

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016

УДК 616.12-008.331.1-055.26

А. Р. Алпысова, М. Маратқызы, Ж. С. Қызырова

**ЖҮКТІЛЕРДЕГІ АРТЕРИАЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯ: ЕМДЕУ ЖҮЙЕСІНІҢ ҚАЗІРГІ ЖАҒДАЙЫ**Қарағанды мемлекеттік медицина университеті  
№1 жедел және кідіріссіз медициналық көмек кафедрасы

Мақала шет елде және Қазақстанда жүктілердегі артериялық гипертензияның емдеу тактикасының негізгі қағидаларына әдебиеттер мәліметтері сараптамасына арналған. Тератогенді және фетотоксинді әсерді ескере отырып, қандай жағдайда жүктілерге жүйелік гипотензиялық терапияны тағайындау мәселесі шешілмеген сұрақ қарастырылды. Көпшілік авторлардың пікірі бойынша, гипотензиялық терапияны АҚ 160/110 мм сын.бағ. асқанда ғана жүргізу керек. Әлі күнге дәрілік заттарды таңдау және оларды оңтайлы қосарландыру сұрағы ашық күйде сақталуда.

Жүктілердегі дәрілік терапияның негізгі қағидалары болып, дәлелденген нәтижелілік, дәлелденген қауіпсіздік және дәріні жеке дара тағайындау ерекшеленді.

Әдебиеттер сараптамасы бойынша, Қазақстан Республикасында жүктілердегі артериялық гипертензия емінің негізгі қағидасы – жоғары деңгейлі артериялық қысыммен шақырылған асқыныстың алдын алу, жүктіліктің сақталуы, ұрықтың қалыпты дамуы және асқынусыз босану.

*Кілт сөздер:* артериялық гипертензия, жүктілік, емдік тактика

Бүгінгі таңда жүктілік кезіндегі артериялық гипертензия (АГ) дамыған және дамушы елдерде перинаталдық сырқаттанушылық пен ана өлімінің негізгі себебі болып қалуда [2, 3, 19]. Дүниежүзілік Денсаулық сақтау Ұйымы (ДДҰ) деректері бойынша, гипертензиялық синдром — эмболиядан кейінгі екінші орынды алып, ана өлімі себептерінің 20-30% құрайды [1, 6, 20].

Жыл сайын бүкіл әлемде жүктілік кезіндегі АГ байланысты асқынулардан 50000 астам әйел көз жұмады [4, 37]. Дамыған елдерде анте – және постнаталды өлімнің 12-18% екіншілік тікелей себебі бола отырып, перинаталдық өлімнің 20-25% әсерін тигізуде [10, 27, 29].

Осыдан 20 жылдан бұрын, ДДҰ деректері бойынша, жүктілік кезіндегі артериялық гипертензия әлемдегі денсаулық сақтау ұйымының ең маңызды мәселелерінің бірі ретінде сипатталды. Алайда, бүгінгі күні осындай жағдайдағы жүкті әйелдерді жүргізу әлі күнге өз шешімін таппады, атап айтқанда, диагноз қоярда оның нақты критерийлер өлшемдері жоқ. Осы мәселе айналасында пікірлер өте әр түрлі: солардың бірінде – артериялық гипертензия деп артериялық қысымның (АҚ) бастапқы деңгейден 25% жоғарылағанда есептелу керек, мұнда орташа АҚ 140/90 мм сын. бағ. тең делінген [8, 39].

Диагностикадағы басты қиындықтар, негізінен, эпизодтық өлшеуде АҚ көрсеткішінің жоғары айырмашылығына негізделіп, ол өз кезеңінде гипертензияның гипердиагностикасына, сондай-ақ, гемодинамикалық өзгеріс-

тердің дұрыс бағаламауына әкеп соғады. Тератогенді және фетотоксинді әсерді ескере отырып, қандай жағдайда жүктілерге жүйелік гипотензиялық терапияны тағайындау мәселесі шешілмеген сұрақ күйінде қалуда. Көпшілік авторлардың пікірі бойынша, гипотензиялық терапияны АҚ 160/110 мм сын.бағ. асқанда ғана жүргізу керек [12, 13, 16]. Әлі күнге дәрілік заттарды таңдау және оларды оңтайлы қосарландыру сұрағы ашық күйде сақталуда.

