошо контролировалось до беременности, могут оставить те же препараты (за исключением ингибиторов АПФ и антагонистов АТII рецепторов).

При не осложненном течении беременности пациентки с гипертонической болезнью I стадии (без поражения органов-мишеней) с повышением АД не выше 149/94 мм рт.ст. в медикаментозной терапии не нуждаются. При повышении АД до 150/95 мм рт.ст. и выше следует начинать медикаментозное снижение АД (рисунок 1).

Необходимость в назначении антигипертензивной терапии у беременных с гестозом связана с профилактикой судорожного синдрома и возможным нарушением органного кровотока (ишемические и геморрагические инсульты, ишемия миокарда и другие ассоциированные клинические состояния) и маточно-плацентарного кровотока (ухудшение функционального состояния, вплоть до антенатальной гибели плода) при критических

цифрах артериального давления. Существует мнение, что повышение артериального давления у беременных с гестозом — компенсаторная реакция организма на снижение органного и маточно-плацентарного кровотока, связанного с генерализованным вазоспазмом. Однако, в настоящее время в рекомендации ЕОГ–ЕОК, 2007 критерием для начала медикаментозной терапии при гестозе называют уровень 140/90 мм.рт.ст. (рисунок 1).

Рис. 1. Критерии начала медикаментозной антигипертензивной терапии



Целевой уровень артериального давления у беременных с гипертонической болезнью и гестозом — менее 140/90 мм.рт.ст. Но следует избегать медикаментозной гипотонии, чтобы не нарушить плацентарный кровоток.

Фармакотерапия

Разработка терапевтической тактики и способов медикаментозного патогенетически обоснованного эффективного лечения при АГ в период беременности является одной из самых актуальных задач в медицине. Сталкиваясь с проблемой антигипертензивной терапии в период беременности, практически врачи решают, как минимум, две нелегкие задачи. Первая связана с правильным выбором лекарственного препарата, вторая — с критериями начала медикаментозной терапии. Кроме того, при ведении беременной с АГ врач имеет дело одновременно с двумя пациентами — матерью и плодом, и их интересы не всегда совпадают. Практически все антигипертензивные препараты проникают через плаценту и потенциально способны оказывать нежелательное влияние на плод, новорожденного и/или дальнейшее развитие ребенка. Врачу необходимо учитывать не только показания со стороны матери, но и влияние фармакотерапии на внутриутробное развитие плода, а также оценивать риск отдаленных эффектов лекарственной терапии в отношении здоровья ребенка. Известно, что снижение АД благоприятно для матери, но может быть сопряжено с ухудшением маточно-плацентарного кровотока, гемодинамики плода и задержкой внутриутробного развития плода. Особенностью, затрудняющей принятие решения, является также отсутствие достаточной доказательной базы по эффективности и безопасности фармакотерапии в период гестации, так как этические нормы являются препятствием для проведения крупных клинических рандомизированных плацебо-контролируемых исследований у беременных.

Основными принципами лекарственной терапии в период беременности являются доказанная эффектив-

ность и доказанная безопасность. Целью фармакотерапии беременных с АГ является сохранение беременности и снижение риска для матери и плода/новорожденного. Идеальным для применения при АГ в период гестации, по мнению ряда экспертов, является препарат, который безопасен для матери и плода, успешно контролирует АД, достаточно быстро оказывает антигипертензивное действие, но не приводит к драматическому падению АД, удобен в использовании. Вместе с тем известно, что спектр возможных для использования при беременности антигипертензивных лекарственных средств, ограничен. Многие современные препараты с доказанной эффективностью имеют противопоказания для использования при беременности или при гестозе. В России эти ограничения еще значительнее, так как в нашей стране в настоящее время не зарегистрированы некоторые лекарственные средства, широко используемые в качестве препаратов для лечения АГ беременных за рубежом (лабеталол, окспренолол, гидралазин для парентерального применения). Одновременно, в арсенале лекарственных средств для лечения АГ в период беременности во всех странах есть лекарственные препараты, которые уже не отвечают современным требованиям и практически не используются в кардиологии. Применяют их при лечении АГ в период беременности в связи с тем, что доказаны их безопасность для плода и отсутствие негативного влияния на дальнейшее развитие ребенка. Именно таким препаратом является метилдопа — препарат, который не только широко используется при лечении АГ беременных, но и признается средством выбора в большинстве стран.

В России не существует классификации лекарственных препаратов по критериям безопасности для плода. В связи с этим при выборе фармакотерапии целесообразно использовать принятые в США критерии классификации лекарственных препаратов Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарств (FDA — Food and Drug Administration), представленные в таблице 3.

