

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Жукова Е. М., Комарова Ю. Ю., Качура Е.Г.

Белорусский государственный медицинский университет,
кафедра фармакологии, г.Минск

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

Резюме. статья посвящена проблеме лечения артериальной гипертензии у беременных – одной из самых распространенных экстрагенитальных патологий. Представлены различные группы антигипертензивных препаратов, изучена их эффективность, побочное действие. Проведен анализ использования антигипертензивных препаратов в РБ и мировой клинической практике.

Resume. the article is devoted to the problem of treatment of hypertension in pregnant women is one of the most common extragenital pathologies. We presented the various groups of antihypertensive drugs, examined their effectiveness and side effects. The use of antihypertensive drugs was analyzed in the Republic of Belarus and the world clinical practice.

Актуальность: артериальная гипертензия беременных является наиболее распространенным заболеванием сердечно-сосудистой системы, которое влечет за собой тяжелые нарушения здоровья матери и плода. Артериальная гипертензия беременных и ассоциированные с ней патологические изменения - одна из основных причин материнской и неонатальной смертности, а также ряда акушерских осложнений. Лечение артериальной гипертензии у беременных имеет специфику, назначение лекарственных препаратов требует индивидуального подхода к каждой женщине.

Цель: изучение медикаментозного лечения артериальной гипертензии у беременных.

Задачи: изучение лекарственных средств, используемых в мировой практике и клинической практике в РБ для лечения артериальной гипертензии у беременных, их сравнение.

Материалы и методы. Был проведен анализ 2000 историй болезней за 2013 год в 1 и 6 ГКБ г. Минска, из них отобрано 30 историй болезней беременных с диагнозом АГ II ст., риск 2. Данный диагноз встречается наиболее часто. Средний возраст пациенток составил 34 года, срок беременности – второй и третий триместры. В статье освещены данные по изучению лекарственных средств, используемых в мировой практике для лечения артериальной гипертензии у беременных, а также лекарственных средств, применяемых в клинической практике РБ, и их сравнение.

Результаты и их обсуждение.

Согласно американской классификации препаратов по степени безопасности для матери и плода (FDA) большинство лекарственных средств, применяемых для лечения АГ беременных, относятся к классу С, где риск нежелательных последствий

не может быть исключен, но польза от приема препарата может превышать возможный вред. Нужно отметить, что все исследования проводятся только на животных, поэтому нельзя говорить о полной безопасности ни одного из лекарственных средств.

Препараты центрального действия – метилдопа и клонидин. Метилдопа является препаратом первой линии для лечения артериальной гипертензии у беременных во многих странах, в том числе и в Беларуси. Препарат не оказывает тератогенных эффектов, не ухудшает маточно – плацентарный кровоток. Из побочных эффектов следует отметить ортостатическую гипотензию и влияние на содержание дофамина в нервной системе.

Блокаторы кальциевых каналов. Эта группа препаратов эффективно снижает АД, для них характерно отсутствие эмбриотоксичности и тератогенных эффектов. 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. Для БКК характерны следующие недостатки: рефлекторная тахикардия, отеки ног, тошнота, тяжесть в эпигастрии, аллергические реакции, развитие фетоплацентарной недостаточности при приеме нифедипина сублингвально.

β – адреноблокаторы – большая группа препаратов. В Беларуси зарегистрированы только кардиоселективные адреноблокаторы: метопролол, атенолол, бетаксолол, бисопролол, небиволол. Они не влияют на объем циркулирующей крови, не вызывают тахикардию и ортостатическую гипотензию. Могут вызывать задержку развития плода. Следует обратить внимание на атенолол, единственный препарат этой группы, относящийся к категории D. Он неблагоприятно влияет на организм матери и оказывает тератогенные эффекты, но в Беларуси зарегистрирован.

α -адреноблокаторы: доксазозин, празозин - эффективно снижают АД, их используют чаще у пациенток с феохромоцитомой. Недостатки: развитие ортостатических реакций, рефлекторная тахикардия.

α, β - адреноблокатор – лабетолол. Является препаратом выбора в мировой клинической практике наряду с метилдолой. Эффективно снижает повышенное АД у беременных. В многочисленных исследованиях была доказана безопасность для матери и плода. В РБ Лабетолол не зарегистрирован.

Спазмолитики включают широкий спектр лекарственных препаратов. Наиболее значимые: пентоксифиллин, эуфиллин, дибазол, папаверин, дротаверин. Все вышеперечисленные препараты обладают сходными фармакологическими эффектами: расширяют сосуды, снижают агрегацию тромбоцитов, расслабляют гладкую мускулатуру бронхов, кишечника. Побочные эффекты встречаются редко.

Диуретики не используются в качестве монотерапии для лечения АГ у беременных. Целесообразно их применять при сердечной недостаточности, осложненной отеками.

Вышеперечисленные препараты могут включаться в двух-, трех-четырехкомпонентные схемы комбинаций для усиления антигипертензивного эффекта, устранения побочных эффектов отдельных групп препаратов, снижения дозы каждого препарата, входящего в комбинацию.

Антигипертензивные препараты, противопоказанные для применения во время беременности: ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов АТII, спиронолактон, дилтиазем, резерпин. Данные препараты обладают тератогенным эффектом, а также способностью индуцировать выкидыши.

Таблица 1. Сравнение препаратов, используемых в мировой клинической практике и препаратов, используемых в Республике Беларусь согласно клиническим протоколам лечения в акушерстве и гинекологии.

	Центральные агонисты	Блокаторы кальциевых каналов	β – адреноблокаторы	α – адреноблокаторы	Спазмолитики	Диуретики
Препараты, используемые в мировой практике	Метилдопа Клонидин	Нифедипин Амлодипин Никетидипин Нимодипин Исрадипин Верапамил	Метопролол Атенолол Бетабксолол Бисопролол Небиволол Ацебутолол Пиндолол Пропранолол Надолол Оксипролол Тимолол	Доксазозин Празозин	Папаверин Дротаверин Дибазол Эуфиллин Пентоксифиллин Гидралазин Диазоксид	Гидрохлоротиазид Фуросемид Индапамид
Препараты, используемые в РБ	Метилдопа 13,3%* Клонидин 10%	Нифедипин Амлодипин 40%	Метопролол 53,3% Атенолол Бетабксолол Бисопролол Неби	Доксазозин	Папаверин 23,3% Дротаверин Дибазол 56,67% Эуфиллин 65,67% Пентоксифиллин 60%	Гидрохлоротиазид

			ВОЛОЛ			
--	--	--	-------	--	--	--

13,3%* - частота назначения препарата беременным согласно результатам собственного исследования.

Выводы: в РБ используется более узкий спектр лекарственных средств по сравнению с препаратами мировой клинической практики; необходимо обратить внимание на рекомендуемые комбинации лекарственных препаратов, используемые для лечения АГ; в мировой практике используются лекарственные препараты с минимальными побочными эффектами, которыми можно пополнить арсенал препаратов, применяемых в РБ, например, лабетолол.

Литература

1. Верткин А. Л., Мурашко Л. Е., Ткачева О. Н., Тумбаев И. В. Артериальная гипертония беременных: механизмы формирования, профилактика, подходы к лечению/ А. Л. Верткин// Российский кардиологический журнал. -№ 6. -2003 – с.59-65.
2. Макаров О.В., Николаев Н.Н., Волкова Е.В. Артериальная гипертензия у беременных. Только ли гестоз?/О.В. Макаров//Москва "ГЭОТАР Медиа".-2006-с.176. , 2003.
3. Клинические протоколы лечения РБ, используемые в акушерстве и гинекологии от 2012г.