

Артериальная гипертензия в период беременности

О.Н. Ткачева, А.В. Барабашкина *, И.Е. Мишина **, Н.Ф. Разгуляева.

Кафедра клинической фармакологии МГМСУ, Москва.

* Областная клиническая больница, г. Владимир.

** Кафедра общей врачебной практики ГОУ ВПО НвГМА Росздрава.

Актуальность проблемы

Артериальная гипертензия (АГ) является самым распространенным кардионасоскулярным заболеванием, которое существенно ухудшает прогноз жизни, значительно влияет на показатели заболеваемости и смертности. При этом известно, что у женщин показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) выше, чем у мужчин [1]. Недооценка риска ССЗ у женщин сменялась в последние десятилетия значительным ростом интереса к проблемам женского здоровья [2]. Особым этапом в жизни женщины репродуктивного возраста является беременность, характеризующаяся выраженными гормональными, метаболическими и гемодинамическими изменениями. Даже у практически здоровых женщин беременность становится «стресс-тестом» для сердечно-сосудистой системы [3].

Изучение эпидемиологии АГ в период гестации дает представление о том, что АГ беременных и ее осложнения представляют собой общую и серьезную проблему не только для медицины, но и для человеческого сообщества в целом. Серьезность вопроса состоит в том, что АГ в период беременности достаточно распространена, является одной из главных причин заболеваемости и смертности матери, плода и новорожденного, а также отрицательно влияет на отдаленный прогноз для женщины и дальнейшее развитие детей [4-10]. АГ развивается, по данным зарубежных авторов, у 5-15% беременных, частота гипертензивных состояний у беременных в различных регионах России колеблется от 5 до 30% [4, 6, 7, 10]. Важно отметить, что частота АГ в период гестации не имеет тенденции к снижению, АГ вышла на первое место в мире среди причин летальных исходов у беременных [6, 7].

Внутри проблемы «АГ в период беременности» содержится еще множество несогласованных на сегодняшний день аспектов: отсутствует единая терминологическая база, используются различные классификации и критерии АГ, нет единого мнения о прогностической значимости диагностических тестов, не всегда в достаточном объеме используются современные возможности лабораторно-диагностических методов исследования, нет единых представлений о тактике ведения пациентов, в том числе, о времени начала фармакотерапии и спектре лекарственных средств, недостаточно изучены вопросы отдаленного прогноза АГ в период гестации. Мы приглашаем Вас к обсуждению этой очень сложной и чрезвычайно актуальной не только медицинской, но и социальной проблемы.

Терминология и классификация

Понятие «артериальная гипертензия беременных» является неоднородным и объединяет различные клинико-патогенетические формы гипертензивных состояний, при которых артериальное давление меняется в широких пределах, гестационную гипертензию, преэклампсию (гестоз), эклампсию, эссенциальную артериальную гипертензию (гипертензивную болезнь), симптоматические гипертензии [4, 8, 11-13]. Всеми исследователями, публикующими материалы по проблеме АГ беременных, признается, что вопросы терминологии остаются спорными, существует некоторая путаница в понятиях при описании гипертензивных состояний в период гестации. Для обозначения одного и того же процесса в России и многих странах Европы используется термин «гестоз», в США, Великобритании – «преэклампсия», в Японии – «токсемия». Российскими школами наряду с международными терминами используются и такие, как «сочетанный гестоз», «поздний гестоз», «нефропатия», «водянка». Школами других стран – «гипертензия, индуцированная беременностью», «переходящая гипертензия беременных», «предшествующая гипертензия», «гипертензия беременных с протеинурией», «гипертензия беременных без протеинурии», «гестационная протеинурия», «преэкламптическая токсемия», «навязанная преэклампсия», «латентная эссенциальная гипертензия беременных», «органическая гипертензия», «неклассифицируемая гипертензия», «транзиторная гипертензия беременных» и множество других [4, 5, 7, 11-15].