Следует уточнить, что антигипертензивных лекарственных средств, относящихся к классу А, для лечения АГ у беременных в настоящее время не существует. Необходимо помнить, что ни один препарат не является стопроцентно безопасным на ранней стадии беременности, и по возможности следует избегать фармакотерапии во время первого триместра гестации. В современных рекомендациях по ведению больных АГ (JNC7, 2003;

ESH–ESC, 2003; ВНОК, 2004) и рекомендациях Комитета экспертов Европейского кардиологического общества по ведению беременных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, 2003, основными препаратами для лечения АГ беременных, отвечающими требованиям к фармакотерапии в период беременности, названы метилдопа, β -адреноблокаторы, α - β -адреноблокатор лабеталол, блокаторы медленных кальциевых каналов и некоторые вазодилататоры миотропного действия.

Метилдопа в соответствии с классификацией FDA относится к классу В и является в большинстве стран препаратом первой линии при лечении АГ беременных. Выбор основан на результатах длительного опыта применения препарата в период гестации, продемонстрировавшего безопасность препарата для матери, плода и новорожденного. Клиническими исследованиями было показано, что в ходе лечения препаратом остаются стабильными маточно-плацентарный кровоток и гемодинамика плода, снижается перинатальная смертность. Отмечено, что метилдопа не влияет на величину сердечного выброса и кровоснабжение почек у матери. Важно, что метилдопа — пока единственный антигипертензивный препарат, использующийся во время беременности, при применении которого изучались отдаленные последствия в отношении развития детей. В ходе наблюдения в течение 7,5 лет за небольшой группой детей, матери которых принимали метилдопу во время беременности, не было выявлено неблагоприятного влияния препарата на постнатальное физическое и интеллектуальное развитие. К недостаткам препарата относится тот факт, что метилдопа не всегда хорошо переносится беременными: у 22% женщин на фоне терапии метилдопой отмечены побочные реакции в виде сонливости, депрессии, ортостатической гипотензии. Кроме того, это лекарственное средство не рекомендуется применять на 16–20 неделях гестации в связи с возможностью влияния на содержание допамина в нервной системе плода.

Блокаторы медленных кальциевых каналов. По классификации FDA большинство блокаторов медленных кальциевых каналов (БМКК) относятся к классу С. Мнения относительно безопасности и эффективности данной группы антигипертензивных средств при лечении АГ в период беременности неоднозначны. Комитет экспертов Европейского кардиологического общества по ведению беременных с сердечно-сосудистыми заболеваниями обращает внимание, что при использовании

Таблица 3

КРИТЕРИИ КЛАССИФИКАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПО БЕЗОПАСНОСТИ ДЛЯ ПЛОДА FDA, США

А	Контролируемые исследования у беременных не выявили риска для плода
В	В экспериментальных исследованиях у животных не обнаружен риск для плода, но исследования у беременных не проводились; либо в эксперименте получены нежелательные эффекты, которые не подтверждены в контрольных исследованиях у беременных в I триместре. Нет очевидного риска во II, III триместрах
С	В экспериментальных исследованиях выявлен риск для плода (тератогенное, эмбриотоксическое действие), не было контролируемых исследований у беременных; либо экспериментальных и клинических исследований не проводилось. Препараты могут назначаться, когда ожидаемый терапевтический эффект превышает потенциальный риск для плода
Д	В экспериментальных и клинических исследованиях доказан риск для плода. Препараты расцениваются как опасные, но могут назначаться беременным по жизненным показаниям, а также в случае неэффективности или невозможности использования препаратов, относящихся к классам А, В, С
Х	Опасное для плода средство, негативное воздействие этого лекарственного препарата на плод превышает потенциальную пользу для будущей матери

БМКК при АГ в период беременности не отмечено ни отрицательного влияния, ни позитивного воздействия на прогноз беременности и родов. По этой причине ряд авторов рекомендуют использовать БМКК для лечения острой и хронической АГ беременных в случаях, когда АГ рефрактерна к терапии метилдопой или β -адреноблокаторами, либо существуют противопоказания для использования указанных препаратов. Одновременно в рекомендациях ЕОГ–ЕОК, 2003, БМКК представлены как препараты второй линии. Авторами документа отмечено, что БМКК, вероятно, более эффективны в лечении АГ беременных, чем β -адреноблокаторы. Существует настороженность по поводу потенциального риска тератогенных эффектов БМКК, так как кальций активно участвует в процессах органогенеза. В эксперименте длительно вызывал тератогенный эффект и индуцировал развитие выкидышей. Однако в клинических исследованиях не выявлено повышения частоты врожденных аномалий на фоне терапии БМКК. Данные небольшого ретроспективного исследования показали, что нифедипин и верапамил не вызывали повышения частоты врожденных аномалий у детей, матери которых принимали препарат в I триместре беременности. Многоцентровое проспективное когортное исследование, результаты которого были опубликованы в 1996 году, подтвердило отсутствие тератогенного эффекта при применении БМКК в I триместре беременности.

