

ХИПЕРТОНИЯ И БРЕМЕННОСТ



До 4% от бременностите могат да бъдат съпътствани от сърдечносъдови усложнения, въпреки липсата на изяснено заболяване преди забременяването⁽¹⁾. В последните години, поради социоикономически и професионални фактори, има тенденция за повишаване на възрастта на жените при първа или последваща бременност.

Това е свързано с нарастваща честотата на сърдечносъдови заболявания (ССЗ) и съответно - нови предизвикателства пред медицинските специалисти. Поради нуждата от съвремен систематизиран подход, Европейското кардиологично дружество (ESC) подреди препоръките в клинично ръководство за третиране на сърдечната патология при бременни⁽²⁾.

Първоначалната консултация при жени със ССЗ е най-добре да се провежда преди забременяване. Тези пациентки трябва да бъдат проследявани от интердисциплинарни екипи, а диагностичните процедури и интервенции следва да се провеждат от опитни специалисти.

Бременността е противопоказание за включване в клинични проучвания и безопасността на определена терапия при бременните често се оценява посредством данни от изследвания върху опитни животни и други индикативни показатели. Поради това липсват проспективни или рандомизирани клинични проучвания и повечето от препоръките в клиничното ръководство отговарят на ниво на доказателственост C*.

Хемодинамични промени по време на бременност

- Втресъдовият обем и сърдечният дебит нарастват – с 30-50%
- Сърдечната честота (СЧ) започва да се повишава от 20-ата гестационна седмица (г.с.) и остава висока до 2-5 дни след раждането
- Артериалното налягане (АН) спа-

да в началните етапи на бременността в резултат на активна вазодилатация; в третия триместър диастолното АН започва да се повишава и достига до изходните си нива (преди забременяване)

- Сърцето може да увеличи размерите си с до 30% в резултат поне отчасти на дилатация
- Бременността индуцира прокоагулационно състояние
- Променя се глюкозната хомеостаза; повишават се и холестероловите нива

Описаните физиологични промени повлияват абсорбцията, екскрецията и бионаличността на всички лекарствени средства. В резултат на увеличавения втресъдов обем, повишения чернодробен метаболизъм и увеличената бъбречна перфузия често се налага прилагане на по-високи дози от медикаментите.

По време на раждане се наблюдава повишаване на АН по време на маточните контракции. Сърдечният дебит също нараства значително, като в постпарталния период това увеличение достига до 80%.

Артериална хипертония (АХ) през бременността

АХ е най-често срещания медицински проблем по време на бременност, усложняваща близо 5-15% от бременностите. АХ повишава риска за абрупцио на плацентата, мозъчносъдови инциденти, органна недостатъчност и дисеминирана интраваскуларна коагулация (ДИК) при майката, а при плода може да се наблюдава забавяне на вътрематочното развитие, преждевременно раждане или вътрематочна смърт.

АН се измерва в седнало или в ляво странично легнало положение. При установена АХ трябва да се изследва урина, пълна кръвна картина, чернодробни ензими, серумен креатинин и

пикочна киселина. Протеинурията се изчислява в 24-часова урина. При количество >2 g е необходимо строго мониториране, а при >3 g трябва да се обсъди родоразрешение.

АХ по време на бременност се дефинира като систолно АН (САН) ≥ 140 mmHg или диастолно АН (ДАН) ≥ 90 mmHg. Лекостепенна е АХ при АН 140-159/90-109 mmHg, а високостепенна – при АН $\geq 160/110$ mmHg.

Хипертонията по време на бременност обхваща следните състояния:

- Предшестваща хипертония – АН $\geq 140/90$ mmHg преди забременяване или преди 20-та г.с.
- Гестационна хипертония – АХ, индуцирана от бременността, със или без протеинурия; развива се след 20-а г.с. и обикновено АН се нормализира в рамките на 42 дни след раждане
- Предшестваща хипертония с насложена гестационна хипертония с протеинурия
- Некласифицирана хипертония – когато АХ е установена за първи път след 20-а г.с.; след 42 дни от раждането се прави преоценка

Преeklampсията е специфичен за бременността синдром, който се проявява след 20-а г.с. и съчетава нововъзникнала АХ, придружена от сигнификантна протеинурия (>0.3 g за 24 часа). Отокът вече не е част от задължителните диагностични критерии, тъй като съпътства до 60% от бременностите.