Классификация гипертензивных состояний у беременных давно является предметом дискуссий, в мире не существует единых критериев и классификационных признаков АГ в период беременности, на сегодняшний день предложено более 100 классификаций гипертензивных состояний при беременности [5, 11, 12]. Акушерами-гинекологами в нашей стране используется Российская классификация гестоза [5, 7]. В клинической практике в мире на сегодняшний день чаще всего используется классификация американской Рабочей группы по АГ беременных, Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy, 2000 [4]; используются также Классификация Канадского общества гипертензии, Canadian Hypertension Society Consensus Conference (CHSCC), 1997 [13]; классификации Австралийского общества по изучению гипертензии в период гестации, Australian Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ASSHP), 1993 [16]. В 2003 году также были приняты рекомендации Европейского общества кардиологов, посвященные особенностям

лечения сердечно-сосудистых заболеваний у беременных. The Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases During Pregnancy on the European Society of Cardiology [8], в которых также предложена классификация типов АГ в период беременности. Существование множества классификаций приводит к путанице при интерпретации и анализе результатов исследований, в итоге страдает качество диагностики и лечения.

Индийских ученых свидетельствуют, что «гипертензия белого халата» у беременных – предиктор гестационной АГ и преэклампсии [21]. Помимо диагностики «гипертензии белого халата», СМАД при беременности применяется с целью оценки тяжести течения АГ и эффективности проводимой терапии [20, 22]. К сожалению, на сегодняшний день СМАД не входит в группу обязательных (скрининговых) методов обследования беременных с повышенным АД и используется по индивидуальным показаниям.

Таблица 1

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АГ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Страна/организация/руководство, год	Критерии
Россия, служба родовспоможения [5, 9, 10, 17, 18]	САД >140 мм рт. ст., ДАД >90 мм рт. ст. при измерении более двух раз в течение 6 часов, среднее АД >105 мм рт. ст. или повышение САД на 30 мм рт. ст. и ДАД на 15–20 мм рт. ст. по сравнению с исходными значениями
Российские рекомендации ВНОК «Профилактика, диагностика и лечение АГ», 2004 [19]	САД ≥ 140 мм рт. ст., ДАД ≥ 90 мм рт. ст. подтвержденное, как минимум, двумя измерениями
Australian Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ASSHP), 1993 [16]	ДАД ≥ 90 мм рт. ст. и/или САД ≥ 140 мм рт. ст., или при повышении САД ≥ 25 мм рт. ст. и ДАД ≥ 15 мм рт. ст. по сравнению с исходными значениями
Canadian Hypertension Society Consensus Conference (CHSCC), 1997 [13]	ДАД ≥ 90 мм рт. ст. в двух и более последовательных измерениях с интервалом ≥ 4 часа.
Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy, 2000 [4]	САД ≥ 140 мм рт. ст., ДАД ≥ 90 мм рт. ст.
The Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases During Pregnancy on the European Society of Cardiology, 2003 [8]	АД $>140/90$ мм рт. ст.

Критерии диагностики АГ в период беременности

Единое мнение о диагностических критериях АГ в период беременности в настоящее время также отсутствует (таблица 1).

Критерии, приведенные в таблице, указывают на два доминирующих подхода к диагностике АГ беременных. Первый подход – АГ диагностируется при значениях САД ≥ 140 мм рт. ст. и/или ДАД ≥ 90 мм рт. ст.; второй подход – подъем САД на 30(25) мм рт. ст. и ДАД на 15 мм рт. ст. по сравнению с исходными цифрами (до беременности), даже при уровне АД ниже 140/90 мм рт. ст. Некоторые авторы не считают такие критерии достаточными, так как имеющиеся данные показывают, что у женщин этой группы не возрастает количество неблагоприятных исходов. Тем не менее, коллективное клиническое мнение призывает уделять особое внимание этой группе беременных, особенно при сопутствующих протеинурии и гиперурикемии [4, 11, 12].

Однократное повышение АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. регистрируется примерно у 40–50% женщин. Очевидно, что случайного однократного измерения АД для постановки диагноза АГ у беременных явно недостаточно. Кроме того, среди женщин и лиц молодого возраста часто встречается «гипертензия белого халата» [12]. По данным Bellomo G. et al., 1999 [20], при проведении суточного мониторинга артериального давления (СМАД) у 29% беременных с выявленной стандартным методом АГ получено нормальное среднесуточное АД. Вопрос, имеет ли феномен «гипертензии белого халата» прогностическое значение при беременности, до сих пор окончательно не решен. Результаты исследования анги-

Предикторы неблагоприятного течения гестации у пациенток с АГ

По мнению акушеров и терапевтов, попытки создания идеального предиктивного теста для АГ беременных, удовлетворяющего современным требованиям, до сих пор безуспешны [7, 11].

