

Г.Б. ПОЛЗИК, Д.А. КАПСУЛТАНОВА, Т.А. ШВЕДКОВА,  
Е.М. БЕЗИНА, М.А. ЕШМУХАМБЕТОВА,  
Д.Т. ИСАГАЛИЕВА, Г.О. САРДАРОВА,  
Г.А. УТИНА, А.Г. ЮСЕНОВА

Кафедра интернатуры и резидентуры по терапии №1  
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННОЙ

УДК 616.12-008.331.1:618.3

*Статья посвящена клиническому случаю хронической артериальной гипертензии у беременной. Благодаря проведению диагностических мероприятий и своевременному назначению антигипертензивной терапии, можно добиться стабилизации состояния у беременных женщин, а также снизить риск материнской и перинатальной смертности.*

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, беременность

**Актуальность:** Вопросы диагностики и лечения артериальной гипертензии (АГ) у беременных являются актуальными для практикующих врачей, так как данная патология является ведущей причиной материнской и перинатальной смертности, преждевременных родов [1]. Кроме того, женщины, у которых во время беременности было выявлено повышение артериального давления (АД), в будущем имеют больший риск развития сердечно-сосудистых заболеваний [2,3].

Критериями АГ у беременной женщины являются: САД > 140 мм рт. ст., ДАД > 90 мм рт. ст.; повышение САД более, чем на 25 мм рт. ст. или ДАД более, чем на 15 мм рт.ст. по сравнению с АД до беременности или в I триместре. При этом стоит отметить, что при физиологически протекающей беременности в I и II триместрах происходит снижение АД за счет гормональной вазодилатации, а в III триместре АД возвращается к индивидуальному уровню или может немного превышать его [4].

У беременных с АГ снижение плацентарного кровотока вследствие хронической плацентарной недостаточности приводит к эндотелиальной дисфункции - нарушению нормального соотношения между констрикторами (эндотелин, тромбоксан, фибронектин) и вазодилататорами (эндотелиальный релаксирующий фактор, простаглицлин). Развивающаяся дисрегуляция тонусов сосудов и повреждение эндотелия приводит к повышению АД. Согласно рекомендациям ESH и ESC 2007 года АГ во время беременности имеет следующие формы:

1. АГ, существовавшая до беременности - хроническая АГ (ХАГ). АД  $\geq$  140/90 мм рт.ст. до беременности или в течение первых 20-ти недель. АГ в течение более 42 суток после родов.
2. Гестационная АГ (ГАГ), индуцированная беременностью и без протеинурии. ГАГ развивается после 20-й недели беременности и проходит в течение 42 суток после родов.
3. ГАГ, ассоциирующаяся с протеинурией (преэклампсия)
4. АГ, диагностированная до беременности в сочетании с ГАГ и протеинурией, характеризуется дальнейшим увеличением АД и экскрецией белка с мочой >0,3 г/сут (сочетанный гестоз) [6].

Беременную, страдающую артериальной гипертензией, за время беременности необходимо трижды госпитализировать в стационар. Первая госпитализация до 12-й недели беременности, когда решается вопрос о сохранении беременности или ее прерывании при наличии соответствующих показателей. Вторая госпитализация в сроке 28-32 недели, когда проводят тщательное обследование больной, коррекцию проводимой терапии и лечение фетоплацентарной недостаточности. Третья госпитализация должна быть осуществлена за 2-3 недели до предполагаемых родов для подготовки женщины к родоразрешению [7].

Препаратом выбора для лечения АГ у беременных по международным рекомендациям является метилдопа (допегит). В многочисленных исследованиях было подтверждено, что, несмотря на проникновение данного препарата через плацентарный барьер, он не вызывает серьезные нежелательные эффекты у плода. Прием метилдопы стабилизирует маточно-плацентарный кровоток и гемодинамику плода, следовательно снижается перинатальная смертность [8].

