

Н.А. ЦИБУЛЬКИН, С.Д. МАЯНСКАЯ, А.И. АБДРАХМАНОВА

Казанская государственная медицинская академия

616.12-008.331.1:618.3

Артериальная гипертензия при беременности

Цибулькин Николай Анатольевич

кандидат медицинских наук,

доцент кафедры кардиологии и ангиологии

420018, г.Казань, ул.Муштари, дом.11, тел. (843) 268-66-42

В настоящей статье рассматриваются основные принципы диагностики и лечения артериальной гипертонии у беременных. Приводится современная классификация артериальной гипертонии у беременных, характеристика ее различных форм и тактика лечения. Уделено внимание вопросам прогноза заболевания после беременности.

Ключевые слова: беременность, артериальная гипертония.

N.A. TSIBULKIN, S.D. MAYANSKAJA, A.I. ABDRAKHMANOVA

Kazan State Medical Academy

Arterial hypertension during pregnancy

This article discusses the basic principles of diagnosis and treatment of arterial hypertension in pregnancy. A modern classification of hypertension in pregnancy, characterization of its various forms and tactics of treatment are given. Pay attention to the prognosis of the disease after pregnancy.

Key words: pregnancy, arterial hypertension.

Повышение артериального давления является на сегодняшний день широко распространенным явлением. Особенно существенное клиническое значение артериальная гипертензия приобретает при беременности в связи с высокой частотой ее появления при данном состоянии. В этом случае повышение артериального давления может рассматриваться и как самостоятельное заболевание, и как осложнение беременности, однако независимо от этого является фактором риска как материнской, так и перинатальной заболеваемости и смертности. Считается, что повышение артериального давления регистрируется примерно в одной трети всего количества беременностей и может рассматриваться как причина примерно четверти всех случаев материнской смертности.

Следует признать, что тактика ведения таких пациенток за последнее время существенно не изменилась, главным образом в связи с тем, что, несмотря на обширнейший материал медицинских наблюдений, причины возникновения данного

состояния при беременности остаются во многом неопределенными. С другой стороны, этические соображения, имеющие в данном случае особый вес, ограничивают возможности планирования и проведения рандомизированных клинических исследований, которые и являются на сегодняшний день золотым стандартом доказательности, с целью разработки и применения новых лечебных тактик и мероприятий.

В основу рассмотрения гипертонии при беременности ставится, как уже указывалось, факт наличия этого состояния до момента наступления беременности. При этом подразумевается, что заболевание имеет, как правило, более или менее хроническое течение, может сопровождаться поражением органов-мишеней, в частности почек, однако может быть диагностировано как таковое на любом этапе наблюдения за пациенткой — как до, так и во время, и после беременности. В другом случае артериальная гипертензия представляет



собой осложнение беременности (преэклампсия, эклампсия) с существенной протеинурией (более 0.3 г/сут.). Далее преэклампсия как осложнение беременности может сочетаться с ранее существовавшей артериальной гипертонией и проявляться как в прогрессирующем увеличении уровня протеинурии, так и в нарастающих признаках нарушений функции органов-мишеней. И, наконец, существует такое состояние, как гестационная гипертензия, определяемая как стойкое, но умеренное повышение артериального давления, впервые возникающее после 20-й недели беременности.

Если в случае наличия предшествующей гипертензии повышенное артериальное давление и составляет суть проблемы, то такое осложнение, как эклампсия, представляет собой сложный патогенетический процесс, в основе которого, как представляется, лежит системная эндотелиальная дисфункция, являющаяся следствием нарушения плацентарного кровотока. Помимо гипертензионного и судорожного синдрома, она включает в себя нарушение кровообращения в жизненно важных органах и нарушений в свертывающей системе крови.

Практика показывает, что повышение артериального давления при беременности само по себе не является существенной патологией и возникает в большом числе случаев нормально протекающих беременностей. Умеренное повышение давления в этом случае может рассматриваться как элемент общего процесса адаптации организма женщины к состоянию беременности и подготовки к предстоящим родам, а также как физиологический механизм поддержания необходимого уровня фето-плацентарного кровотока. Хотя, с другой стороны, известно, что в двух первых триместрах беременности может наблюдаться даже физиологическая гипотония. Таким образом, повышение артериального давления до 140/90 мм рт. ст. следует, вероятно, оценивать не как проявление патологии, а, скорее, как показание к более тщательному наблюдению и углубленному обследованию.

