

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

АБДРАХМАНОВА АЛСУ ИЛЬДУСОВНА, канд. мед. наук, доцент кафедры фундаментальных основ клинической медицины Института фундаментальной медицины и биологии ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Россия, 420012, Казань, ул. К. Маркса, 74, e-mail: alsuchaa@mail.ru

АМИРОВ НАИЛЬ БАГАУВИЧ, ORCID ID: orcid.org/0000-0003-0009-9103; SCOPUS Author ID: 7005357664, докт. мед. наук, профессор кафедры общей врачебной практики № 1 ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: namirov@mail.ru

ЦИБУЛЬКИН НИКОЛАЙ АНАТОЛЬЕВИЧ, канд. мед. наук, доцент кафедры кардиологии, рентгеноэндovasкулярной и сердечно-сосудистой хирургии КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 36

ГАЙФУЛЛИНА РАУШАНИЯ ФАРИТОВНА, канд. мед. наук, доцент кафедры фундаментальных основ клинической медицины Института фундаментальной медицины и биологии ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Россия, 420012, Казань, ул. К. Маркса, 74

Реферат. Цель исследования – анализ последних публикаций, посвященных особенностям классификации, диагностики и лечения артериальной гипертензии у беременных. **Материал и методы.** Осуществлен обзор публикаций в научной и медицинской литературе, посвященных артериальной гипертензии при беременности. **Результаты и их обсуждение.** Артериальная гипертензия при беременности является самой частой экстрагенитальной патологией. Выделяют две основные формы при беременности: артериальная гипертензия, существовавшая до беременности (хроническая артериальная гипертензия), и артериальная гипертензия, развившаяся в гестационном периоде (гестационная артериальная гипертензия). Выделение умеренной и тяжелой степени артериальной гипертензии при беременности имеет значение для оценки прогноза и выбора тактики лечения и родовспоможения. Следует избегать фармакотерапии во время первого триместра беременности. Общими принципами медикаментозного лечения артериальной гипертензии у беременных являются максимальная эффективность для матери и безопасность для плода; начало лечения с минимальных доз одного препарата; переход к препаратам другого класса при недостаточном эффекте лечения после увеличения дозы первого препарата или плохой его переносимости. Для лечения артериальной гипертензии при беременности используют 3 группы препаратов: препараты центрального действия, антагонисты кальция дигидропиридинового ряда и кардиоселективные β-адреноблокаторы. При проведении терапии следует опасаться чрезмерного снижения уровня артериального давления, способного вызвать нарушение перфузии плаценты и ухудшение состояния плода. Помимо диагностики и лечения любых клинических вариантов артериальной гипертензии, необходимы превентивные мероприятия: модификация образа жизни, отказ от вредных привычек, коррекция метаболических нарушений. **Выводы.** При беременности, помимо своевременной диагностики и адекватного лечения любых клинических вариантов артериальной гипертензии, необходимы и превентивные мероприятия, такие как модификация образа жизни, отказ от вредных привычек, коррекция метаболических нарушений, которые необходимо осуществлять на этапах планирования беременности. Это позволяет улучшить прогноз не только в период беременности, но и на последующих этапах жизни женщины.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, гипертоническая болезнь, беременность, диагностика, лечение
Для ссылки: Артериальная гипертензия при беременности в клинике внутренних болезней / А.И. Абдрахманова, Н.Б. Амиров, Н.А. Цибулькин, Р.Ф. Гайфуллина // Вестник современной клинической медицины. – 2018. – Т. 11, вып. 3. – С.51–59. DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(3).51-59.

ARTERIAL HYPERTENSION IN PREGNANCY AT INTERNAL MEDICINE CLINIC

ABDRAKHMANOVA ALSU I., C. Med. Sci., associate professor of the Department of clinical medicine fundamental basis of Institute of biology and fundamental medicine of Kazan Federal University, Russia, 420012, Kazan, K. Marx str., 74, e-mail: alsuchaa@mail.ru

AMIROV NAIL B., ORCID ID: orcid.org/0000-0003-0009-9103; SCOPUS Author ID: 7005357664, D. Med. Sci., professor of the Department of general medical practice № 1 of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49, e-mail: namirov@mail.ru

TSIBULKIN NIKOLAY A., C. Med. Sci., associate professor of the Department of cardiology, roentgen-endovascular and cardiovascular surgery of Kazan State Medical Academy – branch of the FSBEI APE RMACPE MOH, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 36

GAIFULLINA RAUSHANIA F., C. Med. Sci., associate professor of the Department of clinical medicine fundamental basis of Institute of biology and fundamental medicine of Kazan Federal University, Russia, 420012, Kazan, K. Marx str., 74

Abstract. Aim. Analysis of the latest publications devoted to the features of classification, diagnostics and treatment of arterial hypertension in pregnant women has been performed. **Material and methods.** Review of publications in scientific and medical literature devoted to arterial hypertension in pregnancy was carried out. **Results and discussion.** Arterial hypertension in pregnancy is the most frequent extragenital disorder. There are 2 main types

common for pregnancy. Those are hypertension that has started before pregnancy (chronic hypertension) and arterial hypertension developed during gestational period (gestational arterial hypertension). Defining moderate and severe degree of hypertension in pregnancy is important for assessing prognosis and choosing the tactics for treatment and obstetric care. Pharmacotherapy has to be avoided during the 1st trimester of pregnancy. General principles of drug treatment of hypertension in pregnant women are maximum effectiveness for the mother and safety for the fetus; starting the treatment with a minimum dose of one drug; transition to drugs of another class in insufficient effect of treatment after increasing the dose of the 1st drug or in its poor tolerability. 3 groups of drugs are used for arterial hypertension treatment in pregnancy. Those are central action drugs, calcium antagonists of dihydropyridine series and cardioselective β -blockers. When prescribing therapy doctor should be aware of the risk of excessive blood pressure reduction, which can cause a violation of the placenta perfusion and deterioration of the fetus. In addition to diagnosis and treatment of any clinical types of arterial hypertension, preventive measures are required. Those are lifestyle modification, fighting bad habits and metabolic disorders correction. **Conclusion.** In pregnancy, in addition to timely diagnosis and adequate treatment of any clinical types of hypertension, preventive measures are also required, such as: modification of lifestyle, fighting bad habits and metabolic disorder correction that have to be taken at the stages of planning pregnancy. This allows improving prognosis not only during pregnancy, but also at subsequent stages of a woman's life.

Key words: arterial hypertension, essential hypertension, pregnancy, diagnosis, treatment.

For reference: Abdrakhmanova AI, Amirov NB, Tsibulkin NA, Gaifullina RF. Arterial hypertension in pregnancy at internal medicine clinic. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2018; 11 (3): 51–59. **DOI:** 10.20969/VSKM.2018.11(3).51-59.