Артериялық гипертензия бар жүктілердің АҚ тұрақты деңгейі белгісіз, себебі жүктілік кезінде АҚ төмендеуі бала жолдасы қанайналымының төмендеуіне әкеліп, ұрық жағдайын нашарлатады деген де пікірлер бар [21, 24, 31, 39].

Жүктілердегі артериялық гипертензияның ауыр асқыныстарын емдеу (эклампсия, қан кету, өкпе ісінуі, жіті бүйрек жетіспеушілігі, миға қан құйылу) әр түрлі мамандардың, акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, терапевт, невропатологтың, сонымен қатар, жедел жәрдем дәрігерінің де нақты және үйлесімді жұмысын талап етеді [9, 28].

Бүгінгі таңда созылмалы гипертензиясы бар жүктілерге гипотензиялық дәрілерді беруді жүктілік анықталғаннан кейінде әрі қарай жалғалтыру пікірталасқа айналып отыр [9]. АҚ төмендету жатыр-шараналық қанайналымды төмендетіп және ұрықты үлкен қауіпке әкеледі [5, 22]. Осы мәселе тұғырында соңғы 30 жылдан астам уақытта жеті халықаралық зерттеу жүргізілді, яғни, зерттеу барысында жеңіл дәрежелі созылмалы гипертензиясы бар

жүкті әйелдерге әр түрлі кестедегі дәрілер тағайындалып топтастырылды: фармакологиялық көмексіз АГ және гипотензиялық терапия тағайындауымен АГ. Алайда, гестоз, мерзімінен бұрын босану, плацентаның сыдырылуы және перинаталды өлімнің саны бойынша екі топта айтарлықтай айырмашылықтарды көрсетпеді [3, 14, 17, 33].

АҚШта кейбір орталықтар созылмалы гипертензиясы бар жүкті әйелдерді гипотензиялық дәрілерді тоқтатқаннан кейін мұқият бақылауда қалдырады [3]. Бірнеше жыл бұрын дамыған, нысана мүшелері зақымданған үлкен мөлшерде гипотензиялық дәрілерді үнемі қабылдайтын жүкті әйелдер дәрілерді тоқтатпайды. Ауыр созылмалы гипертензиясы бар жүкті әйелдерді бақылау туралы баяндамаларда дұрыс гипотензиялық терапиясыз жүктіліктің I үштігінде 50% жағдайда ұрық өлімі және айтарлықтай ана өліміне әкелгені жайлы айтылады [18, 34, 38].

Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy, 2000, эксперттері ем тағайындау критерийлеріне САҚ – 150ден 160 мм сын.бағ., ДАҚ – 100ден 110мм сын.бағ. немесе нысана мүшелер зақымданулары: солжаққарынша гипертрофиясы, бүйрек жеткіліксіздігі болуын жатқызады [22, 34, 39]. АГ бар жүкті әйелдер емі мен диагностикасы үшін Еуропалық авторлар АГ әр түрлі формасына қарай келесі тактиканы ұсынады [3, 11, 26]:

Нысана мүшелерінің зақымдануынсыз жүктілікке дейін болған АГ – АҚ 140-149/90-95 мм сын. бағ. медикаментозсыз терапия.

Гестациялық АГ, гестацияның 28 аптасынан кейін дамыған – АҚ 150/95 мм сын. бағ. медикаментозды терапия.

Нысана мүшелерінің зақымдануымен жүктілікке дейін болған, кейін преэклампсия, гестациялық АГ-мен жалғасқан, жүктіліктің 28 аптасына дейін дамыған АГ — АҚ 140/90 мм сын. бағ. медикаментозды терапия.

Дәлелденген нәтижелілік пен дәлелденген қауіпсіздік – дәрілік терапияның негізгі қағидалары болып табылады [22, 32, 35].

Қазіргі таңда ресейлік мәліметтер бойынша ұрықтың қауіпсіздік критерийлерімен жасалған дәрілік заттар жіктелуі жоқ. Бірақ Food and Drug Administration (FDA–2002 ж.) дәрілер мен тағамдық заттардың критерийлерінің америкалық жіктелуін қолдануы мүмкін [25].

