

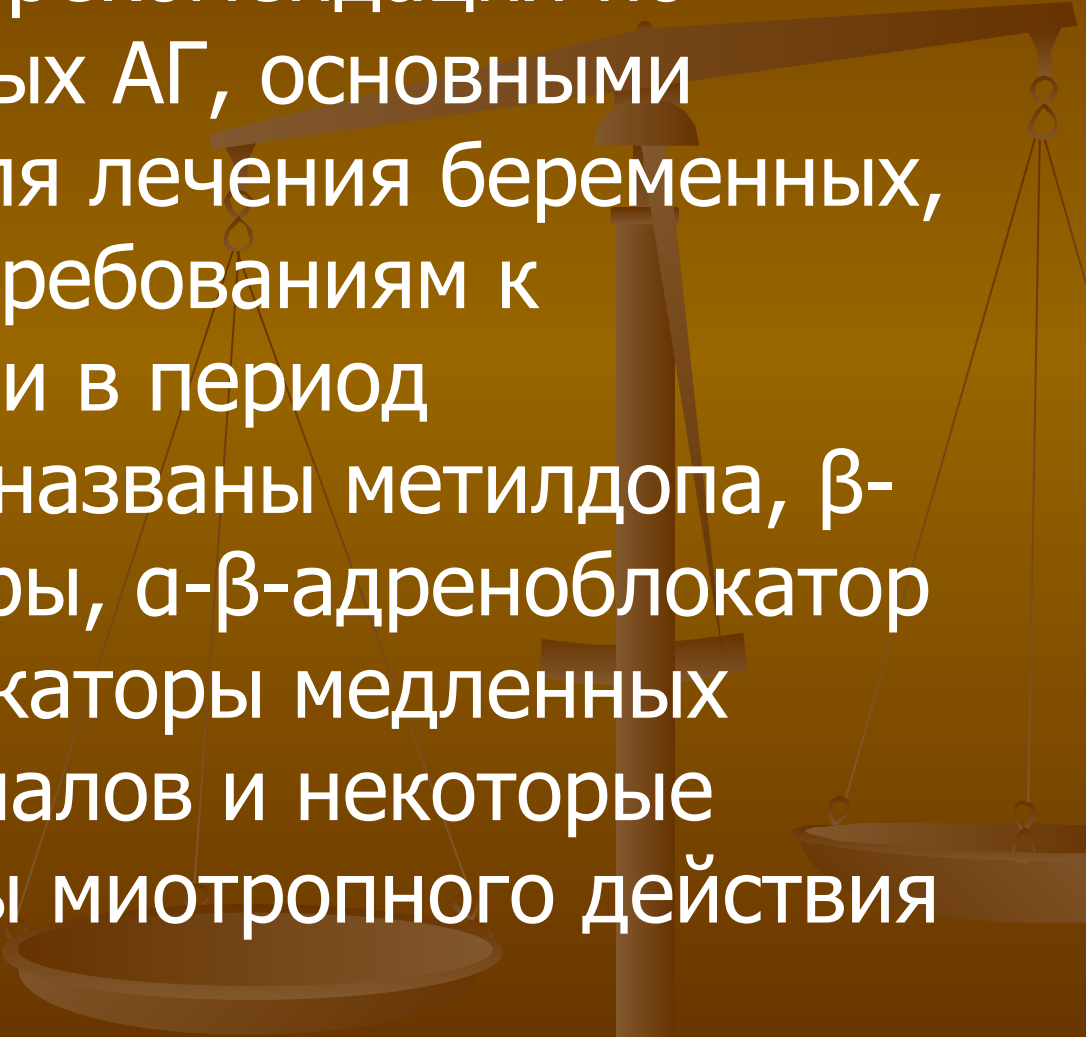
Международный казахско турецкий университет  
им.Яссави

# Лечение гипертонического криз у беременных

Выполнили: Джунусов С.У  
Муминова Р.

