Выбор антигипертензивных препаратов при беременности
Кафедра акушерства и гинекологии РУДН

Галина Т.В, Карпова Е.В., Подтетенев К.С., Литвиненко И.А.

Российский Государственный Университет дружбы народов

Связанная с беременностью гипертензия занимает важное место в структуре акушерской и перинатальной патологии. По данным ВОЗ, с ней связано 20–33% случаев материнской смертности [7].

При выборе антигипертензивных препаратов при беременности необходимо учитывать эффективность, опыт применения, знания об особенностях дозировки и лекарственном взаимодействии, возможные побочные эффекты (ПЭ) со стороны матери и плода, а также эффекты на маточно-плацентарный кровоток [2].

Оценить точный вклад лекарственных средств в развитие врожденной патологии сложно. Предположительно, они являются причиной 1–3 % врожденных аномалий [10].

Препаратом первой линии является -адреномиметик метилдопа (допегит), преимуществами которого являются стабильность маточно-плацентарного кровотока и гемодинамики плода, отсутствие отсроченных ПЭ для ребенка [4].

Комбинированный ,β-адреномиметик лабеталол является разумной альтернативой метилдопе. По результатам рандомизированного исследования 263 беременных с легкой и умеренной гипертензией удалось достичь эффективного снижения АД [1, 6].

Доказано, что использование кардиоселективного β-блокатора атенолола у беременных с ХАГ на ранних сроках беременности приводит к рождению маловесных детей [1, 6]. С целью сравнения его эффективности и безопасности проведено когортное исследование 312 беременных [5]. В группе атенолола выявлен низкий вес детей при рождении, увеличение частоты преждевременных родов [5]. Таким образом, атенолол не следует применять на ранних сроках беременности и применять с осторожностью на более поздних сроках [1, 6].

При терапии блокаторами кальциевых каналов на поздних сроках беременности было достигнуто эффективное снижение АД, в том числе и у беременных с преэклампсией, без ПЭ со стороны плода. С целью сравнения эффективности нифедипина per os (10 мг) и лабеталола в/в (20 мг) проведено рандомизированное двойное слепое исследование 50 беременных [3]. Время достижения целевого АД в группе нифедипина составило (25±13,6 минут), что значительно меньше, чем в группе лабеталола (43,6±25,4 мин; p=0,02). Диурез увеличился после применения нифедипина (99±99мл в час) по сравнению с группой лабеталола (44,8±19,1 мл в час), и оставался таковым через 2, 6, 12, 18 и 24 часа после первого приема. В результате, нифедипин оказался более активным в снижении АД, и обладал более выраженным диуретическим эффектом [3].

Диуретики редко назначаются в качестве антигипертензивных препаратов при беременности, так как вызываемое ими снижение объема циркулирующей плазмы матери может повлечь за собой электролитные нарушения у плода [2].

Ингибиторы АПФ противопоказаны при беременности. Их применение во II и III триместре беременности приводит к ПЭ со стороны плода – ЗРП, почечная недостаточность, длительная персистенция боталлова протока, респираторный дистресс-синдром, антенатальная гибель плода [1, 6]. Антагонисты ангиотензиновых рецепторов также не рекомендованы при беременности [2, 8].