
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

**Е.В. Карпова, А.А. Оразмурадов, И.А. Литвиненко,
Ю.А. Андреева, Е.Н. Крюкова**

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Маклая, 8, Медицинский факультет, Москва, Россия, 117198

Т.В. Братчикова

Городская клиническая больница № 29
Госпитальная пл., 2, Москва, Россия, 111020

В.А. Люсов

Кафедра госпитальной терапии № 1 ГОУ ВПО РГМУ Росздрава
им. Н.И. Пирогова,
ул. Островитянова, 1, Москва, Россия, 117997

В статье представлен анализ течения гестации и исходов родов у беременных, страдающих гипертонической болезнью. В зависимости от вида антигипертензивной терапии все беременные были разделены на основную и контрольную группы. Основную группу составили беременные, находящиеся на монотерапии небивололом, контрольную – женщины, получавшие комбинированную терапию в различных сочетаниях: атенолол, допегит, нифедипин. Терапия небивололом с ранних сроков гестации позволила существенно снизить частоту осложнений гестации и улучшить перинатальные исходы у беременных с гипертонической болезнью.

Ключевые слова: беременность, гипертоническая болезнь, антигипертензивная терапия, осложнения гестации, перинатальные исходы, небиволол.

Вопросы беременности и родов женщин с экстрагенитальными заболеваниями остаются нерешенными. В литературе, посвященной сочетанию беременности и гипертонической болезни (ГБ), значительное место отводится обсуждению осложнений гестации и родов. ГБ в значительной мере увеличивает риск тяжелых осложнений гестации: тяжелых форм сочетанного гестоза, кровоизлияния в головной мозг и гипертонической энцефалопатии, острой почечной недостаточности, ДВС-синдрома, преждевременной отслойки плаценты и геморрагического шока, отека легких и аспирационного

синдрома [1; 2; 4]. ГБ однозначно ухудшает перинатальные исходы – по данным отечественных и зарубежных исследователей, перинатальная смертность превышает популяционную в 5–20 раз [3; 7]. Следует учитывать также, что ГБ ухудшает отдаленный прогноз для женщин и детей.

До настоящего времени в мировой и отечественной литературе, посвященной терапевтическим возможностям при ГБ, не существует единых взглядов на целесообразность лечения категории беременных с ГБ, окончательно не определены сроки назначения антигипертензивных препаратов и длительность их применения, также остаются дискуссионными вопросы воздействия лекарственных средств на плод и их отдаленные эффекты.

По эффективности и безопасности β -адреноблокаторов при гипертензивных расстройствах у беременных проведен ряд мета-анализов, при этом наиболее интересным представляются перспективы для успешного использования в терапии ГБ у беременных высокоселективного β_1 -адреноблокатора с вазодилатирующими и вазопротективными свойствами небиволола (регистрационный номер П № 011417/01) [8]. Небиволол конкурентно и избирательно блокирует β_1 -адренорецепторы, минимально влияя на β_2 - и β_3 -адренорецепторы. В связи с отсутствием влияния на β_2 - и β_3 -адренорецепторы, небиволол является препаратом первого ряда у больных с гипертонической болезнью в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких, нарушениями толерантности к глюкозе, метаболическим синдромом [5; 6]. Помимо гипотензивного эффекта препарат модулирует высвобождение эндотелиального вазодилатирующего фактора (NO), что принципиально важно в терапии сочетанного гестоза на фоне артериальной гипертензии [8].

Целью настоящего исследования явилась оценка течения гестации и исхода родов у беременных с ГБ в зависимости от вида антигипертензивной терапии.

Материалы и методы исследования. На базе родильного отделения ГКБ № 29 и ГКБ № 15 нами было комплексно обследовано 60 пациенток, страдающих ГБ мягкой и умеренной степени тяжести, в сроке гестации 32–40 нед., в возрасте 20–41 года. Все беременные по поводу основного заболевания состояли на учете у кардиолога, в связи с чем антигипертензивная терапия проводилась с ранних сроков гестации (с 6–8 нед.).

В исследовании применяли клинико-статистический анализ, эхографическую оценку состояния плода и фетоплацентарной системы, контроль АД в динамике. В зависимости от вида антигипертензивной терапии все беременные были разделены на две группы. I группу составили 35 (58,3%) беременных, находящихся на монотерапии небивололом (торговое название небилет), II группа – 25 беременных (41,7%), получавших комбинированную антигипертензивную терапию в различных сочетаниях (допегит, регистрационный номер П № 012744/01, нифедипин, регистрационный номер П № 015233/01).

Результаты исследования и их обсуждение. Все беременные были сопоставимы по степени тяжести гипертонической болезни и получали стандартную терапию небилетом в дозировке 5–10 мг/сут. в I группе и другими антигипертензивными препаратами во II группе. Клинико-статистический анализ показал, что средняя длительность основного заболевания в обеих группах достоверно не отличалась и составила $3,7 \pm 1,5$ лет. Средний возраст беременных в обеих группах достигал $30,5 \pm 1,2$ лет. Первый триместр гестации осложнился угрозой прерывания беременности у 6 (17,1%) женщин из I группы по сравнению с 5 (20%) из II группы, ранним токсикозом – у 3 (8,6%) и 4 (16%) соответственно, нестабильностью АД – в 2 (5,7%) и 6 (24%) случаях.