Введение. Артериальная гипертензия (АГ) при беременности является самой частой экстрагенитальной патологией, ее частота колеблется от 7 до 29% в России [1–3]. АГ служит основной причиной летальных исходов, перинатальной смертности, значительно ухудшает прогноз у матери и у ребенка [4–7]. У беременных с АГ чаще встречается родоразрешение путем кесарева сечения, низкая оценка новорожденного по шкале Апгар, низкий вес новорожденного, незрелость и недоношенность плода, необходимость интенсивной терапии новорожденных, родовые травмы, неонатальная смертность, аутизм в будущем [8–9]. Помимо АГ, факторами риска (ФР) развития осложнений при беременности также являются: возраст матери от 30 лет и старше, низкий уровень образования, количество предшествующих родов (3 и более), прирост массы тела во время беременности до 16 кг и более, дислипидемия, нарушение толерантности к глюкозе, ожирение, отягощенный семейный анамнез, антифосфолипидный синдром. К этим неблагоприятным факторам можно добавить неадекватную антигипертензивную терапию (АГТ) в период гестации и, как следствие, высокий уровень артериального давления (АД) [10, 11].

Классификация артериальной гипертензии у беременных

АГ диагностируется по уровню АД в зависимости от условий его регистрации. Офисное АД с САД ≥ 140 мм рт.ст. и ДАД ≥ 90 мм рт.ст., а также АД, измеренное в домашних условиях, с САД ≥ 135 мм рт.ст. и ДАД ≥ 85 мм рт.ст. считаются основанием для диагностики АГ. Выделяют две основные формы АГ при беременности: АГ, существовавшая до беременности, и АГ, развившаяся в гестационном периоде. Все гипертензивные состояния, диагностированные у женщины до беременности или до 20-й нед ее развития, объединяются понятием «хроническая АГ» (ХАГ). В ее основе лежит гипертензивная болезнь (ГБ) или симптоматическая АГ. Гипертензия, возникшая после 20-й нед гестации, но не исчезнувшая в течение 12 нед после родов, также ретроспективно классифицируется как ХАГ. В этой ситуации после

родов необходимо уточнение генеза АГ (ГБ или симптоматическая АГ). Индуцированная беременностью гестационная АГ (ГАГ) манифестирует после 20-й нед гестации [10].

В некоторых случаях при прогрессировании патологического процесса, возможно развитие таких тяжелых форм, как ХАГ, осложненная преэклампсией, а также преэклампсия (ПЭ), включающая АГ и протеинурию, и эклампсия (Э), характеризующаяся присоединением судорог, осложняющие, как правило, течение ГАГ [12, 13]. Диагностика ХАГ, осложненной ПЭ, основана на протеинурии ($\geq 0,3$ г в сут) или развитии симптомов полиорганной недостаточности. В качестве ХАГ, наряду с ГБ и симптоматическими АГ, также рассматриваются: маскированная артериальная гипертензия (АД при самостоятельном измерении с САД ≥ 140 мм рт.ст. и ДАД ≥ 90 мм рт.ст. или при СМАД среднесуточные значения САД ≥ 135 мм рт.ст. и ДАД ≥ 85 мм рт.ст. при нормальных значениях офисного АД) и гипертензия «белого халата» (повышение офисных значений САД ≥ 140 мм рт.ст. и ДАД ≥ 90 мм рт.ст. при нормальных значениях по данным самостоятельных изменений и СМАД). Преэклампсия определяется как синдром, включающий повышение АД $\geq 140/90$ мм рт.ст., протеинурию выше 0,3 г белка в сут, иногда с развитием полиорганной недостаточности. Эклампсия определяется приступами судорог, не имеющих иной причины, при наличии ПЭ или в отсутствие предшествующей ПЭ.

Классификация степеней повышения уровня АД у беременных, рекомендованная в настоящее время к применению во многих странах мира, отличается от обычной градации уровня АД: нормальное АД (САД АД < 140 и ДАД < 90 мм рт.ст.); умеренная АГ (САД 140–159 мм рт.ст. и/или ДАД 90–109 мм рт.ст.); тяжелая АГ (САД ≥ 160 мм рт.ст. и/или ДАД ≥ 110 мм рт.ст.). Выделение двух степеней АГ, умеренной и тяжелой, при беременности имеет принципиальное значение для оценки прогноза, выбора тактики ведения пациенток – лечения и родовспоможения. Величина уровня АД является важнейшим, но не единственным фактором, определяющим тяжесть АГ. Большое значение имеет оценка общего сер-

дечно-сосудистого риска (ССР), степень которого зависит не только от степени повышения уровня АД, но и от наличия сопутствующих факторов риска (ФР), поражения органов-мишеней (ПОМ) и ассоциированных клинических состояний (АКС). Органные нарушения и АКС определяют стадию ГБ: ГБ I стадии – отсутствие ПОМ, ГБ II стадии – поражение одного или нескольких органов-мишеней, ГБ III стадии – наличие АКС [14].

В период беременности у пациенток с хронической АГ адекватно оценить степень АГ не удастся, так как в I и II триместрах обычно отмечается физиологическое снижение уровня АД. При отсутствии достоверных данных обследования пациентки до беременности, на основании которых можно было бы определить степень АГ, о тяжести течения заболевания следует судить по выраженности органических нарушений: гипертрофии миокарда левого желудочка сердца (ГЛЖ), утолщении стенки артерий, повышении уровня креатинина, наличии микроальбуминурии и т.д. Данная классификация может использоваться для характеристики степени повышения уровня АД при любой форме АГ. В общей популяции пациентов с АГ, т.е. в том числе у женщин вне беременности, выделяют четыре группы риска сердечно-сосудистых осложнений в зависимости от степени повышения уровня АД, ФР, ПОМ и АКС: низкого, среднего, высокого и очень высокого дополнительного риска.

В настоящее время обсуждается вопрос о том, чтобы считать гестационное повышение АД, в том числе ПЭ, фактором, определяющим высокий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). В соответствии с группой риска определяется тактика лечения пациентов (стартовая терапия, определение целевого уровня АД, необходимость назначения комбинированной терапии, потребность в статинах и других препаратах). Наличие АГ у беременной предрасполагает к развитию следующих осложнений, приводящих к невынашиванию беременности: задержка внутриутробного развития плода, плацентарная недостаточность, преждевременная отслойка плаценты, внутриутробная гибель плода, эклампсия, ДВС-синдром, геморрагические осложнения. Также могут развиваться нарушения мозгового кровообращения, отек легких и острое повреждение почек.