Наиболее изученным препаратом из группы БМКК является нифедипин. Накоплен достаточный клинический опыт, позволяющий относить его к числу относительно безопасных для плода, и рекомендовать в качестве антигипертензивного средства второй линии у беременных.

В доступной литературе достаточно сообщений об успешном использовании как короткодействующего нифедипина в качестве средства для фармакотерапии тяжелой АГ, гипертонических кризов у беременных, так и ретардных форм нифедипина для продолжительной базисной терапии АГ в период гестации. Все исследователи сообщают об устойчивом антигипертензивном эффекте нифедипина. Большинство авторов подчеркивают отсутствие серьезных осложнений и, в частности, развития тяжелой гипотензии у матери при использовании в клинической практике нифедипина. Однако, следует иметь в виду, что нифедипин короткого действия при сублингвальном использовании в ряде случаев может провоцировать резкое падение АД, что приводит к снижению плацентарного кровотока, поэтому при гипертоническом кризе у беременной его следует применять перорально. Следует помнить о том, что совместное применение БМКК и сульфата магния противопоказано. Описаны случаи гипотензии, угнетения сократимости миокарда, инфаркта миокарда и нервно-мышечной блокады при использовании этой комбинации препаратов (сульфат магния и нифедипин).

β -адреноблокаторы. В соответствии с классификацией FDA β -адреноблокаторы (БАБ) пиндолол и ацебутолол относятся к классу В; метопролол, тимолол, окспренолол, пропранолол — к классу С, атенолол — к классу D в 1997 году и к классу С 2000 года. К настоящему времени опубликовано много сообщений об изучении эффектов БАБ при лечении АГ в период

беременности, и в большинстве из них указывается на успешное использование препаратов этой группы. Данные нескольких рандомизированных клинических исследований в целом свидетельствуют, что БАБ эффективны и безопасны в качестве антигипертензивной терапии АГ беременных. Существует, однако, мнение, что назначенные на ранних сроках беременности БАБ, в особенности атенолол и пропранолол, могут вызывать задержку внутриутробного развития плода в связи с повышением общего сосудистого сопротивления. Одновременно в плацебо-контролируемом исследовании при применении метопролола не получено данных, указывающих на отрицательное влияние препарата на внутриутробное развитие плода. В 2000 году von Dadelszen P. et al. опубликовали мета-анализ клинических исследований по фармакотерапии АГ в период гестации, в том числе с применением БАБ, результаты которого позволили им сделать очень интересные выводы. Задержка внутриутробного развития плода, считают ученые, обусловлена не эффектом, специфичным для БАБ, а возникающей в ходе терапии любым препаратом гипотензии. Все использовавшиеся антигипертензивные препараты одинаково снижали риск развития тяжелой гипертензии в 2 раза в сравнении с плацебо, при их сравнении каких-либо преимуществ по влиянию на «конечные» точки (развитие тяжелой АГ, материнская и перинатальная летальность) не выявлено. Результаты проведенного мета-анализа по сравнительному изучению БАБ и метилдопы (13 клинических исследований) свидетельствуют о сопоставимости препаратов как в отношении эффективности, так и безопасности. Стрижаков А.Н. и соавт., 2004, сообщают об успешном использовании у беременных с АГ бетаксолола. Преимуществами БАБ в лечении АГ в период беременности являются: постепенное начало гипотензивного действия, отсутствие влияния на ОЦК, отсутствие ортостатической гипотензии, уменьшение частоты развития респираторного дистресс-синдрома у новорожденного. Представляется, что большие перспективы для успешного использования в терапии АГ беременных имеет высокоселективный β_1 -адреноблокатор с вазодилатирующими и вазопротективными свойствами небиволол. Применение небиволола предупреждает развитие гестоза, внутриутробной задержки развития и гибели плода, преждевременных родов. Не отмечено неблагоприятных влияний небиволола на плод, а также на состояние здоровья, рост и развитие детей в течение их первых 18 месяцев жизни.

