

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Савицкая В.М.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск.
Республика Беларусь*

Резюме. Статья посвящена проблеме лечения артериальной гипертензии у беременных - одной из самой распространенной экстрагенитальной патологии. С целью изучения медикаментозного лечения артериальной гипертензии у беременных проведен анализ 2000 историй болезней, из них отобрано 30 историй болезней беременных с диагнозом «Артериальная гипертензия II степени, риск 2». Представлены различные группы антигипертензивных лекарственных средств, изучена их эффективность, побочное действие. Проведен анализ использования антигипертензивных лекарственных средств у беременных в Республике Беларусь и мировой клинической практике и их сравнение.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, беременность, антигипертензивная терапия, побочные эффекты.

Введение. Артериальная гипертензия (АГ) беременных является наиболее распространенным заболеванием сердечно-сосудистой системы, которое влечет за собой тяжелые нарушения здоровья матери и плода. АГ беременных и ассоциированные с ней патологические изменения - одна из основных причин материнской и неонатальной смертности, а также ряда акушерских осложнений [1]. Грозными осложнениями являются нарушения мозгового кровообращения, отслойка сетчатки, преэклампсия, эклампсия, массивные Коагулопатические кровотечения. Лечение АГ у беременных имеет специфику. Назначение лекарственных средств требует индивидуального подхода к каждой Жопщине [2, 3].

Цель антигипертензивной терапии у беременных:

1. Снижение уровня артериального давления до 140/90 мм рт.ст.
2. Снижение риска развития недостаточности кровообращения в системе ИММЛП - плацента - плод.
3. Снижение риска развития сердечно - сосудистой патологии у женщин в Осдеродовом периоде.

Материалы и методы исследования. Был проведен анализ 2000 историй ШСАНШ на базе 1 и 6 ГКБ г. Минска, из них отобрано 30 историй болезней временных с диагнозом АГ II ст., риск 2. Данный диагноз встречается ЦИБолсс часто. Средний возраст пациенток составил 34 года, срок "ромонности данной группы пациенток был более 14 недель. Мы провели ШНУ лекарственных средств, назначаемых для лечения АГ и купирования НОрто ни чес ких кризов.

Результаты исследования и обсуждение. Рассмотрены основные группы ИГипсртензивных лекарственных средств, используемых у беременных, и йнм лекарственные средства, регламентированные протоколами лечения в Царстве и гинекологии в Республике Беларусь, и лекарственные средства, рыс применяются в мировой клинической практике.

Лекарственные средства центрального действия. Агонисты центральных α - адренорецепторов. Метилдопа, клонидин

Метилдопа - препарат выбора. Относится к **группе В** по Американской классификации FDA, не ухудшает маточно - плацентарный кровоток и гемодинамику **плода**, безопасен дл* матери и **плода**, не наблюдается отсроченных неблагоприятных эффектов у **детей**. Действие лекарственных средств этого' класса вызывает замедление психических реакций и нарушение сна, что приводит к чувству повышенной утомляемости и развитию депрессий, достаточно часто снижает слюноотделение, приводят к ксеростомии.

Клонидин имеет сходный механизм действия и побочные эффекты, но используется реже, в основном, в составе сочетанной антигипертензивной терапии. Л

В таблице 1 представлены антигипертензивные лекарственные средства, применяемые у беременных в Республике Беларусь и мировой клинической практике.

Таблица 1 - Антигипертензивные лекарственные средства, применяемые у беременных

Лекарственные средства мировой клинической практики	Лекарственные средства, используемые?: согласно протоколам лечения в акушерство^ и гинекологию
Метилдопа (В)	Метилдопа (В)
Клонидин (С)	Клонидин (С)

В результате исследования «Метилдопа» использовали для лечения :Д 13,3% (4) пациенток, «Клонидин» - 10,0% (3).

Блокаторы медленных кальциевых каналов (БКК) - нифедипин, амлодипин,

Эта группа препаратов эффективно снижает артериальное давление (/ для нее характерно отсутствие эмбриотоксичности и тератогенных эффектов, и позволяет принимать БКК с первого триместра беременности. Наиболее изученным препаратом данной группы является нифедипин, который используется в качестве препарата первой линии для лечения АГ у беременных так и для купирования гипертонических кризов.

БКК свойственны недостатки:

1. Опасность резкого падения АД при приеме нифедипина сублинт может привести к фетоплацентарной недостаточности.

2. Отеки ног, тошнота, тяжесть в эпигастрии, аллергические реакции.

3. Рефлекторная тахикардия - компенсаторная реакция организма вазодилатацию.

В таблице 2 представлены БКК, применяемые у беременных в Республике Беларусь и мировой клинической практике.

Таблица 2 - БКК, применяемые у беременных

Лекарственные средства, используемые в мировой практике	!	Лекарственные средства, используемые согласно протоколам лечения в акушерстве и гинекологии от 2012 г.
Нифедипин	'	Нибедипин
Амлодипин	!	Амлодипин
Никардин		
Нимодипин	!	
Исрадин		
Верапамил	!	

