

УДК 618.2/3:616.12-008.331.1-08

М.Г. Ногаева¹, С.А. Тулеутаева¹, Г.А. Авкубаева

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы,

¹Кафедра амбулаторно-поликлинической терапии;²Женская консультация Городской поликлиники №5, г. Алматы

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Аннотация

В статье представлена тактика ведения и лечения беременных женщин с артериальной гипертензией в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, беременность, допегит (метилдопа), профилактика осложнений

Введение.

По инициативе Национального центра проблем формирования здорового образа жизни в Казахстане с 2008 года отмечается Всемирный день борьбы с артериальной гипертонией (АГ). В последние годы в республике отмечается неуклонный рост уровня заболеваемости АГ. Распространенность АГ в Казахстане по данным различных исследователей варьируется от 15,2 до 27%, причем отмечается почти одинаковый уровень распространенности АГ в городе и на селе, что сопоставимо с международными данными [1].

По данным статистических отчетов Министерства здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК) в 2008 году заболеваемость болезнями системы кровообращения (БСК) составило 1645630, в 2011 – 1945822, динамика прироста (18%).

В таблице 1 приведены показатели повышенного артериального давления (на 100 000 человек соответствующего населения) по Республике Казахстан.

Таблица 1.

Показатели повышенного артериального давления (на 100 000 человек соответствующего населения) по Республике Казахстан

Год	Болезни, характеризующиеся повышенным артериальным давлением	
	Всего	Из них женщины
2008	855,6	903,1
2009	915,6	995,3
2010	913,8	1019,8
2011	1013,9	1270,3
Динамика прироста	(+1,8%)	(+4%)

Из таблицы 1 следует, что динамика прироста заболеваемости населения за анализируемый период (2008-2011 гг.) составила 1,8%, среди женщин 4%.

Считается, что повышенное артериальное давление или АГ – одно из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Установлено, что АГ страдают 20-30% взрослого населения. С возрастом распространенность болезни увеличивается и достигает 50-65% у лиц старше 65 лет.

АГ является наиболее частой терапевтической проблемой, возникающей при беременности. В европейских странах АГ осложняет течение 10% беременно-

стей, тогда как в Украине подобные осложнения составляют 6-10%, а по данным Всероссийского общества кардиологов АГ осложняет 5-30% беременностей. АГ является причиной 20-30 % случаев материнской смерти [2].

В настоящее время не существует единых критериев и классификационных признаков АГ при беременности (Кобалава Ж.Д., 2006). Классификация АГ при беременности (National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy, 2000), которая включает следующие формы: хроническая гипертензия, гестационная гипертензия, преэклампсия, преэклампсия на фоне хронической гипертензии.

Беременные с АГ женщин фертильного возраста составляют группу риска по развитию преэклампсии, преждевременной отслойки плаценты, задержки роста плода и других материнских и перинатальных осложнений. Вопросам ведения беременных с АГ уделяется большое внимание во всем мире, и каждый год появляется новая информация, посвященная этой проблеме. Однако не все терапевтические подходы к лечению АГ при беременности являются окончательно установленными. Поэтому обсуждение лечебных мероприятий при АГ у беременных является весьма актуальным.

Цель работы: изучить распространенность и особенности течения АГ у беременных и предложить тактику ведения в амбулаторных условиях.

Материалы и методы

Обследовано 64 беременных женщин, состоящих на учете в женской консультации при городской поликлинике (ГП), г. Алматы, в возрасте от 19 до 42 лет (средний возраст 33,2±2,53).

Всем беременным проводились: общий осмотр, лабораторно-инструментальные исследования: ОАК, ОАМ, биохимия: общий белок, сахар, АЛТ, АСТ, холестерин, креатинин, мочевины, коагулограмма, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ почек, контроль АД х 2 раза в сутки, осмотр глазного дна, суточный диурез.

Результаты и обсуждения

В таблице 2. Представлены данные по болезням кровообращения по женской консультации «ГП №5».

Из таблицы 2 следует, что заболевания болезни кровообращения, в том числе АГ преобладали в 2012 году (1,8%).