Лабеталол. α - β -адреноблокатор лабеталол также обладает вазодилатирующими свойствами за счет блокады α -рецепторов сосудов. За рубежом лабеталол широко используется как препарат замены при неэффективности или непереносимости препарата выбора — метилдопы — при умеренной АГ беременных и, как средство второго ряда, при тяжелой АГ. Лабеталол относится к препаратам класса С по FDA. Привлекательность лабеталола повышает тот факт, что у него слабо, по сравнению с β -блокаторами, выражена способность проникать через плаценту. Вместе с тем, безопасность лабеталола изучена в меньшей степени, чем препарата метилдопа. В России, как указывалось выше, к сожалению, лабеталол отсутствует в аптечной сети.

Вазодилататоры миотропного действия в настоящее время не применяются для плановой терапии и используются только в экстренных ситуациях. Гидралазин относится по FDA к классу В и является одним из наиболее часто применяемых за рубежом препаратов для парентерального введения при внезапном резком повышении АД у женщин с АГ в период гестации. Препарат, по мнению ряда исследователей, оказывает быстрый, но контролируемый антигипертензивный эффект, не оказывает негативного влияния на сердечный выброс матери и кровообращение плода. Одновременно многие авторы указывают, что гидралазин может вызвать достаточно много побочных эффектов у матери (головная боль, тахикардия, аритмия, олигурия, гипотония, гемолиз, повышение уровня печеночных ферментов, тромбоцитопения) и брадикардию у плода. Magee L. A. et al. в 2003 году опубликовали мета-анализ 21 исследования, продемонстрировавший, что применение гидралазина ассоциируется с большим числом побочных эффектов для матери и плода, а также большей частотой неблагоприятных исходов беременности, чем лабеталол и нифедипин. В Европе отказались от применения гидралазина и рекомендуют использовать при гипертонических кризах в период беременности лабеталол (для внутривенного введения), нифедипин и метилдопу (перорально). Дигидралазин близок к гидралазину по эффектам, но способен оказывать неблагоприятное влияние на углеводный обмен, его применяют лишь в случае неэффективности других лекарственных средств, использующихся при купировании тяжелой АГ, — гидралазина, нифедипина, лабеталола. В России в настоящее время гидралазин и дигидралазин на фармацевтическом рынке отсутствуют.

Препараты других групп, предложенные для фармакотерапии АГ в период беременности. Помимо лекарственных средств, признанных в качестве основных для лечения АГ в период беременности, могут применяться и другие препараты. По данным литературы, в мире при гипертонических расстройствах в период гестации ими пользуются гораздо реже.

Диуретики. В настоящее время целесообразность применения мочегонных средств при АГ в период беременности ставится под сомнение. Известно, что гестоз ассоциирован с гиповолемией. Снижение объема плазмы у беременных повышает риск развития неблагоприятных исходов для матери и плода. Данные об эффективности и безопасности диуретиков в период беременности немногочисленны и противоречивы. Данные мета-анализа девяти клинических исследований, в которых проведено наблюдение более чем за 7000 беременными, свидетельствуют об отсутствии увеличения неблагоприятных исходов для плода при применении тиазидных диуретиков. Антагонисты альдостерона, в частности верошпирон, противопоказаны при беременности, так как вызывают феминизацию у плода мужского пола. Исходя из вышеизложенного, диуретики не должны применяться при АГ беременных в качестве препаратов первого ряда, не рекомендуются для использования при гестозе и абсолютно противопоказаны в случае нарушения маточно-плацентарного кровотока и задержке внутриутробного развития плода. Однако, препараты этой группы могут быть использованы для контроля АД у беременных с

ХАГ. Гипотиазид в соответствии с классификацией FDA относят к классу препаратов С.

Клонидин в соответствии с FDA относится к классу С, может использоваться в III триместре беременности, но не имеет преимуществ перед другими антигипертензивными препаратами. При использовании на ранних сроках беременности выявлена эмбриотоксичность. Кроме того, отмечены расстройства сна у детей, чьи матери получали во время беременности клонидин.

Препараты магния. Магния сульфат не относится к антигипертензивным препаратам, является противосудорожным средством и по мнению FDA относится к категории А. Препарат не применяется для длительного лечения АГ в период гестации, а используется парентерально с целью профилактики судорожного синдрома при ПЭ или рецидивирующих судорогах при эклампсии, а также в комплексной терапии острой тяжелой АГ. В рандомизированных клинических исследованиях показано, что применение магния сульфата значительно снижает частоту развития эклампсии и материнской смертности при АГ в период беременности.

