

Содержание журнала «Артериальная гипертензия», том 12, № 1, 2006 г.

Колонка редактора. С. 5-6.

Editor's column. P. 5-6.

Баранова Е.И. Артериальная гипертензия у беременных. С. 7-15.

Baranova E.I. Arterial hypertension at pregnant. P. 7-15.

Ткачева О.Н., Барабашкина А.В., Мишина И.Е., Разгуляева Н.Ф. Артериальная гипертензия в период беременности. С. 16-21.

Tkacheva O.N., Barabashkina A.V., Mishina I.E., Rasgulyaeva N.F. Arterial hypertension in the pregnancy period. P. 22-31.

Резник В.А. Вазоактивные факторы в патогенезе преэклампсии. С. 22-31.

Reznic V.A. Vasoactive factors in the preeclampsia pathogenesis. P. 22-31.

Тапильская Н.И. Современные представления о роли иммунной системы в развитии гестоза. С. 32-36.

Tapilskaya N. I. Modern conception about immune system role in the gestosis development. P. 32-36.

Аверина И.В., Резник В.А., Тапильская Н.И., Гайдуков С.Н., Фролова Е.В., Федорова О.В., Багров А.Я. Эндогенный выброс Na/K-АТФазы, маринобуфагенин при преэклампсии. С. 37-40.

Averina I.V., Reznic V.A., Tapilskaya N.I., Gaidukov S.N., Frolova E.V., Fedorova O.V., Bagrov A.Ya. Endogenous inhibitor Na/K-AT phase, marinobufagenin at preeclampsia. P. 37-40.

Беленков Ю.Н., Агеев Ф.Т., Бойцов С.А., Лазебник Л.Б., Мареев В.Ю., Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Обренович-Кирчански Б., Остоич М., Поздняков Ю.М., Чазова И.Е., Шляхто Е.В. Эналаприл плюс Индапамид в лечении АГ: оценка эффективности и безопасности рациональной фармакотерапии. Дизайн и основные результаты исследования ЭПИГРАФ-2. С. 41-51.

Belenkov Yu.N., Ageev F.T., Boitsov S.A., Lasebnic L.B., Mareev V.Yu., Oganov R.G., Olbinskaya L.I., Obrenovich-Kirchanski B., Ostoich M., Pozdnyakov Yu.M., Chazova I.E., Shlyakhto E.V. Enalapril plus Indapamid in the treatment AH: effect and safety estimation of rational pharmacotherapy. Design and main results of trail "EPIGRAPH-2". P. 41-51.

Вологодина И.В. Безопасность, эффективность и переносимость метопролола в лечении больных пожилого и старческого возраста кардиологического профиля. С. 52-55.

Vologdina I.V. Safety, effect and tolerance of metoprolol in the treatment of elderly and old patients of cardiological profile. P. 52-55.

Недогода С.В., Чаляби Т.А., Цома В.В., Брель У.А., Прохорова Е.А. Сравнительная эффективность Нолипрела форте и Ко-ренитека у больных артериальной гипертензией высокого риска. С. 56-58.

Nedogoda S.V., Chalyabi T.A., Tsoma V.V., Brel U.A., Prokhorova E.A. Comparative efficacy Noliprel forte and Ko-renitec at high risk arterial hypertension patients. P. 56-58.

Котовская Ю.В., Кобалава Ж.Д. Как характеризовать суточный профиль пульсового артериального давления? С. 59-65.

Kotovskaya Yu.V., Kobalava Zh.D. How to characterize the daily profile of pulse blood pressure? P. 59-65.

Цырлин В.А. Центральная регуляция кровообращения и артериальная гипертензия. С. 66-79.
Tzirlin V.A. The central regulation of the circulation and arterial hypertension. P. 66-79.

Шляхто Е.В., Конради А.О. Переносимость терапии рилменидином и его сочетания с амлодипином у больных гипертонической болезнью. (По данным исследования АЛЬТАИР). С. 80-84.

Shlakhto E.V., Konradi A.O. The tolerance of the rilmenidin therapy and its combination with amlodipin at essential hypertension patients (trial data ALTAIR). P. 80-84.

Кунсткамера. С. 86-88.

