

Рис. 4. Влияние таблеток амлодипина на уровень АД крыс, генетически детерминированных к гипертонической болезни

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенные исследования позволяют сделать вывод о рациональности разработанных составов и технологии таблеток амлодипина. Составы № 2 и 4 оказывают выраженное гипо- и антигипертензивное действие и по специфической активности биоэквивалентны эталонному препарату "Норваск".

ЛИТЕРАТУРА

1. Марцевич С.Ю. // Экон. вестн. фармации. – 2003. – № 11. – С. 59–61.
2. Дробинский А. // Экон. вестн. фармации. – 2003. – № 11. – С. 59–64.
3. Маколкин В.И. // Фарматека. – 2005. – № 8. – С. 24–27.
4. Захаревич О.А., Леонова М.В., Белоусов Ю.Б. / Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. – № 2. – С. 14–16.

УДК 616.12-008.331.1:618.3

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ЭСSENЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ

И.В. Захаров

Кафедра клинической фармакологии и интенсивной терапии ВолГМУ

В статье анализируются распространенность артериальной гипертензии у беременных и осложнения антигипертензивной терапии по материалам одной из антенатальных клиник Волгограда.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, антигипертензивная терапия, беременность, осложнения беременности, прогноз у беременных с артериальной гипертензией.

EPIDEMIOLOGY OF ESSENTIAL ARTERIAL HYPERTENSION AND SPECIFICS OF ANTIHYPERTENSIVE TREATMENT OF PREGNANT WOMEN

I.V. Zakharov

Abstract. The article presents statistics of arterial hypertension in pregnancy and complications of antihypertensive therapy according to the data of the one antenatal hospital of Volgograd.

Key words: arterial hypertension, pregnant women, antihypertensive therapy, complications of pregnancy, prognosis of pregnant women with arterial hypertension.

В VIII Рабочей программе Всемирной Организации Здравоохранения гипертензивные состояния во время беременности названы "одной из ведущих проблем мирового здравоохранения" [4]. По данным ВОЗ, гипертензивный синдром – вторая после эмболии причина материнской смертности. Частота гипертензивных состояний у беременных в различных регионах России составляет от 7 до 29 % [6]. Такая неоднозначность статистической оценки обусловлена отсутствием полноценной и исчерпывающей классификации гипертензивных состояний при беременности, так как нет единых критериев и классификационных признаков, нет единой терминологической базы (например, для обозначения одного и того же процесса в России, многих странах Европы используется термин гестоз, в США и Великобритании – преэклампсия, в Японии – токсемия).

Предложено более 100 классификаций ги-

пертензивных состояний при беременности. В частности, Международной классификацией болезней X пересмотра (МКБ X) все связанные с беременностью подобные проявления объединены во II акушерском блоке. В России все заболевания шифруются именно в соответствии с этой классификацией, хотя из-за разной терминологии шифрование не однозначно. За рубежом в настоящее время широко используется классификация артериальных гипертензий (АГ) у беременных, опубликованная Департаментом Здравоохранения и гуманитарных служб США в 1990 г. [3]:

1. Гипертензия, не являющаяся специфичной для беременности (хроническая):
 - а) первичная (эссенциальная гипертензия) – гипертоническая болезнь (ГБ);
 - б) вторичная (симптоматическая) гипертензия, в т. ч. эндокринная, почечная, сердечно-сосудистая, неврогенная.

2. Преходящая (транзиторная, гестацион-

ная) гипертензия.

3. Гипертензия, специфичная для беременности:

а) преэклампсия – эклампсия;

б) преэклампсия, сочетающаяся с возникшей ранее хронической гипертензией ("навязанная" преэклампсия).

Диагностика гипертонической болезни вызывает большие сложности, поскольку осуществляется методом исключения множества заболеваний, сопровождающихся симптоматической гипертензией. В период беременности эссенциальной гипертензией (ГБ) принято считать гипертензию, которая характеризуется стойким повышением артериального давления до уровня, превышающего 140/90 мм. рт. ст., выявленным еще до беременности и обнаруживаемым в течение первых 20 недель гестации и сохраняющимся по прошествии 42 дней после родов [1].

В настоящее время проблема лечения АГ у беременных далека от разрешения, и только совместные усилия акушеров, кардиологов и клинических фармакологов способны приблизить успех. За последние более чем 30 лет проведено семь международных исследований, которые сравнивали ведение беременных женщин с легкой хронической АГ с назначением гипотензивных средств и при отсутствии лечения. Было выяснено, что лечение АГ легкой степени не уменьшает частоту наслонившегося гестоза, преждевременных родов, отслойки плаценты и перинатальной смертности, в то время как отсутствие адекватной гипотензивной терапии у женщин с тяжелой хронической гипертензией приводит к потере плода в 50 % случаев и значительной материнской смертности [2].