Диагностика артериальной гипертензии при беременности

Основным методом диагностики АГ является измерение АД. Диагностировать АГ во время беременности следует на основании по крайней мере двух повышенных его значений. Необходимо выполнять условия и правила измерения АД. 1. АД измеряют в состоянии покоя (через 10 мин после отдыха) 2 раза с интервалом в 1–2 мин. 2. Если первые два значения существенно различались, измерения повторяют. 3. Плечо пациентки должно находиться на уровне IV–V межреберья. 4. Нижний край стандартной манжеты (ширина 12–13 см, длина 35 см) должен быть на 2 см выше локтевого сгиба. 5. Момент появления первых звуков соответствует I фазе тона Короткова и показывает САД, ДАД реко-

мендуют регистрировать в фазу V тона Короткова. 6. АД измеряют на обеих руках; если оно разное, то ориентируются на более высокие значения. 7. У пациентов, страдающих СД, АД необходимо измерять в положении сидя и лежа.

Известно, что среднесуточные значения АД имеют преимущества перед стандартными (офисными) показателями, так как более тесно коррелируют с ПОМ и их динамикой на фоне лечения, позволяют предсказать появление протеинурии, риск преждевременных родов, МТ новорожденного и в целом исходы беременности. Показания к проведению суточного мониторирования АД (СМАД) у беременных: артериальная гипертензия; гипертензия «белого халата»; заболевания почек [хроническая болезнь почек (ХБП), гломерулонефрит]; прегестационный СД; ХПН; тиреотоксикоз; тромбофилия, АФС; системная красная волчанка; ожирение; преэклампсия [8, 10].

Критерии диагностики АГ по результатам СМАД и измерений АД, сделанных врачом, различны. Для диагностики АГ для офисного АД уровень САД должен быть 140 мм рт.ст. и/или ДАД – 90 мм рт.ст. При проведении СМАД: дневное АД (бодрствование) – 130–135 мм рт.ст. и/или 85 мм рт.ст., ночное АД (сон) – 120 мм рт.ст. и/или 70 мм рт.ст., суточное АД – 125–130 мм рт.ст. и/или 80 мм рт.ст. Пороговые значения АД, при которых диагностируется АГ при измерении АД дома: САД – 130–135 мм рт.ст. и/или ДАД – 85 мм рт.ст.

Если АД впервые измеряют после 20-й нед беременности и выявляют АГ (сопровождающуюся или не сопровождающуюся системными проявлениями), то ее расценивают как неклассифицируемую. В таких случаях необходимо продолжать контроль АД в течение 42 дней после родов и в более поздние сроки. После выявления АГ у беременной следует обследовать пациентку с целью уточнения происхождения гипертензивного синдрома, исключения симптоматических АГ; определения тяжести гипертензии; выявления сопутствующих органических нарушений, включая состояние органов-мишеней, плаценты и плода. Тщательно собранный анамнез у беременной в первом триместре позволяет получить важную информацию о течении ХАГ, выявить дополнительные ФР и симптомы, характерные для вторичных форм АГ. Беременной с АГ необходимо измерить вес, рост и вычислить индекс массы тела (ИМТ).

При обследовании беременной с АГ необходимо идти от простых методов исследования к более сложным. На первом этапе выполняются исследования, обязательные для каждой пациентки. К числу необходимых относятся: клинический анализ мочи (ОАМ) и крови (ОАК), биохимический анализ крови (БАК) с оценкой уровня гликемии, липидного обмена, функции печени и почек, оценка уровня экскреции альбумина с мочой для выявления микроальбуминурии, а также ЭКГ, ЭхоКГ, ультразвуковое исследование (УЗИ) почек и периферических сосудов. Если полученные данные достаточны для уточнения диагноза, исключения вторичных АГ, и на их основании можно четко определить группу риска

пациентки в соответствии с критериями стратификации, применяемыми при ХАГ, а следовательно, и тактику ведения беременной, то на этом обследовании может быть закончено.

При обследовании сердечно-сосудистой системы оцениваются размеры сердца, наличие патологических шумов, признаки СН (хрипы в легких, размеры печени, отеки на ногах). Проводится исследование состояния пульса на периферических артериях, существование патологических шумов в проекции почечных артерий. Необходимо измерение АД на обеих руках и ногах с целью выявления симптомов коарктации аорты. При исследовании органов брюшной полости пальпация почек в некоторых случаях позволяет обнаружить их увеличение (поликистоз, гидронефроз). У некоторых больных в проекции почечных артерий на переднюю брюшную стенку удается выслушать систолический шум, обусловленный их стенозом. При постановке диагноза следует учитывать следующие признаки: стабильность повышенного АД, наличие АГ в семейном анамнезе, постепенное начало и доброкачественное течение, а также, как правило, клиническую эффективность адекватно назначенной антигипертензивной терапии (АГТ).

Для симптоматической АГ характерны: «острый» дебют АГ с частыми кризами или быстрая стабилизация АД на высоких цифрах, систолодиастолическая АГ с диастолическим давлением более 110 мм рт.ст., рефрактерность к адекватной АГТ, отсутствие АГ в семейном анамнезе (за исключением фибромускулярной дисплазии почечной артерии), хорошая переносимость высоких цифр АД, однако быстрое развитие осложнений (ИМ, ОНМК, ХГП, гипертонической ретинопатии). Дополнительное неинвазивное обследование необходимо у молодых женщин с предшествующей или ранней гестационной гипертензией для исключения вторичных АГ (заболеваний почек, реноваскулярной гипертензии, первичного альдостеронизма, синдрома Кушинга и феохромоцитомы).

В ОАК обращают внимание на количество эритроцитов, уровень гемоглобина, гематокрита, количество лейкоцитов и тромбоцитов, лейкоцитарную формулу, скорость оседания эритроцитов. ОАМ оценивается при каждом посещении врача, обращают внимание на протеинурию, при ее наличии оценивают протеинурию в суточном количестве мочи. В суточной моче следует определять содержание белка: если оно превышает 2 г/сут, рекомендуется тщательное мониторирование; если протеинурия превышает 3 г/сут, необходимо обсудить целесообразность досрочного родоразрешения [11, 15]. БАК включает электролиты – калий и натрий, ХС, липиды, ТГ, глюкозу, креатинин, мочевую кислоту, мочевины, общий белок, АСТ, АЛТ, щелочную фосфатазу. Проводят контроль микроальбуминурии (МАУ) [10] и коагулограммы. При проведении ЭКГ при ГБ II стадии возможно наличие признаков ГЛЖ – высокий зубец R с косым снижением сегмента ST в отведениях V4–6, может быть блокада левой ножки пучка Гиса. По ЭхоКГ при наличии ГЛЖ подтверждается гипертрофией меж-

желудочковой перегородки (МЖП), задней стенки ЛЖ (ЗСЛЖ), повышением ИММЛЖ.