Coriosity facts. P. 86-88.

Артериальная гипертензия у беременных

Е.И. Баранова. Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова.

Резюме

В развитых странах мира артериальная гипертензия (АГ) обнаруживается примерно у 6-15% беременных и занимает второе место после тромбоэмболий среди причин смерти беременных. Она представляет угрозу не только для беременной женщины, но и для плода, увеличивая частоту перинатальной смертности. Критерии АГ у беременных не отличаются от общепринятых: систолическое АД ≥ 140 мм рт.ст., диастолическое АД ≥ 90 мм рт.ст. АГ у беременных подразделяется на следующие категории: хроническая (ранее существовавшая) гипертензия, гестационная гипертензия, преэклампсия, сочетание хронической (ранее существовавшей) гипертензии и гестационной гипертензии/преэклампсии. В первые два триместра беременности противопоказаны к применению все антигипертензивные препараты, кроме метилдопа. В третьем триместре беременности возможно использование и других антигипертензивных препаратов.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, беременность, преэклампсия.

Hypertension in pregnancy

Baranova E.I.

Pavlov state medical university, St.Petersburg, Russia

Resume

In developed countries hypertension is observed in 6-15% of all pregnancies and occupies the second place in pregnancy mortality rate after embolism. Hypertension can be dangerous not only for maternal but fetal death as well. Criteria for pregnancy hypertension are the same as general criteria ($\geq 140/\geq 90$ mm Hg). Hypertension in pregnancy is classified as following: preexisting hypertension, gestational hypertension, preeclampsia, mixed hypertension (preexisting and gestational). All antihypertensive drugs excluding methyldopa are contraindicated during the first and second trimesters, while several other drugs can be administrated during the third trimester.

Key words: hypertension, pregnancy, preeclampsia.

В развитых странах мира артериальная гипертензия (АГ) обнаруживается примерно у 6-15% беременных женщин (Lefant C., 2001; Пауман Р., 2004; James P.R., Nelson-Piercy C., 2004). Значимость этой проблемы обусловлена тем, что, по данным Всемирной Организации Здравоохранения, артериальная гипертензия занимает второе место после тромбоэмболий среди причин смерти беременных, что составляет 15-30% случаев в структуре материнской смертности (Gifford R.W. et al., 2000; James P.R., Nelson-Piercy C., 2004). Артериальная гипертензия в период беременности представляет угрозу не только для беременной женщины, но и для плода, увеличивая частоту перинатальной смертности (Савельева Г.М., 2000; Zareian Z., 2004).

Проблема гипертонии беременных вызывает все большую озабоченность общества. За прошедшее десятилетие распространенность преэклампсии возросла, в какой-то степени этот феномен обусловлен увеличением возраста беременных (Lefant C., 2001). До настоящего времени отсутствуют методы ранней диагностики преэклампсии и способы предупреждения этого осложнения беременности. Недостаточно разработаны методы эффективной и безопасной антигипертензивной терапии беременных с АГ, так как клинические рандомизированные исследования с гипотензивными препаратами, созданными в последние годы, не проводились, либо опыт их использования у беременных невелик.

Клиницисты в своей практической деятельности чаще всего решают следующие проблемы, связанные с высоким уровнем артериального давления (АД) и беременностью:

- Больная хронической АГ (гипертонической болезнью или вторичной АГ) планирует беременность
- Больная хронической АГ беременна и ищет совета врача
- АГ впервые выявляется у женщины на фоне беременности

Для решения вышеперечисленных проблем следует руководствоваться рекомендациями, разработанными компетентными экспертами, имеющими опыт лечения беременных с артериальной гипертензией. Такие рекомендации представлены в Отчете рабочей группы по проблеме высокого артериального давления у беременных, опубликованном в США (2001), в Рекомендациях Европейского кардиологического общества по лечению сердечно-сосудистых заболеваний у беременных (2003), в Рекомендациях Европейского общества по гипертонии и Европейского общества кардиологов (2003) и в Рекомендациях по преэклампсии (PRECOG, 2005).

Для понимания причин возможного повышения АД у беременных необходимо учитывать изменения центральной гемодинамики, возникающие во время беременности.