Таблица 2.

Данные болезни кровообращения по женской консультации «ГП №5»

Годы	Заболевания сердечно-сосудистой системы	Из них артериальная гипертензия	Состояло беременных на отчетный период
2011	40 (2,2%)	16 (1,0%)	1794
2012	80 (4,2%)	30 (1,8%)	1892
2013	61 (3,3%)	18 (1,2%)	1834

Таблица 3.

Таблица 4.

Клиническая характеристика беременных женщин с артериальной гипертензией.

Клинические проявления	Всего	
	абс.ч.	%
Головные боли	60	93,7
Головокружение	35	54,7
Сердцебиение	18	28,1
Повышенная возбудимость	37	57,8
Колющие боли в области сердца	17	26,5
Систолический шум на верхушке сердца	19	29,6
Акцент II тона на аорте	7	10,9
Отеки на нижних конечностях	8	12,5

Из таблицы 3 следует, что в основном преобладает головные боли (93,7%) и повышенная возбудимость (57,8%).

Сердцебиение, колющие боли в области сердца обычно имели кардионевротический характер, купировались самостоятельно или приемом экстракта валерианы.

По данным нашего исследования, к основным факторам риска развития АГ (таблица 3) является низкий социально-экономический статус (76,5%), хроническая болезнь почек (53,1%).

По данным лабораторных исследований у 32% беременных женщин в общем анализе мочи (ОАМ) выявлена незначительная протеинурия, у 40% по ультразвуковому исследованию (УЗИ) почек - признаки дилатации чашечно-лоханочной системы обеих почек.

По данным электрокардиографии (ЭКГ) признаков коронарной недостаточности выявлено не было, гипертрофия левых отделов сердца у 15,6%.

ЭхоКГ сократительная функция миокарда практически у всех беременных женщин была удовлетворительная.

Согласно протоколам лечения (код протокола Р-О-007) гипертензионных расстройств при беременности к основным препаратам (метилдопа, нифедипин и др.) дополнительные медикаменты определяются врачом-терапевтом самостоятельно.

На основании имеющегося протокола в нашем исследовании предложена следующая тактика ведения беременных с АГ:

- Медикаментозное лечение следует начинать по возможности постепенно, с использованием разрешенных к применению в акушерской практике антигипертензивных, дезагрегантных и метаболических средств на фоне лечебно-охранительного, психопрофилактического режимов и соблюдение лечебно-профилактической диеты. В дальнейшем по необходимости назначают препараты разрешенные при беременности. Из имеющихся в арсенале врача гипотензивных лекарственных средств только метилдопа (допегит) относится к категории В (FDA, USA, 2010) по доказательной медицине.

- Проводилась оптимизация режима труда и отдыха: эмоциональный и физический покой, измерение АД 5-6 раз в сутки, сон более 10 часов в сутки;

- Рациональное питание: полноценное питание, богатое белком, витаминами, микроэлементами, ограничение животных жиров, холестерина и консервантов, снижение веса не рекомендуется даже при ожирении.

- Улучшение качества психопрофилактической подготовки и консультирование беременных по тревожным

Факторы риска, способствующие развитию артериальной гипертензии.

Факторы риска	Всего	
	абс.ч.	%
Возраст старше 35 лет	5	7,8
Избыточная масса тела	15	23,4
Курение	4	6,2
Отягощенный семейный анамнез	18	28,1
Длительное повышение АД в анамнезе	11	17,1
Перенесенное ОНМК в анамнезе	2	3,1
Вовремя не обследованные и нелеченные	21	32,8
Не состоящие, на учете по данному заболеванию	15	23,4
Хроническая болезнь почек	34	53,1
Низкий социально-экономический статус	49	76,5

признакам во время беременности и необходимости рододовой госпитализации. Проводится школа «Ламаз».

Фармакотерапия АГ при беременности была показана при АД $\geq 140/90$ мм.рт.ст.