По показаниям проводится СМАД, исследование сосудов глазного дна, УЗИ сосудов, почек, надпочечников, почечных артерий для подтверждения или исключения вторичных АГ; исследование мочи по Зимницкому и Нечипоренко, посев мочи, определение скорости клубочковой фильтрации. Второй этап предполагает применение дополнительных методов обследования для уточнения вторичной формы АГ, при наличии таковой, либо для выявления возможных сопутствующих заболеваний. Рентгенологические, радиоизотопные методы противопоказаны. Инвазивные диагностические методы используются строго по показаниям.

Лечение артериальной гипертензии у беременных

Основанием для начала лечения АГ у беременных являются: при ХАГ без ПОМ или АКС – АД $\geq 150/95$ мм рт.ст.; при ХАГ с ПОМ или АКС – АД $\geq 140/90$ мм рт.ст.; при гестационной АГ – АД $\geq 140/90$ мм рт.ст.; при ПЭ – АД $\geq 140/90$ мм рт.ст. Назначение медикаментозной терапии при умеренной АГ и целевые уровни АД остаются предметом дискуссий. Приемлемым диапазоном значений уровня АД при лечении АГ у беременных следует считать показатели систолического АД 130–150 мм рт.ст. и диастолического АД 80–95 мм рт.ст.

При АГ во время беременности не применяется ряд существенных рекомендаций, традиционных для небеременных. В частности, не следует увеличивать физическую нагрузку и соблюдать диету, чтобы снизить массу тела. Снижение массы тела в период беременности не рекомендовано в связи с риском рождения детей с низким весом и последующим замедлением их роста. Вместе с тем ожирение у матери может быть причиной неблагоприятных исходов как для женщины, так и для плода, поэтому были предложены рекомендуемые диапазоны прибавки массы тела во время беременности. У пациенток с нормальным ИМТ (< 25 кг/м²) рекомендуемая прибавка массы тела составляет 11,2–15,9 кг, у женщин с избыточной массой тела (25,0–29,9 кг/м²) – 6,8–11,2 кг, у женщин с ожирением (≥ 30 кг/м²) – менее 6,8 кг/м² [2, 10].

Тактика ведения беременных с АГ складывается из мероприятий, направленных на обеспечение охранительного режима, который включает трудоустройство женщины с исключением сменной работы. К общепринятым рекомендациям для беременных ограничивать физические нагрузки необходимо подходить дифференцировано. Нет доказательств пользы соблюдения малоподвижного образа жизни. В большинстве случаев при неосложненном течении ХАГ и ГАГ могут быть рекомендованы аэробные физические упражнения, прогулки на свежем воздухе. Умеренная аэробная физическая нагрузка (ФН), достаточный 8–10-часовой ночной сон, желательный 1–2-часовой дневной сон. Целесообразно избегать стрессовых ситуаций, способствующих повышению уровня АД. В случае тяжелой АГ рекомендуется постельный режим на левом боку. Постельный режим показан и при ГАГ, в то время когда пациентка на-

ходится в стационаре. Это уменьшает вероятность развития тяжелой АГ и преждевременных родов. При умеренно выраженной ПЭ постельный режим не обязателен.

Для беременной с АГ рекомендуется диета, богатая витаминами, микроэлементами, белками. Ограничение соли в период беременности не показано. При ПЭ уменьшение потребления соли не содействует снижению АД, но может способствовать уменьшению объема циркулирующей крови, нарушению перфузии плаценты. У пациенток с ХАГ с наступлением беременности также нет необходимости в продолжении соблюдения низосолевой диеты, так как нет данных, подтверждающих какую-либо пользу от этих мероприятий. Исключением могут быть «солечувствительные» пациентки, ранее соблюдавшие диету. Питание должно быть полноценным по составу и не избыточным по калорийности, особенно у женщин с ожирением. В составе пищи примерно половину должны представлять белки животного происхождения. Рекомендуется употреблять продукты, содержащие преимущественно сложные углеводы, – хлеб из муки грубого помола, крупы, овощи, фрукты, ягоды, а легкоусвояемые углеводы (сахар, кондитерские изделия) следует ограничить. Пища должна содержать достаточное количество витаминов, так как потребность в них во время беременности значительно возрастает. Меню желательно составлять разнообразным, включающим нежирные молочные продукты, несоленые сорта сыра, мясо, рыбу, печень, почки, яйца, бобовые культуры и др. Не следует включать в рацион жирные сорта мяса и рыбы, копчености, соленья, шоколад, крепкий чай и кофе [10]. Во всех случаях категорически запрещается курение, употребление алкоголя. Курение у беременных с ХАГ значительно повышает риск развития ПЭ. При назначении фармакотерапии беременной учитывается не только эффективность лекарственного средства, но и его безопасность для плода.

Предложены следующие сроки госпитализации в стационар: 1) *1-я госпитализация*: до 12-й нед гестации пациентка с АГ, имевшей до беременности, должна быть обследована с целью уточнения диагноза, определения функционального состояния органов-мишеней и решения вопроса о возможности пролонгирования беременности, при этом обследование может быть проведено как в стационаре, так и амбулаторно, в том числе в условиях дневного стационара; 2) *2-я госпитализация*: лечение ГАГ (после 20-й нед гестации) проводится в акушерском стационаре. При получении хорошего эффекта от лечения (нормализация АД, отсутствие протеинурии, удовлетворительное состояние матери и плода) оно может быть продолжено амбулаторно, при недостаточном эффекте терапии беременная находится в стационаре до родоразрешения; 3) *3-я госпитализация*: беременные, которые наблюдаются амбулаторно, должны быть госпитализированы в акушерский стационар за 2–3 нед до предполагаемого срока родов. В стационаре после оценки состояния

матери и плода осуществляется выбор метода и срока родоразрешения. На всех вышеперечисленных этапах проводится динамический контроль за состоянием фетоплацентарного комплекса, профилактика, при показаниях – коррекция обнаруженных нарушений.

Поскольку в России отсутствует утвержденная классификация категорий риска ЛС для плода, наиболее часто используется в клинической практике классификация, принятая Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарств в США (Food and Drug Administration), в которой ЛС распределены на 5 категорий: **A** – контролируемые исследования у беременных не выявили риска для плода, вероятность повреждения плода маловероятна. **B** – в экспериментальных исследованиях у животных не обнаружен риск для плода, но контролируемые исследования у беременных не проводились, либо в эксперименте получены нежелательные эффекты, которые не подтверждены в контролируемых исследованиях у беременных в I триместре и в поздних сроках беременности). **C** – в экспериментальных исследованиях выявлен риск для плода (тератогенное, эмбриотоксическое действие), не было контролируемых исследований у беременных, либо экспериментальных и клинических исследований не проводилось. Препараты могут назначаться, когда ожидаемый терапевтический эффект превышает потенциальный риск для плода. **D** – в экспериментальных и клинических исследованиях доказан риск для плода. Препарат расценивается как опасный, но может назначаться беременным по жизненным показаниям, а также в случае неэффективности или невозможности использования препаратов, относящихся к классам A, B, C. **X** – опасное для плода средство, в экспериментальных и клинических исследованиях выявлены аномалии развития плода, доказательства риска для плода основаны на опыте применения у женщин. Негативное воздействие этого лекарственного препарата на плод превышает потенциальную пользу для будущей матери. Применение в период беременности противопоказано [1, 11].