В качестве диагностических тестов, имеющих прогностическое значение, были предложены: оценка уровня АД во II триместре беременности, проба с поворотом тела, проба с ангиотензином II, доплерография дуговых артерий матки, исследование фетоплацентарного и маточноплацентарного кровотока, определение компонентов ренин-ангиотензиновой системы, включая плотность связывания ангиотензина II тромбоцитами, определение уровня суточной экскреции кальция, определение уровня фибронектина, тромбоксана A_2 , фактора фон Виллебранда и предсердного натрийуретического гормона в плазме и др. [4, 7, 11, 21, 23, 24]. По нашему мнению, диагностическая ценность исследования может быть повышена, если оценивать одновременно целый ряд параметров различного характера, то есть осуществлять в решении проблемы мультивариантный подход. В доступной литературе указания на использование комплекса лабораторно-диагностических и инструментальных методов немногочисленны. Зозуля О.В., 1997 [24], указывает, что поскольку АГ беременных обуславливается множеством причин, каждая из которых запускает общий механизм, комплексный подход в диагностических оценках является необходимым. Автор предлагает в качестве критериев прогноза и ранней диагностики неблагоприятных исходов беременности оценивать взаимосвязь изменений состояния центральной, почечной,

маточно-плацентарной гемодинамики и маркеров эндотелиальной дисфункции. Стрижаков А.Н. и соавт., 2004 [18], изучая состояние системной, почечной гемодинамики, а также кровотока в системе мать-плацента-плод, выявили, какие тенденции предсказывают неблагоприятное течение беременности и родов при АГ беременных. Мозговая Е.В. и соавт., 2003 [23], мониторировали уровень фактора Виллебранда, количество циркулирующих эндотелиоцитов, а также состояние маточно-плодового и плодово-плацентарного кровотока. Результаты наших исследований свидетельствуют, что неблагоприятными являются прогрессирующее снижение эндотелийзависимой вазодилатации, появление микроальбуминурии, нарушений внутрипочечной гемодинамики (по данным дуплексного сканирования в режиме цветового доплеровского картирования) на фоне гипокINETического типа кровообращения и повышения общего периферического сосудистого сопротивления [25, 26].

В докладе экспертов американской Рабочей группы по АГ в период беременности [4] приводится перечень основных лабораторных тестов, которые рекомендуются для использования при обследовании пациенток с АГ, возникшей после 20-й недели гестации, то есть с АГ, специфичной для беременности (таблица 2).

Таблица 2

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

Лабораторный тест	Трактовка
Гемоглобин и гематокрит	Гемокоцентрация характерна для ПЭ и является индикатором тяжести процесса. Показатели при неблагоприятном течении могут быть снижены в том случае, если заболевание сопровождается гемолизом
Тромбоциты	Тромбоцитопения свидетельствует о тяжелой ПЭ
Протеинурия	АГ в период беременности, сопровождающаяся протеинурией, должна рассматриваться как ПЭ, пока не доказано противоположное
Уровень креатинина сыворотки	Повышение, особенно в сочетании с олигурией, указывает на наличие тяжелой ПЭ
Уровень мочевои кислоты	Повышение подтверждает диагноз ПЭ
Уровень трансаминаз	Повышение свидетельствует о тяжелой ПЭ с вовлечением в патологический процесс печени
Альбуминемия, ЛДГ, мазок крови, коагуляционный профиль	Гипоальбуминемия указывает на повышение проницаемости эндотелия, характерна для ПЭ. Повышение ЛДГ, шизоцитоз, сфероцитоз свидетельствуют о развитии гемолиза при ПЭ. Коагулопатия (включая тромбоцитопению) указывает на развитие ПЭ

Указанные лабораторные тесты, по мнению экспертов Рабочей группы, не только помогают дифференцировать ПЭ от ГАГ, но и очень полезны в оценке прогрессирования и тяжести заболевания.

Проведение дальнейших исследований совместно усилиями кардиологов, акушеров, терапевтов, клинических фармакологов, специалистов диагностических методов исследования позволит найти оптимальные сочетания параметров, которые целесообразно мониторировать, осуществляя ведение пациенток с АГ в период беременности.