**Клинический случай. Первая госпитализация.** Больная К., 1977 г.р. обратилась с жалобами на головную боль, повышение АД, тошноту, однократную рвоту по вечерам, после чего самочувствие несколько улучшалось.

Анамнез заболевания: Артериальное давление впервые повысилось в родах 5 лет назад. Первые две беременности протекали без особенностей, АД не повышалось, отеков не было. 3-я беременность протекала с АД -120/80 мм рт.ст., но в родах оно повысилось до 170/100 мм рт.ст. После родов в течение месяца АД оставалось повышенным. Пациентка принимала таблетки, названия которых не помнит. Настоящая беременность четвертая. С первых дней беременности большую беспокоили головные боли, которые она связывала с токсикозом. В последние 2-3 недели токсикоз прекратился, но головные боли продолжали беспокоить. При измерении зафиксировано неоднократное повышение САД до 160 мм рт.ст. Терапевтом женской консультации назначен допегит в дозе 250 мг с последующим ее увеличением до 750 мг в сутки, но

АД оставалось на прежних цифрах. Госпитализирована для подбора антигипертензивной терапии.

*Анамнез жизни: ЖКБ. Миопия (-8). Наследственностьотягощена по АД.*

Объективно при поступлении: общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Нормостенического телосложения. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Периферических отеков нет. ЧДД 18 в мин. В легких перкуторно – легочный звук. Аускультативно – везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС-98 в мин. АД dex-170/100 мм рт.ст., АД sin-160/100 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследований: ОАК: эритроциты- $4,4 \cdot 10^{12}/л$ , Hb-133 г/л, Ht-36%, тромбоциты- $301 \cdot 10^9/л$ , лейкоциты- $10,2 \cdot 10^9/л$ , п/я-10, с/я-63, м-7, лимфоциты-20, СОЭ – 20 мм/час.

Биохимический анализ: общий белок - 67 г/л, мочевины- 3,3 ммоль/л, креатинин-22 ммоль/л, глюкоза-5,3 ммоль/л, АЛТ-9 Ме/л, АСТ-9 Ме/л, билирубин -7,3 мкмоль/л, холестерин-5,47 ммоль/л. КФ-293 мл/мин.

Липидный спектр: холестерин-5,47 ммоль/л, холестерин ЛПВН-1,65 ммоль/л, холестерин ЛПНП-3,47 ммоль/л, триглицериды-1,76 ммоль/л, КОА- 2,3, риск ИБС-2,1. Высокочувствительный СРБ-1,3 мг/л. Электролиты: К<sup>+</sup> 3,87 ммоль/л, Na<sup>+</sup> 135,7 ммоль/л, Кальций 1,21 ммоль/л. Д-димер: 293 нг/мл. Кардиомаркеры: тропонин - 0,003 ng/mL. Коагулограмма: АКТ12, АПТВ 44, ПИ 82, Фибриноген А 3,5 г/л, РФМК 14,0 мг/%, В-нафтоловый тест 1+.

Общий анализ мочи: белок –отсутствует; лейкоциты 1-3 в п/зр. Проба по Нечипоренко: лейкоциты - 1250 в 1мл, эритроциты - 0. Анализ мочи по Зимницкому: дневной диурез - 260 мл, ночной диурез - 370 мл. Общий диурез - 640 мл.

Гормоны щитовидной железы: ТТГ-1,20 (0,46-4,60 мМЕ/л), Т<sub>4</sub>-111,4 (60-160 нмоль/л), Т<sub>3</sub>-2,11 (1,2-3,28 нмоль/л), А-ТПО-57,0 (до 30,0 МЕ/мл). Микрореакция - отр. Анализ кала на яйца гельминтов-отр. ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 87 в мин. Нормальное положение ЭОС. Гипертрофия левого желудочка. Полная блокада правой ножки пучка Гиса.