Необходимо помнить о группах антигипертензивных препаратов, которые противопоказаны при беременности. К ним относятся: *иАПФ* и *блокаторы рецепторов АТ1* (в I триместре – C; II, III триместры – D) – высокий риск ОПН у плода/новорожденного; костных дисплазий, гипоплазии легких, задержки развития плода, гибели плода или новорожденного. *Спиронолактон* (D) – феминизация плода мужского пола. *Дилтиазем* (C) – пороки развития. *Резерпин* (C) – мальформации. Необходимо подчеркнуть, что антигипертензивных лекарственных средств, относящихся к классу A для лечения АГ у беременных, в настоящее время не существует, ни один препарат не является стопроцентно безопасным на ранней стадии беременности, и по возможности следует избегать фармакотерапии во время первого триместра. Большая часть антигипертензивных препаратов, применяемых для лечения АГ у беременных, от-

носятся к категории С. Препараты этой категории должны использоваться только в случаях, если возможные преимущества их применения оправдывают риск неблагоприятного влияния на плод. Отнесение препарата к данной категории показывает, что риск для плода при его применении нельзя недооценить. Данные об эффективности и безопасности применения препаратов категории С в период беременности основаны на описании клинических случаев, результатов небольших исследований и метаанализов [6].

В настоящее время для лечения АГ в период беременности используют 3 группы антигипертензивных препаратов (АГП), отвечающих критериям фармакотерапии в период беременности: препараты центрального действия (метилдопа); антагонисты кальция (АК) дигидропиридинового ряда (нифедипин длительного действия); кардиоселективные β -адреноблокаторы (β -АБ) (метопрололсукцинат, бисопролол). Комбинированная терапия проводится в случае неэффективности монотерапии в максимальной дозе. Рациональной комбинацией является нифедипин длительного действия + β -АБ, при неэффективности такой комбинации возможно присоединение гидрохлортиазида в малых дозах (6,5–25,0 мг/сут) [16–18].

При проведении активной АГТ следует опасаться чрезмерного снижения уровня АД, способного вызвать нарушение перфузии плаценты и ухудшение состояния плода. Необходимо постоянно мониторировать функциональные показатели состояния плода. В некоторых случаях полезным бывает одновременное введение с АГП 250 мл физиологического раствора для предупреждения резкого падения уровня АД. При отсутствии достаточного гипотензивного эффекта от применения наиболее часто используемых в России для оказания неотложной помощи при тяжелой АГ таких лекарственных средств, как нифедипин и нитроглицерин, возможно применение нитропрусида натрия. Однако этот препарат используется крайне редко, так как может вызвать токсическое поражение цианидами и развитие преходящей брадикардии у плода. Магния сульфат не является собственно гипотензивным препаратом. Вместе с тем при тяжелой ПЭ его введение необходимо для профилактики судорожного синдрома. Одновременно с мероприятиями по оказанию неотложной помощи начинается плановая АГТ пролонгированными препаратами с целью предотвращения повторного повышения АД.

Общими принципами медикаментозного лечения АГ у беременных являются: максимальная эффективность для матери и безопасность для плода; начало лечения с минимальных доз одного препарата; переход к препаратам другого класса при недостаточном эффекте лечения (после увеличения дозы первого препарата) или плохой его переносимости [11, 17]. В случае приема женщиной АГП на этапе планирования беременности необходима коррекция медикаментозной терапии: отмена ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА) и прямых

ингибиторов ренина, а также прием доз препарата, добываясь целевого уровня АД < 140/90 мм рт.ст. Использовать препараты длительного действия для достижения 24-часового эффекта при однократном приеме. Применение таких препаратов обеспечивает более мягкое и длительное антигипертензивное действие, более интенсивную защиту органов-мишеней, а также высокую приверженность пациентов к лечению [19–21].

Эффективность гипотензивной терапии у беременных не превышает 50%, даже при назначении препаратов с учетом индивидуальных особенностей гемодинамики. Назначение АГТ с учетом варианта суточной кривой и типа центральной гемодинамики позволяет улучшить исход беременности для матери и ребенка [13]. Рекомендуются следующие *2-компонентные схемы*: метилдопа + АК; метилдопа + диуретик; метилдопа + β -АБ; АК (дигидропиридиновый) + β -АБ; АК (дигидропиридиновый) + α -адреноблокатор; АК (дигидропиридиновый) + верапамил; α -адреноблокатор + β -АБ (при феохромоцитоме) [17, 18]. При необходимости возможно применение *3-компонентных схем*: метилдопа + АК (дигидропиридиновый) + β -АБ; метилдопа + АК + диуретик; метилдопа + β -АБ + диуретик; АК (дигидропиридиновый) + β -АБ + диуретик или *4-компонентных схем*: метилдопа + АК (дигидропиридиновый) + β -АБ + диуретик; метилдопа + АК (дигидропиридиновый) + β -АБ + α -адреноблокатор; АК (дигидропиридиновый) + β -АБ + диуретик + клонидин. При умеренной АГ у беременных использование комбинированной терапии позволяет достичь целевых значений АД на фоне приема меньших доз препаратов, снизить вероятность появления нежелательных эффектов, в некоторых случаях за счет взаимной их нейтрализации, а также обеспечить наиболее эффективную органопroteкцию у матери [22].

Ведение беременных с артериальной гипертензией

Значимым клиническим показателем эффективности лечения АГ у беременных является частота госпитализации по соматическим показаниям. Снижение этого показателя может осуществляться путем контроля АД по одному из двух, наиболее распространенных вариантов оценки: офисное АД или результаты СМАД. Оба метода оценки АД обладают сходными возможностями контроля гипертензивных состояний при беременности, что позволяет использовать любой из них без дополнительного риска осложнений [23, 24]. В период беременности женщина с АГ должна быть немедленно госпитализирована при выявлении следующих обстоятельств или признаков у матери: 1) тяжелая АГ (АД \geq 160/110 мм рт.ст.); впервые выявленная в период беременности АГ; клинические признаки ПЭ; угроза развития ПЭ; продромальные симптомы: головная боль, нарушение зрения, боль в эпигастрии, в правом подреберье, тошнота, протеинурия; клинические признаки развития HELLP-синдрома: повторные (персистирующие) приступы боли в эпигастрии; АГ или протеинурия у пациенток с другими факторами риска: предшествующая соматическая

патология у матери, угроза преждевременных родов (ранее 34-й нед), плохое амбулаторное наблюдение (позднее обращение, редкие посещения врача, несоблюдение рекомендаций и т.д.). Патологии плода (подозрения/признаки гипоксии плода, признаки нарушения маточно-плацентарного кровотока и/или фетоплацентарного кровотока по данным ультразвуковой доплерографии, синдром задержки роста плода) также являются показаниями для срочной госпитализации. Целесообразно госпитализировать беременную при чрезмерной прибавки веса в III триместре (1 кг в нед).