Фармакотерапия АГ в период беременности

На сегодняшний день разработка способов медикаментозного патогенетически обоснованного эффективного лечения АГ в период беременности является одной из самых актуальных задач в медицине [7, 11, 27, 28-30]. Сталкиваясь с проблемой антигипертензивной терапии в период беременности, практические врачи решают целый ряд целевых задач: следует сделать выбор лекарственного препарата, определить критерии начала медикаментозной терапии и целевое АД. Трудности многих вопросов фармакотерапии АГ в период гестации связаны с тем, что в настоящее время в мире не существует единых подходов и стандартов лечения данной патологии [11, 29]. 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 гипотензивные препараты проникают через плаценту и потенциально способны оказывать нежелательное влияние на плод, новорожденного и/или дальнейшее развитие ребенка [10, 27, 29, 31, 32].

Особенностью, затрудняющей принятие решения, является также отсутствие достаточной доказательной базы по фармакотерапии в период гестации, так как этические нормы являются препятствием для проведения крупных клинических рандомизированных плацебо-контролируемых исследований у беременных [8, 27, 28, 33, 34].

Выбор лекарственного препарата для лечения АГ в период гестации. Основными принципами лекарственной терапии в период беременности являются доказанная эффективность и доказанная безопасность [4, 14, 29, 19]. На сегодняшний день также общепризнано, что стратегической целью лечения АГ в общей популяции является максимально возможное снижение риска сердечно-сосудистых осложнений и смертности. Эффективность антигипертензивной терапии определяется не только способностью препарата обеспечить адекватный контроль АД, но и позитивными сосудистыми, метаболическими эффектами, позволяющими влиять на патогенетические звенья АГ и обеспечивающими коррекцию сопутствующих факторов риска, а также органопroteкцию [14, 15, 19, 35]. Вместе с тем известно, что спектр возможных для использования при беременности антигипертензивных лекарственных средств серьезно ограничен. Многие современные препараты с доказанной эффективностью имеют противопоказания для использования при беременности или при гестозе (преэклампсии) [4, 7, 10, 30, 34]. 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, оксперенолол, гидралазин для парентерального введения). Одновременно арсенал лекарственных средств для лечения АГ в период беременности до сих пор 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, который не только широко используется при лечении АГ беременных, но и признается препаратом выбора в большинстве стран [4, 8, 11]. 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) [27, 34].

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 ССЗ, 2003, основными препаратами для лечения АГ беременных, отвечающими требованиям к фармакотерапии в период беременности, названы метилдопа, В-адреноблокаторы, α -В-блокатор лабеталол, блокаторы медленных кальциевых каналов и некоторые вазодилататоры миотропного действия. Тройка лидеров среди указанных средств – метилдопа, В-блокаторы и блокаторы кальциевых каналов [8, 14, 15, 19].

По нашему мнению, основными проблемами, связанными с фармакотерапией АГ беременных, в России являются: неоправданно широкое применение клонидина; использование диуретиков в качестве препаратов первой линии, опасных комбинаций (препараты магния и блокаторы кальциевых каналов) и противопоказанных при беременности ИАПФ; применение в качестве антигипертензивных средств таких миотропных спазмолитиков, как папаверин, папазол; преувеличение потенциальной опасности бета-блокаторов; отсутствие в аптечной сети ряда лекарственных средств, на использование которых при АГ беременных есть указания в рекомендациях (например, лабеталол, который предлагается ВНОК для терапии криза); несоответствие инструкции по применению препарата опыту его применения у беременных и принятым руководствам (в инструкции по применению нифедипина – противопоказание для использования при беременности).

Не вызывает сомнения необходимость расширения спектра используемых в практической медицине средств для патогенетически обоснованного эффективного лечения АГ в период беременности. Представляется, что большие перспективы для успешного использования в терапии АГ беременных имеют современные блокаторы кальциевых каналов и кардиоселективные В-блокаторы. В отечественной литературе имеются сообщения об успешном использовании амлодипина, бетаксолола, небиволола [7, 18, 36, 37].

Критерии начала фармакотерапии при АГ в период беременности

Исследователи и эксперты сходятся во мнении, что нельзя утверждать общих правил для лечения всех пациенток и составить четкий алгоритм режима терапии. Многие вопросы остаются спорными, важно, чтобы кли-

ницист знал все точки зрения и мог наилучшим образом использовать все современные достижения науки [4, 5, 7, 8, 14, 15].

