Проводить лечение заболевания — особенно в период беременности — следует во избежание появления *осложнений* в развитии плода и здоровье матери. Решение о *ведении беременности при гипертонической болезни* принимается с учетом тяжести заболевания пациентки. Для её определения в соответствии с *клиническими рекомендациям* ее важно госпитализировать. Г*ипертония третьей стадии у беременной* проявляется в ухудшении работы сердца, почек, головного мозга (органы-мишени). В таком случае необходимо прерывание беременности.

Терапию гипертонической болезни (ГБ) проводят с помощью соблюдения диеты и принятия специальных лекарственных *препаратов*. В рацион необходимо включить молочные продукты с низким содержанием жира, фрукты и овощи, зелень, орехи, чернослив, а также достаточное количество калия, кальция и магния. При выборе медикаментозного лечения применяют лекарственные средства, отвечающие критериям фармакотерапии при вынашивании плода.

**Лечение ГБ с помощью диет и лекарственных средств**

При возникновении проблем на протяжении всей беременности начать лечение стоит с восстановления режима питания. Диета основана на употреблении поваренной соли, жидкости и витаминов. Исключить из питания нужно жирное мясо и рыбу, копчености, шоколад и крепкий чай. Резкое снижение массы тела будущей мамы может повлечь рождение детей с недостаточным весом и последующим замедлением их роста. На пользу пойдут дыхательные и физические упражнения, которые ускорят обмен веществ, помогут коже сохранить свою эластичность, нормализуют сон, улучшат кровоток и помогут снизить АД.

Пациентку с третьей стадией ГБ в условиях клиники предлагают лечить медикаментами. Назначаемые препараты:

* Метилдопа.
* Нифедипин (антагонист кальция).
* Кардиоселективные β-адреноблокаторы (β-АБ, метопролол, бисопролол).
* Периферические вазодилататоры (клофелин).

Применение метилдопа обусловлено отсутствием рисков (не вызывает у плода преждевременную отслойку плаценты, не влияет негативно на здоровье и интеллект новорожденного, а также на маточный кровоток), однако, в практике встречается непереносимость препарата пациентками, проявляемая в форме депрессии. Метилдопу назначают к применению на 20 неделе гестации, чтобы избежать влияния на допамин нервной системы плода.

Применение нифедипина связано с проявлением побочных эффектов. Используются формы пролонгированного и краткосрочного действия. Для равномерного высвобождения активной субстанции препарата и преобладания его стабильной концентрации назначают формы пролонгированного действия, а для продолжительного лечения — краткосрочного.

Третью группу препаратов назначают женщинам с врожденными патологиями (синдром Марфана) для снижения сердечных выбросов и предотвращения фатальных исходов. Такие средства, как клофелин используются при неэффективности метилдопы, назначается к использованию с третьего триместра, сейчас в западных странах не назначается.

Специалист должен назначить комбинированную терапию медикаментами в случае безрезультатного лечения одним лекарственным средством в максимальной дозе. Лекарства сочетают с кардиоселективными β-адреноблокаторами. Самый важный критерий при выборе медикаментозной терапии – безопасность и действенность.

Помимо гипотензивных средств лечения — когда другие методы неэффективны — рассматривают другие категории лекарственных средств: магнийсодержащие препараты, седативные препараты растительного происхождения (лекарственные формы валериана и пустырника, назначаемые в первом триместре), препараты для микроциркуляции (аспирин в малых дозах, 40 — 150 мг/сутки, большие дозы могут вызывать кровотечение и пролонгировать гестацию; дипиридамол — назначается к применению 25 — 57 мг 3 раза в сутки с 14—16 недели), препараты кальция для восстановления костной и нервной ткани.

**Гипертонический кризис и терапия беременных**

При воздействии стресса, неправильной коррекции гипотензивного лечения происходит нарушение регуляции мелких артерий (отношение сопротивления стенок элементов кровеносной системы к величине сердечного выброса), повышается частота сердечных сокращений, АД является высоким, возникает риск развития гипертонического кризиса.

Согласно результатам исследований «для купирования гипертонического криза или быстрого снижения значительно повышенного АД у беременных с гипертонической болезнью показано сублингвальное применение клофелина (0,075 — 0,15 мг), а затем коринфара (10 мг)». Беременных с подобной патологией выделяют в группу высокого риска развития ухудшений у матери и плода.

Течение беременности обязательно контролируют акушер-гинеколог и терапевт, в тяжелых случаях – прибегают к помощи анестезиолога и других узких специалистов. Профилактика осложнений беременности при гипертонии и родов включает постоянный контроль над беременной в условиях женской консультации.

Пациенткам следует избегать психоэмоциональных перегрузок, которые могут послужить причиной обострения и развития гипертонического криза. Важную роль играет четкое соблюдение режима труда и отдыха, а также периодическое посещение специалиста для проведения ультразвукового контроля роста плода и околоплодных вод. В случаях протекания хронической формы эффективнее и безопаснее медикаментозная терапия оральными и внутривенными антигипертензивными препаратами.

