

**ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського”  
КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ВАГІТНИХ**

**КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ВАГІТНИХ** – У статті розглянуто проблемні моменти антигіпертензивної терапії під час вагітності. Доведено позитивний вплив застосування амлодипіну в жінок з гестаційною гіпертензією та преєклампсією на перебіг вагітності. Наведено переваги профілактичного призначення препаратів кальцію та антиагрегантів для зниження проявів тяжкості пізнього гестозу. Виявлено позитивну динаміку комплексного лікування гестаційної гіпертензії, що достовірно зменшило перинатальні втрати.

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ** – В статье рассмотрены проблемные моменты антигипертензивной терапии во время беременности. Доказано положительное влияние применения амлодипина у женщин с гестационной гипертензией и преэклампсией на течение беременности. Показаны преимущества профилактического назначения препаратов кальция и антиагрегантов для снижения проявлений тяжести позднего гестоза. Выявлена положительная динамика комплексного лечения гестационной гипертензии, что достоверно уменьшило перинатальные потери.

**COMPLEX TREATMENT OF THE ARTERIAL HYPERTENSION IN PREGNANTS** – In the articles considered problematic moments of antihypertension therapy during pregnancy. Positive influence of application of the amlodipine for women with gestational hypertension and preeclampsia on the way of pregnancy was well-proved. Good effects of the prophylactic setting calcium and antiagregants for the lowering the signs of severe late gestoses has been demonstrated. The positive dynamics of complex treatment of gestational hypertension, that certain decreased perinatal losses was educed.

**Ключові слова:** артеріальна гіпертензія, преєклампсія, нормодипін.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, преэклампсия, нормодипин.

**Key words:** arterial hypertension, preeclampsia, normodipin.

**ВСТУП** За даними ВООЗ, в структурі материнської смертності частка гіпертензивного синдрому складає 20–30 %. Щорічно у всьому світі більше 50 тис. жінок помирає в період вагітності внаслідок ускладнень, пов'язаних з артеріальною гіпертензією (АГ) [4, 5]. Разом з тим, при проведенні клінічного аналізу випадків материнської смертності й тяжких ускладнень, пов'язаних з АГ в період вагітності, навіть у розвинутих країнах виявлено невідповідність діючих стандартів медичної допомоги в 46–62 % випадках [2, 3, 6]. Призначення медикаментозної терапії при помірній АГ і цільові рівні артеріального тиску (АТ) залишаються предметом дискусії. У США антигіпертензивну терапію рекомендують призначати при рівні АТ $\geq$ 160/105 мм рт. ст., в Канаді –  $\geq$ 140/90 мм рт. ст. Згідно з клінічним протоколом “Гіпертензивні розлади під час вагітності” наказ МОЗ України № 676 від 31.12.2004 р. антигіпертензивну терапію призначають при діастолічному АТ $\geq$ 100 мм рт. ст., а відповідно до рекомендацій з ведення кардіоваскулярних хворих під час вагітності (ESC, 2011) – за САТ  $\geq$ 140 мм рт. ст. та/або ДАТ  $\geq$ 90 мм рт. ст. у випадках гестаційної АГ з або без протеїнурії, поєднаної преєклампсії [1–4, 6]. Методи профілактики преєклампсії постійно зазнають змін.

Рекомендують препарати кальцію, аспірин, риб'ячий жир тощо [1, 4, 6].

Метою нашої роботи було вивчення ефективності блокатора кальцієвих каналів дигідропіридинового ряду II покоління амлодипіну в лікуванні пацієнток з гестаційною АГ та преєклампсією, а також профілактика тяжкості перебігу пізніх гестозів препаратами кальцію та антиагрегантами.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Клінічні спостереження проводили за 154 вагітними з гестаційною артеріальною гіпертензією (ГАГ) і преєклампсією (ПЕ) у терміні вагітності 30–38 тижнів. Основну групу (перша група) склали 84 пацієнтки, які отримували комплексне лікування артеріальної гіпертензії, групу порівняння (друга група) – 70 жінок, яким призначали загальноприйнятну терапію [1]. В контрольну групу ввійшли 30 вагітних з фізіологічним перебігом вагітності. Пацієнткам проводили анкетування для виявлення факторів ризику виникнення преєклампсії, вивчення режиму харчування, праці та відпочинку. Всім обстеженим проводили об'єктивне обстеження органів і систем з визначенням загального та біохімічного аналізу крові, загального та біохімічного аналізу сечі, електрокардіографії в 12-ти стандартних відведеннях, добового моніторингу АТ. В комплексній оцінці функціонального стану плода враховували результати кардіотокографії (КТГ) і біофізичного профілю плода (БПП). Для оцінки матково-плацентарного та плодово-плацентарного кровообігу проводили дослідження на ультразвуковому діагностичному приладі «Radmir Ultima Pro 30». Порівнювали результати обстежень до початку комплексної терапії, в першу добу лікування, кожні наступні три доби. Всі отримані дані клінічних, інструментальних і лабораторних досліджень оброблено статистичними методами, прийнятими в медико-біологічних дослідженнях. Достовірність змін після призначеного лікування оцінювали за допомогою критерію Стюдента.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ** Серед вагітних основної групи гестаційну гіпертензію діагностовано в 22 (26,2 %) жінок, преєклампсію легкого ступеня в 30 (35,7 %) обстежених, преєклампсію середнього ступеня – в 32 (38,1 %) пацієнток. У групу порівняння ввійшли 14 (20 %) вагітних з ГГ, 26 (37,15 %) осіб з ПЕ легкого ступеня та 30 (42,85 %) жінок з ПЕ середнього ступеня. Таким чином, серед вагітних першої та другої груп переважали пацієнтки з преєклампсією середнього ступеня в терміні гестації 33–36 тижнів (57 (67,85 %) осіб першої групи і 35 (50 %) – другої групи). Вагітні основної групи приймали гіпотензивний засіб амлодипін (нормодипін фірми “Gedeon Richter”) один раз на добу 5 мг протягом курсу лікування. Дипіридамомол призначали 5 днів по 2,0 мл внутрішньовенно краплинно на 200 фізіологічного розчину NaCl, далі протягом 14–30 днів по 25 мг тричі на добу. Препарат “Кальцій-D<sub>3</sub> -