Гогин Е.Е., 1997, рекомендует назначение антигипертензивной терапии в период беременности при ДАД >100 мм рт.ст., а у пациенток с повышенным риском сосудистых осложнений – и при ДАД 90–95 мм рт.ст. [33]. По мнению Sibai B.M., 2003, медикаментозную антигипертензивную терапию у беременных следует начинать, если САД находится в пределах 160–180 мм рт.ст. и выше [29]. В докладе экспертов американской Рабочей группы по АГ в период гестации, 2000 [4], названы значения САД 150–160 мм рт.ст. и ДАД 100–110 мм рт.ст. Фармакотерапия назначается при значениях ДАД ≥ 100 мм рт.ст., если начальный уровень ДАД был менее 75 мм рт.ст. По мнению экспертов, антигипертензивная фармакотерапия также обязательно должна проводиться при наличии признаков поражения органов-мишеней, даже если уровень АД определяется ниже названных пороговых значений. В соответствии с Рекомендациями ЕОГ-ЕОК, 2003 [14], в которых использована классификация СПСС 1997 года [13], фармакотерапия АГ назначается женщинам с гестационной гипертензией и протеинурией, а также у пациенткам с предшествующей гипертензией с наследившейся гестационной гипертензией и протеинурией при значениях САД >140 мм рт.ст. и ДАД >90 мм рт.ст., в остальных случаях – при значениях САД >150 мм рт.ст. и ДАД >95 мм рт.ст. Комитет экспертов ЕОК по ведению беременных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, 2003 [8], считает, что медикаментозная антигипертензивная терапия в период гестации должна быть назначена при значениях САД >160 мм рт.ст., ДАД >110 мм рт.ст., а также при более низких значениях АД, если беременные с АГ имеют отягощенный акушерский анамнез, признаки поражения органов-мишеней или сопутствующие заболевания (сахарный диабет, почечная недостаточность, коллагенозы). Беременных с АД 140–160/90–110 мм рт.ст., при условии нормальных данных физикального осмотра и лабораторно-диагностического обследования, эксперты ЕОК относят к группе невысокого риска и не рекомендуют таким пациенткам назначение фармакотерапии.

Целевое давление при АГ в период беременности

Другая не менее важная проблема – до каких цифр следует снижать АД, то есть, каково целевое АД. Известно, что снижение АД благоприятно для матери, но может быть сопряжено с ухудшением маточно-плацентарного кровотока, гемодинамики плода и задержкой внутриутробного развития плода [14, 29, 32]. В 2000 году von Dadelszen P. et al. [32] опубликовали мета-анализ клинических исследований по фармакотерапии АГ в период гестации, в том числе с применением В-блокаторов, результаты которого позволили им сделать очень интересные выводы. Задержка внутриутробного развития плода, считают ученые, обусловлена не эффектом, специфичным для В-блокаторов, а относительной гипотензией, возникающей в ходе терапии любым препаратом. Все использовавшиеся антигипертензивные препараты одинаково снижали риск развития тяжелой АГ в 2 раза в сравнении с плацебо, при их сравнении каких-либо преимуществ по влиянию на «конечные» точки (развитие тяжелой АГ, материнская и перинатальная леталь-

ность) не выявлено. Можно предположить, что решающее значение имеет не выбор лекарственного препарата, а степень снижения АД. Возможно, именно агрессивность гипотензивной терапии может отрицательно повлиять на фетоплацентарный кровоток и подвергнуть риску развитие плода. Нет сомнения в том, что этот аспект тактики ведения беременных с АГ требует детального изучения.

Влияние АГ в период гестации на отдаленный прогноз

Исследования, специально посвященные изучению влияния АГ в период беременности на развитие в последующей жизни ССЗ, немногочисленны [38, 39]. Точку зрения отдельных известных ученых по поводу влияния гипертензивных расстройств в период гестации на отдаленный прогноз можно найти в ряде руково­дств, монографий и статей [3-6, 10, 33]. Абсолютное большинство авторов сходятся во мнении, что АГ в период беременности является фактором риска сердечно-сосудистой патологии в дальнейшей жизни.