Преeklampсията усложнява 5 до 7% от бременностите, но при жени с предшестваща АХ честотата се повишава до 25%. Наблюдава се по-често при първа бременност, многоплодна бременност, хидатиформена мола и диабет.

Симптомите и белезите на преeklampсията включват:

- Болезненост в десния хипохондриум или епигастриума в резултат на

DOPEGYT®

methyldopa tabs 250 mg



Сигурен КОНТРОЛ на артериалното налягане по време на бременността

Преди да предпишете Допегит, моля прочетете кратката характеристика на продукта (КХП).
Последно одобрена КХП: 16.02.2015 г. ИАЛ 52076/27.11.2019

За пълна информация: ТП ЕГИС ФАРМАСЮТИКЪЛС
София 1113, ул. Александър Жендов 6, ет. 6, тел.: 02/987 60 40, www.egis.bg



чернодробна оточност със или без чернодробен кръвоизлив

- Главоболие със или без смущения в зрението в резултат на мозъчен оток

- Окципитална слепота

- Хиперрефлексия със или без клонус

- Конвулсии в резултат на мозъчен оток

Поведение и терапия при АХ през бременността

Лекостепенната АХ по време на бременност с АН в диапазона 140-150/90-99 mmHg изисква немедикаментозна терапия (IC). Последната включва наблюдение, ограничение на активността, почивка в ляво странично легнало положение. Солта не бива да се ограничава, тъй като това би намалило вътресъдовия обем.

Ниска доза ASA (75-100 mg) се използва профилактично при жени с анамнеза за ранно начало на пре-еклампсия (<28 г.с.) – прилага се преди лягане, най-добре още преди забременяване или с установяването на бременността и се продължава до раждането.

Редукция на телгло не се препоръчва по време на бременност, но трябва да се съобразяват нормите за здравословно наддаване:

- При изходно нормално телесно телгло (индекс на телесна маса – BMI<25 kg/m²) препоръчителното наддаване на телгло е между 11.2 и 15.9 kg

- При наднормено телгло (BMI 25-29.9) наддаването трябва да е между 6.8 и 11.2 kg

- При затлъстяване (BMI ≥30) се допуска увеличение на телглото до 6.8 kg

Медикаментозна терапия се препоръчва при АН >140/90 mmHg на фона на гестационна хипертония, предшестваща АХ с насложена гестационна хипертония или АХ със субклинично органно увреждане или симптоматика. Във всички останали случаи се препоръчва стартиране на медикаментозна терапия при стойности на АН ≥150/95 mmHg (IC).

Средство на първи избор за дългосрочно лечение на АХ по време на бременност е methyldopa (IC). Той е централно действащ алфа-2 адренергичен агонист, който се метаболизира до алфа-метил норадреналин (лъжлив меди-

атор), който замества норадреналина в секреторните везикули на адренергичните нервни терминали, а освен това възбужда алфа-адренорецепторите. Намалва главно периферното съдово съпротивление и влияе незначително върху сърдечния дебит.

Понижението на АН е постепенно, в рамките на 6-8 часа, поради индиректния механизъм на действие на медикамента. Methyldopa няма тератогенен ефект, което е доказано в клиничната практика през последните 40 години.

Лечението с медикамента води до превенция на последваща прогресия на тежката хипертония, като в същото време няма неблагоприятен ефект върху утероплацентарния кръвоток или хемодинамиката на плода. Не са установени отклонения в теллото при раждане, неонатални усложнения, телесното и интелектуално развитие до първите седем година от живота на деца, чийто майки през бременността са лекувани с methyldopa.

Неблагоприятните странични ефекти са в резултат на централния алфа-2 агонизъм или намален периферен симпатиков тонус. Methyldopa действа на мозъчната кора като намалява вниманието и влошава съня, което води до чувство за умора или депресия при някои пациенти.

Препоръчваната дневна доза е 250mg 2-3 дневно за първите два дни. След това дозата може да бъде повишавана или намалявана – в зависимост от понижението на АН - с 250 mg на всеки два дни. За да се редуцира седативният ефект, който се проявява в началото на лечението и при увеличаване на дозата, препоръчва се първо увеличение на вечерната доза.

