

Г.М. ХАЙБУЛЛИНА, А. ТАЛЖАНОВА, Ю.А. САЗОНОВА, А.А. ПРИХОДЬКО,
Г.Е. АЙТАСОВА, И.Ж. ШИМ
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Артериальная гипертензия (АГ) остается наиболее значимой проблемой патологии беременности, оказывающей влияние на показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Для раннего выявления, лечения и профилактики АГ у беременных женщин необходимо: тщательно собранный анамнез, а так же своевременная диагностика и лечение выявляемой патологии у девочек.

Ключевые слова: Артериальная гипертензия, беременность, преэклампсия, качество жизни матери и ребенка, здоровье девочки.

Артериальная гипертензия (АГ) у беременных остается наиболее значимой проблемой патологии беременности. Показатели материнской и перинатальной смертности, обусловленные гипертензивными состояниями, неуклонно возрастают (1,2). Во многих странах мира АГ занимает первое место в структуре материнской смертности вследствие тяжелых осложнений: эклампсии, острой почечной недостаточности, HELLP и ДВС-синдрома, геморрагического инсульта (3). Синдром артериальной гипертензии во время гестации рецидивирует при значительной части последующих беременностей и рассматривается как независимый фактор риска кардиоваскулярных расстройств (4,5). В то же время отсутствует преэминентность в ведении пациенток с АГ после родов и только 40% рожениц получают рекомендации продолжить наблюдение у кардиолога, наблюдаются не более 6,5% (5,6,7).

Цель исследования: 1) Оценить частоту встречаемости и этиологию артериальной гипертензии у беременных; 2) Оценить эффективность схемы лечения артериальной гипертензии у беременных в женской консультации в условиях врачебной амбулатории (ВА).

Результаты исследования. Нами было обследовано 30 женщин, в возрасте от 18 до 32 лет, вставших на учет по беременности в сроке 8 недель. После обследования было выявлено у 3 женщин (10%) хронический пиелонефрит, у 2 женщин (6%) эндемический зоб I степени, у 5 женщин (17%) анемия легкой степени, у 1 женщины (3%) анемия средней степени, у 19 женщин (64%) патологии выявлено не было. Среднее значение АД -110-120/70-80 мм.рт.ст составило у всех беременных в I и II триместрах беременности. При клиническом обследовании со срока 32 недели у 6 женщин (20%) наблюдалось повышение АД до 140\100 мм.рт.ст, что соответствует легкой степени преэклампсии. У 2-х (6 %) из них в анамнезе анемия легкой степени, у 2-х женщин (6 %) заболевание эндокринной системы, у одной женщины (3 %) хронический пиелонефрит и одна женщина (3 %) без патологии. У 2 женщин (6%) наблюдалось повышение АД до 160\110 мм.рт.ст, отеки нижних конечностей, возникшие впервые при беременности, незначительная протеинурия, что соответствует средне-тяжелой степени преэклампсии. Из анамнеза известно, что обе женщины страдают хроническим пиелонефритом с обострениями 3-4 раза в год. У 22 женщин, что составляет 74%, патологии беременности выявлено не было. Цель лечения беременных с АГ – предупредить развитие осложнений, обусловленных высоким уровнем АД, обеспечить сохранение беременности, физиологическое развитие плода и нормальные роды. Особое значение нужно уделить питанию беременной. Рекомендуются диета, богатая витаминами, микроэлементами, белками. В рационе должны присутствовать овощи и фрукты, очень полезны клюква, смородина, брусника или морсы из этих ягод, так же необходимо ограничить потребления поваренной соли - не более 5 г в сутки. Лечение так же предусматривает комплекс мероприятий по нормализации психологического состояния женщины: длительные пешие прогулки, физиологический сон, растительные седативные средства (валериана, пустырник), беседы с родственниками с целью создания оптимального психологического климата в семье (8,9,10). Целесообразно избегать стрессовых ситуаций, способствующих повышению уровня АД. Медикаментозная терапия имеет целью стабилизацию артериального давления без резких колебаний его уровня. Магнезиальная терапия является методом выбора для регулирования преэклампсии/эклампсии как наиболее изученная эффективная и безопасная. Нагрузочная доза - 5 г сухого вещества сульфата магния (20 мл 25% р-ра) в/в медленно в течение 10-15 минут (11,12). Регулирование артериального давления чаще всего следует начинать при АД 160/100 мм рт. ст. и выше, применяют гипотензивные препараты быстрого действия: из группы блокаторов Са каналцев – начальная доза 10 мг per os, повторно через 30 мин (максимальная суточная доза 120 мг), или бета-адреноблокаторы (конкор 10–20 мг/сут; эгилон 25–50 мг/сут), симпатоматическая терапия (лечение экстрагенитальной патологии). При выявлении преэклампсии/эклампсии при сроке беременности менее 37 недель проводится наблюдение и лечение, при сроке 37 недель и более – родоразрешение (13,14). Профилактика преэклампсии включает: использование антиагрегантов (низкие дозы аспирина - 75 мг в сутки), так как они снижают риск развития преэклампсии на 19% в группах высокого риска, а так же умеренно снижают частоту неблагоприятных исходов для плода (15). Дополнительный прием кальция (1 г в сутки): имеет положительный эффект у женщин с высоким риском развития гипертензии при беременности, и у беременных женщин с исходно низким потреблением кальция.

