

Рис. 3. Распределение ответов "3" и "4" на анкету КЖ до и после лечения

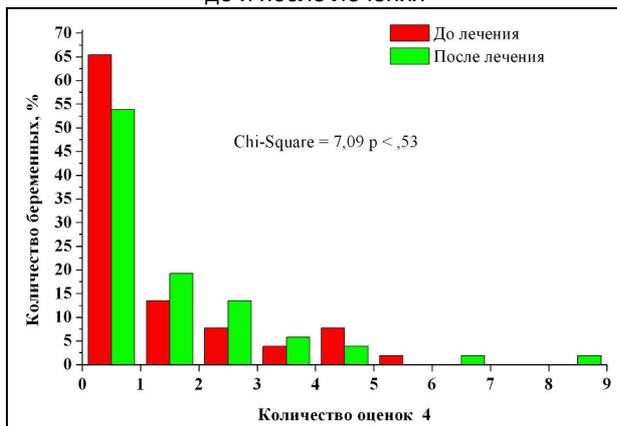


Рис. 4. Распределение ответов "4" на анкету КЖ до и после лечения

По качественному анализу выявленные изменения в ответах касались всех групп (физического, психологического, социального благополучия). В наибольшей степени это коснулось вопросов психологического плана, в 7 случаях у беременных ухудшилась самооценка. В частности, возросла тревога за здоровье ребенка, беспокойство об отрицательном воздействии принимаемых препаратов на плод, о необходимости лежать в больнице и постоянно лечиться, об усилившемся чувстве депрессии и ухудшении внимания, беременные отмечали увеличение невольной фиксации на АД, ожидая его повышение. К ухудшению самооценки в социальном плане привели необходимость дополнительных

материальных затрат на лечение, затруднения в реализации привычного отдыха, необходимость ограничивать себя в еде, отказ от курения. В физическом плане отрицательные оценки касались необходимости ограничения физических нагрузок и трудности работы по дому, которые, скорее всего, связаны с беременностью как таковой, а не с АГ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, на фоне гипотензивного лечения беременных с АГ достоверно ухудшается качество жизни. Наиболее выраженная отрицательная самооценка наблюдается в вопросах психологического благополучия. Ухудшение физического благополучия связано с прогрессированием беременности, а не с болезнью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бедный М. С. Семья – здоровье – общество / Под ред. М. С. Бедного. – М.: Медицина, 1996. – 103 с.
2. Гаврилова Л. В. // Планирование семьи. – 2001. – № 4. – С. 16–18.
3. Дорогова И. В. Суточный профиль артериального давления и его прогностическое значение у беременных: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Саратов, 2002. – 15 с.
4. Люсов В. А., Волков Н. А., Кокорин В. А. // Рус. мед. журн. – 2003. – Т. 11, № 19. – С. 11–19.
5. Стаценко М. Е. // Журн. практич. вр. акушера-гинеколога. – 2002. – № 1. – С. 29–36.
6. Супряга О. М. Гипертензивные состояния у беременных: клиничко-эпидемиологическое исследование: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1997. – 35 с.
7. Шехтман М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М., 2005. – 113 с.
8. Ryan N. // Clin. Therapeutics. – 2001. – Vol. 23 (7). – P. 109–115.

УДК 618.3:616.12–008.331.1–085.31:615.851

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ: ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ

И. В. Захаров

Кафедра клинической фармакологии и интенсивной терапии ВолГМУ

Современные антигипертензивные средства, используемые при беременности, обладают как положительными, так и отрицательными качествами. В статье показаны возможности и безопасность использования "Дибикора" для лечения беременных с артериальной гипертензией.

Ключевые слова: беременные женщины, артериальная гипертензия, дибикор, допегит, безопасность, приверженность лечению.

ARTERIAL HYPERTENSION IN OBSTETRICS: CORRECTIVE RESOURCES OF PSYCHOPHARMACOLOGY

I. V. Zakharov

Abstract. Modern antihypertensive medicines have both useful and unfavourable effects on gestation. The article demonstrates efficacy and safety of "Dibicor" in pharmacotherapy of pregnant women with arterial hypertension.

Key words: pregnant women, arterial hypertension, dibicor, dopegyt, safety, adherence to pharmacotherapy.

