

Артериальная гипертензия беременных: диагностика, тактика ведения и подходы к лечению

Артериальная гипертензия (АГ) встречается у 4–8 % беременных. К АГ относится целый спектр различных клинико-патогенетических состояний: гипертоническая болезнь, симптоматические гипертензии (почечные, эндокринные), гестоз. Гипертензивный синдром — это вторая после эмболии причина материнской смертности, составляющая 20–30 % случаев в структуре материнской смертности. Показатели перинатальной смертности (30–100 0/00) и преждевременных родов (10–12 %) у беременных с хронической гипертензией значительно превышают соответствующие показатели у беременных без гипертензии. АГ увеличивает риск отслойки нормально расположенной плаценты, может быть причиной нарушения мозгового кровообращения, отслойки сетчатки, эклампсии, массивных коагулопатических кровотечений в результате отслойки плаценты.

Физиологические особенности сердечно-сосудистой системы, зависящие от развивающейся беременности, иногда создают такую ситуацию, когда оказывается трудно отличить физиологические сдвиги от патологических.

Гемодинамические изменения во время физиологической беременности представляют собой адаптацию к сосуществованию матери и плода, они обратимы и обусловлены следующими причинами:

- усилением обменных процессов, направленных на обеспечение нормальной жизнедеятельности плода;
- увеличением объема циркулирующей крови (ОЦК);
- появлением дополнительной плацентарной системы кровообращения;
- постепенным нарастанием массы тела беременной;
- увеличением размеров матки и ограничением подвижности диафрагмы;
- повышением внутрибрюшного давления;
- изменением положения сердца в грудной клетке;
- увеличением содержания в крови эстрагенов, прогестерона, простагландинов E.

Физиологическая гиперволемия является одним из основных механизмов, обеспечивающих поддержание оптимальной микроциркуляции (транспорта кислорода) в плаценте и таких жизненно важных органах матери, как сердце, мозг и почки. Кроме того, гиперволемия позволяет некоторым беременным терять в родах до 30–35 % объема крови без развития выраженной гипотонии. Объем плазмы крови у беременных увеличивается примерно с 10-й недели, затем быстро возрастает (примерно до 34-й недели), после чего увеличение продолжается, но медленнее. Объем эритроцитов возрастает в те же сроки, но в меньшей степени чем объем плазмы. Поскольку процентное увеличение объема плазмы превышает увеличение объема эритроцитов, возникают так называемая физиологическая анемия беременных, с одной стороны, и гиперволемическая дилуция, приводящая к снижению вязкости крови, — с другой.

К моменту родов вязкость крови достигает нормального уровня.

Системное АД у здоровых женщин изменяется незначительно. При нормально протекающей беременности систолическое АД (САД) и диастолическое АД (ДАД), как правило, снижаются во II триместре на 5–15 мм рт. ст. Причинами этих изменений являются формирование в эти сроки беременности плацентарного кровообращения и сосудорасширяющий эффект ряда гормонов, включая прогестерон и простагландины E, вызывающие падение общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС).

Во время беременности наблюдается физиологическая тахикардия. Частота сердечных сокращений (ЧСС) достигает максимума в III триместре беременности, когда она на 15–20 уд./мин превышает ЧСС у небеременной женщины. Таким образом, в норме ЧСС в поздние сроки беременности составляет 80–95 уд./мин, причем она одинакова как у спящих, так и у бодрствующих женщин.

При физиологически протекающей беременности происходит значительное снижение ОПСС, которое связывают с образованием маточного круга кровообращения с низким сопротивлением, а также с сосудорасширяющим действием эстрагенов и прогестерона. Снижение ОПСС, как и уменьшение вязкости крови, облегчает гемоциркуляцию и снижает постнагрузку на сердце.

Таким образом, индивидуальный уровень АД у беременных определяется взаимодействием основных факторов:

- снижением ОПСС и вязкости крови, направленных на уменьшение АД;
- увеличением ОЦК и МОС, направленных на увеличение АД.

В случае нарушения баланса между этими группами факторов артериальное давление у беременных перестает быть стабильно нормальным.

Классификация АГ

АГ у беременных — неоднородное понятие, объединяющее различные клинко-патогенетические формы гипертензивных состояний у беременных.

Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy в 2000 г. разработана более лаконичная классификация гипертензивных состояний при беременности, которая включает следующие формы:

- хроническая гипертензия;
- преэклампсия — эклампсия;
- преэклампсия, наложившаяся на хроническая гипертензию;
- гестационная гипертензия: а) преходящая гипертензия беременных (нет гестоза ко времени родов и давление возвращается к норме к 12-й неделе после родов (ретроспективный диагноз)); б) хроническая гипертензия (подъем давления после родов сохраняется (ретроспективный диагноз)).

Под хронической гипертензией подразумевается гипертензия, присутствовавшая до беременности или диагностируемая до 20-й недели гестации. Гипертензией считается состояние с САД равным или выше 140 мм рт. ст. и ДАД — 90 мм рт. ст. Гипертензия, диагностированная впервые во время беременности, но не исчезнувшая после родов также классифицируется как хроническая.

Диагностика

Согласно рекомендациям ВОЗ, измерение АД должно производиться после 5-минутного отдыха, в положении сидя, на обеих руках, с использованием манжетки соответствующего размера.