ЭхоКГ: Ао-2,6 см, восх-2,7 см, ЛП-3,1 см; ПЖ-2,1см, КДР-4,8 см, КСР-3,2 см, ДО-108 мл, СО-41мл, УО-67 мл, ФИ-61%, Fs-33%, ТЗСЛЖ - 0,8 см, ТМЖП-0,9 см. Заключение: Аорта не изменена. Створки клапанов интактны, раскрытие не ограничено. Полости сердца не расширены. Зон гипокинеза не выявлено. Сократительная функция ЛЖ и ПЖ в норме. ДопплерэхоКГ: Физиологическая регургитация на МК, ТК.

УЗИ ОБП и почек: ЖКБ. Эхо-признаки хронического калькулезного холецистита. Незначительные изменения в паренхиме поджелудочной железы. Эхо-признаки хронического двустороннего пиелонефрита. МКД слева. Микролиты правой почки. УЗИ: Беременность 10-11 недель (срок по фетометрии). Гипертонус по задней стенке матки.

Консультация гинеколога: Беременность 10-11 недель. Угроза прерывания беременности по УЗИ. Диагноз и лечение согласованы.

СМАД: Дневные: число измерений: 16.

САД max 149, ДАД max 91, пульс 98

САД мин 112, ДАД мин 63, пульс 70

САД сред 126, ДАД сред 73, пульс 81

Ночные: число измерений: 6.

САД max 140, ДАД max 84, пульс 77

САД мин 116, ДАД мин 65, пульс 68

САД сред 127, ДАД сред 74, пульс 72

Консультация невропатолога: Без очаговой патологии.

Консультация офтальмолога: Миопия высокой степени. Рекомендовано: циклоскопия.

СМАД от 16.11.15г: Дневные: число измерений: 17.

САД max 129, ДАД max 81, пульс 104

САД мин 103, ДАД мин 54, пульс 68

САД сред 120, ДАД сред 69, пульс 81

Ночные: число измерений: 5.

САД max 144, ДАД max 90, пульс 84

САД мин 116, ДАД мин 70, пульс 69

САД сред 132, ДАД сред 84, пульс 76

Клинический диагноз: Хроническая артериальная гипертензия тяжелой степени (III ст). Риск II. Беременность 12-13 недель. Миопия высокой степени. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит вне обострения.

Проведено лечение: Режим I, Диета 10, магния сульфат 25%-5,0+натрия хлорид 0,9%-100,0 в/в капельно, допегит 250 мг x 4 раза в день.

Учитывая наличие хронической артериальной гипертензии тяжелой степени, II степени риска, отягощенный акушерский анамнез (повышение АД во время 3-х родов 5 лет назад), миопию высокой степени, калькулезный холецистит, консилиум пришел к заключению, что данная беременность потенциально опасна для матери и плода.

В результате проведенного лечения в городском кардиологическом центре самочувствие больной улучшилось, на момент выписки АД 120/80 мм рт.ст. Рекомендован прием Допегита в дозе 250 мг x 4 раза в день под контролем АД.

**Вторая госпитализация через 3 месяца.** Жалобы на умеренные головные боли, повышение АД, отечность лица, кистей и стоп, общую слабость. Из анамнеза: назначенную при выписке дозу допегита больная принимала в течение двух недель, затем самостоятельно снизила дозу до 2-х таблеток и в течение 2,5 месяцев чувствовала себя удовлетворительно. За две недели до госпитализации АД стало постепенно повышаться и больная самостоятельно увеличила дозировку допегита до 3-х таблеток в день, но состояние не улучшалось; появились пульсация в височной области и отеки на лице, кистях, стопах. В день поступления АД повысилось до 200/100 мм рт.ст. При поступлении в/в капельно введен сульфат магния 25% - 10,0. АД снизилось до 160/100 мм рт. ст. Однако, через два часа вновь повысилось до 180/110 мм рт. ст. В/в капельно введен эбрантил в дозе 50 мг на дозаторе. АД оставалось на уровне 206/129 мм рт. ст. (по данным СМАД). Затем дежурным врачом вводился сульфат магния 25% - 10,0 струйно и 10,0 на 200,0

физ. раствора в/в капельно. АД снизилось до 170/100 мм рт. ст.