Магния оротат не оказывает выраженного гипотензивного эффекта, но нормализует исходно сниженный уровень магния, профилактирует утяжеление АГ и присоединение протеинурии.

Блокаторы медленных кальциевых каналов не должны применяться в сочетании с сульфатом магния (из-за риска неуправляемой гипотензии).

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и антагонисты рецепторов к ангиотензину II относятся к классу D и абсолютно противопоказаны во втором и третьем триместрах беременности. Применение этих препаратов в указанные сроки связано с высоким риском задержки внутриутробного развития плода, развития маловодия, костных дисплазий с нарушением оксификации свода черепа и укорочением конечностей, респираторного дистресс-синдрома, гипотензии, гипоплазии легких, дизгенезии почек, острой почечной недостаточности у плода или новорожденного, гибели плода или новорожденного.

Препараты раувольфии — существуют данные об их эмбриотоксическом действии (класс D). Перед родами препараты этой группы могут приводить к обструкции дыхательных путей, анорексии и летаргии плода. Исходя из этого, применять эти лекарственные средства для лечения АГ у беременных не следует.

Лечение острой артериальной гипертензии

Значительное повышение АД у беременных, в том числе и при тяжёлом гестозе, эклампсии и преэклампсии, требует его снижения. САД ≥ 170 мм рт.ст. или ДАД ≥ 110 мм рт.ст. у беременных должно рассматриваться как неотложное состояние, и в этом случае абсолютно необходима госпитализация.

Абсолютные величины АД (систолическое АД 170 мм рт.ст. и/или диастолическое — 110 мм рт.ст. и выше) могут быть использованы в качестве ориентиров, но не критериев. При имеющихся симптомах преэклампсии или эклампсии и более низких значениях САД и ДАД также представляют собой экстренное гипертоническое состояние.

Снижение АД осуществляют в течение часа в условиях отделения интенсивной терапии.

Самое главное правило при лечении гипертонических кризов — осторожное и контролируемое снижение АД. Слишком агрессивное лечение может привести к снижению перфузионного давления ниже минимального уровня, необходимого для нормального функционирования органов. Это приведёт к дальнейшему повреждению структур головного мозга, миокарда или почек, снижению плацентарного кровообращения, отслойке плаценты и гипоксии плода. При проведении гипотензивной терапии следует иметь в виду, что снижение АД должно быть не более 20% от исходного.

Средства, применяемые для лечения гипертонических кризов при беременности, и способы их введения приведены в таблице 4.

Наиболее широко применяемое средство — гидралазин, назначается внутривенно или внутримышечно и является в большинстве случаев эффективным. В том случае, если препарат вводится в виде в/в инфузии, с фармакокинетической точки зрения (максимальный эффект через 20 минут, длительность действия от 6 до 8 часов) более целесообразно его прерывистое дозированное применение. Доза в 5 мг вводится в/в в течение 1–2 минут. Через 20 минут размер следующей дозы определяется из расчета первичной реакции. По достижении желаемого эффекта, средство вводится повторно в той же дозе через несколько часов.

Эффективен при гипертоническом кризе у беременной и парентеральный лабеталол. Лабеталол — это средство второй очереди. Его противопоказано назначать женщинам с бронхиальной астмой, острой сердечной недостаточностью.

В неотложных ситуациях можно использовать нифедипин. Нифедипин действует быстро, вызывая значительное снижение АД в течение 10–20 минут после приема per os. Необходимо помнить об опасности развития тяжелой гипотензии у беременных при совместном использовании нифедипина или любого другого антагониста кальция с сульфатом магния.

В редких случаях при отсутствии эффекта от применения гидралазина, нифедипина и лабеталола при острых гипертонических состояниях возможно назначение нитропруссид натрия.

Следует подчеркнуть, что в аптечной сети отсутствует в настоящее время гидралазин, лабеталол и нитропруссид натрия, что требует решения на государственном уровне.

Кроме антигипертензивной терапии при гестозе используют целый комплекс лечебных мероприятий. Несколько важных принципов лежит в основе тактики лечения гестоза. Основная цель лечения матери — это предотвратить наступление эклампсии или других серьезных осложнений гестоза. Эти нарушения полностью обратимы и обычно регрессируют после родов. Таким образом, если исходить из интересов матери, родоразрешение — наиболее оптимальный метод лечения независимо от тяжести гестоза и срока гестации. Родоразрешение не показано при отсутствии риска для матери (при легком гестозе) и при недостаточном гестационном возрасте плода. Таким образом, любое лечение гестоза, отличное от родоразрешения, должно иметь своим логическим завершением снижение перинатальной заболеваемости и смертности.