**Что такое гипертония и чем она опасна**

Гипертония беременных (также называют гипертензией) — патология, одно из проявлений гипертензивных заболеваний во время гестации (гестоз). Согласно статистике, половина случаев ГБ развиваются во время беременности. Сопровождается показателями АД≥140/90 мм рт. ст. Риски связаны с угрозой самопроизвольного выкидыша на протяжении уже первого триместра.

Согласно рекомендациям Европейского кардиологического общества в период вынашивания гипертония у беременной имеет формы:

* Хроническая с сохранением АД≥140/90 мм рт. ст. во время первых 20 недель или до самой беременности.
* Гестационная, вызванная беременностью (без протеинурии).
* Гестационная с протеинурией (преэклампсия).
* Диагностированная до беременности с гестационной формой гипертонии и протеинурией с сохранением повышенного АД и экстракцией белка с мочой (>0,3 г/сутки) после 20 недели беременности.

В российской медицинской практике гестационные формы объединяют общим понятием — гестоз. Это синдром, развивающийся после 20-й недели и характеризующийся наличием АГ и протеинурии.

В случае, когда состояние будущей мамы характеризуется дополнительными симптомами, такими как резкое увеличение протеинурии, усиление движение кровотока, изменение уровня креатинина, говорят о сочетанном гестозе. Опасная и критическая формой гестоза – преэклампсия и эклампсия. Причиной может служить лишний вес, хроническая почечная недостаточность, неправильная работа эндокринной железы. Преэклампсия, протекающая в тяжелой стадии, переходит в эклампсию — припадки судорог. Такие припадки длятся до 2 минут и заканчиваются восстановлением сознания или комой.

Признаками приступа эклампсии являются: внезапные недомогания, резкое ухудшение самочувствия, подергивание мышц лица с распространением на верхние и нижние конечности, сокращение скелетной мускулатуры. Известна ранняя и поздняя послеродовая эклампсия. Если у пациентки была эклампсия, то ее экстренно реанимируют и вводят препарат, угнетающий нервную систему.

Согласно ВОЗ, ГБ классифицируется по трем стадиям: первая и вторая наименее опасны, на третьей стадии диагностируется повышение АД с поражением почек, печени и имеет три степени уровня АД — 1 (мягкая ГБ), 2 (умеренная ГБ) и 3 (выраженная ГБ) степени. Некоторые врачи считают, что на третьей стадии у беременной лекарственные средства кардиоселективного направления должны назначаться с осторожностью.

**Родоразрешение**

В основном роды при гипертонии происходят через естественные родовые пути, если беременность при гипертонии протекала без затруднений. Потуги необходимо исключить, так как родовой акт проходит с колебаниями АД. На практике прибегают к проведению кесарева сечения.

Решение о проведении родов зависит от срока беременности и показано по завершении 37 недели. Однако родоразрешение допустимо по окончании 34 недели – в случаях преэклампсии; 12 недели – когда возникают инсульт, сердечная недостаточность, отмечается злокачественное течение болезни (АД>180/120 мм рт. ст. изменение стенок кроветворных элементов, ведущие к кровоизлиянию и отеку диска зрительного нерва, недостаточному снабжению кровью сердца, головного мозга, почек).

К скорому вызыванию родов способствуют и почечная недостаточность матери, отек легких, внутрисосудистая недостаточность, эклампсия. Чтобы избежать проблем при родах, часто будущую маму госпитализируют несколько раз: до 12 недель гестации, в промежуток от 28 до 32 недель (характерна повышенная нагрузка на все системы) и за 2 — 3 недели до родов. Течение родового процесса сопровождается проведением мероприятий по предотвращению гипоксии плода.

**Наблюдение после родов**

Синдром ведения послеродового периода может сопровождаться применением лекарственных средств, так как в этот период наблюдается высокое давление. При кормлении грудью возможен отказ от проведения медикаментозной терапии (для беременных с первой степенью ГБ) с обязательным наблюдением за состоянием здоровья матери и новорожденного (для матерей со второй и третьей степенью заболевания). Специалисты назначают низкими дозами принимать лекарства, так как беспокоятся о возможности выделения препаратов в грудное молоко.

После родов от недуга пробуют избавиться народными средствами и другими безопасными способами, рекомендованными народной медициной. Также свежий воздух оказывает на мам благоприятный эффект. В период вынашивания может назначаться милдронат для стабильного обеспечения плода кислородом, если это необходимо в условиях осложненной беременности. После родов милдронат влияет на восприятие кислорода клетками новорожденного.

Гипертония у беременных является предметом, требующим непрерывного контроля и лечения. Необходимо тщательно подходить к выбору медикаментов, особенно в период кормления. Проблема усугубляется отсутствием четкой классификации безопасности и эффективности назначаемых препаратов в нашей стране. Гипертония и беременность является острым и важным вопросом, требующим грамотного и немедленного разрешения.