Объективно при поступлении: Общее состояние средней степени тяжести. Умеренная пастозность лица, кистей, стоп. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 98 в мин. АД на обеих руках - 170/100 мм рт.ст. По остальным органам и системам патологии не было выявлено.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследований:

ОАК: Эритроциты - $3,9 \cdot 10^{12}$ /л, Нб-120г/л, Нт-33%, тромбоциты- $267 \cdot 10^9$ /л, лейкоциты- $10,5 \cdot 10^9$ /л, п/я-8, с/я-74, м-5, лимфоциты-13, СОЭ -26 мм/час.

Биохимический анализ: общий белок-56 г/л, мочевина-3,9 ммоль/л, креатинин-40 ммоль/л, глюкоза-4,9 ммоль/л, магний-0,81 ммоль/л, кальций-1,14 ммоль/л, калий- 4,2 ммоль/л, натрий-140 ммоль/л, АЛТ-6 Ме/л, АСТ-8 Ме/л, билирубин-5,9 мкмоль/л, холестерин-7,2 ммоль/л, клубочковая фильтрация-138 мл/мин. Кардиомаркеры: тропонин 0,004 ng/mL. Коагулограмма: АПТВ-22,5; ПТИ-9,3; фибриноген А-5,0 г/л, тромбиновое время-5,0, РФМК-13,0 мг/%, В-нафтоловый тест 2+.

Общий анализ мочи: уд. вес-1010, белок-0,132%, пл.эпит-13-16 в п/зр, лейкоциты 13-14 в п/зр, эритроц. неизмен 4-6 в п/зр, эритроц. измен 3-5 в п/зр, слизь++++, бактерии++

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 83 в мин. Нормальное положение ЭОС. Гипертрофия левого желудочка. Полная блокада правой ножки пучка Гиса. УЗИ беременной: Беременность 20 недель 2 дня. Низкая плацентация.

ЭхоКГ и УЗИ ОБП и почек в динамике не изменились.

СМАД: Дневные: число измерений: 22.

САД мах 200, ДАД мах 129, пульс 92

САД мин 143, ДАД мин 75, пульс 71

САД сред 171, ДАД сред 99, пульс 80

Ночные: число измерений: 7.

САД мах 206, ДАД мах 129, пульс 105

САД мин 168, ДАД мин 84, пульс 68

САД сред 186, ДАД сред 104, пульс 82

Учитывая наличие беременности в сроке 24-25 недель, отягощенного акушерского анамнеза (эпизод резкого повышения АД во время третьих родов 5 лет назад), повышение АД до 206/129 мм рт. ст. на фоне проводимой антигипертензивной терапии (эбрантил в/в на дозаторе, MgSO<sub>4</sub>-10,0 в/в, допегит 250 мг 4 раза в день), высокий риск развития отслоения низко расположенной плаценты и мозгового инсульта, а также высокую степень миопии с высоким риском отслоения сетчатки и наличие калькулезного холецистита (конкремент размером 2,5 см), необходимо было решить вопрос о досрочном родоразрешении в связи с угрозой для жизни матери. В этот же день у больной появились жалобы на кровянистые выделения из влагалища. На УЗИ: Маточная развивающаяся беременность в сроке 24-25 недель. Гипертонус миометрия. Больная экстренно переведена в перинатальный центр с подозрением на преждевременное отслоение низко расположенной плаценты.

**Заключение:** Приведенное описание клинического случая указывает на необходимость своевременной диагностики и лечения АГ у беременных женщин. Назначение адекватной дозы допегита при первой госпитализации привело к нормализации АД и улучшению самочувствия беременной. Но бесконтрольное самовольное снижение дозы допегита вызвало ухудшение состояния больной с повышением АД до 200/100 мм рт.ст.