Выводы

1. Нестабильное повышение артериального давления преобладало у беременных в возрасте от 27–35 лет, что составило 60%;
2. АГ дебютировала, в основном, в III триместре беременности, что составило 26%;
3. АГ увеличивает риск отслойки нормально расположенной плаценты в 60% случаев, сетчатки-2%, массивных коагулопатических кровотечений, гестоза – 40%.
4. Магнезиальная терапия является препаратом выбора у беременных женщин с АГ.
5. Для раннего выявления, лечения и профилактики АГ у беременных женщин

необходимо: тщательно собранный анамнез, своевременная диагностика, регулярное прохождение скрининговых осмотров, выявление факторов риска и лечение выявляемой патологии у девочек.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Кривцова Е.В., Верткин А.Л. Некоторые вопросы плановой и экстренной терапии экстрагенитальных заболеваний у беременных. *Акушерство и гинекология*. М.: 2010; 4: 37-40.
- 2 Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. Издание четвертое. М.: «Триада-Х», 2007; 816.
- 3 Yoshida, A. Flow-mediated vasodilatation and plasma fibronectin levels in preeclampsia / A. Yoshida, S. Nacao, M. Kobayashi et al. // *Hypertension*. -2007. Vol. 36 (3). - P. 400-404.
- 4 Внутренние болезни и беременность: тактика применения лекарств: учебное пособие / О.П.Алексеева, З.Д.Михайлова. Н.Новгород: Издательство Нижегородской госмедакадемии, 2008; 288.
- 5 Авдеева, М.В. Диагностика артериальной гипертензии во время беременности / М.В. Авдеева, И.В. Щеглова // *Сердце. Журнал для практикующих врачей*. 2006. - Т. 5, №4 (28). - С. 187-189.
- 6 Zhang, J. Prediction of adverse outcomes by common definitions of hypertension in pregnancy / J. Zhang, M.A. Klebanoff, J.M. Roberts // *Obstet. Gynecol*. 2008. - Vol. 97 (2). - P. 261 -267.
- 7 Белокриницкая, Т.Е. Дифференцированный подход к лечению артериальной гипертензии у беременных / Т.Е. Белокриницкая, А.П. Филев, В.С. Баркан // *Российский кардиологический журнал*. 2006. - №2 (58).-С. 18-23.
- 8 Диагностика и лечение артериальной гипертензии: Российские рекомендации (третий пересмотр) // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. №7 (6). - 2008. - Приложение 2. — 32 с.
- 9 Захарова, Т.Г. Артериальная гипертензия у беременных: учебное пособие / Т.Г. Захарова, М.М. Петрова. — Ростов-на-Дону: Феникс; Красноярск: Издательские проекты, 2006. 112 с.
- 10 Лечебно-диагностическая тактика ведения беременных с артериальной гипертензией в России. М.: Издательство Рашин Продакшн, 2007. - 136 с.
- 11 Williams, D. Pregnancy: a stress test for life / D Williams // *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.*-2006.-Vol. 15 (6).-P. 465-471.
- 12 Wilson, B.J. Hypertensive diseases of pregnancy and risk of hypertension and stroke in later life: results from cohort stud / B.J. Wilson, M.S.Watson, G.J. Prescott et al. // *B.M.J.* 2007. - Vol 326. - P. 845.
- 13 Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy: Report of the National High Blood Pressure // *Am. J. Obstet. Gynecol*. 2009. - Vol. 183 (1). -P. S1-22.
- 14 Report of the National High Blood Pressure Education program. Working group report on high blood pressure in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:1-22.
- 15 Magee LA, Helewa ME, Moutquin JM, et al. Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy. This guideline has been reviewed and approved by the Hypertension Guideline Committee and approved by the Executive and Council of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. *JOGC* 2008;48.

Г.М. ХАЙБУЛЛИНА, А. ТАЛЖАНОВА, Ю.А. САЗОНОВА, А.А. ПРИХОДЬКО,

Г.Е. АЙТАСОВА, И.Ж. ШИМ

ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕ АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯ ӨТУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Түйін: Артериалды гипертензия (АГ) аналардың және шарапаның ауруы мен өшімінің көрсеткішіне әсер ететін жүктілік кезіндегі ағзадағы ауытқулардың ең маңызды мәселердің бірі болып табылады. Жүкті әйелдерде артериалды гипертензияны ерте анықтап, емдеп, алдын алу үшін : жеке жиналған сараптама, сонымен қатар уақытымы диагностика және қыздарға анықталған ағзадағы ауытқуларды емдеу қажет.

Түйінді сөздер: Артериалды гипертензия, жүктілік преэклампсия, ана мен бала өмірінің маңызы, қыздың денсаулығы.

G.M. KHAIBULLINA, A.N. TALZHANOVA, YU.A. SAZONOVA, A.A. PRIHODKO,

G.E. AITASOVA, I.ZH. SHIM

CHARACTERISTICS OF THE DEVELOPMENT OF THE ARTERIAL HYPERTENSION OF PREGNANT WOMEN

Resume: Arterial hypertension (AH) remains the substantial problem of the pathology of the pregnancy, which influence to the index of the mother and prenatal sickness and death-rate. For early discovery, treatment and preventive measures of AH with the pregnant women it is necessary: to have a thorough collected anamnesis, as well as a timely diagnosis and treatment of the discovered pathology of the girls.

Keywords: Arterial hypertension, pregnancy, preeclampsia, the quality of the life of the mother and child, the health of the girl.