

## ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИНЫ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ III СТАДИИ

Чичерина Е.Н., Падыганова А.В.

Представлено описание клинического случая беременной с гипертензивной болезнью III стадии. Охарактеризована важность проблемы гипергомоцистеинемии при беременности. Показано, что помимо общепринятых методов диагностики у данной категории пациентов целесообразно проведение маркеров наследственных тромбофилий. Дано обоснование соответствующей тактике лечения и практические рекомендации по ведению данной группы пациентов.

Российский кардиологический журнал 2012, 1 (93): 75-76

**Ключевые слова:** гипертензивная болезнь, беременность, маркеры наследственных тромбофилий, гипергомоцистеинемия.

Кировская государственная медицинская академия, Киров, Россия

Чичерина Е.Н. – научный руководитель, д.м.н., профессор, зав. кафедрой внутренних болезней; Падыганова А.В.\* – заочный аспирант кафедры внутренних болезней, врач-терапевт Кировского областного клинического перинатального центра.

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): dmk043@mail.ru

Рукопись получена 07.03.2012

Принята к публикации 12.03.2012

Артериальная гипертензия (АГ) встречается у 5–30% беременных [1] и является неблагоприятным прогностическим фактором различных осложнений, среди которых наиболее грозные – тромбоэмболические состояния: инфаркт миокарда и инсульт. Таким образом, основной целью лечения беременных с АГ является не только собственно снижение АД, но предупреждение развития осложнений, что, в конечном итоге, должно обеспечить сохранение беременности, нормальное развитие плода и успешные роды [2].

Пациентка М., 33 лет, поступила 26.05.2010 г. в гинекологическое отделение Кировского областного клинического перинатального центра (КОКПЦ) с диагнозом: Беременность 15–16 недель. Угроза прерывания беременности. Гипертензивная болезнь III стадии, риск 4. ХСН 0. Ожирение II степени. Последствия ОНМК от 2009 г. по ишемическому (кардиоэмболическому) типу в бассейне левой средней мозговой артерии с пирамидной недостаточностью справа, с жалобами на незначительную головную боль, периодически учащенное сердцебиение, тянущие боли внизу живота; АД 140/95 мм рт.ст. на обеих руках.

Из анамнеза заболевания известно: гипертензивная болезнь I стадии с 2008 года, в 2009 году – острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК).

Наследственность по гипертензивной болезни, сахарному диабету отрицательна.

В I триместре осмотрена неврологом, кардиологом – разрешено вынашивать беременность, назначен небиволол в дозе 2,5 мг/сутки, кардиомагнил 75 мг через день.

При дополнительном исследовании отмечено следующее:

Повышение уровня холестерина (ХС) до 5,9 ммоль/л, триглицеридов (ТГ) – до 3,01 ммоль/л, ЛПНП – до 3,73 ммоль/л, снижение ЛПВП до 0,8 ммоль/л, повышение МАУ до 80 мг/сут; по данным пробы Реберга выявлена гиперфильтрация – СКФ 135 мл/мин, при нормальном уровне креатинина крови 76,1 мкмоль/л.

По данным ЭхоКС – концентрическая гипертрофия ЛЖ. Диастолическая дисфункция I типа. Добавочная хорда ЛЖ.

Выявлено гетерозиготное носительство мутантного гена метилентетрагидрофолатредуктазы C677T – риск развития гипергомоцистеинемии. По данным тромбоэластограммы выявлено повышение растворимых фибринмономерных комплексов (РФМК) до 80 мкг/мл, снижение степени адгезивной агрегации тромбоцитов.

Гипергомоцистеинемия повреждает эндотелий сосудов, приводя к развитию эндотелиальной дисфункции [4]. Развивающиеся на этом фоне расстройства микроциркуляции и микротромбообразование способствуют нарушению маточно-плацентарного кровотока и развитию разнообразных акушерских патологий [3]. Поэтому для профилактики развития гипергомоцистеинемии пациентке была назначена фолиевая кислота в дозе 5 мг/сут, так как она является субстратом для лабильных метильных групп метионинового цикла, участвующих в метаболизме гомоцистеина.

С первого дня госпитализации пациентке увеличена дозировка небиволола до 5 мг/сутки. Небиволол улучшает эндотелиальную функцию, снижает уровень МАУ, оказывает органопротективное действие, разрешен к приему во время беременности [1,3].

Повторное лабораторное обследование через 1 месяц выявило следующее: снижение уровня ХС до 5,4 ммоль/л, нормализацию ТГ – 2,0 ммоль/л и ЛПНП – 3,1 ммоль/л, также отмечено исчезновение гиперфильтрации – уровень КФ составил 95 мл/мин; МАУ – 30 мг. По данным инструментального обследования: по ЭхоКС – нормализация диастолической функции.

Учитывая наличие гиперкоагуляции, ОНМК в анамнезе, фетоплацентарной недостаточности (одной из причин которой является гиперкоагуляция) пациентке назначен низкомолекулярный гепарин – клексан – 0,4 мг один раз в день подкожно. Проводилось комплексное лечение ФПН.