Лечение ГАГ и ПЭ проводится в акушерском стационаре. Терапия осуществляется приемом антигипертензивных препаратов (нифедипин, метилдопа *per os*, высокоселективные β -АБ, нитроглицерин внутривенно капельно). АД необходимо снижать постепенно в пределах 25% от исходного уровня. Резкое снижение АД может привести к развитию острого повреждения почек и ухудшению маточно-плодово-плацентарного кровотока. Профилактика судорог осуществляется введением сульфата магния 4–6 г в/в струйно в течение 15–20 мин, затем продолжается в/в инфузия со скоростью 1,5–2 г/ч под контролем уровня магния сыворотки крови (поддерживать уровень магния необходимо в пределах 4,8–9,6 мг%). Симптомы интоксикации магнием: сонливость, снижение коленного рефлекса, угнетение дыхания. Показаниями к экстренному родоразрешению при ПЭ являются: отслойка нормально расположенной плаценты; антенатальная гибель плода; высокая протеинурия (более 0,5 г/сут); резистентная к АГТ АГ (АД более 180/110 мм рт.ст.); терминальное состояние плода (нулевой или отрицательный диастолический кровоток по данным доплерометрии, ареактивная кривая при кардиотокографии) после 28-й нед гестации; HELLP-синдром (гемолиз, повышение печеночных ферментов, снижение числа тромбоцитов – чаще возникает после 35-й нед беременности или в раннем послеродовом периоде); острый жировой гепатоз беременных; ДВС-синдром; острое нарушение мозгового кровообращения; эклампсическая кома [5, 25].

АГ сама по себе не является показанием к абдоминальному родоразрешению. При удовлетворительном состоянии матери и плода и отсутствии акушерских показаний к кесареву сечению целесообразным является родоразрешение через естественные родовые пути. При ведении родов у данного контингента женщин в день родоразрешения следует продолжать плановую антигипертензивную терапию (АГТ). Во время родов возможно применение как β -АБ, так и АК, а также препаратов центрального действия. Следует учитывать действие антигипертензивных препаратов на сократительную активность матки (АК снижают ее) и при необходимости проводить своевременную коррекцию утеротоническими препаратами. С целью обезболивания следует использовать эпидуральную анестезию, которая обеспечивает не только эффективное обезболивание родов, но и дополнительный гипотензивный эффект. При

недостаточной эффективности лечения в периоде изгнания плода рекомендуется исключение потуг. Кесарево сечение следует проводить в случае преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты; отслойки сетчатки; резистентности к АГТ в сочетании с тяжелыми изменениями глазного дна, развития сердечной или почечной недостаточности.

Выводы. Таким образом, при беременности, помимо своевременной диагностики и адекватного лечения любых клинических вариантов АГ, необходимы и превентивные мероприятия, такие как модификация образа жизни, отказ от вредных привычек, коррекция метаболических нарушений, которые необходимо осуществлять на этапах планирования беременности. Это позволяет улучшить прогноз не только в период беременности, но и на последующих этапах жизни женщины.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Стрюк, Р.И. Пути решения проблемы артериальной гипертонии при беременности / Р.И. Стрюк // Российский кардиологический журнал. – 2013. – № 4 (102). – С.64–69.
2. Ушакова, О.В. Метаболические нарушения во время беременности / О.В. Ушакова, С.М. Рзаева, Д.С. Голубенко // Здоровоохранение Дальнего Востока. – 2017. – № 1. – С.52–54.
3. Стрюк, Р.И. Сердечно-сосудистые заболевания и ассоциированные с ними коморбидные состояния как факторы, определяющие неблагоприятные перинатальные исходы при беременности – анализ данных регистра беременных «БЕРЕГ» / Р.И. Стрюк, С.А. Бернс, М.П. Филиппова [и др.] / Терапевтический архив. – 2018. – Т. 90, № 1. – С.9–16.
4. Fantasia, H.C. Low-Dose Aspirin for the Prevention of Preeclampsia / H.C. Fantasia // Nurs Womens Health. – 2018. – № 22 (1). – P.87–92.
5. He, B. TLR9 (Toll-Like Receptor 9) Agonist Suppresses Angiogenesis by Differentially Regulating VEGFA (Vascular Endothelial Growth Factor A) and sFLT1 (Soluble Vascular Endothelial Growth Factor Receptor 1) in Preeclampsia / B. He, X. Yang, Y. Li // Hypertension. – 2018. – № 71 (4). – P.671–680.
6. Magee, L.A. Serious perinatal complication of non-proteinuria hypertension: an international, multicenter, retrospective cohort study / L.A. Magee, P. Von Dadelseen, C.M. Bohun [et al.] // J. Obstet. Gynecol. Can. – 2003. – № 25. – P.372.
7. Valensise, H. Early and late preeclampsia: two different maternal hemodynamic states in the latent phase of the disease / H. Valensise, B. Vasapelle, G. Gagliardi [et al.] // Hypertension. – 2008. – № 52. – P.873.
8. Haruyama, R. Causes and risk factors for singleton stillbirth in Japan: Analysis of a nationwide perinatal database, 2013–2014 / R. Haruyama, S. Gilmour, E. Ota [et al.] // Sci. Rep. – 2018. – № 8 (1). – P.4117.