Таблица 4

СПЕКТР ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЮЩИХСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ТЯЖЕЛОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ (САД \geq 170 мм.рт.ст. или ДАД \geq 110 мм.рт.ст.)
• гидралазин (начинать с 5 мг в/в или 10 мг в/м. Если снижение АД недостаточно, повторить через 20 минут (от 5 до 10 мг в зависимости от реакции); при достижении желаемого АД, повторить по необходимости (обычно через 3 часа); при отсутствии эффекта от общей дозы 20 мг в/в или 30 мг в/м, использовать другое средство).
• лабеталол (начинать с в/в дозы 20 мг; при недостаточности эффекта назначить 40 мг 10 минут спустя и по 80 мг через каждые 10 минут еще 2 раза; максимальная доза 220 мг; если нужный результат не достигнут, использовать другой препарат; избегать у женщин с бронхиальной астмой и сердечной недостаточностью).
• нифедипин (начинать с 10 мг per os и повторить через 30 минут при необходимости) Сублингвальный прием нифедипина у беременных опасен в связи с опасностью развития тяжелой гипотонии.
• метилдопа (начинать с 0,25 мг, максимальная доза 2г в течение суток).
• нитропруссид натрия (используется редко, в том случае, если нет эффекта от вышеперечисленных средств и/или есть признаки гипертонической энцефалопатии; начинать с 0,25 μ г/кг/мин максимально до 5 μ г/кг/мин; эффект отравления плода цианидом может наступить при использовании более 4 часов).
При развитии отека легких на фоне повышения АД препаратом выбора является нитроглицерин. При появлении первых признаков отека легких нитроглицерин дают под язык (0,5–1 мг), при необходимости повторно через 10–15 мин. Наиболее эффективно внутривенное капельное введение нитроглицерина (10–20 мг в 100–200 мл 5% раствора глюкозы, 1–2 мг/час, максимальная скорость введения 8–10 мг/час). При этом систолическое АД следует поддерживать на уровне не менее 100–110 мм рт.ст. Применение нитратов возможно непродолжительное время (не более 4 часов), в связи с их отрицательных воздействием на плод и риском развития отека мозга у матери.

Осторожно: Внезапная и тяжелая гипотензия может возникнуть при назначении любого из этих препаратов, особенно короткодействующего нифедипина. Конечной целью лечения беременных с АГ в экстренных ситуациях должно быть его постепенное снижение до нормальных величин.

Клиническое замечание: В лечении острой гипертонии внутривенный путь введения препаратов безопаснее и предпочтительнее, чем оральный или внутримышечный, так как позволяет предупредить развитие тяжелой гипотензии прекращением инфузии. Использование орального или внутримышечного пути введения препаратов не позволяет быстро влиять на концентрацию препарата в крови, так как невозможно воздействие на кишечную или мышечную абсорбцию препаратов в случае развития гипотензии.

Принципы комплексной терапии при гестозе подробно приведены в рекомендациях Российского общества акушеров и гинекологов, 2006 года. Динамическое наблюдение и лечение беременных с гестозом необходимо проводить в стационаре. Оно включает в себя: полупостельный или постельный режим, измерение артериального давления 5–6 раз в день (обязательно утреннее и вечернее измерение), контроль веса 1 раз в 4 дня, ежедневный контроль водного баланса, контроль протеинурии 1 раз в 3 дня, общеклинический и биохимический анализ крови минимум 1 раз в неделю, а при необходимости и чаще. Оценка функционального состояния плода проводится ежедневно. Принципы терапии гестоза заключаются в создании лечебно-охранительного режима, восстановлении функции жизненно важных органов, быстром и бережном родоразрешении. Проводится терапия низкими дозами аспирина, омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами для улучшения реологических и коагуляционных свойств крови. Эта терапия особенно актуальна у пациенток с угрозой тромбозов. Восстановление функции жизненно важных органов включает также инфузионно-трансфузионную и дезинтоксикационную терапию, нормализацию водно-солевого обмена, улучшение маточно-плацентарного кровотока, при необходимости — антиконвульсивную терапию.

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, СОХРАНЯЮЩЕЙСЯ ПОСЛЕ РОДОВ

У женщин с ХАГ в послеродовом периоде может развиться гипертоническая энцефалопатия, сердечная недостаточность и отек легких, почечная недостаточность.

Факторы риска развития этих осложнений включают: сопутствующее заболевание сердца, хроническое заболевание почек, присоединившийся гестоз, отслойку плаценты, осложненную синдромом диссеминированного внутрисосудистого свертывания, и необходимость многокомпонентной антигипертензивной терапии.