Наличие таких факторов, как отягощенный акушерский анамнез; значительное повышение АД, несмотря на проводимую антигипертензивную терапию; высокий риск развития отслоения плаценты и мозгового инсульта; миопия тяжелой степени с высоким риском отслоения сетчатки; а также появление кровянистых выделений из влагалища, потребовали срочного перевода беременной в перинатальный центр для решения вопроса о досрочном родоразрешении в связи с угрозой для жизни матери.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 А. Л. Верткин, О. Н. Ткачева, Л. Е. Мурашко, И. Е. Мишина, И. В. Тумбаев. Артериальная гипертензия беременных: диагностика, тактика ведения и подходы к лечению // Лечащий врач. – 2006. – № 3. – С. 25-28.
- 2 J. Tooher, C. Thornton, A. Makris, R. Ogle, A. Korda, J. Horvath, A. Hennessy. Hypertension in pregnancy and long term cardiovascular mortality: a retrospective cohort study // American Journal of Obstetrics & Gynecology. – 2015. – P. 28-34.
- 3 M.H. Black, H. Zhou, D.A. Sacks, S. Dublin, J.M. Lawrence, T.N. Harrison, K. Reynolds. Hypertensive disorders first identified in pregnancy increase risk for incident prehypertension and hypertension in the year after delivery // Journal of Hypertension. – 2016. - №22. – P. 49-53.
- 4 Т. В. Адашева, О. Ю. Демичева Артериальная гипертензия беременных: патогенез, классификация, подходы к лечению // Лечащий врач. – 2004. – №2. – С. 43-47.
- 5 М.М. Шехтман. Гипертоническая болезнь // Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. Практическое пособие. – М.: Триада – X, 2005. – С. 113-135.
- 6 Н.С. Волчкова, С.Ф. Субханкулова, А.С. Субханкулова. Артериальная гипертензия у беременных: патогенез, классификация, подходы к лечению // Вестник современной клинической медицины. – 2010. – № 2. – Том 3 – С. 16-20.
- 7 С.В. Апресян Артериальная гипертензия // Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 76-86.
- 8 О.И. Михайлова, Т.В. Кирсанова. Принципы лечения артериальной гипертензии при беременности // Российский медицинский журнал. – 2012. – №21. – С. 1097-1099.



**Г.Б. ПОЛЗИК, Д.А. КАПСУЛТАНОВА, Т.А. ШВЕДКОВА, Е.М. БЕЗИНА, М.А. ЕШМУХАМБЕТОВА, Д.Т. ИСАГАЛИЕВА,  
Г.О. САРДАРОВА, Г.А. УТИНА, А.Г. ЮСЕНОВА**

*С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университетінің  
№1 терапия бойынша интернатура мен резидентура кафедрасы*

## **СОЗЫЛМАЛЫ АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ**

**Түйін:** Мақала жүкті әйелдің созылмалы артериялдық гипертензияның клиникалық жағдайға арналған. Диагностикалық іс-шаралар мен мерзімді тағайындау арқылы жүкті әйелдің хал-жағдайдың тұрақтануына жетуге мүмкіндігі бар, сондай-ақ ана мен перинаталдық өлерліктің тәуекелін төмендетуге болады.

**Түйінді сөздер:** артериялдық гипертензия, буаздық

**G. POLZIK, D. KAPSULTANOVA, T. SHVEDKOVA, E. BEZINA, M. ESHMUHAMBETOVA, D. ISAGALIEVA,  
G. SARDAROVA, G. UTINA, A. YUSENOVA**

*Department of internship and residency in internal medicine №1  
Asfendiyarov KazNMU*

## **CLINICAL CASE OF CHRONIC HYPERTENSION DURING PREGNANCY**

**Resume:** The article is devoted to the clinical case of chronic hypertension in pregnancy. Thanks to carrying out diagnostic measures and the timely appointment of antihypertensive therapy, can achieve stabilization in pregnant women, as well as reduce the risk of maternal and perinatal mortality.

**Keywords:** hypertension, pregnancy