Особенностью оценки гемодинамики в данной группе пациентов является преимущественное внимание к уровню диастолического давления, которое, по мнению экспертов, в большей степени соответствует фактическому давлению в артериальной системе. В зависимости от условий, в которых проводится обследование пациентки, диагноз артериальной гипертензии может устанавливаться либо на основании однократно измеренного диастолического давления, равного или превышающего 110 мм рт. ст., либо на основании двукратного измерения, равного 90 мм рт. ст. или превышающего этот уровень. О тяжелой артериальной гипертензии можно говорить, когда указанные показания равны или превышают 120 и 110 мм рт. ст. соответственно. Данная классификация уровня артериального давления в целом соответствует общепринятому подходу, с той лишь разницей, что «умеренная артериальная гипертензия» при беременности включает повышение систолического АД в пределах 140-159 мм рт. ст. (соответствует 1-й степени стандартной классификации), а диастолического – в пределах 90-109 мм рт. ст. (соответствует 2-й степени классификации АГ). Значения любого из давлений выше указанных границ расцениваются как «тяжелая артериальная гипертензия». Использование такого подразделения уровней гипертензии имеет клиническое обоснование и объясняется существенным повышением риска развития осложнений при наличии у пациентки тяжелой гипертензии. Важно, что данная классификация едина, независимо от того, хроническая это артериальная гипертензия, гестационная или их сочетание.

Стадийность артериальной гипертензии при беременности отдельно не оценивается, однако может использоваться, если таковая была определена до наступления беременности.

Факторы риска возникновения гипертензии при беременности во многом сходны с факторами риска ее развития среди населения в целом, однако имеют и свои специфические особенности. В первую очередь это наличие гипертензионных осложнений во время предшествующих беременностей, а также семейный анамнез такого рода патологии. Во-вторых, это особенности текущей беременности — первая беременность, поздняя беременность, многоплодная беременность, а также длительный интервал после предшествующей беременности. В-третьих, это общепринятые факторы риска гипертензии, такие как сахарный диабет и ожирение, а также заболевания, непосредственно связанные с формированием гипертензии: метаболический синдром, заболевания почек, сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы.

Актуальность контроля уровня артериального давления у беременных связана с тем, что его повышение обуславливает возникновение целого ряда патологических состояний, имеющих неблагоприятный клинический прогноз. В частности, наличие стойкой гипертензии повышает риск формирования хронической плацентарной недостаточности с задержкой развития плода, отслойки плаценты и невынашивания беременности, а также связано с увеличением показателя перинатальной смертности. Помимо нарушений в течении беременности и родоразрешении повышенное артериальное давление может привести к существенным патологическим состояниям, не связанным с беременностью, таким как нарушение мозгового кровообращения и отслойка сетчатки. Следует также отметить, что наличие артериальной гипертензии во время беременности повышает у этих женщин вероятность возникновения метаболического синдрома и сердечно-сосудистых заболеваний в дальнейшем.

Хроническая артериальная гипертензия подразумевает наличие повышенного давления:

- а) до беременности;
- б) его появление на сроках менее 20 недель беременности;
- в) его сохранение более 12 недель после родов.

В основе хронической артериальной гипертензии лежит, как правило, эссенциальная или любая симптоматическая гипертензия. В отличие от хронической гестационная артериальная гипертензия предполагает возникновение повышенного давления позже 20 недель беременности и ее исчезновение в пределах 12 недель после родов. Даже умеренная хроническая или гестационная артериальная гипертензия представляет повышенный риск развития цереброваскулярных осложнений и нарушения нормального течения беременности. Кроме того, она может в течение короткого времени трансформироваться в состояния, прямо угрожающие здоровью и жизни как плода, так и матери.

Более тяжелой формой течения гипертензии беременных является преэклампсия, которая характеризуется артериальной гипертензией в сочетании с протеинурией более 0.3 г/сут. Важно помнить, что невысокие цифры протеинурии не рассматриваются как патологическое явление при беременности. В ряде случаев это может быть связано с наличием у пациентки хронической инфекции мочевыводящих путей, что требует соответствующей коррекции. Тяжелое течение

преэклампсии может приводить к формированию почечной и полиорганной недостаточности, неврологическим нарушениям у беременной и нарушениям внутриутробного развития плода. В то же время наличие отеков не рассматривается как симптом преэклампсии, т.к. они, по литературным данным, сопровождают течение от половины до трех четвертей всех беременностей.

Умеренной степени тяжести преэклампсии соответствует умеренное повышение артериального давления (в соответствии с упомянутой выше классификацией), протеинурия до 5 г/сут. в сочетании с минимальными последствиями для роста и развития плода. Напротив, тяжелая преэклампсия включает в себя тяжелую гипертензию, протеинурию выше 5 г/сут., олигурию, повышение креатинина более 90 мкмоль/л, тромбоцитопению, гемолиз, повышение активности печеночных ферментов, наличие неврологической симптоматики (головная боль, нарушение зрения), рвоту и существенное нарушение в процессе роста и развития плода. В качестве осложнений преэклампсии можно назвать почечную недостаточность, отслойку сетчатки, инсульт, а также отслойку плаценты с угрожающими последствиями для плода.