Артериальная гипертензия (АГ) при беременности является одной из главных причин ма-

(20)

теринской и перинатальной заболеваемости и смертности. Известный консерватизм в лечении данной патологии у беременных обусловлен недостаточностью доказательной базы для внедрения новых терапевтических подходов. Отсутствие многоцентровых рандомизированных исследований, выполненных на беременных женщинах, связано с целым рядом юридических и этических аспектов [4]. Соответственно лекарственные средства, назначаемые при беременности в отсутствие строгих доказательств эффективности и безопасности, применяются до тех пор, пока их "послужной список" остается достаточно хорошим [11].

По мнению большинства авторов, понятие "идеального" гипотензивного препарата в период беременности соответствует "Метилдопа" [3, 5, 10]. К его достоинствам относится доказанное многолетними исследованиями отсутствие отрицательного влияния на плод и маточно-плацентарный кровоток, включая длительный период наблюдения у педиатра после родов.

Однако гипертензиологи часто критикуют акушеров за использование этого препарата, полагая, что побочные эффекты исключают широкое применение препарата в качестве гипотензивного средства, а его единственное достоинство – безопасность применения в период беременности и лактации [1, 6]. К побочным действиям метилдопы относят необходимость отмены за 7–10 дней до проведения наркоза, периферические отеки, седацию, холестаза и пр., причем наиболее часто перечисленные осложнения встречаются у молодых людей и лиц с нарушениями функции почек [6, 8, 9]. В то же время, по мнению комитета экспертов Европейского кардиологического общества [11], добиться целевого давления у беременных можно при использовании достаточно больших доз препарата (от 750 мг до 4 г/сут. за 3–4 приема), что также отрицательно влияет на приверженность лечению этой категории больных. Из-за развития нежелательных эффектов 12–20 % женщин прекращают прием гипотензивных препаратов центрального действия. Авторы видят перспективы оптимизации гипотензивной терапии у беременных в применении комбинации антигипертензивных и психофармакологических средств.

Российский препарат "Дибикор", разработанный при участии сотрудников ВолГМУ МЗ и СР РФ, показан при сердечно-сосудистой недостаточности любой этиологии. Созданный на основе природного модулятора таурина, препарат не обнаруживает ни мутагенных, ни токсических свойств. В Регистре лекарственных средств России "Дибикор" заявлен как метаболический, гипогликемический, кардиотропный препарат [9].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить эффективность дибикора в комплексной терапии АГ у беременных по данным суточного мониторирования артериального давления (СМАД) и влиянию на качество жизни.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В соответствии с поставленными задачами в исследование включена 21 амбулаторная больная с легкой и умеренной АГ. Возраст женщин варьировал от 19 до 35 лет, сроки беременности – от 12 до 24 недель. После рандомизации 10 больных получали базисную терапию (немедикаментозная программа снижения артериального давления – АД, "Допегит" – 750 мг/сут.), у 11 беременных дозировка "Допегита" была снижена до 375 мг/сут., и добавлен "Дибикор" в дозе 1000 мг/сут. в два приема (группа контроля).

Оценка проводилась по клиническим показателям (СМАД, качество жизни по опроснику) дважды – до приема дибикора и через 30 дней. Для проведения СМАД применялся монитор АД и частоты пульса ВРLab МнСДП-2 (Россия), оценка качества жизни проводилась по опроснику "Качество жизни беременной с артериальной гипертонией", состоящего из 31 вопроса о здоровье и ежедневной активности респондента. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием *t*-критерия Стьюдента. Исследование одобрено этическим комитетом ВолГМУ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Антигипертензивный эффект монотерапии допегитом и комбинации "Допегит + Дибикор" был прослежен по результатам СМАД в основной и контрольной группах (рис. 1, 2). Проводилась оценка среднесуточных показателей систолического и диастолического АД.

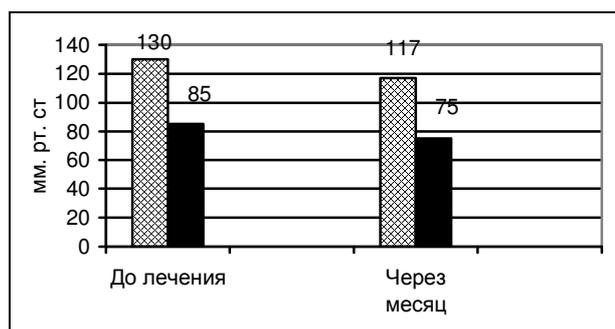


Рис. 1. Показатели СМАД у беременных с АГ до монотерапии (допегит – 750 мг/сут.) и через месяц