В результате исследования «Амлодипин» использовали для лечения АГ 40,0% (12) пациенток, «Нифедипин» - не назначался.

Р - адреноблокаторы

Для лекарственных средств данной группы характерно постепенное начало гипотензивного действия, снижение активности симпатической автономной нервной системы, отсутствие ортостатической гипотензии, не влияют на объем циркулирующей крови. Терапевтического действия не было отмечено ни у одного адреноблокатора, за исключением использования атенолола (приводит к клинически значимому замедлению роста и снижению массы плаценты). При применении р-адреноблокаторов могут отмечаться повышенная утомляемость, сонливость, ухудшение переносимости физических нагрузок, нарушение сна, обструкция бронхов, брадикардия. Международные рекомендации включают в себя (3-адреноблокаторы с внутренней симпатомиметической активности - нцебуталол, пиндолол. Эти вещества являются частичными агонистами (3-идрснорецепторов, не вызывают чрезмерной брадикардии, в минимальной Степени вызывают повышение тонуса бронхов, периферических сосудов, что ипляется положительными эффектами, но в клинических протоколах лечения в акушерстве и гинекологии РБ данные лекарственные средства не ^регистрированы.

В таблице 3 представлены р - адреноблокаторы, применяемые у беременных | Республике Беларусь и мировой клинической практике.

Г^Цблица 3 - Р - адреноблокаторы, применяемые у беременных

Лекарственные средства мировой > клинической практики	Лекарственные средства, использующиеся согласно протоколам лечения в акушерстве и гинекологии
Метопролол (С)	Метопролол (С)
Биспролол (С)	Атенолол (Д)
Небиволол (С)	Бетаксоллол (С)
Бетаксоллол (С)	Биспролол (С)
Атенолол (Д)	Небиволол (С)
Ацебуталлол (В)	
Пиндоллол (В)	
Урпронолол (С)	
Надоллол (С)	
Окспронолол (С)	
<u>Тимолол (С)</u>	

В результате исследования «Метопролол» использовали для лечения АГ у 53,3% {1 м беременных женщин.

а-адреноблокеры.

По сравнению с предыдущими группами лекарственных средств они менее изучены а - адреноблока: **зры** эффективно снижают АД. **Данную** группу препаратов используют чаще у пациенток с феохромоцитомой.

Недостатки:

1. развитие ортостатических реакций;
2. рефлекторная тахикардия.

В таблице 4 представлены *а-адреноблокеры*, применяемые у беременных в Республике Беларусь и мировой клинической практике.

Таблица 4 - *а-адреноблокеры*, применяемые у беременных

Лекарственные средства, используемые в мировой практике	Лекарственные средства, используемые в РБ (клинические протоколы лечения а акушерстве и гинекологии)
Доксазозин Празозин	Доксазозин

^Лекарственные средства данной группы пациенткам не назначались.

а,б - адреноблокатор - лабетолол

Является препаратом выбора в мировой клинической практике! ЭффективнО' при всех видах повышенного АД у беременных. В отличие от других б-АБ уюг слабо выражена способность проникать через плаценту. В многочислен!! исследованиях была доказана безопасность для матери и плода.

Нежелательно применять в первом триместре беременности., так ка клинических исследованиях было доказано снижение массы плода.

Спазмолитики

Данная группа включает широкий спектр препаратов, расслабляю мускулатуру бронхов, расширяющих сосуды, оказывающих диуретинООК эффект. Пентоксифиллин улучшает реологические свойства крови и снижает вязкость, оказывает антитромботическое действие, используется в **комплвКСИ** антигипертензивной терапии. Эуфиллин используется для снятия **массйЫШ** отеков у беременных. Побочные эффекты встречаются крайне **редка** правило, в виде головной боли, головокружения, сонливости, **гипот** Отдельно следует отметить гидралазин. Побочные эффекты, в **оси"** включают головную боль, тошноту, ощущение прилива крови к*;,, сердцебиения. В связи с побочными эффектами не являются препаратами^!® для плановой терапии, может использоваться для купирования гипертвН!Щ кризов.

В таблице 5 представлены *спазмолитики*, применяемые у **беремен®**. Республике Беларусь и мировой клинической практике.

Таблица 5 - Спазмолитики, применяемые у беременных

Лекарственные средства мировой клинической практики	Лекарственные средства, используемые согласно протоколам лечения в акушерстве и гинекологии
Папаверин (С)	Папаверин (С)
Дротаверин (С)	Дро»аверин (С)
Дибазол (С)	ДиСазол (С)
Эуфиллин (С)	Пентоксифиллин (С)
Пентоксифиллин (С)	
Гидралазин (С)	
Диазоксид (С)	

По результатам исследования «Дибазол» использовали для лечения АГ у 65,67% (20) пациенток, «Папаверин» - 23,3% (7), * Дротаверин» - 56,7% (17), «Пентоксифиллин» - 60,0% (18), «Эуфиллин» - 55% (11).