Препоръчваната поддържаща доза е 500-2000 mg, разделена на 2-4 приема. Максималната дневна доза е 3000 mg. При невъзможност за постигане на адекватен контрол на АН с 2000 mg, се препоръчва комбиниране с друг антихипертензивен препарат.

Комбинираният алфа/бета-блокатор labetalol има сравнима с methyldopa ефикасност, като при високостепенна АХ може да се прилага и венозно (IC). Metoprolol също е сред препоръчваните медикаменти.

Дихидропиридиновите калциеви антагонисти (nifedipine) са средство

на втори избор в лечението на АХ, като могат да се прилагат и при спешни състояния. Магнезиевият сулфат, приложен венозно, е средство на избор за лечение на гърчова симптоматика и профилактика на еклампсия. Диуретиците не се препоръчват, тъй като намаляват плацентарния кръвоток.

Жените с предшестваща АХ биха могли да продължат предписаната им от по-рано терапия с изключение на ACE инхибитори, ангиотензин-рецепторни блокери и ренинови инхибитори, които са противопоказани по време на бременност, поради фетотоксичност (IIa C).

Стойности за СААН ≥170 mmHg или за ДАН ≥110 mmHg по време на бременност се приемат като спешно състояние, налагащо хоспитализация (I C). Прилагат се интравенозен лабеталол, перорален метилдопа или нифедипин (I C).

При хипертонична криза средство на избор е натриевият нитропрурид във венозна инфузия, а при пре-еклампсия, усложнена с белодробен оток – интравенозно приложение на нитроглицерин с постепенно титриране на дозата (I C).

Индукция на раждане се препоръчва при гестационна хипертония с протеинурия при наличието на смущения в зрението, коагулационни нарушения или фетален дистрес.

По време на кърмене трябва да се отчита фактът, че всички антихипертензивни медикаменти се излъчват в кърмата – повечето от тях в минимални концентрации, с изключение на propranolol и nifedipine, концентрациите на които в кърмата са подобни на тези в майчината плазма. Methyldopa трябва да се избягва след раждането поради риск за постродилна депресия.

Проследяване на жени с изява на АХ през бременността

Жените с АХ по време на първа бременност са с повишен риск за подобно усложнение по време на следваща бременност. Гестационната хипертония и пре-еклампсията се разглеждат като рискови фактори за развитие на АХ, захарен диабет тип 2 (ЗДТ2), хиперхолестеролемия, мозъчен инсулт

или ИБС в по-късен етап от живота на майката.

Рискът за развитие на хронична АХ е най-висок през първите пет години след раждането. Наличието на хипертензивни нарушения през бременността е свързано с по-ранно развитие на хронична хипертония (40-50 годишна възраст), отколкото при жени, които са били нормотензивни (45-54 годишна възраст).

Използвани източници:

1. Regitz-Zagrosek V, Gohlke-Barwolf C, Iung B, Pieper P. Management of cardiovascular diseases during pregnancy. Curr Probl Cardiol. 2014; 39 (4-5):85-151 [http://cpcardiology.com/article/S0146-2806\(14\)00012-7/fulltext](http://cpcardiology.com/article/S0146-2806(14)00012-7/fulltext)
2. Regitz-Zagrosek V, Roos-Hesselink J, Bauersachs J. et al. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. Eur Heart J. 2018 7:39(34):3165-3241 www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Cardiovascular-Diseases-during-Pregnancy-Management-of

Изводите за клиничната практика:

- По време на бременността настъпват значими физиологични промени в женския организъм, отразяващи се върху сърдечния дебит, съдовото съпротивление и артериалното налягане
- АХ е най-честото ССЗ по време на бременност
- При стойности на АН $\geq 150/95$ mmHg се препоръчва медикаментозна терапия, като средство на първи избор е methyldopa
- Лечение трябва да се започне и при стойности на АН $>140/90$ mmHg на фона на гестационна хипертония, предшестваща АХ с насложена гестационна хипертония или АХ със субклинично органно увреждане или симптоматика
- Жените с АХ по време на първа бременност са с повишен риск за подобно усложнение по време на следваща бременност
- Гестационната хипертония и пре-еклампсията са свързани с риск за развитие на ССЗ и налагат проследяване