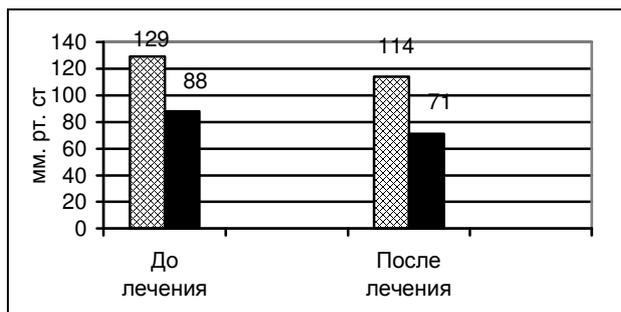


Рис. 2. Показатели СМАД у беременных с АГ до поли-терапии (допегит – 375 мг/сут., дибикор – 1000 мг/сут.) и через месяц

Результаты исследования качества жизни беременных с АГ представлены на рис. 3, 4.

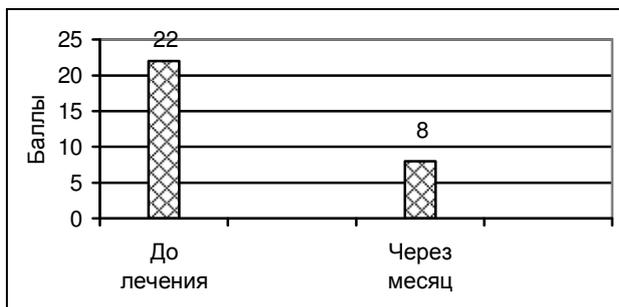


Рис. 3. Показатели качества жизни у беременных с АГ до монотерапии (допегит – 750 мг/сут.) и через месяц

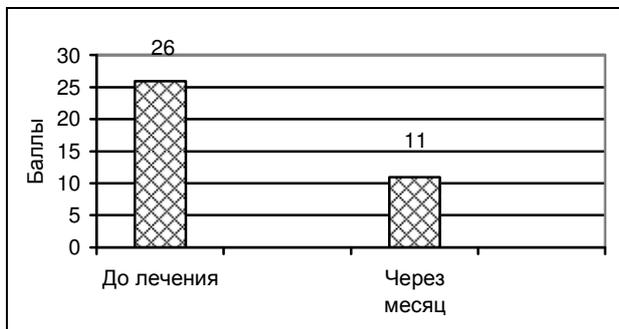


Рис. 4. Показатели качества жизни у беременных с АГ до политерапии (допегит – 375 мг/сут., дибикор – 1000 мг/сут.) и через месяц

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование "Дибикора" в сочетании с "Допегитом" позволило улучшить показатели СМАД и достоверно улучшило качество жизни у всех пролеченных беременных. Применение "Дибико-

ра" позволило снизить дозировку метилдопы, необходимую для достижения целевого АД в контрольной группе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адашева Т. В., Демичева О. Ю. // Лечащий врач. – 2004. – № 2. – С. 21–27.
2. Бартош Л. В., Дорогова И. В., Усанов В. Д. и др. Оценка суточного профиля артериального давления у беременных: учеб. пособ. для врачей. – Пенза, 2003. – 32 с.
3. Бенедиктов Д. И., Шадрин С. А., Бенедиктов И. И. Акушерская фармакотерапия. – Свердловск, 1988. – 150 с.
4. Ботина А. В., Медведева Т. Г., Незнанов Н. Г. // Качест. мед. практика. – 2002. – № 3. – С. 43–46.
5. Дегтярев В. И. Особенности течения беременности и родов у женщин с гипертонической болезнью. Тактика ведения: дис. ... канд. мед. наук. – Самара, 2004. – С. 11–155.
6. Лоуренс Д. Р., Бенит П. Н. Клиническая фармакология. – М.: Медицина, 1993. – Т. 2. – С. 350–351.
7. Международные рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертонии (VI отчет Объединенного национального комитета по профилактике, диагностике, оценке и лечению повышенного артериального давления (США) // Клин. фармакол. и терапия. – 1999. – № 3. – С. 12–17.
8. Петров В. И., Недогода С. В., Тихонов В. П. Гипертоническая болезнь. – Волгоград, 1997. – 168 с.
9. Регистр лекарственных средств России (РЛС). Энциклопедия лекарств. – 14-й вып. / Гл. ред. Л. В. Вышковский. – М.: РЛС-2005, 2006. – С. 286–287, 259.
10. Шехтман М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.: Триада-Х, 1999. – 816 с.
11. Явелов И. С. // Medicum consilium. – 2003. – Vol. 5, № 11. – P. 615–620.