Жүктілік кезінде АГ еміне қолданылатын дәрілер түрлері көп болғанымен, (метилдопа, бета-блокаторлар, альфа-блокаторлар, кальций антагонистері, миотроптар спазмоли-

тиктер, диуретиктер, клофелин), жүкті әйелге дәрілік затты таңдау – барлық кемшіліктері мен артықшыларын мұқият ескетуді талап ететін өте жауапты және қиын жұмыс [15].

Шетелде лабеталол таңдау дәрісі, сонымен қатар, метилдопаның әсері болмағанда немесе ағзаға жақпағанда кеңінен қолданылады. Лабеталолдың артықшылығына, басқа β-адреноблокаторға (β-АБ) қарағанда, плацента арқылы өтуі әлсіз екені жатады [30, 39]. Қазақстан Республикасында жүктілердегі АГ емінің негізгі қағидасы – жоғары деңгейлі АҚ шақырылған асқыныстың алдын алу, жүктіліктің сақталуы, ұрықтың қалыпты дамуы және асқынусыз босану [30, 39].

Қазақстанда жүктілерде қолданылатын гипотензиялық дәрілер қатары шектелген. Көптеген әсері дәлелденген дәрілер жүктілік пен лактация кезінде қабылдауға болмайды. Сонымен қатар, шетелде кеңінен қолданылатын жүктілік кезіндегі гипотензиялық дәрілер ҚР жоқ (лабеталол, окспренолол, тамыр арқылы берілетін гидралазин). Қазіргі уақытта симптоматикалық емнің тек екі түрі қолданылады: тырысуға қарсы және гипотензиялық терапия [23].

Гипотензиялық дәріні таңдау дербес қарастырылады. Қысқа әсерлі гипотензиялық дәрі ретінде ұсынылады: нифедипин (кальций блокаторы тобынан); ұзақ әсерлі: допегит (орталық әсерлі антигипертензиялық дәрі, метилдопа) [23].

Көптеген авторлар клиникалық тәжірибеде нифедипинді қолдануда ауыр асқыныстар болмайтынын, сонын ішінде анада ауыр гипотензия туғызбайтынын атап айтады. Бірақ нифедипинді тіл астына қолданғанда АҚ күрт төмендейтінін, ал ол өз алдына плаценталық қанайналымды төмендетінін еске алу керек және сол себепті жүктілерде гипертониялық кризде нифедипинді ауыз арқылы қолданған дұрыс. Сонымен қатар нифедипинді 4 сағаттан аса қолданғанда ұрыққа токсикалық әсер беретіні айқындалған [23]. Кальций антогонистері мен магний сульфатын бірге қолдануға болмайтынын ескерген жөн. Бұл дәрілерді біріктіріліп қолданғанда миокард жиырылуының төмендегені, миокард инфарктысы және жүйке-бұлшықет блокадасына әкелген жағдайларда тіркелген [36].

Қазақстанда криз емі кезінде кеңінен қолданылатын магний сульфат антигипертензиялық дәріге емес, тырысуға қарсы дәрі тобына және FDA бойынша, А категориясына жатады. Дәрі гестация кезінде АГ ұзақ емдеуге

қолданбайды, бірақ тамыр арқылы преэклампсия кезінде тырысудың алдын алу үшін, эклампсияда қайталамалы тырысуды басу үшін және жедел ауыр АГ кешенді терапия ретінде қолданылады [30]. Рандомизирленген клиникалық зерттеулер жүктілік кезінде дамыған АГ-да магний сульфатын қолдану эклампсия дамуының біршама төмендетіп және ана өлімінің алдын алатынын дәлелдеген [30].

Зерттеу барысында, айтарлықтай әдебиеттер тізімі жүктілік кезіндегі жедел көмекті талап ететін жағдайлардың бірі АГ айналасындағы сұрақтар өте қызықты және қиын екенін дәлелдеді. Нақтырақ айтсақ, жүкті әйелдің әрі қарайғы жағдайы ауруханаға дейінгі кезеңдегі көрсетілген көмекке тәуелді.

Эпидемиологиялық және ғылыми дәлелденген клиникалық зерттеулер артериялық гипертензия дамыған жүкті әйелдерге дұрыс ұйымдастырылған жедел көмек көрсету шаралары асқынуларды едәуір азайтып, жүктілік соңын қолайлы аяқталуын растайды [26].

