

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПОМОЩЬЮ НИФЕДИПИНА**

**А.Б. Сухарев**

*Медицинский институт Сумского государственного университета,  
г. Сумы*

*В статье приведены данные об эффективности и безопасности приема нифедипина в лечении артериальной гипертензии во время беременности.*

### **ВВЕДЕНИЕ**

Антагонисты кальция – это неоднородная по химическому строению группа лекарственных препаратов, общим свойством которых является способность инактивировать кальциевые каналы L-типа. В опытах на животных установлена эмбриотоксичность дилтиазема (кардила, дилзема) и большинства антагонистов кальция дигидропиридинового ряда. При длительной терапии дилтиаземом, нифедипином и фелодипином, начатой в ранние сроки беременности, описаны случаи внутриутробной гибели плода и аномалии развития скелета у новорожденных. Считается, что дилтиазем, нифедипин и другие дигидропиридиновые антагонисты кальция (за исключением амлодипина) небезопасны в I триместре беременности, поэтому их не рекомендуется назначать женщинам детородного возраста [1-3]. В то же время в некоторых неконтролируемых исследованиях показано, что нифедипин, нитрендипин, а также верапамил могут эффективно контролировать АГ у женщин в поздние сроки беременности (не ранее 18-21-й недели), не оказывая неблагоприятного влияния на развитие плода и течение беременности [4-7]. Нифедипин (принимаемый под язык и внутрь) оказался особенно полезным при лечении гипертонических кризов у беременных женщин. В доступной литературе есть отдельные сообщения о безопасности использования антагонистов кальция дигидропиридинового ряда в поздние сроки беременности [8,9]. Однако их мало и пока в фармакологических справочниках нифедипин не рекомендуют применять во время беременности.

### **ЦЕЛЬ РАБОТЫ**

Цель настоящего исследования - исследование эффективности и безопасности применения нифедипина в лечении хронической гипертензии, преэклампсии, гестационной гипертензии во время беременности.

### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Под наблюдением находилось 50 беременных, которые были распределены на три группы: в 1-ю вошли 20 беременных с гестационной гипертензией, во 2-ю - 20 беременных с преэклампсией и в 3-ю 10 беременных с хронической гипертензией. Комплексное динамическое обследование беременных включало общее клиническое обследование, оценку состояния плода по данным функциональных методов (определение биофизического профиля плода), доплерометрическое исследование. Определение биофизического профиля плода проводили трансабдоминальным сканированием с помощью ультразвукового портативного сканера "Aloka SSD – 1800 (Toshiba, Япония) с датчиком от 3,5 до 10 Мгц. Оценку биофизического профиля плода проводили на основании оценки данных фетометрии, антенатальной кардиотокографии, результатов исследования тонуса, дыхательной и двигательной

активности плода, ультразвуковой плацентометрии, определения объема амниотической жидкости. Состояние новорожденных оценивалось на основании общего клинического обследования, осмотра генетика, УЗ-исследования.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Нифедипин использовали при гестационной гипертензии (20 наблюдений) и преэклампсии (30 наблюдений), а также при хронической гипертензии (10 наблюдений) в качестве эффективного быстродействующего средства и для продолжительной базисной терапии в сроках гестации 12-38 недель. Показанием для назначения явилось повышение артериального давления до уровня 150\100 мм рт.ст. и выше

Нифедипин назначали внутрь в разовых дозах 5 и 10 мг и под язык 10 и 20 мг, суточные дозы составляли от 30 до 120 мг. Доза препарата каждой пациентке подбиралась индивидуально.

Исследования отмечали быстрое и значительное снижение АД (систолического к 30-й минуте, диастолического к 20-й при приеме внутрь), которое сохранялось в течение 2-4 ч. Еще более быстрое действие наблюдалось при сублингвальном применении. Выраженность гипотензивного эффекта была практически одинакова у больных, не получавших никакого предварительного лечения, и у тех, кто до назначения нифедипина получал терапию метилдопой.

Проводя суточное мониторирование АД, выявлено хорошее антигипертензивное действие лекарства. При этом у беременных с хронической артериальной гипертензией после подбора дозы оно было одинаковым в течение 24-часового периода и не превышало 120/90 мм рт.ст.

Сходная картина наблюдалась в группе женщин с гестационной гипертензией.

У женщин с преэклампсией артериальное давление было менее стабильным в течение 1 суток, гипотензивный эффект был особенно выраженным вечером и ночью. В ряде случаев проводимая нифедипином терапия дополнялась введением клонидина.