Во II и III триместрах беременности были отмечены такие осложнения, как угроза преждевременных родов – у 2 (5,7%) беременных в I группе и 5 (20%) во II; маловодие – у 7 (20%) из I группы и 8 (32%) из II; фетоплацентарная недостаточность – у 6 (17,1%) в I группе и 11 (44%) во II, что после родов было подтверждено результатами гистологического исследования плаценты; ЗПР I степени было диагностировано у 3 (8,6%) женщин из I группы и у 7 (28%) из II. Гестоз I – в 9 (25,7%) и 10 (40%) наблюдениях соответственно, гестоз II – у 2 (5,7%) беременных из I группы и у 3 (12%) из II. Гестоз III не отмечался ни в одной группе.

Своевременные роды произошли у 32 (91,4%) беременных в I группе и 19 (76%) во II, преждевременные – в 3 (8,6%) и 6 (24%) соответственно. В группе монотерапии небивололом роды через естественные родовые пути произошли у 23 женщин (65,7%). Путем операции кесарева сечения родоразрешены 12 беременных (34,3%), из них у 2 (5,7%) показанием к операции послужило нарастание степени тяжести гестоза, у 4 (11,4%) – декомпенсация фетоплацентарной недостаточности, у 1 (2,86%) – неполноценный рубец на матке после операции кесарева сечения, 5 (14,3%) беременных были прооперированы по сумме сочетанных показаний. В группе II роды через естественные родовые пути произошли у 15 (60%) женщин, остальные 10 (40%) были родоразрешены путем операции кесарева сечения. В 4 (16%) наблюдениях показанием явилась декомпенсация фетоплацентарной недостаточности, в 5 (20%) – нарастание степени тяжести гестоза, в 1 (4%) случае – наличие рубца на матке после операции кесарева сечения.

Родилось 60 детей, из них 9 (15%) недоношенных – 3 (5%) от матерей из I группы и 6 (10%) – от матерей из II группы. В удовлетворительном состоянии родилось 49 (81,7%) детей (29 (82,6%) в I группе и 20 (80%) во II группе), в состоянии асфиксии легкой степени тяжести – 2 (5,7%) и 3 (12%) новорожденных из I и II групп соответственно, в асфиксии средней степени тяжести – 1 (2,86%) ребенок из I группы и 2 (8%) детей из II группы. Гипотрофия I степени была диагностирована у 3 (8,6%) новорожденных от матерей из I группы и у 7 (28%) из II. Перинатальных потерь в исследуемых

группах не было. Перевод на второй этап выхаживания потребовался 6 (24%) новорожденным от матерей из II группы и 3 (8,6%) детям из I группы. Остальные дети были выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Анализ течения беременности и исхода родов среди беременных, принимавших небиволол и другие антигипертензивные препараты (допегит, нифедипин) показало, что осложнения гестации достоверно реже наблюдались в группе терапии β_1 -адреноблокатором. В структуре осложнений гестации у беременных с гипертонической болезнью преобладают сочетанный гестоз, фетоплацентарная недостаточность с задержкой роста плода и маловодием, угроза преждевременных родов. У беременных, получавших комбинированную антигипертензивную терапию, выше процент абдоминального родоразрешения, что связано с развитием у них тяжелого гестоза и декомпенсации фетоплацентарной недостаточности.

Таким образом, лечение ГБ высокоселективным β_1 -адреноблокатором небивололом с ранних сроков беременности позволило значительно снизить частоту осложнений гестации и улучшить перинатальные исходы, по-видимому, за счет его вазодилатирующих и вазопротективных свойств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна и др. – М., 2007.
2. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях: Учеб. пособие. – М., 2008.
3. Стрюк Р.И. и соавт. Проект рекомендаций ВНОК по диагностике и лечению сердечнососудистых заболеваний при беременности. – М., 2009.
4. Ранние сроки беременности / Под ред. В.Е. Радзинского, А.А. Оразмурадова. – 2-е изд. – М., 2009.
5. Оразмурадов А.А. и др. Мочевая кислота как предиктор неблагоприятных перинатальных исходов и осложнений гестации у беременных с гипертонической болезнью // Вестник РУДН. – 2010. – № 6. – С. 38–43.
6. Оразмурадов А.А. и др. Безопасность антигипертензивных препаратов при беременности // Вестник РУДН. – 2010. – № 6. – С. 205–210.
7. Lindheimer M.D., Taler S.J., Cunningham F.G. Hypertension in pregnancy // J. Am. Soc. Hypertens. – 2010, Mar.–Apr. – № 4 (2). – P. 68–78.
8. Prisant L.M. Nebivolol: pharmacologic profile of an ultrasensitive, vasodilating β_1 -blocker // J. Clin. Pharmacol. – 2008. – № 478. – P. 225–239.

ANTIHYPERTENSIVE AGENTS SAFETY DURING PREGNANCY

**E.V. Karpova, A.A. Orazmuradov, I.A. Litvinenko,
U.A. Andreeva, E.N. Kryukova**

Department of Obstetrics and Gynecology with the course of Perenathology
Peoples' Friendship University of Russia
Mikluho-Maklaya Str., 8, Medical Faculty, Moscow, Russia, 117198

T.V. Bratchikova

Clinical Hospital № 29
Gospitalnaya sq., 2, Moscow, Russia, 111020

V.A. Lusov

Department of hospital therapy № 1 of medical faculty
Russian State Medical University
Osrtovityanova Str., 1, Moscow, Russia, 117997

The article discusses pregnancy course and labor outcomes in women with chronic hypertension. We divided all pregnant into two groups in dependence on the kind of antihypertensive treatment. The main group treatment was nebivolol monotherapy, the control group took combined medications in different compositions (atenolol, methyldopa, nifedipin). We revealed nebivolol therapy significantly decreased the number of gestational complications and adverse perinatal outcomes and in pregnant with chronic hypertension.

Keywords: pregnancy, chronic hypertension, antihypertensive treatment, gestational complications, perinatal outcomes, nebivolol.