Жүктілік кезіндегі АГ-ң жедел жәрдем кезеңінде емдеу тактикасы туралы едәуір көлемдегі әдебиеттерді қарастыра келе, бұл мәселе бүгінгі таңда өзекті екенін дәлелдеді, себебі, жүкті әйелдер сияқты әлсіз топтағы науқастардың әрі қарайғы жағдайы медициналық қызметкерлердің барлық клиникалық көріністерді жиынтықтап дұрыс бағалауы мен барабар жедел көмек көрсетуіне тәуелді болады.

### ӘДЕБИЕТ

1 Агапов И. А. Патогенез гестоза /И. А. Агапов, Д. В. Садчиков, М. В. Пригородов // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – №4. – С. 813-816.

2 Верткин А. Л. Артериальная гипертензия у беременных: нерешенные проблемы и перспективы /А. Л. Верткин, О. Н. Ткачева, А. В. Васильева //Ремедиум. – 2006. – №3. – С.18-22.

3 Верткин А. Л. Артериальная гипертония беременных: диагностика, тактика ведения и подходы к лечению / А. Л. Верткин, О. Н. Ткачева, Л. Е. Мурашко //Лечащий врач. – 2006. – №3. – С. 18-22.

4 ВОЗ. Материнская смертность. Информационный бюллетень. – 2012. – №348 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/ru/index.html>

5 Волкова Е. В. Оптимизация тактики ведения беременных с преэклампсией /Е. В. Волкова, Е. Ю. Лысюк, И.Н. Винокурова // Проблемы репродукции. – 2012. – №6. – С.63-67.

6 Гипертензия во время беременности // Основная дородовая, перинатальная и постнатальная помощь: Учеб. семинар. – ВОЗ, Европейское региональное бюро, 2002. – Модуль 9.

7 Гурьева В. М. Артериальная гипертензия у беременных (клиника, диагностика, лечение): Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 2008. – 48 с.

8 Доброхотова Ю. Э. Преэклампсия: от истории до сегодняшнего дня /Ю. Э. Доброхотова, Л. С. Джохадзе, П. А. Кузнецов // Проблемы репродукции. – 2015. – №5. – С.120-126.

9 Касабулатов Н. М. Плацентарная недостаточность //Российский медицинский журнал. – 2004. – №13. – С. 812-815.

10 Клинические рекомендации. Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия // Справочник фельдшера и акушерки. – 2014. – №5. – С. 16-28.

11 Коньшко Н. А. Факторы патогенеза гестационной гипертензии /Н. А. Коньшко, Т. Е. Морозова //Рос. кардиол. журн. – 2015. – №4. – С. 118-121.

12 Котов Ю. Б. Уточнение оценки опасности гестоза беременных на основе мониторинга давления и пульса /Ю. Б. Котов, В. М. Гурьева //Врач и информационные технологии. – 2007. – №4. – С. 84-85.

13 Краснополяский В. Л. Диагностика и прогнозирование развития тяжелых форм гестоза у беременных /В. Л. Краснополяский, Л. С. Логутова, В. А. Петрухин //Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2006. – №16. – С. 69-72.

14 Кузнецов В. П. Актуальные вопросы современного акушерства: гестоз беременных – проблема и решения /В. П. Кузнецов, А. М. Торчинов, С. Г. Цахилова //Лечащий врач. – 2010. – №11. – С.16-22.

15 Куликов А. В. Неотложная помощь при преэклампсии и её осложнениях. Эклампсия, HELLP-синдром /А. В. Куликов, Е. М. Шифман, С. Р. Беломестнов // Анестезиология и реаниматология. – 2013. – №5 – С. 75-81.

16 Леваков С. А. Возможности снижения риска развития преэклампсии /С. А. Леваков, Е. И. Боровкова, Н. А. Шешукова // Гинекология. – 2015. – №3. – С. 52-53.