Возможные осложнения, спровоцированные беременностью, обычно исчезают быстро в течение нескольких дней после родов. Разрешение артериальной гипертензии наступает быстрее у пациентов с ГАГ и может запаздывать у пациенток с гестозом. Это более длительное сохранение АГ, очевидно, обусловлено временем, необходимым для восстановления эндотелия. Для контроля АД после родов могут понадобиться антигипертензивные препараты, в частности, у женщин, имевших высокое АД до беременности.

Для контроля АД после родов могут понадобиться антигипертензивные препараты, в частности, у женщин, имевших высокое АД до беременности.

Если АД до беременности было нормальным или уровень АД до беременности неизвестен, целесообразно прекратить прием препаратов через 3–4 недели после родов и измерять АД с 1–2 недельными интервалами в течение месяца, а затем с 3–6 месячными интервалами в течение года. Если артериальная гипертензия в течение этого срока выявляется — требуется лечение.

Лечение артериальной гипертензии во время лактации

Кормление грудью должно поощряться и может осуществляться безопасно с определенными ограничениями в выборе антигипертензивных средств. У женщин с артериальной гипертензией I степени, желающих кормить грудью в течение нескольких месяцев, может быть рассмотрен вопрос о временной отмене медикаментозной антигипертензивной терапии с мониторингом АД. После прекращения кормления грудью антигипертензивная терапия может быть возобновлена. Для пациенток с более существенным повышением АД можно решать вопрос лишь об уменьшении дозы антигипертензивных ЛС с последующим пристальным контролем состояния не только матери, но и ребенка. Необходимо учитывать тот факт, что наиболее часто используемый во время беременности антигипертензивный препарат метилдопа в послеродовом периоде может провоцировать депрессию у матери.

Информация по экскреции антигипертензивных средств в человеческое грудное молоко не достаточна, а влияние этих препаратов на новорожденного недостаточно исследовано. Кроме того, нет информации относительно отсроченных эффектов и состояния здоровья детей, подвергшихся воздействию этих ЛС при грудном вскармливании. Практически все антигипертензивные препараты экскретируются в грудное молоко, хотя разница в концентрациях молоко/плазма зависит от жирорастворимости и степени ионизации препарата. Нет сведений о ближайших неблагоприятных эффектах у новорожденных при использовании метилдопы и гидралазина в период лактации. Хотя FDA рассматривает атенолол как совместимый с лактацией, этот бета-блокатор, как и метопролол и надолол, концентрируется в грудном молоке. В меньшей степени проникают в грудное молоко пропранолол и лабеталол. Все бета-адреноблокаторы, проникая в организм новорожденного с молоком, могут вызывать гипотензию, брадикардию и нарушать атрио-вентрикулярную проводимость плода.

Информация о блокаторах медленных кальциевых каналов при лактации практически отсутствует.

Диуретики могут уменьшать образование молока и подавлять лактацию.

Ингибиторы АПФ и антагонисты рецепторов к АТII противопоказаны для использования в периоде лактации, так как имеются сведения об их неблагоприятном влиянии на функцию почек у новорожденного.

Очевидно, что имеется недостаток научных данных о влиянии лекарств, используемых в периоде лактации, на ребенка. В связи с этим младенцы, чьи матери принимают антигипертензивные средства в период лактации, должны тщательно наблюдаться педиатрами для раннего выявления возможных неблагоприятных эффектов этой терапии.

ОТДАЛЕННЫЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ ПРОГНОЗ

Женщины, имевшие артериальную гипертензию во время беременности, должны быть тщательным образом обследованы в последующие после родов месяцы и проконсультированы относительно возможности будущих беременностей и отдаленного риска кардиоваскулярных

осложнений. Любое нарушение (изменение лабораторных или физикальных параметров), не подвергшееся обратному развитию до выписки из родильного дома, должно быть оценено в позднем послеродовом наблюдении. Ожидается, что АГ или другие признаки органной дисфункции, ассоциированные с гестозом, регрессируют через 6 недель после родов, но если они сохраняются, пациентка должна быть повторно обследована еще через 6 недель. В том случае, если гемодинамические и/или метаболические параметры не восстановились, сохраняющаяся патология может быть названа хронической.