Большинство крупных ретро- и проспективных исследований были посвящены определению кардиоваскулярного риска у женщин, имевших в анамнезе ПЭ. В исследовании Smith G. et al., 2001 [40], изучались осложнения беременности и риск смерти от ИБС в дальнейшей жизни у 129290 рожавших женщин. В случаях, когда в период гестации у женщины развивалась ПЭ, происходили преждевременные роды и рождался ребенок с низким весом, риск смерти от ИБС возрастал в 7 раз. Норвежское популяционное когортное исследование (обследовано 626 272 женщины, родивших живых детей от первой беременности в период с 1967 до 1992 гг.) показало, что в группе женщин с ПЭ в анамнезе наблюдался в 1,2 раза более высокий отдаленный риск смерти, чем у матерей с нормально протекавшей беременностью. При сочетании ПЭ и преждевременных родов общая летальность возрастала в 2,71 раза, а летальность от ССЗ – в 8,12 раз в сравнении с группой женщин с нормотензией и срочными родами [41]. Rosta A. et al., 2004, показали, что женщины, перенесшие ПЭ, после родов имеют повышенный риск развития АГ и инсулинорезистентности [42]. Rodie V.A. et al., 2004 [43], установили, что у женщин в 7 раз повышается риск кардиоваскулярных расстройств, если течение беременности осложнялось ПЭ и хронической внутриутробной гипотрофией плода. Предварительные результаты продолжающегося первого в России многоцентрового ретроспективного эпидемиологического исследования «Влияние артериальной гипертензии в период беременности на отдаленный прогноз» свидетельствуют, что артериальная гипертензия в период беременности является независимым фактором риска развития ГВ [44]. Кроме того, у пациенток, имеющих АГ беременных в анамнезе, ГВ протекает значительно тяжелее. Заболевание начинается в молодом, репродуктивном, возрасте, характеризуется течением с частыми гипертензивными кризами, более частым развитием ассоциированных клинических состояний и поражением органов-мишеней. Исследование также выявило, что отсутствует должная преемственность в ведении пациенток, имевших АГ в период гестации, между службами родовспоможения, участковой терапевтической и кардиологической. Кроме

того, у врачей, и, соответственно, у самих пациенток нет достаточной настороженности в отношении того, что наличие АГ в период беременности является фактором риска развития ССЗ в последующей жизни.

В настоящее время нет единого мнения относительно прогностического значения различных форм гипертензивных состояний в период беременности. Опубликованные в 2003 году данные ретроспективного когортного исследования Malhotra M. et al. [45] свидетельствуют о том, что гестационная АГ является наиболее неблагоприятным прогностическим фактором в отношении развития ССЗ. Авторы показали, что у женщин с ПЭ в анамнезе риск развития эссенциальной АГ в дальнейшей жизни ниже, чем в группе наблюдаемых с гестационной АГ. Данные о влиянии АГ в период беременности на сердечно-сосудистый прогноз получены и в самом крупном проспективном когортном исследовании Wilson B.J. et al., 2003 [46]. Результаты этой работы привели к противоположным заключениям. Исследователями выявлена достоверная положительная корреляция между АГ в период беременности и последующим развитием эссенциальной АГ как в группе женщин с ПЭ в период беременности, так и в группе гестационной АГ. Однако риск возникновения эссенциальной АГ у женщин, перенесших ПЭ, был выше, чем у пациенток с гестационной АГ в анамнезе (увеличивался по сравнению с группой контроля соответственно в 3,02 и 2,67 раза). Риск смерти от инсульта также оказался выше: в группе с ПЭ в анамнезе он увеличивался в 3,39 раз, а в группе гестационной АГ – в 2,23 раза.

Таким образом, АГ в период беременности может рассматриваться как независимый фактор риска ССЗ. Эксперты американской Рабочей группы по АГ в период беременности в своем докладе [4] обращают внимание, что факт ассоциации 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

В каждом разделе предлагаемой статьи содержатся дискуссионные положения, многие вопросы остались не освещенными. Приглашаем к обсуждению всех, кто имеет свои обоснованные подходы к рассмотрению многочисленных и разноплановых аспектов проблемы АГ беременных. Только совместные усилия врачей различных специальностей могут оказаться плодотворными. Итогом этой работы должны стать Российские рекомендации по ведению беременных с АГ.