17 Макаров О. В. Дифференцированный подход к ведению беременных с артериальной

- гипертензией /О. В. Макаров, Н. Н. Николаев, Е. В. Волкова //Акушерство и гинекология. – 2008. – № 1. – С. 9-15.
- 18 Макаров О. В. Перспективы диагностики и прогнозирования преэклампсии /О. В. Макаров, Е. В. Волкова, Л. С. Джохадзе //Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2012. – №1. – С. 35-42.
- 19 Меллина И. М. Сочетанная преэклампсия у беременных с гипертонической болезнью: предупредить возможно и необходимо //Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2011. – №4 (44). – С. 5-13.
- 20 Минкин Р. И. Организация лечебно-диагностической помощи беременным с артериальной гипертензией /Р. И. Минкин, А. А. Крюков //Мать и дитя в Кузбассе. – 2005. – №4. – С. 3-7.
- 21 Перфилова В. Н. Последствия гестоза (преэклампсии) /В. Н. Перфилова, Я. И. Михайлова, И. Н. Тюренков //Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 2014. – №2. – С. 13-18.
- 22 Петрова М. М. Особенности ведения беременных женщин с артериальной гипертонией /М. М. Петрова, Т. Г. Захарова, В. В. Петрова //Сиб. мед. журн. – 2008. – Т. 2, №3. – С. 169-170.
- 23 Протокол №19 от «10» декабря 2015 года Министерства здравоохранения и социального развития РК «Клинический протокол диагностики и лечения». <http://www.rcrz.kz/index.php/ru/component/content/article?id=165>
- 24 Прохорова О. В. Анализ качества амбулаторного ведения беременных группы высокого риска /О. В. Прохорова, В. Н. Прохоров //Уральский медицинский журнал. – 2014. – №4. – С. 26-29.
- 25 Решетько О. В. Систематизированный обзор использования лекарственных средств во время беременности. II. Антенатальное потребление и оценка профиля польза/риск /О. В. Решетько, К. А. Луцевич //Клин. фармакология и терапия. – 2015. – №2. – С. 82-90.
- 26 Савельева Г. М. Какой классификации гестозов (преэклампсии) должен придерживаться врач клинической практики? /Г. М. Савельева, В. И. Краснопольский, А. Н. Стрижаков //Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2013. – №2. – С. 5-8.
- 27 Сидорова И. С. Гестоз или преэклампсия? /И.С. Сидорова, Н. А. Никитина //Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2013. – №4. – С. 67-73.
- 28 Сидорова И. С. Преэклампсия в центре внимания врача-практика /И. С. Сидорова, Н. А. Никитина //Акушерство и гинекология. – 2014. – №6. – С. 4-9.
- 29 Сидорова И. С. Состояние материнской смертности от преэклампсии и эклампсии в Российской Федерации в 2014 г. Что меняется в процессе анализа? /И. С. Сидорова, Н. А. Никитина, О. С. Филиппов //Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2015. – №6. – С. 4-11.
- 30 Чингаева Г. Н. Артериальная гипертензия у беременных: классификация и принципы терапии с позиции доказательной медицины /Г. Н. Чингаева, М. И. Раева, Д. А. Маликова //Вестн. КазНМУ. – 2013. – №3 (2). – С. 19-25.
- 31 Чулков В. С. Оценка взаимосвязи достижения целевого артериального давления с осложнениями и исходами беременности при артериальной гипертензии /В. С. Чулков, Н. К. Вереина, С. П. Сеницын //Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2014. – №6. – С. 23-27.
- 32 Шифман Е. М. Влияние на новорожденного магниевой терапии, проводимой матери по поводу преэклампсии/ эклампсии (клинические исходы): мета-анализ //Акушерство и гинекология. – 2012. – №1. – С. 9-16.
- 33 Шлейсснер Э. Гипертензивные заболевания во время беременности и преэклампсия //Вятский медицинский вестник. – 2010. – №3. – С. 21-27.
- 34 Bucher H. Effect of calcium supplementation on pregnancy-induced hypertension and preeclampsia: a meta-analysis of randomized controlled trials /H. Bucher, G. Guyatt, R. Cook //JAMA. – 1996. – No. 275 (14). – Pp. 1113-1117.
- 35 Gifford R. W. Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy /R. W. Gifford, P. A. August, G. Cunningham. – July, 2000. – 38 p. <http://www.lvrach.ru/2006/03/4533539/>
- 36 Karumanchi S. A. Advances in Understanding of eclampsia /S. A. Karumanchi, M. D. Lindheimer //Current Hypertension Reports. – 2008. – No. 10. – Pp. 305-312.
- 37 Mulrow C. D. Management of chronic hypertension during pregnancy. Rockville, MD, USA: Agency for Healthcare Research and Quality. Evidence Report /C. D. Mulrow, E. Chiquette, R. L. Ferrer //Tech. – 2000. – No. 1. – Pp. 208.
- 38 The Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases During Pregnancy on the European Society of Cardiology. Expert consensus document on management of cardiovascular

diseases during pregnancy //Eur. Heart. J. – 2003. – No. 24. – Pp. 761-781.