Беременным женщинам с гестозной гипертензией назначались магнийсодержащие препараты (магнерот, магне В6). С 14-недели беременности препараты, улучшающие микроциркуляцию дигидрида никотиновой кислоты по 25 мг х 3 раза в день (уровень доказанности В) (исследования на животных не показывают риска для матери и плода, но исследования на беременных женщинах не проводились).

Беременные с АГ в анамнезе получали метилдопу (допегит) от 250 1 табх1 раз в сутки, с постепенным повышением дозы.

Беременным женщинам с гестозной гипертензией и АГ назначался канефрон по 2 драже х 3 раза в день

На протяжении всей беременности на фоне комбинированной терапии отмечались: улучшение общего самочувствия (отсутствии головных болей, головокружения и т.д.), нормализация показателей АД, исчезновение отеков. Отсутствовали осложнения со стороны плода, а также других органов и систем беременной.

При АГ I и II степени родоразрешение через естественные родовые пути, при АГ III степени и присоединением акушерской патологии, как преэклампсия, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты путем кесарева сечения.

Из обследованных женщин прерывание беременности по медицинским показаниям (АГ III степени – злокачественное течение) было у 1 (1,5%), 92,1% беременных женщин родили самостоятельно, у 4 (6,25%) АГ осложненная преэклампсией - путем кесарева сечения.

Выводы.

1. Динамика прироста заболеваемости населения за анализируемый период (2008-2011 гг.) составила (+1,8%), среди женщин (+4%).

2. В клинической картине преобладают головные боли (93,7%) и повышенная возбудимость (57,8%).

3. В структуре факторов риска АГ у беременных наиболее часто выявляется низкий социально-экономический статус (76,5%), хроническая болезнь почек (53,1%), избыточная масса тела (23,4%), отягощенный семейный анамнез (12,5%).

4. В настоящее время метилдопа остается препаратом выбора при лечении АГ у беременных женщин (уровень доказательности В).

5. Предложенная тактика ведения беременных с АГ, включающая комплекс немедикаментозных мероприятий и комбинацию фитопрепаратов, антикоагулянтов и метилдопы (допегит), является эффективной, безопасной и оптимальной, что снижает риск развития преэклампсии.

лампсии, внутриутробной задержки развития и гибели плода, преждевременных родов и способствует естественному родоразрешению - 92,1%.

Литература:

1. Статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году». - Астана: 2012. - С. 17 – 19.
2. Ребров Б.А. Лечение артериальной гипертензии при беременности // Артериальная гипертензия. – 2011. - №4(18). Доступно: <http://www.mifua.com/archive/article/21162>
3. Беременность и экстрагенитальные заболевания // Министерство здравоохранения РК, Научный центр

акушерства, гинекологии и перинатологии. – Алматы. – 2013. – С. 86 -101.

4. Клиническое руководство по гипертензии и её лечению во время беременности (краткая версия) // Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК, центр стандартизации. – Астана. – 2012. - С. 9-20.

5. Верткин А.Л., Ткачева О.Н. и др. Артериальная гипертензия беременных: диагностика, тактика ведения и подходы к лечению // Лечащий врач. – 2006. - № 3. – С. 21-27.

6. Ткачева О.Н., Рунихина Н.К. и др. Спорные вопросы артериальной гипертензии в период беременности // Фарматека. – 2012. - № 4. - С. 1-7.

Тұжырым

АРТЕРИАЛЬДІ ГИПЕРТЕНЗИЯСЫ БАР ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДІ ЖҮРГІЗУ ТӘСІЛІ

М.Ғ. Ноғайева, С.А. Тулеутаева, Г.А. Авкубаева

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

Амбулаторлы-емханалық терапия кафедрасы,

№5 қалалық емхананың әйелдер кеңесі

Мақсаты. Жүкті әйелдердің артериальді гипертензиясының ағым ерекшеліктерін және таралуын оқу және амбулаторлы жағдайда жүргізу тәсілін ұсыну.