Список литературы

1. Кобалава Ж.Д., Толкачева В.В., Морылева О.Н. Клинические особенности и лечение артериальной гипертензии у женщин // Сердце. 2004. Т.3(6). С. 284-294.
2. Гиляревский С.Р. Современные подходы к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний у женщин // Сердце. 2004. Т.3(6). С. 280-283.
3. Williams D. Pregnancy: a stress test for life // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. 2003. V.15(6). P. 465-471.
4. Gifford R.W., August P.A., Cunningham G. et al. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group

- on High Blood Pressure in Pregnancy // *Am J Obstet Gynecol.* 2000. V.183. №1. P. 1-22.
5. Кулаков В.И., Мурашко Л.Е. Новые подходы к терминологии, профилактике и лечению гестоза // *Акушерство и гинекология.* 1998. №5. С. 3-6.
6. Roberts J.M., Pearson G., Cutler J., Lindheimer M. Summary of the NHLBI Working Group on Research on Hypertension During Pregnancy // *Hypertension.* 2003. V.41. P. 437.
7. Серов В.Н. Гестоз: современная лечебная тактика // *Фарматека.* 2004. №1. С. 67-71.
8. Expert consensus document on management of cardiovascular diseases during pregnancy. The Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases During Pregnancy on the European Society of Cardiology // *Eur. Heart J.* - 2003. V.24. P. 761-781.
9. Шехтман М.М. Руководство по экстрагестациальной патологии беременных. Москва: «Триада», 1999. С. 816.
10. Шехтман М.М., Бурдули Г.М. Болезни органов дыхания и кровообращения у беременных. М.: Триада-Х, 2002. С. 232.
11. Верткин А.Л., Мурашко Л.Е., Ткачева О.Н., Тумбаев Н.В. Артериальная гипертензия беременных: механизмы формирования, профилактика, подходы к лечению // *Российский кардиологический журнал.* 2003. №6. С. 59-65.
12. Кобалава Ж.Д., Гурков К.М. Секреты артериальной гипертензии: ответы на ваши вопросы. Москва, 2004. С. 244.
13. Helewa M.E., Burrows R.F., Smith J. et al. Report of the Canadian Hypertension Society Consensus Conference: 1. Definitions, evaluation and classification of hypertensive disorders in pregnancy // *CMAJ.* 1997. V.157. №6. P. 715-725.
14. 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.
15. 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.
16. Peck M.J., Horvath J.S., Child A.G. et al. Maternal and neonatal outcome of patients classified according to the Australian Society for the Study of Hypertension in Pregnancy Consensus Statement // *Med J Aust.* 1995. V.162. №4. P. 186-189.
17. Васильева Г.М. Акушерство. М. Медицина. 2000. С. 328.
18. Спиряжков А.Н., Игнатко И.В., Самсонов З.А., Дуболозов В.Д. Дифференцированный подход к выбору терапии и акушерской тактики у беременных с артериальной гипертензией // *Вопр. гинек. акуш. перинат.* 2004. №1. С. 7-15.
19. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (второй пересмотр). Москва, 2004. С. 20.
20. Bellomo G., Narducci P.L., Rondoni F. et al. Prognostic value of 24-hour blood pressure in pregnancy // *JAMA.* 1999. V.282. P. 1447-1452.
21. Pipkin B.F., Sharif J., Lal S. Predicting high blood pressure in pregnancy: a multivariate approach // *J. Hypertension.* 1998. V.16(2). P. 221-229.
22. Higgins J.R., de Societ M. Blood-pressure measurement and classification in pregnancy // *Lancet.* 2001. V.357. P. 131-135.
23. Моловая Е.В., Печерина Л.В., Сенишвили Л.А. Опыт применения антикоагулянтной терапии в акушерстве с целью коррекции эндотелиальной дисфункции при гестозе. С. 83-97. // В кн.: Дисфункция эндотелия. Причины, механизмы, фармакологическая коррекция. Под ред. Петрищева Н.Н. СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2003. С. 184.
24. Золузя О.В. Течение гипертонической болезни у беременных. Механизмы развития, ранняя диагностика и профилактика осложнений: Дис... д.м.н. // Москва, ММА им. Н.М. Сеченова. 1997. С. 345.