39 Yeo S. Effect of exercise on blood pressure in pregnant women with a high risk of gestational hypertensive disorders / S. Yeo, N. M. Steele, M. C. Chang //Journ. of Reproductive Medicine. – 2000. – V. 454, No. 4. – Pp. 29-298.

#### REFERENCES

1 Agapov I. A. Pathogenesis of gestational toxicosis /I. A. Agapov, D. V. Sadchikov, M. V. Prigorodov //Scientific medical journal of Saratov. – 2011. – No. 4. – Pp. 813-816.

2 Vertkin A. L. Hypertension in pregnancy: unsolved problems and prospects /A. L. Vertkin, O. N. Tkacheva, A. V. Vasilyeva //Remedium. – 2006. – No. 3. – Pp.18-22.

3 Vertkin A. L. Hypertension in pregnancy: diagnosis, tactics and approaches to the treatment /A. L. Vertkin, O. N. Tkacheva, L. E. Murashko //Attending physician. – 2006. – No. 3. – Pp. 18-22.

4 WHO. Maternal mortality. News bulletin. – 2012. – No. 348 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/ru/index.html>

5 Volkova Ye. V. /Optimization of tactics of pregnant women with pre-eclampsia conduction / Ye. V. Volkova, Ye. Yu. Lysyuk, I. N. Vinokourova //Problems of reproduction. – 2012. – No. 6. – Pp.63-67.

6 Hypertension during pregnancy //Basic antenatal, perinatal and postnatal care: Teach. seminar. – WHO, Regional European office, 2002. – Module 9.

7 Guryeva V. M. Hypertension in pregnancy (clinical features, diagnostics, treatment): Author's abstract ... of cand. of med. sciences. – M., 2008. – 48 p.

8 Dobrokhotova Yu. E. Preeclampsia: from history to the present day /Yu. E. Dobrokhotova, L. S. Jokhadze, P. A. Kuznetsov //Problems of reproduction. – 2015. – No. 5. – Pp.120-126.

9 Kasabulatov N. M. Placental insufficiency //Russian medical journal. – 2004. – No. 13. – Pp. 812-815.

10 Clinical recommendations. Hypertensive disorders in pregnancy, during childbirth and the postpartum period. Preeclampsia. Eclampsia //Directory of paramedic and nurse-midwife. – 2014. – No. 5. – Pp. 16-28.

11 Konyshko N. A. Factor of the pathogenesis of gestational hypertension /N. A. Konyshko, T. E. Morozova //Rus. journal of cardiology – 2015. – No. 4. – Pp. 118-121.

12 Kotov Yu. B. Specification of risk assessment of preeclampsia pregnancy based on pressure monitoring and pulse /Yu. B. Kotov, V.

M. Guryeva //Doctor and information technologies. – 2007. – No. 4. – Pp. 84-85.

13 Krasnopolskii V. L. Diagnostics and prognosis of severe forms of preeclampsia in pregnant /V. L. Krasnopolskii, L. S. Logutova, V. A. Petrukhin //Rus. herald of obstetrician-gynecologist. – 2006. – No. 16. – Pp. 69-72.

14 Kuznetsov V. P. Topical issues of modern obstetrics: gestational toxicosis – problems and solutions /V. P. Kuznetsov, A. M. Torchinov, S. G. Tsakhilova //Attending physician. – 2010. – No. 11. – Pp.16-22.

15 Kulikov A. V. Emergency care in pre-eclampsia and its complications. Eclampsia, HELLP-syndrome /A. V. Kulikov, Ye. M. Schiffman, S. R. Belomestnov //Anesthesiology and resuscitation. – 2013. – No. 5 – Pp. 75-81.