Риск развития преэклампсии определяется множеством различных факторов, однако практически прогнозировать ее возникновение достаточно затруднительно. К самым значимым факторам риска можно отнести артериальную гипертензию, предшествовавшую беременности, а также преэклампсию во время предшествовавших беременностей. Семейный анамнез также играет существенную роль наряду с индивидуальной генетической предрасположенностью. Слишком молодой возраст беременной или беременность в возрасте старше сорока лет, а также многоплодная беременность связаны с повышенным риском развития данного осложнения. Предрасположенность к преэклампсии связывают с наличием у беременной хронических заболеваний, таких как сахарный диабет, почечная патология, ожирение, нарушения в свертывающей системе крови, а также имевшаяся до наступления беременности артериальная гипертензия любого происхождения.

Еще более тяжелым состоянием, связанным с артериальной гипертензией у беременных является эклампсия, проявляющаяся присоединением к симптомам преэклампсии различной неврологической симптоматики и судорожного синдрома, не связанного с другими известными заболеваниями, такими как инсульт или эпилепсия. Необходимо помнить о большом разнообразии симптомов, которыми может проявляться эклампсия. К таковым в первую очередь следует отнести изменение общего состояния пациентки, повышенную возбудимость или заторможенность, головные боли, парестезии, подергивание лицевых мышц. Также проявлением эклампсии могут быть боли абдоминальной или грудной локализации, одышка и цианоз.

Преэклампсия и эклампсия, как правило, развиваются на фоне уже имеющейся хронической артериальной гипертензии, отягощая, по разным данным, от одной до трех четвертей всех случаев хронической гипертензии. Диагностика этих состояний в таком случае будет затруднена имеющимся повышенным давлением и отчасти имеющимся поражением органов-мишеней у лиц с гипертонической болезнью. Наиболее значимыми симптомами присоединения преэклампсии к имеющейся хронической артериальной гипертензии можно считать существенное нарастание величины протеинурии,

резкое увеличение уровня артериального давления или внезапно возникшие затруднения с его контролем. Резко возникшие признаки почечной недостаточности или недостаточности других органов и систем являются не только симптомами преэклампсии, но и признаками неблагоприятного прогноза.

С точки зрения кардиолога, обследование беременной пациентки с подозрением на артериальную гипертензию должно преследовать следующие цели. Во-первых, подтверждение факта наличия гипертензии и определение ее степени. Во-вторых, определение гипертензии как хронической или гестационной и исключение или установление диагноза гипертонической болезни или симптоматической гипертензии как источников хронической гипертензии. В-третьих, выявление симптомов возможной преэклампсии или факторов риска ее развития, а также определение признаков поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний. В-четвертых, определение прогноза, разработка тактики ведения пациентки и назначение лечения. Существенным фактором в обследовании является оценка состояния плода, которая проводится специалистом.

Лабораторные и инструментальные методы диагностики должны включать в себя общие анализы крови и мочи, биохимический анализ с оценкой уровня активности печеночных ферментов и коагулограмму. При подозрении на патологию со стороны сердца целесообразно зарегистрировать электрокардиограмму, а в ряде случаев провести ультразвуковое исследование сердца и крупных сосудов.

При оценке прогноза целесообразно рассматривать как степень повышения давления (умеренная или тяжелая), так и наличие поражения органов-мишеней (гипертрофия левого желудочка, поражение почек) и ассоциированные клинические состояния (цереброваскулярная и сердечно-сосудистая патология, диабет, метаболический синдром, поражение периферических артерий). Комплексная оценка прогноза позволяет дифференцированно подходить к выбору тактики ведения и родовспоможения у таких пациенток.

Целью лечения является:

- а) снижение риска развития осложнений;
- б) нормальное протекание беременности;
- в) оптимизация родоразрешения.

При хронической артериальной гипертензии с признаками повышенного риска осложнений медикаментозное лечение может быть начато при уровне АД со 140/90 мм рт. ст., и начиная со 150/95 мм рт. ст., если никаких признаков повышенного риска выявлено не было. При возникновении гестационной гипертензии лечение должно быть начато даже при умеренном уровне повышения давления с целью снижения риска дальнейшего его перехода в преэклампсию. В целом же наибольший риск для здоровья матери и плода представляет тяжелая артериальная гипертензия любого генеза, а также преэклампсия при любых уровнях артериального давления. Лечение гипертонических состояний осуществляется амбулаторно или стационарно, в зависимости от состояния пациентки. Показаниями к госпитализации являются тяжелая артериальная гипертензия и преэклампсия любой степени. Очевидно, что пациенток с умеренной гипертензией в сочетании с дополнительными факторами риска также желательно госпитализировать для более углубленного обследования и наблюдения в условиях стационара. Основным и необходи-



мым условием проведения гипотензивной терапии является контроль состояния плода.

