Принципы медикаментозной терапии артериальной гипертензии у беременных

Савицкая В.М.
Белорусский государственный медицинский университет
Г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Артериальная гипертензия (АГ) в настоящее время является одной из наиболее распространенных форм патологии у беременных. По данным ВОЗ в структуре материнской смертности доля гипертензивного синдрома составляет 20-30%. Ежегодно во всем мире более 50 000 женщин погибает в период беременности из-за осложнений, связанных с АГ. Вопросы лечения артериальной гипертензии у беременных имеют специфику.

Цель исследования: изучить принципы фармакотерапии артериальной гипертензии у беременных.

Цели антигипертензивной терапии у беременных:

1.Снижение уровня АД до 140/90 мм. рт. ст.

2.Снижение риска развития недостаточности кровообращения в системе “мать-плацента-плод”.

3.Снижение риска развития сердечно-сосудистой патологии у женщины в послеродовом периоде.

Методы и материалы

Проведен анализ- 87 историй болезней беременных с диагнозом АГ или преэклампсия.

Сроки беременности исследуемых пациенток: 1 триместр – 13 пациенток, 2 триместр – 24 пациентки, 3 триместр – 50 пациенток

Средний возраст исследуемых женщин – 27 лет.

Мы провели анализ лекарственных средств, назначаемых для лечения АГ и купирования гипертонических кризов..

Также мы рассмотрели основные группы антигипертензивных лекарственных средств, используемые у беременных, и сравнили лекарственные средства, регламентированные протоколами лечения в акушерстве и гинекологии.

Результаты и обсуждение

Так как АГ увеличивает риск отслойки плаценты, массивных коагулопатических кровотечений, может быть причиной преэклампсии, нарушений мозгового кровообращения, поэтому основная цель лечения – предупреждение осложнений. Спектр антигипертензивных препаратов во время беременности ограничен, так как практически все проникают через плацентарный барьер. Препараты первой линии при лечении АГ беременных: метилдопа (большинство экспертов рассматривают допегит ка основной антигипертензивный препарат у беременных), бета-адреноблокаторы, блокаторы медленных кальциевых каналов. При лечении АГ беременных следует учитывать анамнез, предшествующую эффективность терапии и профиль тератогенности препаратов..

Лекарственные средства центрального действия. Метилдопа – препарат выбора. Относится к группе В, не ухудшает маточно-плацентарный кровоток и гемодинамику плода, безопасен для 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.

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

Блокаторы медленных кальциевых каналов (БКК) – нифедипин, амлодипин. Эта группа препаратов эффективно снижает артериальное давление, для нее характерно отсутствие эмбриотоксичности и тератогенных эффектов, что позволяет принимать БКК с первого триместра беременности. Нифедипин используется в качестве препарата первой линии для лечения АГ у беременных и для купирования гипертонических кризов.

Для β – адреноблокаторов характерно постепенное начало гипотензивного действия, снижение активности симпатической автономной нервной системы, отсутствие ортостатической гипотензии, не влияют на объем циркулирующей крови.

Таким образом для лечения беременных женщин используются лекарственные средства с минимальными побочными эффектами.

Для женщин с ранее существовавшей гипертензией важно провести обследование на ранней стадии беременности (если ранее не было зарегистрировано): креатинин сыворотки, уровень глюкозы в крови натощак, сывороточный калий, общий анализ мочи и ЭКГ.

Тактика на амбулаторном этапе: стабилизация гемодинамики, что позволит предупредить развитие осложнений у матери и плода.

Фармакокинетика антигипертензивных препаратов, наиболее часто назначаемых при беременности

Препарат	Время до начала снижения АД	Длительность действия	Побочные эффекты
Метилдопа	6-10 часов после перорального приема	До 24 часов	Утомляемость, депрессия, сновидения
Лабеталол	2 часа после перорального приема	8-12 часов	Утомляемость, брадикардия, ночные кошмары
Нифедипин	10-15 минут после перорального приема	3-4 часа	Головные боли, приливы, тахикардия, сердцебиения
Препараты модифицированного высвобождения	1-2 часа после перорального приема	До 24 часов	Отеки

Kernaghan et al.Obstetric Medicine 2012; 5: 44–49.

Заключение

Для лечения артериальной гипертензии у беременных используется более узкий спектр лекарственных средств по сравнению с небеременными женщинами.

Основные факторы риска АГ у беременных:

- Возраст 28 лет и старше.
- Высокая (> 90 кг) или избыточная масса тела (на 30% больше должных значений).
- В анамнезе эпизоды повышения АД.
- Наследственность.
- Преэклампсия во время предыдущей беременности.

Подходы к лечению АГ должны учитывать не только уровни АД, но и общий сердечно-сосудистый риск. Важно поставить вопрос: Достаточно монотерапии или нужна комбинированная терапия?

Наше исследование и данные литературы показывают, что женщин репродуктивного возраста с предполагаемыми заболеваниями сердца необходимо обследовать и лечить до наступления беременности.

Лечение беременных женщин, относящихся к группе высокого риска, должно проводиться в стационаре.