16 Levakov S. A. Possibilities of pre-eclampsia risk reducing /S. A. Levakov, Ye. I. Borovkova, N. A. Sheshukova //Gynecology. – 2015. – No. 3. – Pp. 52-53.

17 Makarov O. V. Differentiated approach to the management of pregnant women with hypertension /O. V. Makarov, N. N. Nikolaev, Ye. V. Volkova //Obstetrics and gynecology. – 2008. – No. 1. – Pp. 9-15.

18 Makarov O. V. Diagnostics aspects and prediction of pre-eclampsia /O. V. Makarov, Ye. V. Volkova, L. S. Djokhadze //Rus. herald of obstetrician-gynecologist. – 2012. – No. 1. – Pp. 35-42.

19 Mellina I. M. Combined pre-eclampsia in pregnant women with hypertension: it is possible and necessary to warn //Medical aspects of women' health. – 2011. – No. 4 (44). – Pp. 5-13.

20 Minkin R. I. Organization of diagnostic and treatment care for pregnant women with hypertension /R. I. Minkin, A. A. Kryukov //Mother and child in the Kuzbass. – 2005. – No. 4. – Pp. 3-7.

21 Perfilova V. N. Consequences of gestational toxicosis (preeclampsia) / V. N. Perfilova, Ya. I. Mikhailova, I. N. Tyurenkov //Rus. herald of perinatology and pediatrics. – 2014. – No. 2. – Pp. 13-18.

22 Petrova M. M. Features of pregnant women with hypertension conducting /M. M. Petrova, T. G. Zakharova, V. V. Petrova //Sib. med. journal – 2008. – V. 2, No. 3. – Pp. 169-170.

23 Statement No. 19 from «10» of December, 2015 of the Ministry of Health and Social Development of the RK «The clinical diagnostics and treatment protocol». <http://www.rcrz.kz/index.php/ru/component/content/article?id=165>

24 Prokhorova O. V. Analysis of the quality of outpatient conducting of pregnant women of

high risk /O. V. Prokhorova, V. N. Prokhorov //Urals medical journal. – 2014. – No. 4. – Pp. 26-29.

25 Reshetko O. V. Systematic review of the use of drugs during pregnancy. II. Antenatal intake and assessment of profile benefit/risk /O. V. Reshetko, K. A. Lutsevich //Clinical pharmacology and therapeutics. – 2015. – No. 2. – Pp. 82-90.

26 Savelieva G. M. Which classification of gestosis (preeclampsia) should adhere to the doctor in clinical practice? / G. M. Savelieva, V. I. Krasnopol'skii, A. N. Strizhakov //Problems of gynecology, obstetrics and perinatology. – 2013. – No. 2. – Pp. 5-8.

27 Sidorova I. S. Gestational toxicosis or preeclampsia? /I.S. Sidorova, N. A. Nikitina //Rus. herald of obstetrician-gynecologist. – 2013. – No. 4. – Pp. 67-73.

28 Sidorova I. S. Preeclampsia in center attention of medical practitioners /I. S. Sidorova, N. A. Nikitina //Obstetrics and Gynecology. – 2014. – No. 6. – Pp. 4-9.

29 Sidorova I. S. Status of maternal mortality from eclampsia and pre-eclampsia in the Russian Federation in 2014. What changes in the review process? /I. S. Sidorova, N. A. Nikitina, O. S. Filippov //Rus. herald of obstetrician-gynecologist. – 2015. – No. 6. – Pp. 4-11.

30 Chingaeva G. N. Hypertension in pregnancy: classification and treatment guidelines from the perspective of evidence-based medicine /G. N. Chingaeva, M. I. Raeva, D. A. Malikova //Herald of KazNMU. – 2013. – No. 3 (2). – Pp. 19-25.

31 Chulkov V. S. Evaluation of the relationship for achieving of target blood pressure complications and pregnancy outcomes in hypertension /V. S. Chulkov, N. K. Vereina, S. P. Sinitsyn //Cardiovascular therapy and prevention. – 2014. – No. 6. – Pp. 23-27.

32 Schiffman Ye. M. Influence on newborn of magnesium care, carried out by mother in pre-

eclampsia/eclampsia (clinical outcomes): meta-analysis //Obstetrics and Gynecology. – 2012. – No. 1. – Pp. 9-16.