Шымкент 2017



- 
- В современных рекомендациях по ведению больных АГ, основными препаратами для лечения беременных, отвечающими требованиям к фармакотерапии в период беременности, названы метилдопа,  $\beta$ -адреноблокаторы,  $\alpha$ - $\beta$ -адреноблокатор лабеталол, блокаторы медленных кальциевых каналов и некоторые вазодилататоры миотропного действия

## Критерии классификации лекарственных препаратов по безопасности для плода FDA, США

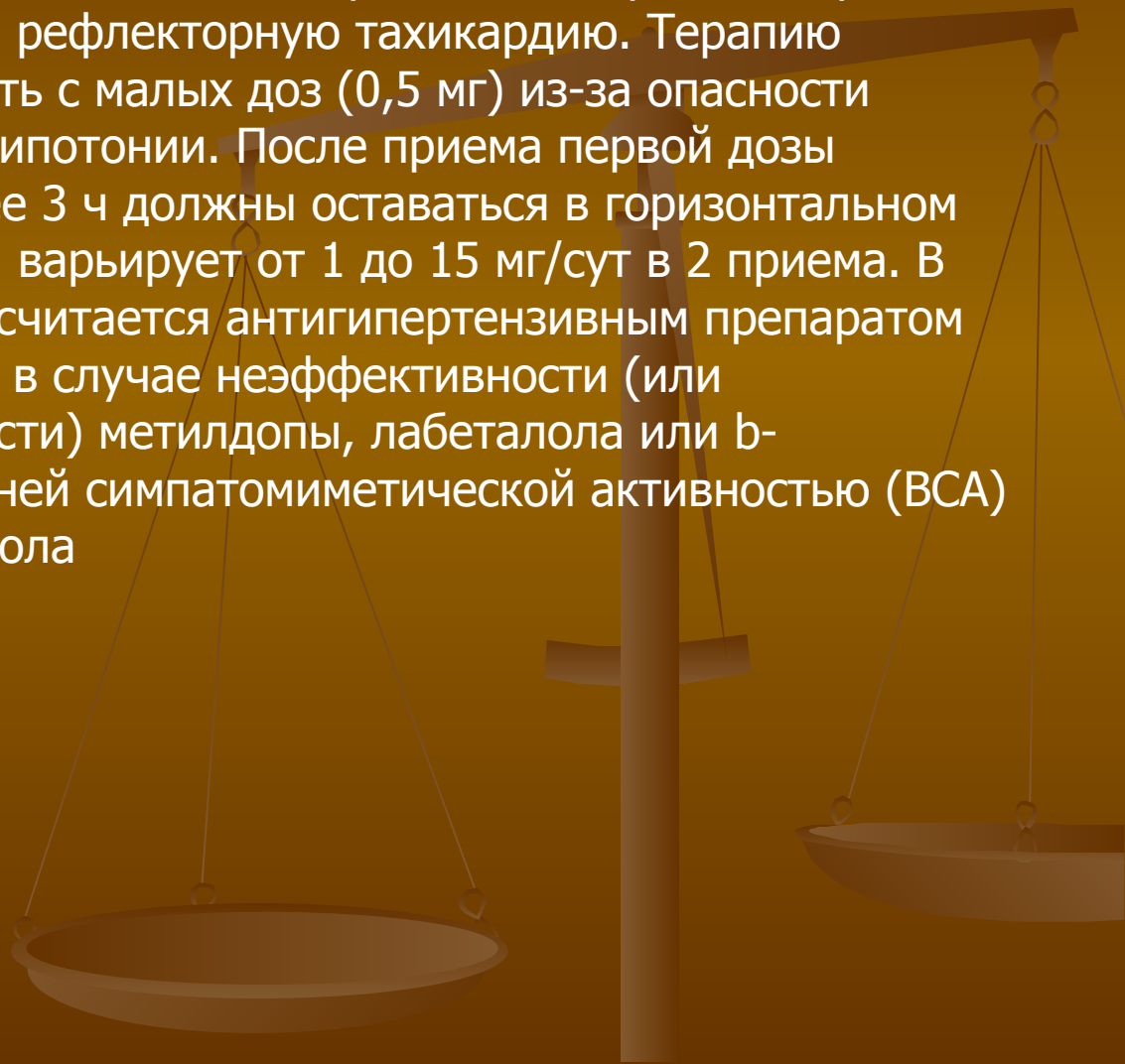
|   |   |
|---|---|
| А | Контролируемые исследования у беременных не выявили риска для плода   |
| В | В экспериментальных исследованиях у животных не обнаружен риск для плода, но исследования у беременных не проводились; либо в эксперименте получены нежелательные эффекты, которые не подтверждены в контрольных исследованиях у беременных в I триместре. Нет очевидного риска во II, III триместрах                               |
| С | В экспериментальных исследованиях выявлен риск для плода (тератогенное, эмбриотоксическое действие), не было контролируемых исследований у беременных; либо экспериментальных и клинических исследований не проводилось. Препараты могут назначаться, когда ожидаемый терапевтический эффект превышает потенциальный риск для плода |
| Д | В экспериментальных и клинических исследованиях доказан риск для плода. Препарат расценивается как опасный, но может назначаться беременным по жизненным показаниям, а также в случае неэффективности или невозможности использования препаратов, относящихся к классам А, В, С   |
| Е | Опасное для плода средство, негативное воздействие этого лекарственного препарата на плод превышает потенциальную пользу для будущей матери   |

