

4. Проведенное комплексное лечение эпигеном и виусидом позволило получить статистически значимое в 3 раза увеличение длительности клинической ремиссии в отдаленном периоде по сравнению со стандартным курсом терапии (ацикловиром) с 2 мес. до 12,3 мес (против 1,9 мес. – 3,9 мес), снижением длительности периода рецидива с 8,1 день до лечения до 3,0 дня после лечения (против 8,1 и 5,2 дня соответственно). Эпиген и Виусид не вызывают побочных эффектов, хорошо переносятся больными.

Литература:

1. Барановская Е.И., Жаворонок С.В., Супрун Л.Я., Воронцов А.Н. Особенности течения беременности и

родов у больных с герпесвирусными инфекциями // Акушерство и гинекология, 2004,5, 49-50.

2. Жаров С.Н., Лучшев В.И., Помазанов В.В. Результаты применения препарата на основе глицирризиновой кислоты в комплексной терапии больных хроническим гепатитом С // Инфекционные болезни, 2003, т.1,1, 70-74.

3. Земсков В.М., Лидак М.Ю., Земсков А.М., Микстайс У.Л. Низкомолекулярная РНК. Рига, Зинатне, 1985.

4. Snowden W. , Manohitharajah V., Crooks J. Antiviral sensitivity of herpes simplex isolates from patients participating in the valacyclovir genital herpes simplex programme //Antiinfective Drugs Chemother , 1998, 16 (suppl 1), 19.

УДК 618.2+616.12-008.331.1

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БЕРЕМЕННЫХ

¹Ж.Б. Бабашева, ¹И.В. Красильникова, ¹З.Л. Дзангиева, ²Л.Г. Пермитина

ГККП «Павлодарский областной родильный дом», г. Павлодар¹
ГККП «Родильный дом», г. Экибастуз²

Резюме

В обзоре представлены данные литературы о частоте, патогенезе, классификации артериальной гипертензии у беременных. Рассмотрены современные способы лечения артериальной гипертензии у беременных.

Тұжырым

ЖҮКТІЛІК КЕЗДЕ АРТЕРИАЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫҢ БОЛУЫ

Шолуда жүктілердің артериальдық гипертензияның жіктелуі, патогенезі, жиілігі туралы әдебиет мәліметтері көрсетілген. Жүктілерде артериальдық гипертензияны емдеудің қазіргі заманғы әдістері қарастырылған.

Summary

HYPERTENSION IN PREGNANCY

This review presents the literature about the frequency, the pathogenesis and classification of arterial hypertension in pregnancy. We consider the modern methods of treatment of arterial hypertension in pregnancy

Артериальная гипертензия (АГ) в настоящее время является одной из наиболее распространенных форм патологии у беременных. В Казахстане АГ встречается у 5–30% беременных, и на протяжении последних десятилетий отмечается тенденция к увеличению ее распространенности. В период беременности АГ существенно влияет на ее течение и исход, является основной причиной перинатальных потерь и материнской смертности. Во время беременности АГ может привести к развитию отслойки нормально расположенной плаценты, отслойки сетчатки, эклампсии с нарушением мозгового кровообращения и полиорганной недостаточностью, тяжелых форм синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром). Осложнениями АГ также являются прогрессирующая фетоплацентарная недостаточность и синдром задержки роста плода, а в тяжелых случаях – асфиксия и гибель плода. Отдаленный прогноз у женщин, имевших АГ в период беременности, характеризуется повышенной частотой развития ожирения, сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний. Дети этих матерей подвержены развитию различных метаболических и гормональных нарушений, сердечно-сосудистой патологии. Впервые систематическое лечение АГ беременных начал использовать LeonChesley (1945 г.). В дальнейшем изучение патофизиологии гипертензии при беременности позволило применять современные антигипертензивные препараты, существенно улучшающие состояние плода в перинатальном периоде и значительно сокращающие частоту осложнений у матери.

В статье опубликована классификация гипертензивных состояний при беременности рекомендованной приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 декабря 2011 года №869 «О внесении дополнений в приказ министра здравоохранения республики Казахстан от 7 апреля 2010 года №239».

Гипертензивные состояния при беременности представлены группой заболеваний:

- существующих до беременности;
- развившихся, непосредственно, в связи с беременностью.

Классификация АГ в период беременности

1. Хроническая АГ - все гипертензивные состояния, диагностированные у женщины до беременности или до 20-ой недели ее развития, при этом АГ не исчезает после родов. АГ, диагностированная после 20-й недели беременности и не исчезающая спустя 12 недель после родов, также классифицируется как хроническая АГ:

- Артериальная гипертензия (первичная)
- Симптоматическая (вторичная) АГ

2. Гестационная АГ - артериальная гипертензия, индуцированная беременностью манифестирующая после 20-ой недели беременности.

3. Преэклампсия /эклампсия - осложненная гестационная АГ - преэклампсия (АГ + протеинурия) и эклампсия (АГ+ протеинурия +судороги).

4. Преэклампсия /эклампсия на фоне хронической АГ - осложненная хроническая АГ - преэклампсия (АГ + протеинурия) и эклампсия (АГ + протеинурия +судороги).

Хроническая АГ. Женщины с АГ при планировании беременности должны пройти комплексное клинико-лабораторное обследование в соответствии с общепринятыми стандартами ведения пациентов с артериальной гипертензией с целью:

- оценки функционального состояния органов-мишеней – ЭКГ, ЭхоКГ, исследование сосудов глазного дна, ультразвуковое исследование почек, при необходимости мониторинг ЭКГ по Холтеру, нагрузочные тесты;

- определения степени и группы риска АГ;

- в случае приема женщиной антигипертензивных препаратов на этапе планирования беременности – коррекция медикаментозной терапии: отмена ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента и блокаторов рецепторов ангиотензина II и дозы препарата, добываясь целевого уровня АД < 140/90 мм рт.ст.