Выбор лекарственного препарата и продолжительность назначения гипотензивных средств беременным с хронической АГ являются предметом дискуссии [2, 3, 4, 6]. Одним из ключевых моментов проблемы является вероятность ухудшения маточно-плацентарного кровотока под влиянием гипотензивной терапии. Кроме того, в России нет классификации лекарственных средств по критериям безопасности для плода. При выборе препарата врачи руководствуются критериями Американской классификации безопасности лекарственных и пищевых препаратов (FDA, 2002 г.) и отдают предпочтение метилдопе как препарату первой очереди (категория В). Основанием для такого подхода служат доклады о стабильности маточно-плацентарного кровотока у получающих метилдопу беременных. Кроме того, 7,5-летнее наблюдение с ограниченным числом детей не выявило никаких отсроченных неблагоприятных эффектов развития после получения их матерями метилдопы во время бере-

менности. Другие предлагаемые для лечения АГ препараты относятся к категории С или не рекомендуются в соответствии с инструкциями Фармацевтического комитета РФ, т. к. адекватных и строго контролируемых исследований по ним не проводилось. Тем не менее допускается использование антагонистов кальция и бета-блокаторов в лечении хронической АГ у беременных, хотя ряд исследований показал, что польза здоровью пациентки от проводимой ими терапии минимальна, а возможный риск для плода достаточно высок [2].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить распространенность хронической эссенциальной гипертензии среди беременных женщин Краснооктябрьского района г. Волгограда и реальную врачебную практику лечения этой категории больных.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В соответствии с поставленными задачами нами было проведено ретроспективное фармакоэпидемиологическое описательное исследование 8656 индивидуальных карт беременных женщин, взятых на учет женской консультацией Краснооктябрьского района в период с января 2001 года по январь 2006 года.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

За пять лет женской консультацией было взято на учет 76 беременных с хронической ГБ, что составило 0,9 % от общего количества. Возраст женщин от 20 до 37 лет, из них первобеременной оказалась каждая четвертая женщина (25 %). У 77,5 % (59) был выявлен или подтвержден диагноз ГБ первой стадии, у 25,5 % (17) обнаружена ГБ второй стадии с поражением органов мишеней (локальное или генерализованное сужение артерий сетчатки; гипертрофия левого желудочка, выявленная методом ЭхоКГ). Верификация диагноза проводилась согласно приказу № 323 от 5 ноября 1998 г. МЗ РФ "Об отраслевых стандартах объемов акушерско-гинекологической помощи" при обязательном участии кардиолога и эндокринолога. Все вошедшие в исследование женщины были обследованы кардиологами районных поликлиник, 68 % были однократно или повторно госпитализированы в кардиологические стационары города, 18 % беременных консультированы в областном кардиологическом диспансере. Критериями исключения пациенток из исследования послужили "гипертензия белого халата" или нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу, если не было проведено суточное мониторирование АД, подтверждающее

(18)

наличие хронической АГ. Также были исключены из исследования карты беременных, имеющих хронические заболевания почек или эндокринопатии.

К моменту взятия на учет все беременные независимо от срока беременности, стадии болезни и информированности о своем заболевании получали гипотензивную терапию эпизодически или не лечились вообще. При выполнении ретроспективного фармакоэпидемиологического исследования выявлено, что в 100 % случаев в качестве антигипертензивной терапии назначался допегит. При приеме метилдопы в терапевтических дозировках у 12 % отмечались побочные эффекты в качестве выраженной седации и ортостатической гипотензии, что служило поводом для снижения дозировки препарата или его отмены с последующим назначением нифедипина. Назначение антагониста кальция верапамила у незначительного числа беременных носило эпизодический характер и преследовало цель нивелирования побочного эффекта, вызываемого приемом токолитика гинипрала (тахикардии). Анализ 76 индивидуальных карт беременных женщин показал, что во всех случаях исходы беременности были осложнены гестозом различных степеней тяжести.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование наглядно показывает, что в условиях реальной клинической практики 100 % всех назначений для лечения ГБ у беременных представлены препаратом цен-

трального действия – метилдопой. Применение этого препарата при хронической АГ у беременных позволяет добиться целевого АД, однако не влияет на частоту развития гестоза. Для улучшения прогноза для матери и плода, а также уменьшения риска развития острых сосудистых катастроф у женщин в будущем целесообразно проведение рациональной прегравидарной подготовки с использованием комбинаций антигипертензивных препаратов и психофармакологических средств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бартош О.Ф., Дорогова И.В., Усанов В.Д. и др. Оценка суточного профиля артериального давления у беременных: учеб. пособ. для врачей. – Пенза, 2003. – 20 с.
2. Верткин А.Л., Мурашко Л.Е., Ткачева О.Н. и др. // Рос. кардиол. журн. – 2003. – № 6. – С. 59–65.
3. Дегтярев В.И. Особенности течения беременности и родов у женщин с гипертонической болезнью. Тактика ведения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Самара, 2004. – 11 с.
4. Международные рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертонии (VI отчет объединенного Национального комитета по профилактике, диагностике, оценке и лечению повышенного артериального давления (США) // Клин. фармакология и терапия. – 1999. – № 3. – С. 12–17.
5. Стаценко М.Е., Туркина С.В. // Вестник ВолГМУ. – 2006. – № 1. – С. 81–85.
6. Шехтман М.М. Руководство по экстрагестальной патологии у беременных. – М.: Триада-Х. – 1999. – С. 113–148.



В издательстве Волгоградского государственного медицинского университета выпущена в свет монография:

В.Б. Мандриков, А.И. Краюшкин, В.В. Неумоин

ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И СПОРТ В ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В монографии представлены основные результаты многолетних комплексных научных исследований сотрудников кафедры физической культуры и здоровья Волгоградского государственного медицинского университета, проблемы повышения эффективного физического воспитания студентов медицинских и фармацевтических вузов.

Аргументированно показано значительное позитивное влияние ряда инновационных подходов в дело оздоровления и профессиональной подготовки специалистов здравоохранения.