Диуретики

Данные лекарственные средства не используются при артериальной гипертензии в качестве монотерапии, целесообразно использовать их при артериальной гипертензии, осложненной сердечной недостаточностью (отеки), так как снижение объема циркулирующей крови вызовет активацию ренин - ангиотензин - альдостероновой системы, что приведет к дальнейшему росту артериального давления. Также при использовании диуретиков есть риск нарушения маточно - плацентарного кровотока вследствие снижения объема циркулирующей крови.

В таблице 6 представлены диуретики, применяемые у беременных в Республике Беларусь и мировой клинической практике.

Таблица 6 - Диуретики, применяемые у беременных

Лекарственные средства мировой клинической практики	Лекарственные средства, используемые согласно протоколам лечения в акушерстве и гинекологии
Гидрохлоротиазид (С)	Гидрохлоротиазид (С)
Фуросемид (С)	
Индапамид (В)	

Антигипертензивные лекарственные средства, противопоказанные для применения во время беременности:

1. Ингибиторы АПФ.
2. Блокаторы рецепторов АТII.
3. Спиринолактон,
4. Дилтиазем.

J, Резерпин.

Ингибиторы АПФ и антагонисты рецепторов АТII относятся к классу D по классификации FDA.

Прием ингибиторов АПФ во втором и третьем триместрах может привести к гипоплазии костей свода черепа, внутриутробной задержке роста

гипоплазии легких, дизгенезии почек, приводящей к смерти плода или врожденного от почечной недостаточности и анурии,

Эффективность ингибиторов АПФ и антагонистов рецепторов АТII в первом триместре окончательно не выяснена.

Европейское общество гипертензии и Европейское общество кардиологов рекомендует прекращать прием этих препаратов не только во время беременности, но и з фертильном возрасте.

Спиринолактел обладает антиад;огенным действием и может вызвал» феминизацию плода мужского пола.

Дилтиазем в экспериментах на животных вызвал тератогенный эффект и индуцировал развитие выкидышей. После применения дилтиазема в первом триместре беременности у четырех из двадцати семи новорожденных были зарегистрированы аномалии развития.

При применении резерпина у человека зарегистрированы мальформации у плода. Применение его незадолго до родов приводило к ринорее, сонливости, расстройством дыхания и глотания у новорожденных.

Рекомендуемые комбинации препаратов для применения

Двухкомпонентные схемы:

1. метилдопа -г блокатор кальциевых каналов (БКК);
2. метилдопа -г диуретик;
3. метилдопа і р-адреноблокатор;
4. БКК (дигидропиридиновый) + (3-адреноблокатор);
- 5. БКК (дигидропиридиновый) + верапамил;**
- 6. а-адреноблокатор + р-адреноблокатор.**

Трехкомпонентные схемы:

- 1. метилдопа -г БКК (дигидропиридиновый)-!- Р-адреноблокатор;**
2. метилдопа + БКК+ диуретик;
3. метилдопа-"- (3-адреноблокатор+ диуретик);
4. БКК (дигидропиридиновый) + р-адреноблокатор + диуретик.

Четырехкомпонентные схемы:

1. Метилдопа - БКК (дигидропиридиновый) + Р-адреноблокатор + диурс^n^с
2. Метилдопа -г БКК (дигидропиридиновый) + р-адреноблокатор + а-адреноблокатор.
3. БКК (дигидропиридиновый) + Р-адреноблокатор + диуретик + клони

Заключение.

1. Для лечения артериальной гипертензии у беременных используется^» узкий спектр лекарственных средств по сравнению с неберемеййь женщинами.

2. Обращаем внимание на рекомендуемые комбинации лекарств средств, используемые для лечения АГ.

3. Для лечения беременных женщин используются лекарственные ере минимальными побочными эффектами. Т*

Литература

1. Верткин А. Л., Мурашко Л. Е., Ткачева О. Н., Тумбаев И. В. Артр* гипертония беременных: механизмы формирования, профилактика, подходы к леч\$Д Л. Верткин // Российский кардиологический журнал. - № 6. - 2003 - с.59-65.
2. Макаров О.В., Николаев Н.Н., Волкова Е.В. Артериальная гипертензия у бсрС" Только ли гестоз?/О.В. Макаров // Москва "ГЭОТАР Медиа",- 2006 - с. 176., 2003.
3. Клинические протоколы наблюдения беременных, рожениц, род диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии / Минск, 2012. - 229 с.

TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION AT PREGNANT WOMEN

Savickaya V. M.

Belan.-sian state medical university, Minsk, Belarus

Summary: article is devoted to a problem of treatment of arterial hypertensia at pregnant women - one of the most widespread the ekstrageni-talnykh of pathologies. Various groups the antigipertenziv-nykh of medicines are provided, their efficiency, side effect is studied. The analysis of use the antigipertenzivnykh of medicines in Belarus and world clinics! practice is carried out.

Keywords: arterial hypertension, pregnancy, antigi-pertenzivny therapy, side c fleets

Поступила 26.09.2016 г.