- оценки прогноза для матери и плода.

Выделяют 3 ст. риска развития осложнений беременности у женщин с ХАГ:

I ст. риска – минимальная, соответствует АГ1-2 группе риска. Беременность протекает относительно удовлетворительно и допустима. Вместе с тем, у 20% беременных с ХАГ развиваются различные осложнения: преэклампсия, отслойка нормально расположенной плаценты, у 12% – преждевременные роды.

II ст. риска – выраженная, соответствует АГ 3 степени риска. Частота осложнений беременности значительно возрастает – преждевременные роды происходят у каждой пятой беременной, в 20% случаев наблюдается антенатальная гибель плода. Беременность потенциально опасна для матери и плода.

III ст. риска – максимальная, соответствует АГ 4 степени риска: беременность противопоказана. Осложнения беременности и родов возникают у каждой второй женщины, перинатальная смертность составляет 20%.

Гестационная АГ

- повышение уровня АД $\geq 140/90$ мм.рт.ст., впервые зафиксированное после 20 недели беременности и не сопровождающаяся протеинурией; после родов в течение 12 недель у пациенток с гестационной АГ АД возвращается к нормальному уровню.

- диагноз гестационной АГ ставится лишь на период беременности;

- рекомендуется наблюдение как минимум в течение 12 недель после родов. В том случае, если через 12 недель после родов АГ сохраняется, диагноз гестационной АГ меняется на диагноз хронической АГ и уточняется, после дополнительного обследования, в соответствии с общепринятой классификацией АГ.

Преэклампсия - специфичный для беременности синдром, который возникает после 20-й недели гестации, определяется по наличию АГ и протеинурии (больше 300 мг белка в суточной моче).

- умеренная выраженная

- тяжелая

- критическая: эклампсия; отек, кровоизлияние и отслойка сетчатки; острый жировой гепатоз; HELLP-синдром; острая почечная недостаточность; отек легких, отслойка плаценты.

Факторы риска преэклампсии: возраст женщины <18 лет или ≥ 40 лет, предыдущая преэклампсия, антифосфолипидные антитела, АГ или ДАД ≥ 90 мм рт.ст.; заболевания почек или протеинурия; сахарный диабет, ожирение (ИМТ ≥ 35), семейный анамнез преэклампсии (у матери, сестер), многоплодная беременность, первая беременность, несколько беременностей, интервал между предыдущей беременностью ≥ 10 лет, САД ≥ 130 мм рт.ст., или ДАД ≥ 80 мм рт.ст. При наличии факторов

риска преэклампсии описаны положительные эффекты небольших доз аспирина (75-100 мг в сутки).

Лечение гипертензивных состояний у беременных.

Цель лечения беременных с АГ – предупредить осложнения, обусловленные высоким уровнем АД, обеспечить сохранение беременности, нормальное развитие плода и успешные роды.

Практически все антигипертензивные препараты проникают через плаценту и потенциально способны оказывать нежелательное влияние на плод, новорожденного и/или дальнейшее развитие ребенка. Спектр антигипертензивных препаратов, используемых при беременности, ограничен. Препаратами первой линии являются метилдопа, допегит, антагонисты кальция (АК) дигидропиридинового ряда, β -адреноблокаторы (β -АБ). За рубежом лабеталол широко используется как препарат замены при неэффективности или непереносимости препарата выбора – метилдопы. Привлекательность лабеталола усиливает тот факт, что у него слабее, чем у других β -АБ, выражена способность проникать через плаценту.

Препараты второй линии. Наиболее изученным препаратом из группы АК является нифедипин пролонгированного действия. Накоплен достаточный клинический опыт, позволяющий считать его относительно безопасным для плода. Короткодействующий нифедипин 10 мг рекомендован в качестве средства для фармакотерапии тяжелой АГ у беременных. Таблетки пролонгированного действия (20 мг), а также таблетки с модифицированным/контролируемым высвобождением (30/40/60 мг) используются для продолжительной плановой базисной терапии АГ в период гестации. Гипотензивный эффект нифедипина достаточно устойчив, в клинических исследованиях не отмечено серьезных нежелательных явлений, в частности, развития тяжелой гипотензии у матери.

Нифедипин короткого действия при сублингвальном использовании в ряде случаев может провоцировать резкое неконтролируемое падение уровня АД, что приводит к снижению плацентарного кровотока. В связи с этим, даже при оказании неотложной помощи, рекомендуется прием препарат внутрь. Пролонгированные формы нифедипина не вызывают патологического снижения уровня АД, рефлекторной активации симпатической нервной системы, обеспечивают эффективный контроль, за уровнем АД, на протяжении суток без значимого повышения вариабельности АД. Применение АК возможно во II, III триместрах беременности. К побочным эффектам лечения АК относятся: тошнота, головная боль, головокружение; аллергические реакции; гипотония, периферические отеки.

Литература:

1. Протокол диагностики и лечения артериальной гипертензии у беременных Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 декабря 2011 года №869 «О внесении дополнений в приказ министра здравоохранения республики Казахстан от 7 апреля 2010 года №239».

2. Кулаков В.И., Серов В.Н., Абубакирова А.М. Анестезия + реанимация в акушерстве и гинекологии. М.: Триада, 2000.

3. Серов В.Н. Гестоз: современная лечебная тактика. Фарматека. 2004; 1: 67–71.

4. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации. Прил. к журн. Кардиоваскул. тер.ипрофилак. 2008; 2.

5. Ткачева О.Н., Барабашкина А.В. Актуальные вопросы патогенеза, диагностики и фармакотерапии артериальной гипертензии у беременных. М.: ПАГРИ, 2006.