Пять беременных поступали в стационар во время гипертонического криза. С целью купирования последнего использовался перорально нифедипин по 10 мг сублингвально. Положительный результат достигался за счет двукратного приема препарата через 30 минут.

У беременных, получавших нифедипин, патологические изменения отмечены со стороны сердцебиения плода (нестабильная ЧСС – у 14,0% и тахикардия – у 8,0%), дыхательных движений плода (увеличение количества эпизодов дыхательных движений – у 14,0%, нарушение формы дыхательных движений плода – движения типа gasps – у 10,0%), двигательной активности плода (повышенная двигательная активность – у 6,0%) и тонуса плода (снижение – у 6,0%).

Задержка внутриутробного развития плода наблюдалась достаточно часто – у 60,0%, объема околоплодных вод: многоводие – у 20,0%, маловодие – у 20,0%.

При изучении структуры плаценты у 10,0% беременных имело место уменьшение межворсинчатого пространства. У беременных, получавших гипотензивную терапию, гипертрофия плаценты (12,0%) наблюдалась реже, чем гипопластические изменения (30,0%). Во время исследования выявлялось отставание ее созревания в 18,0%.

Деструктивные изменения плаценты наблюдались редко – 2,0%. Отслойка плаценты была диагностирована у 2 (4,0%) беременных.

У 7 (14,0%) женщин с признаками внутриутробного инфицирования плода изменения структуры плаценты сопровождалась нарушением

характера сердцебиения плода (тахикардия, нестабильная ЧСС), у 4 (8,0%) женщин – изменением двигательной активности плода, у 9 (18,0%) – нарушением дыхательной активности и у 2 (4,0%) – снижением тонуса плода.

При оценке БФПП отмечено, что у беременных, получавших терапию, он составлял 4,6±0,3 балла.

Признаки компенсированной формы ФПН (4 балла) определялись у 80,0% беременных основной группы, субкомпенсированной формы ФПН (3 балла) – у 20,0%.

Все новорожденные имели при рождении оценку по шкале Апгар 8-10 баллов. Обследование новорожденных генетиком и УЗ-исследование показали, что прием препарата женщинами во время беременности не привел к появлению пороков развития плода.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, нифедипин, согласно данным клинических исследований, является не только эффективным, но и достаточно безопасным лекарственным средством для лечения беременных женщин.

## SUMMARY

### EFFICIENCY OF TREATMENT OF HYPERTENSIS AT PREGNANT BY NIFEDIPINA

*A.B. Sukharev*

*Sumy State University, Medical Institute*

*Nifedipin, concordantly to information of clinical researches, is not only effective but also safe enough medication for treatment of expectant mothers.*

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Астахова А.В., Лепяхин В.К. Неблагоприятные побочные реакции и контроль безопасности лекарств: Руководство по фармаконадзору. – М.: Когито-Центр, 2004. – 200 с.
2. Арабидзе Г.Г., Белоусов Ю.Б., Карпов Ю.А. Артериальная гипертония. Справочное руководство для врачей «Р-ВРАЧ». – М.: Ремедиум, 1999. – 139 с.
3. Еремина Ю.Н., Леонова М.В., Белоусов Ю.Б. и др. Влияние современных антигипертензивных препаратов на микропротеинурию // Фарматека. – 2003. – №12. – С. 1-5.
4. Верткин А.Л., Мурашко Л.Е., Ткачева О.Н., Тумбаев И.В. Артериальная гипертония беременных: механизмы формирования, профилактика, подходы к лечению // Рос. кард. журн. – 2003. – №6. – С.59-65.
5. Барабашкина А.В., Верткин А.Л., Ткачева О.Н. и др. Лечение артериальной гипертонии беременных // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2004. – № 4. – С. 51-56.
6. Задионченко В.С., Погонченкова И.В., Нестеренко О.И. и соавт. Состояние эндотелия и оксид азота при сердечной недостаточности // Рос. кард. журн. – 2005. – №1. – С.80-87.
7. Кобалава Ж.Д., Гудков К.М. Секреты артериальной гипертонии: ответы на ваши вопросы. – М., 2004. – 244 с.
8. Зозуля О.В. Течение гипертонической болезни у беременных. Механизмы развития, ранняя диагностика и профилактика осложнений: Дис... д-ра мед. наук. – М.: ММА им. И.М. Сеченова, - 1997. - 345 с.
9. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Артериальная гипертония 2000: ключевые аспекты диагностики, дифференциальной диагностики, профилактики, клиники и лечения; Под. ред. В.С. Моисеева – М., 2000. -208 с.

**А.Б. Сухарев**, доцент, Медицинский институт СумГУ, г. Сумы.

*Поступила в редакцию 25 июня 2008 г.*