33 Shleyssner E. Hypertensive disorders during pregnancy and pre-eclampsia //Vyatsk medical herald – 2010. – No. 3. – Pp. 21-27.

34 Bucher H. Effect of calcium supplementation on pregnancy-induced hypertension and preeclampsia: a meta-analysis of randomized controlled trials /H. Bucher, G. Guyatt, R. Cook //JAMA. – 1996. – No. 275 (14). – Pp. 1113-1117.

35 Gifford R. W. Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy /R. W. Gifford, P. A. August, G. Cunningham. – July, 2000. – 38 p. <http://www.lvrach.ru/2006/03/4533539/>

36 Karumanchi S. A. Advances in Understanding of eclampsia /S. A. Karumanchi, M. D. Lindheimer //Current Hypertension Reports. – 2008. – No. 10. – Pp. 305-312.

37 Mulrow C. D. Management of chronic hypertension during pregnancy. Rockville, MD, USA: Agency for Healthcare Research and Quality. Evidence Report /C. D. Mulrow, E. Chiquette, R. L. Ferrer //Tech. – 2000. – No. 1. – P. 208.

38 The Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases During Pregnancy on the European Society of Cardiology. Expert consensus document on management of cardiovascular diseases during pregnancy //Eur. Heart. J. – 2003. – No. 24. – Pp. 761-781.

39 Yeo S. Effect of exercise on blood pressure in pregnant women with a high risk of gestational hypertensive disorders / S. Yeo, N. M. Steele, M. C. Chang //Journ. of Reproductive Medicine. – 2000. – V. 454, No. 4. – Pp. 29-298.

Поступила 12.04.2016 г.

*A. R. Alpysova, M. Maratkyzy, Zh. S. Kyzyrova*

*ARTERIAL HYPERTENSION IN PREGNANT WOMEN: CURRENT STATUS OF TREATMENT PRINCIPLES*

*Department of ambulance and emergency medical care №1 of Karaganda state medical university*

The article is devoted to the data analysis of the literature on key aspects of the treatment strategy of arterial hypertension in pregnancy used abroad and in Kazakhstan. It is discussed in what cases the systematic hypotensive therapy should be prescribed to pregnant women, which should be carried out taking into account the potential teratogenic and foetotoxic effect. According to the most authors, hypotensive therapy to pregnant women should only be carried out when blood pressure is greater than 160/110 mm Hg. There are still debates about the optimal choice of drug or combination thereof. The basic principles of drug therapy during pregnancy are highlighted which are proven efficacy, proven safety and (individual) selection of hypotensive agents.

Analysis of the literature showed that the basic principles of the treatment of pregnant women with arterial hypertension in the Republic of Kazakhstan are to prevent complications due to high blood pressure, to ensure the preservation of pregnancy, normal fetal development and successful childbirth.

*Key words:* arterial hypertension, pregnancy, medical tactic

*А. Р. Алпысова, М. Мараткызы, Ж. С. Кызырова*

*АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БЕРЕМЕННЫХ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА ПРИНЦИПОВ ЛЕЧЕНИЯ  
Кафедра скорой и неотложной медицинской помощи №1 Карагандинского государственного медицинского университета*

Статья посвящена анализу данных литературы по основным аспектам лечебной тактики артериальной гипертензии у беременных, применяемых за рубежом и в Казахстане. Обсуждается вопрос, в каких случаях беременным следует назначать систематическую гипотензивную терапию, которая должна проводиться с учетом возможного тератогенного и фетотоксического эффекта. По мнению большинства авторов, гипотензивную терапию беременным следует проводить лишь при уровне артериального давления, превышающем 160/110 мм рт. ст. Спорными остаются вопросы оптимального выбора препарата или их комбинаций. Выделены основные принципы лекарственной терапии беременных, такие как доказанная эффективность, доказанная безопасность и подбор гипотензивных средств – индивидуальный.

Анализ данных литературы показал, что основные принципы лечения беременных с артериальной гипертензией в Республике Казахстан – предупредить осложнения, обусловленные высоким уровнем артериального давления, обеспечить сохранение беременности, нормальное развитие плода и успешные роды.

*Ключевые слова:* артериальная гипертензия, беременность, лечебная тактика