9. Xu, R.T. Association between hypertensive disorders of pregnancy and risk of autism in offspring: a systematic review and meta-analysis of observational studies / R.T. Xu, Q.X. Chang, Q.Q. Wang [et al.] // *Oncotarget*. – 2017. – № 9 (1). – P.1291–1301.
10. Брыткова, Я.В. Особенности течения беременности у женщин с артериальной гипертензией / Я.В. Брыткова, Р.И. Стрюк // *Кардиология*. – 2017. – № 1. – С.65–70.
11. Стрюк, Р.И. Артериальная гипертензия при беременности: диагностика, особенности лечения, прогноз / Р.И. Стрюк // *Лечебное дело*. – 2014. – № 3. – С.4–11.
12. Цибулькин, Н.А. Артериальная гипертензия при беременности / Н.А. Цибулькин, С.Д. Маянская, А.И. Абдрахманова // *Практическая медицина*. – 2010. – № 4. – С.32–35.
13. Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности: Национальные рекомендации // *Российский кардиологический журнал*. – 2018. – Т. 155, № 3. – С.91–134.
14. Адамян, Л.В. Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и в послеродовом периоде: клинические рекомендации (протоколы лечения) / Л.В. Адамян, Н.В. Артымук, Н.В. Башмакова [и др.]. – М., 2016. – 72 с.
15. Брыткова, Я.В. Диагностическая ценность протеинурии и микроальбуминурии у беременных с повышенным артериальным давлением / Я.В. Брыткова // *Российский медицинский журнал*. – 2013. – № 3. – С.48–51.
16. Гурьева, В.М. Эффективность гипотензивной терапии у беременных / В.М. Гурьева, В.А. Петрухин, А.А. Сидорова [и др.] // *Лечение и профилактика*. – 2013. – № 2 (6). – С.77–82.
17. Гайсёнок, О.В. Лечение артериальной гипертензии у беременных: клинические рекомендации и примеры / О.В. Гайсёнок, О.А. Замятина, Н.Ю. Денисова [и др.] // *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. – 2014. – Т. 10, № 4. – С.411–415.
18. Стрюк, Р.И. Артериальная гипертензия при беременности: диагностика, лечение, прогноз / Р.И. Стрюк, Я.В. Брыткова // *Медицинский совет*. – 2012. – № 1. – С.46–51.
19. Абдрахманова, А.И. Медикаментозное лечение артериальной гипертензии и его побочные эффекты у пациентов старшего возраста / А.И. Абдрахманова, Н.Б. Амиров, Н.А. Цибулькин // *Вестник современной клинической медицины*. – 2016. – Т. 9, вып. 2. – С.110–116.
20. Ягфарова, Р.Р. Применение комбинированного препарата периндоприл и индапамид в лечении больных артериальной гипертензией / Р.Р. Ягфарова, Н.Б. Амиров // *Вестник современной клинической медицины*. – 2008. – Т. 1, вып. 1. – С.60–64.
21. Митрофанова, И.С. Приверженность к лечению беременных женщин с артериальной гипертензией / И.С. Митрофанова, М.В. Столбова, С.В. Шарапов [и др.] // *Национальная ассоциация ученых*. – 2015. – № 4-4 (9). – С.79–81.
22. Кузьмина, Е.Г. Особенности персонализированной гипотензивной терапии у беременных с артериальной гипертензией / Е.Г. Кузьмина, Н.Н. Прибылова // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. – 2014. – Т. 13, № 2. – С.65–66.
23. Диагностика и лечение артериальной гипертензии: клинические рекомендации. – М., 2013. – 64 с.
24. Rhodes, C.A. A randomized trial of ambulatory blood pressure monitoring versus clinical blood pressure measurement in the management of hypertension in pregnancy. A feasibility study / C.A. Rhodes, D.G. Beevers, D. Churchill // *Pregnancy Hypertens*. – 2018. – № 11. – P.142–144.
25. Varnier, N. Indications for delivery in pre-eclampsia / N. Varnier, M.A. Brown, M. Reynolds [et al.] // *Pregnancy Hypertens*. – 2018. – Vol. 11. – P.12–17.

REFERENCES

1. Stryuk RI Puti resheniya problem arterial'noj gipertonii pri beremennosti [Ways to solve the problem of arterial hypertension during pregnancy]. *Rossiiskij kardiologicheskij zhurnal* [Russian Cardiology Journal]. 2013; 4 (102): 64-69.
2. Ushakova OV, Rzaeva SM, Golubenko DS. Metabolicheskie narusheniya vovremya beremennosti [Metabolic disorders during pregnancy]. *Zdravoohranenie Dal'nego Vostoka* [Health of the Far East]. 2017; 1: 52-54
3. Stryuk RI, Berns SA, Filippova MP et al. Serdechno-sosudistye zabolovaniya i associirovannye s nimi komorbidnye sostoyaniya kak faktory, opredelyayushhie neblagopriyatnye perinatalnye ishody pri beremennosti – analiz dannyh registra beremennyh «Bereg» [Cardiovascular diseases and associated comorbid conditions as factors determining unfavorable perinatal outcomes in pregnancy – analysis of the register of pregnant women «BEREG»]. *Ter. arxiv* [Ter. archive]. 2018; 1 (90): 9-16.
4. Fantasia HC. Low-Dose Aspirin for the Prevention of Preeclampsia. *Nurs Womens Health*. 2018; 22 (1): 87-92.
5. He B, Yang X, Li Y. TLR9 (Toll-Like Receptor 9) Agonist Suppresses Angiogenesis by Differentially Regulating VEGFA (Vascular Endothelial Growth Factor A) and sFLT1 (Soluble Vascular Endothelial Growth Factor Receptor 1) in Preeclampsia. *Hypertension*. 2018; 71(4): 671-680.
6. Magee LA, Von Dadelseen P, Bohun CM. et al. Serious perinatal complication of non-proteinuria hypertension: an international, multicenter, retrospective cohort study. *J Obstet Gynecol Can*. 2003; 25: 372.
7. Valensise H, Vasapelle B, Gagliardi G et al. Early and late preeclampsia: two different maternal hemodynamic states in the latent phase of the disease. *Hypertension*. 2008; 52: 873.
8. Haruyama R, Gilmour S., Ota E. et al. Causes and risk factors for singleton stillbirth in Japan: Analysis of a nationwide perinatal database, 2013-2014. *Sci Rep*. 2018; 8 (1): 4117.
9. Xu RT, Chang QX, Wang QQ. et al. Association between hypertensive disorders of pregnancy and risk of autism in offspring: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Oncotarget*. 2017; 9 (1): 1291-1301.
10. Brytkova YA, Stryuk RI. Osobennosti techeniya beremennosti u zhenshchin s arterial'noj gipertoniej [Features of the course of pregnancy in women with arterial hypertension]. *Kardiologiya* [Cardiology]. 2017;1: 65-70.
11. Stryuk RI. Arterial'naya gipertoniya pri beremennosti: diagnostika, osobennosti lecheniya, prognoz [Arterial hypertension in pregnancy: diagnosis, treatment features, prognosis]. *Lechebnoe delo* [Healing]. 2014; 3: 4-11.
12. Cibul'kin NA, Mayanskaya SD, Abdrahmanova AI. Arterial'naya gipertenziya pri beremennosti [Arterial hypertension in pregnancy] *Prakticheskaya medicina* [Practical medicine]. 2010; 4: 32-35.
13. Diagnostika i lechenie serdechno-sosudistyh zabolovanij pri beremennosti. 2018. Nacionalnye rekomendacii [Diagnosis and treatment of cardiovascular diseases in pregnancy. 2018. National Recommendations]. *Rossiiskij kardiologicheskij zhurnal* [Russian Cardiology Journal] 2018; 155(3): 91-134.