# Лечение острой тяжелой гипертензии при преэклампсии

| Препарат  | Методика введения   |
|---|---|
| Гидролазин  | 5 мг в/в, затем 10 мг каждые 20-30 минут до максимальной дозы – 25 мг, при необходимости повторить через несколько часов                                  |
| Лабеталол   | 20 мг в/в болюсно, затем 40 мг каждые 10 минут и по 80 мг каждые 10 минут еще 2 раза до максимальной дозы – 220 мг  |
| Нифедипин (неоднозначно)  | 10 мг per os каждые 20 минут до максимальной – 30 мг. Соблюдать осторожность при применении с магния сульфатом, так как может произойти резкое падение АД |
| Нитропресси́д натрия (редко, при отсутствии эффекта от предыдущих фактов) | 0,25 мкг/кг/мин до максимальной дозы – 5 мкг/мин. При применении более четырех часов может наблюдаться отравление плода цианидом                          |

- Метилдопа в соответствии с классификацией FDA (таблица 2) относится к классу В и является в большинстве стран препаратом первой линии при лечении АГ беременных. Выбор основан на результатах длительного опыта применения препарата в период гестации, продемонстрировавшего безопасность препарата для матери, плода и новорожденного. Клиническими исследованиями было показано, что в ходе лечения препаратом остаются стабильными маточно-плацентарный кровоток и гемодинамика плода, снижается перинатальная смертность. Отмечено, что метилдопа не влияет на величину сердечного выброса и кровоснабжение почек у матери. Важно, что метилдопа – пока единственный антигипертензивный препарат, использующийся во время беременности, при применении которого изучались отдаленные последствия в отношении развития [16]. Доза препарата обычно составляет 500-2000 мг/сут в 2-3 приема. Безопасность длительного применения метилдопы у беременных подтверждается не только результатами нескольких контролируемых исследований, но и более чем 7-летним наблюдением за детьми, матери которых во время беременности принимали метилдопу [17,18]. К недостаткам препарата относится тот факт, что метилдопа не всегда хорошо переносится беременными: у 22% женщин на фоне терапии метилдопой отмечены побочные реакции в виде сонливости, депрессии, ортостатической гипотензии. Кроме того, это лекарственное средство не рекомендуется применять на 16-20 неделях гестации в связи с возможностью влияния на содержание допамина в нервной системе плода.

- Празозин – единственный блокатор  $\alpha_1$ -адренорецепторов, который считается не только эффективным, но и безопасным во время беременности. Безопасность празозина при беременности установлена в небольших контролируемых исследованиях. При умеренной и тяжелой АГ его обычно назначают в комбинации с  $\beta$ -адреноблокатором, который нивелирует вызываемую им рефлекторную тахикардию. Терапию празозином следует начинать с малых доз (0,5 мг) из-за опасности развития ортостатической гипотонии. После приема первой дозы препарата больные не менее 3 ч должны оставаться в горизонтальном положении. Доза празозина варьирует от 1 до 15 мг/сут в 2 приема. В настоящее время празозин считается антигипертензивным препаратом второго ряда и назначается в случае неэффективности (или недостаточной эффективности) метилдопы, лабеталола или  $\beta$ -адреноблокатора с внутренней симпатомиметической активностью (ВСА) – окспренолола или пиндолола



- Диуретики. Тиазидные (и тиазидоподобные) диуретики – один из основных классов антигипертензивных препаратов, которые широко используют при лечении АГ у небеременных больных, особенно пожилого возраста. Основным аргументом против использования диуретиков для лечения АГ у беременных является то, что они уменьшают объем циркулирующей плазмы и тем самым могут оказывать неблагоприятное влияние на внутриутробное развитие плода. К тому же они повышают сывороточные концентрации мочевой кислоты, что может привести к неправильному диагнозу о присоединении преэклампсии к хронической АГ [15,18]. По данным метаанализа, нет доказательств способности диуретиков предотвращать развитие преэклампсии у беременных, в то же время при их применении часто отмечаются тошнота и рвота [1,15,21]. В любом случае тиазидные диуретики с большой осторожностью следует применять у женщин с преэклампсией.