Исследования, специально посвященные изучению влияния АГ в период беременности на развитие в последующей жизни сердечно-сосудистых заболеваний у женщин и их детей, немногочисленны. Абсолютное большинство авторов сходится во мнении, что АГ в период беременности является фактором риска сердечно-сосудистой патологии в дальнейшей жизни для самой женщины и для ее ребенка. Беременность может рассматриваться как «стресс-тест», который выявляет предрасположенность к АГ и предсказывает здоровье женщины в последующем. По мнению отечественных ученых, перенесенный гестоз может провоцировать развитие в последующей жизни хронических заболеваний: гипертонической болезни, патологии почек, эндокринных нарушений. Большинство проведенных за рубежом крупных ретро- и проспективных исследований были посвящены определению кардиоваскулярного риска у женщин, имевших в анамнезе гестоз. Исследования показали значительное увеличение заболеваемости и летальности от инфаркта миокарда и инсульта у женщин, имевших в анамнезе не только гестоз, но и ГАГ.

Единичные работы посвящены изучению влияния АГ беременных на отдаленный прогноз для ребенка. Есть данные, что вес новорожденного и степень раннего постнатального развития ребенка могут дать представление о будущих антропометрических параметрах взрослого и предсказать риск развития ожирения, сахарного диабета типа 2 и сердечно-сосудистых расстройств в последующей жизни. Известно, что у женщин с АГ во время беременности чаще рождаются дети с низким весом.

Таким образом, АГ в период беременности может рассматриваться как независимый фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний. Ассоциация АГ в период гестации с повышением риска кардиоваскулярной патологии — важная информация для долгосрочных стратегий здравоохранения. Пациентки, имеющие в анамнезе АГ беременных, а также их дети, требуют в течение всей жизни активного врачебного наблюдения и, при необходимости, проведения профилактических и лечебных мероприятий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Артериальная гипертония в период беременности особо выделяется среди актуальных вопросов здравоохранения не только потому, что находится на стыке важнейших проблем медицины и общества в целом. Внутри темы «АГ беременных» содержится еще множество несогласованных на сегодняшний день аспектов: отсутствует единая терминология; используются различные классификации и критерии АГ; нет единого мнения

о тактике ведения пациенток, в том числе, о времени начала фармакотерапии и спектре лекарственных средств. Кроме того, недостаточно изучены вопросы патогенеза и отдаленного прогноза АГ в период гестации, не всегда в достаточном объеме используются современные возможности лабораторно-диагностических методов исследования. Все это делает абсолютно необходимым разработку и принятие единых рекомендаций по ведению беременных с АГ, а также планирование научных исследований по этой проблеме.

Рабочая группа ВНОК по высокому артериальному давлению при беременности приглашает обсудить предлагаемый доклад всех специалистов, участвующих в ведении беременных с АГ (прежде всего акушеров-гинекологов, кардиологов, терапевтов, педиатров, клинических фармакологов, специалистов по диагностическим методам исследования) и внести свою лепту в разработку Российских рекомендаций по ведению беременных с АГ.

Литература

1. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертонии. Российские рекомендации (второй пересмотр). — М., 2004. — 20 с.
2. Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Самсоян З.А., Дуболазов В.Д. Дифференцированный подход к выбору терапии и акушерской тактики у беременных с артериальной гипертонией // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2004. — №1. — С.7–15.
3. ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG practice bulletin. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. No. 33, January 2002. American College of Obstetricians and Gynecologists // *Obstet. Gynecol.* — 2002. — V.99. — P.159–167.
4. Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension - European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension // *J. Hypertension.* — 2003. — V.21. — №6. — P.1011–1053.
5. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task Force on the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology // *J Hypertens.* — 2007. — V.25. — P.1105–1187.
6. Magee L.A., Cham C., Waterman E.J. et al. Hydralazine for treatment of severe hypertension in pregnancy: meta-analysis // *BMJ.* — 2003. — V.327. — P.955.
7. Magee L.A., Duley L. Oral beta-blockers for mild to moderate hypertension during pregnancy // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2003. — 3:CD002863.
8. Pre-eclampsia Community Guideline (PRECOG) // *BMJ* — 2005. — Vol.330, N 7491. — P.576–580.
9. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure // *Hypertension.* — 2003. — V.42. — P.1206–1256.
10. The Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases During Pregnancy on the European Society of Cardiology. Expert consensus document on management of cardiovascular diseases during pregnancy // *Eur. Heart J.* — 2003. — V.24. — P.761–781.
11. Von Dadelszen P., Ornstein M.P., Bull S.B. et al. Fall in mean arterial pressure and fetal growth restriction in pregnancy hypertension: a meta-analysis // *Lancet.* — 2000. — V.355. — P.87–92.
12. Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy // *J Clin Hypertens.* — 2001. — V.3 — P.75–88.