Неврологом рекомендовано родоразрешение путем операции кесарева сечения, которое проведено в 37 недель беременности 10.11.2010, в связи с сохраняющейся фетоплацентарной недостаточностью. Родилась девочка: вес 3,180 кг, рост 50 см, оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов.

В послеродовом периоде пациентке продолжена антигипертензивная и антикоагулянтная терапия.

Выписана в удовлетворительном состоянии на 8-е сутки после родов.

#### Практическое значение

В клинической практике при ведении беременных с артериальной гипертензией и с повышенным риском

тромбообразования, помимо общепринятых методов диагностики, необходимо включить в перечень исследований таких пациенток обследование на гены наследственных тромбофилий для своевременного выявления нарушений и их коррекции, так как это принципиальным образом может повлиять на течение и исход беременности.

#### Литература

1. National references about diagnostics and treatment of cardiovascular diseases at pregnant women. Guidelines. Cardiovascular therapy and prevention 2010; 9 (6): suppl. 2. Russian (Национальные рекомендации по диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний при беременности. ВНОК. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2010; 9 (6): приложение 2).
2. Murashko A.V. Anticoagulation therapy at pregnancy. The Difficult patient 2009; 1–2:5–9. Russian (Мурашко А. В. Антикоагулянтная терапия при беременности. Трудный пациент 2009; 1–2:5–9)
3. Ushkalova E.A. The role hyperhomocysteinemia and deficiency of vitamins of group B in development of complications of pregnancy. Farmateka 2007; 14 (148): 10–15.

Russian (Ушкалова Е. А. Роль гипергомоцистеинемии и дефицита витаминов группы В в развитии осложнений беременности. Фарматека 2007; 14 (148): 10–15).

4. Tkacheva O. N., Vertkin A. L., Barabashkina A. V., et al. The influence of nebivolol on the cardiovascular system and kidneys at women with arterial hypertension in pregnancy and after the delivery. Ther. Archive 2006; 10: 56–61. Russian (Ткачева О. Н., Верткин А. Л., Барабашкина А. В. и др. Влияние небиволола на состояние сердечно-сосудистой системы и почек у женщин с артериальной гипертензией в период беременности и после родов. Терапевтический архив 2006; № 10: С. 56–61).

## Pregnancy course and outcome in a woman with stage III essential arterial hypertension

Chicherina E.N., Padyanova A.V.

A clinical case of pregnancy in a woman with Stage III essential arterial hypertension is presented. The authors discuss the importance of hyperhomocysteinemia problem in pregnancy, and demonstrate the need to combine standard diagnostic methods with the assessment of hereditary thrombophilia markers in this clinical group. The therapeutic strategy is justified, and respective clinical recommendations are given.

Russ J Cardiol 2012, 1 (93): 75–76

**Key words:** pregnancy, essential arterial hypertension, hereditary thrombophilia markers, hyperhomocysteinemia.

Kirov State Medical Academy, Kirov, Russia

## УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ! ПРИГЛАШАЕМ ВАС ПРИНЯТЬ УЧАСТИЕ В XVII НАУЧНОМ КОНГРЕССЕ МЕЖДУНАРОДНОГО ОБЩЕСТВА СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ (ISCP) 2012 который состоится в Бухаресте, Румыния 4–5 мая 2012 г.

Конгресс организован проф. Эндрю Данном и проф. Джуаном Карлосом Каски, Президентом Международного Общества Сердечнососудистой Фармакотерапии.

В этом году Конгресс состоится в Отеле Pullman Bucharest расположенном на территории комплекса Всемирного торгового центра, научные сессии будут посвящены новейшим достижениям в области сердечнососудистой фармакотерапии. В интерактивной программе Конгресса предусмотрено достаточное количество времени для вопросов и ответов, также будет работать постерная сессия.

ISCP приглашает молодых ученых представить свои научные работы в форме абстрактов и участвовать в конкурсе на номинации «Грант для молодых ученых», которая будет присуждена тройке лучших постерных работ.

Более детальную информацию о научной программе конгресса, регистрации, конкурсе для молодых ученых, проезде, размещении в отеле и других деталях Вы можете узнать на сайте ISCP <http://www.iscpcardio.org> или обратиться в секретариат Конгресса [congressISCP2012@uncv.ro](mailto:congressISCP2012@uncv.ro).

Мы искренне рады приветствовать Вас в Бухаресте в мае 2012!

**Организационная поддержка конгресса в РФ и Украине осуществляется компанией *East Site Management & Research* ([www.esmar.com.ua](http://www.esmar.com.ua)), предоставляющей широкий спектр услуг по проведению клинических исследований I–IV фазы в России, Украине и других странах СНГ.**

**Контактные телефоны:** +38 057 702 63 76,

**факс:** +38 057 702 63 77.

**E-mail:** [aterentyeva@esmar.com.ua](mailto:aterentyeva@esmar.com.ua) (Анна Терентьева).