Профилактическая направленность терапевтических мероприятий при хронической и гестационной артериальной гипертензии определяется тем, что на этом этапе адекватная гипотензивная терапия может улучшить состояние и матери, и плода. В отличие от этого преэклампсия на фоне гипотензивного лечения не всегда имеет тенденцию полного обратного развития. Таким образом, это состояние легче предотвратить, чем лечить. Это, однако, никоим образом не снижает важности применения гипотензивных препаратов в связи с тем, что их назначение в любом случае снижает риск развития сердечно-сосудистых осложнений при резком повышении АД и ухудшении состояния пациентки.

Преэклампсия даже умеренной степени выраженности требует госпитализации и наблюдения за состоянием, в то время как тяжелое ее течение предполагает решение вопроса об экстренном родоразрешении при стабилизации состояния беременной, так как родоразрешение является самым эффективным методом купирования данного состояния независимо от сроков беременности. Считается, что при явлениях тяжелой преэклампсии и дальнейшем нарастании ее симптомов родоразрешение должно быть произведено в течение суток с момента ухудшения состояния. Сочетание преэклампсии с уже существующей хронической гипертензией, как правило, отягощает прогноз и требует применения комбинированной гипотензивной терапии. В этой связи следует заметить, что объем гипотензивного лечения в данном случае будет определяться не столько дополнительными рисками, сколько его клинической эффективностью. Начало гипотензивной терапии при преэклампсии должно быть максимально ранним даже при умеренном подъеме артериального давления.

Подбор медикаментозного лечения артериальной гипертензии у беременных определяется степенью создаваемой ею угрозы для матери и плода, а также выраженностью тератогенного эффекта препаратов. Известно, что абсолютно безопасных лекарств не существует, однако известен ряд препаратов, эффект которых на плод является минимальным. Препаратами выбора для длительной гипотензивной терапии являются метилдопа (до 2,0 г/сут.) и пролонгированный нифедипин (до 120 мг/сут.). Бета-блокаторы в целом зарекомендовали себя достаточно безопасными препаратами в терапевтических дозах, за исключением пропранолола и атенолола. Предпочтение, вероятно, следует отдать лабеталолу, метопрололу, бисопрололу, бетаксололу. Доза должна подбираться индивидуально, в зависимости от получаемого эффекта. Из диуретиков наиболее безопасными считаются тиазидовые, фуросемид может применяться, но только по показаниям при явлениях выраженного снижения функции почек. С целью экстренного снижения артериального давления рекомендуется применение сернокислой магнезии 25%-ной от 20 мл, нифедипина короткого действия (10 мг), гидралазина, лабеталола (до 50 мг в/в), клофелина (0,15 мг). Нитроглицерин может использоваться в экстренных случаях, чаще при явлениях острой левожелудочковой недостаточности на фоне резкого повышения артериального давления.

Противопоказаны к применению у беременных следующие препараты: калийсберегающие диуретики, дилтазем, ингибиторы АПФ, антагонисты рецепторов ангиотензина, резерпин.

В послеродовом периоде у пациенток с артериальной гипертензией необходимо наблюдение как минимум в течение двух суток, допускается умеренное повышение давления. При сохранении гипертензии более трех месяцев после родов следует пересмотреть диагноз с целью определения гипертонической болезни или симптоматической артериальной гипертензии. Существенным является вопрос о том, в какой степени артериальная гипертензия, имевшая место во время беременности, может повлиять на сердечно-сосудистый риск в дальнейшем. Имеющиеся данные указывают, что у таких пациенток возникает склонность к развитию артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и цереброваскулярных осложнений, и в дальнейшем они нуждаются в более регулярном контроле модифицируемых факторов риска.

Таким образом, беременные с артериальной гипертензией имеют повышенный риск развития различных осложнений, они требуют систематического наблюдения и своевременного лечения, а также контроля в послеродовом периоде.

Таблица 1.
Классификация артериальной гипертензии при беременности

- хроническая артериальная гипертензия
- гипертоническая болезнь
- симптоматическая гипертензия
- гестационная артериальная гипертензия
- преэклампсия / эклампсия
- преэклампсия / эклампсия на фоне хронической гипертензии

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и лечение артериальной гипертензии у беременных. Клинические рекомендации. Всероссийское научное общество кардиологов. Российское медицинское общество по артериальной гипертензии. Москва, 2010.
2. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (третий пересмотр) Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов. Москва, 2008.
3. Ариас Ф. Беременность и роды высокого риска. Перевод с англ. М.: Медицина, 1989.
4. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство. М.: Медицина, 1989.
5. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Руководство по практическому акушерству. М.: ООО «МИА», 1997.
6. Bellamy L., Casas J.P., Hingorani A.D., Williams D.J. Preeclampsia and risk of cardiovascular disease and cancer in later life: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2007; 335: 974-982.