14. Adamyan IV, Artyumuk NV, Bashmakova NV. et al. Gipertenzivnye rasstroistva vovremya beremennosti, v rodah i v poslerodovom periode: klinicheskie rekomendacii (protokoly lecheniya) [Hypertensive disorders during pregnancy, during childbirth and in the postpartum period. Clinical recommendations (protocols of treatment) Hypertensive disorders during pregnancy, during childbirth and in the postpartum period: clinical recommendations (protocols of treatment)]. M.: 2016, 72 p.
15. Brytkova YA. Diagnosticheskaya cennost' proteinuria i mikroal'buminurii u beremennyh s povyshennym arterial'nym davleniem [Diagnostic value of proteinuria and microalbuminuria in pregnant women with high blood pressure] Rossijskij medicinskij zhurnal [The Russian Medical Journal The Russian Medical Journal]. 2013; 3: 48-51.
16. Gur'eva VM, Petruhin VA, Sidorova AA. et al. Effektivnost' gipotenzivnoj terapii u beremennyh [Effectiveness of antihypertensive therapy in pregnant women]. Lechenie i profilaktika [Treatment and prevention]. 2013; 2 (6): 77-82.
17. Gajsyonok OV, Zamyatina OA, Denisova NY. et al. Lechenie arterial'noj gipertonii u beremennyh: klinicheskie rekomendacii i primery [Treatment of arterial hypertension in pregnant women: clinical recommendations and examples Treatment of arterial hypertension in pregnant women: clinical recommendations and examples]. Racional'naya farmakoterapiya v kardiologii [Rational pharmacotherapy in cardiology]. 2014; 10 (4): 411-415.
18. Stryuk RI, Brytkova YV. Arterial'naya gipertoniya pri beremennosti: diagnostika, lechenie, prognoz [Arterial hypertension in pregnancy: diagnosis, treatment, prognosis]. Medicinskij sovet [The Medical Council]. 2012; 1: 46-51.
19. Abdrahmanova AI, Amirov NB, Cibul'kin NA. Medikamentochnoe lechenie arterial'noj gipertenzii i ego pobochnye efekty u pacientov starshego vozrasta // Vestnik sovremennoj klinicheskoy mediciny. 2016; (2): 110-116.
20. Yagfarova RR, Amirov NB. Primenenie kombinirovannogo preparata perindopril i indapamid v lechenii bol'nyh arterial'noj gipertenziej [The use of a combined drug perindopril and indapamide in the treatment of patients with hypertension]. Vestnik sovremennoj klinicheskoy mediciny [Herald of modern clinical medicine]. 2008; 1: 60-64.
21. Mitrofanova IS, Stolbova MV, Sharapov SV et al. Priverzhenost' k lecheniyu beremennyh zhenshchin s arterial'noj gipertoniej [Adherence to the treatment of pregnant women with arterial hypertension]. Nacional'naya Associaciya Uchenyh [National Association of Scientists]. 2015; 4 (9): 79-81.
22. Kuz'mina EG, Pribylova NN. Osobennosti personalizirovannoj gipotenzivnoj terapii u beremennyh s arterial'noj gipertoniej [Features of personalized antihypertensive therapy in pregnant women with arterial hypertension]. Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika [Cardiovascular therapy and prevention]. 2014; 13 (S2): 65-66.
23. Diagnostika i lechenie arterial'noj gipertenzii: klinicheskie rekomendacii [Diagnosis and treatment of hypertension: Clinical recommendations]. M; 2013: 64.
24. Rhodes CA, Beevers DG, Churchill D. A randomized trial of ambulatory blood pressure monitoring versus clinical blood pressure measurement in the management of hypertension in pregnancy. A feasibility study. Pregnancy Hypertens. 2018;11: 142-144.
25. Varnier N, Brown MA, Reynolds M. et al. Indications for delivery in pre-eclampsia. Pregnancy Hypertens. 2018; 11: 12-17.

© Н.Ф. Дроздова, В.Х. Фазылов, 2018

УДК 616.98:578.825.13(048.8)

DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(3).59-65

ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ВИРУСОМ ЭПШТЕЙНА – БАРР: КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ (обзор литературы)

ДРОЗДОВА НАИЛЯ ФАРИТОВНА, аспирант кафедры инфекционных болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, тел. +7(904)-675-70-41, e-mail: nelya89@bk.ru

ФАЗЫЛОВ ВИЛЬДАН ХАЙРУЛЛАЕВИЧ, докт. мед. наук, профессор кафедры инфекционных болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: vildan47@rambler.ru

Реферат. Для многих врачей термины «вирус Эпштейна – Барр» и «инфекционный мононуклеоз» являются синонимами. Вирус Эпштейна – Барр вызывает примерно 90% случаев инфекционного мононуклеоза, а остальное связано в основном с цитомегаловирусом, вирусом герпеса человека 6-го типа, токсоплазмозом, ВИЧ-инфекцией и аденовирусом. **Цель** – проанализировать патогенетические, клинико-эпидемиологические особенности инфекционного мононуклеоза Эпштейна – Барр вирусной этиологии, а также проблемы диагностики и лечения. **Материал и методы.** В статье представлен обзор отечественных и зарубежных литературных данных по инфекционному мононуклеозу Эпштейна – Барр вирусной этиологии. **Результаты и их обсуждение.** В связи со значительным приростом заболеваемости инфекционным мононуклеозом, вызванным вирусом Эпштейна – Барр, в последние годы совершенствование методов специфической диагностики и противовирусной терапии позволяют успешно решить проблему купирования патологического процесса на ранних сроках заболевания. Но проблема затяжных форм болезни требует более глубокого изучения. **Выводы.** Залогом успеха в лечении больных инфекционным мононуклеозом является своевременная диагностика, правильный и строго индивидуальный подход как к этиотропной, так и к патогенетической терапии, а также своевременная госпитализация больных с тяжелыми формами инфекционного мононуклеоза.

Ключевые слова: инфекционный мононуклеоз, вирус Эпштейна – Барр, гепатит.

Для ссылки: Дроздова, Н.Ф. Инфекционный мононуклеоз, обусловленный вирусом Эпштейна – Барр: клинико-патогенетические аспекты (обзор литературы) / Н.Ф. Дроздова, В.Х. Фазылов // Вестник современной клинической медицины. – 2018. – Т. 11, вып. 3. – С.59–61. DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(3).59-61.