25. Барабашкина А.В., Васильева А.В., Лазарев А.В. и соавт. Мониторирование функционального состояния эндотелия и почек в период беременности и в течение 6 месяцев после родов у женщин с артериальной гипертензией беременных // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* 2004. №3. С. 51-55.
26. Барабашкина А.В., Киреевич Г.Н., Ткачева О.Н. и соавт. Артериальная гипертензия беременных: возможности ультразвукового метода диагностики в оценке состояния сердечно-сосудистой системы и почек // *Ультразвуковая и функциональная диагностика.* 2004. №2. С. 100-106.
27. Lindheimer M.D., Akbari A. Hypertension in pregnant women. In: Oparil S., Weber M.S., ed. Hypertension: A companion to Brenner and Rector's: The kidney Philadelphia: W.B. Saunders Co. 2000. P. 688-701.
28. Ушкалова Е.А. Лечение артериальной гипертензии во время беременности // *Фарматека.* 2003. №11. С. 27-32.
29. Sibai B.M. Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia // *Obstet. Gynecol.* 2003. V.102. P. 181-192.
30. 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.
31. Gilbert W.M., Danielsen B. Pregnancy outcomes associated with intrauterine growth restriction // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2003. V.188. P. 1596-1599.
32. 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.
33. Гозин Е.Е. Гипертоническая болезнь. М., 1997. С. 400.
34. Астахова А.В., Лепехин В.К. Неблагоприятные побочные реакции и контроль безопасности лекарств: Руководство по фармаконадзору. - М.: Когито-Центр, 2004. С. 200.
35. Копради А.О., Яковлева О.Н., Емельянов Н.В. и др. Ремоделирование сердечно-сосудистой системы при гипертонической болезни. Эпидемиология, факторы риска, патогенез, прогностическое значение и подходы к терапии. В кн.: Клиническая и экспериментальная кардиология под ред. Шляхто Е.В. Санкт-Петербург, 2005. С. 26-45.
36. Давыдович И.М., Блоцкая И.А., Петричко Т.А. Артериальная гипертензия и беременность: механизмы формирования, эффективность амлодипина (Нормодипина) // *РМЖ.* 2003. №4. С. 197-200.
37. Барабашкина А.В., Верткин А.Л., Ткачева О.Н. и соавт. Лечение артериальной гипертензии беременных // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.* 2004. №4. С. 51-56.
38. Wilson B.J., Watson M.S., Prescott G.J. et al. Hypertensive diseases of pregnancy and risk of hypertension and stroke in later life: results from cohort study // *BMJ.* 2003. V.326. P. 8-15.
39. Sattar N., Greer I.A. Pregnancy complications and maternal cardiovascular risk: opportunities for intervention and screening? // *BMJ.* 2002. V.325. P. 157-160.
40. Smith G.C., Pell J.P., Walsh D. Pregnancy complications and maternal risk of ischaemic heart disease: a retrospective cohort study of 129 290 births // *Lancet.* 2001. V.357. P. 2002-2006.
41. Irgens H.U., Reisaeter L., Irgens L.M., Lie R.T. Long term mortality of mothers and fathers after pre-eclampsia: population based cohort study // *BMJ.* 2001. V.323 (24). P. 1213-1217.
42. Pouta A., Hartikainen A.L., Savio U. et al. Manifestations of metabolic syndrome after hypertensive pregnancy // *Hypertension.* 2004. V.43(4). P. 825-831.
43. Rodie V.A., Freeman D.J., Sattar N., Greer I.A. Pre-eclampsia and cardiovascular disease: metabolic syndrome of pregnancy? // *Atherosclerosis.* 2004. 175(2). P. 189-202.
44. Верткин А.Л., Ткачева О.Н., Васильева А.В. и соавт. Отдаленный прогноз при артериальной гипертензии в период беременности // *Рос. кардиол. журн.* 2004. № 3. С. 42-46.
45. Malhotra M., Sharma J.B. et al. Eclampsia is not a sign of latent hypertension // *BMJ.* 2003. V.20. P. 989-1000.
46. Wilson B.J., Watson M.S., Prescott G.J. et al. Hypertensive diseases of pregnancy and risk of hypertension and stroke in later life: results from cohort study // *BMJ.* 2003. V.326. P.845.