Материалы және әдістері. Алматы қ. қалалық емханасының (ҚЕ) әйелдер кеңесінде тұратын жасы 19 бастап 42 дейін (орташа жасы $33,2 \pm 2,53$) 64 жүкті әйел қаралып тексерілді. Барлық жүкті әйелдерге: жалпы қарап тексеру, лабораторлы-инструментальді зерттеулер: ЖҚА, ЖЗА, биохимия: жалпы белок, қант, АЛТ, АСТ, холестерин, креатинин, мочевина, коагулограмма, ЭКГ, ЭхоКГ, бүйрек УДЗ, АҚҚ бақылау, көз түбін зерттеу жүргізілді.

Нәтижесі. Жүкті әйелдерде артериальді гипертензияның емін, дәрігер-терапевт іске асырады. Гипертензивті жағдайлар – бұл жиі терапевтік проблема болып табылады, ол жүктілік кезінде пайда болады және 20-30% жағдайда ана өліміне әкеледі. Артериальді гипертензияның қауіп қатерлігі жүктіліктің алғашқы этаптарында дереу профилактикалық шараларды жүргізуге белгі болып табылады. Жүктілік кезінде артериальді гипертензияның терапевтік тактикасы қатан оқуды талап етеді. Тек комплексті терапия, яғни препараттарды таңдау, фитопрепараттар, антикоагулянттар, профилактикалық шаралар максимальді түрде ана мен бала организмі жағынан асқынулардың алдын алады.

Қорытынды. Жалпы Қазақстан Республикасы бойынша халық арасында аурудың өсу динамикасы 1,8% байқалады. Жүкті әйелдерде артериальді гипертензияның қауіп қатерлігі ауыр жанұялық анамнез, мөлшерден тыс дене салмағы және төмен әлеуметтік-экономикалық статус болып табылады. Жүкті әйелдерде артериальді гипертензияның комплексті терапиясы эффективті, қауіпсіз және оптимальді болу керек, сонымен қатар преэклампсия, құрсақ ішілік даму кідірісін және нәресте өлімін, мерзімнен бұрын босану қауіпін төмендету қажет.

Негізгі сөздер: артериальді гипертензия, жүктілік, допегит (метилдопа), асқынулардың алдын алу.

Summary

TACTICS MANAGEMENT PREGNANCY WOMEN WITH ARTERIAL HYPERTENSION

M.G. Nogayeva¹, S.A. Tuleutayeva¹, G.A. Avkubaeva²

Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov,

¹Chair of Outpatient and Polyclinic Therapy,

²The Female consultation of city polyclinic (CP) № 5.

Goal of the work. To investigate the prevalence and characteristics of hypertension in pregnant women and suggest tactics in an outpatient setting.

Materials and Methods. Sixty-four (64) pregnant women were examined registered at the antenatal clinic at a city polyclinic (CP), Almaty, aged 19 to 42 years (mean age $33,2 \pm 2,53$). All pregnant women were conducted: a general examination, laboratory and instrumental investigations: complete blood count, urinalysis, biochemistry: total protein, sugar, ALaT, ASaT, cholesterol, creatinine, urea, coagulation, electrocardiogram, echocardiogram, ultrasound of the kidneys, blood pressure control, examination of the fundus.

Results. Therapist, as a rule, monitors and treatment of pregnant women with arterial hypertension. Hypertensive disorders - is the most common therapeutic problem during pregnancy is the cause of 20-30 % of maternal deaths . Risk factors for hypertension should be in the early stages of pregnancy serve as a signal to take immediate preventive measures. Therapeutic tactics hypertension during pregnancy require careful study . Only the complex therapy drugs of choice, herbal remedies, anticoagulants, including preventive measures maximizes avoid complications in the mother's body and fetus.

Conclusions. In general, the Republic of Kazakhstan noted the growth trend morbidity 1,8%. In the structure of the risk factors of hypertension in pregnant women most commonly detected family history, chronic kidney disease, overweight and low socio-economic status. Complex therapy of hypertension in pregnant women is an effective, safe and optimal use reduces the risk of developing preeclampsia, intrauterine growth and fetal death, premature delivery.

Key words: hypertension, pregnancy, dopegit (methyldopa), prevention of complications.