нікомед" пацієнтки отримували по 1 таблетці двічі на день до пологів. Аналізуючи результати середньодобового рівня систолічного та діастолічного АТ, виявлено достовірне зниження обох показників вже з першої доби від початку терапії ( $p < 0,05$ ). На першу добу САТ знизився до  $(137,3 \pm 1,2)$  мм рт.ст., ДАТ –  $(86,4 \pm 1,5)$  мм рт.ст. Через 48 год у 72,5 % вагітних АТ нормалізувався і до терміну розродження був у межах фізіологічної норми. На фоні прийому нормодипіну в жодної пацієнтки не відмічено побічних дій. 59 (70,15 %) пацієнток першої групи було родорозроджено в термін 37–38 тижнів, 11 (13,15 %) – в терміні 35–36 тижнів і 12 (14,3 %) – в 33–34 тижні й лише 2 (2,4 %) – у 32 тижні. У другій групі в терміні гестації 37–38 тижнів пологи відбулися у 41 (58,6 %) пацієнтки, в 35–36 тижнів – у 14 (20 %), 33–34 тижні – в 10 обстежених (14,3 %), 30–32 тижні – в 5 (7,1 %). Таким чином, частота передчасних пологів у основній групі знизилась в 1,7 раза порівняно з другою групою. Кесарів розтин провели 14 (16,7 %) пацієнткам першої групи і 17 (24,3 %) жінкам групи порівняння. В півтора раза рідше виконувалось операційне розродження вагітних основної групи. Комплексне лікування АГ у вагітних дозволило пролонгувати вагітність у пацієнток першої групи і знизити ускладнення у матері та плода.

**ВИСНОВКИ** 1. Нормодипін можна призначати пацієнткам з гестаційною АГ та прееклампсією, оскільки у всіх вагітних спостерігалось зниження АТ. Застосування препарату протягом 4–6 тижнів у II–III триместрах вагітності не викликало порушень стану плода чи новонародженого.

2. З метою профілактики тяжкості перебігу прееклампсії вагітним з групи ризику щодо виникнення да-

ного ускладнення необхідно призначати кальцій-Д<sub>3</sub> нікомед та дипіридабол.

3. Комплексне лікування АГ у вагітних знижує тяжкість проявів прееклампсії, покращує перебіг вагітності, зменшує кількість передчасних пологів.

**Перспективи подальших досліджень** На основі отриманих результатів плануємо у жінок з АГ та прееклампсією в анамнезі виявляти фактори ризику серцево-судинних захворювань. Своєчасне виявлення серцево-судинної патології і призначення медикаментозної терапії дозволить покращити віддалений прогноз. Сумісно з сімейними лікарями плануємо розробити план проведення профілактичних і лікувальних заходів таким пацієнткам.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гіпертензивні розлади під час вагітності. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги : наказ МОЗ України № 676 від 12.2004. – К., 2004. – С. 4–31.
2. Меллина И. М. Медикаментозная терапия у женщин с гипертонической болезнью в период беременности / И. М. Меллина // Рациональная фармакотерапия. – 2008. – № 2(07). – С. 21–24.
3. Метаболические нарушения у беременных с гипертонической болезнью / И. М. Меллина, Т. В. Авраменко, Л. И. Тутченко [и др.] // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2012. – № 5(57). – С. 22–29.
4. Ребров Б. А. Артериальная гипертензия и беременность / Б. А. Ребров // Новости медицины и фармации. – 2011. – № 369. – С. 33–40.
5. Погляди на преєклампсію з позиції доказової медицини / Р. А. Ткаченко, Є. В. Гріжемальський, П. М. Баскаков, А. Г. Фесун // З турботою про Жінку. – 2012. – № 7 (37). – С. 26–29.
6. Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги "Артеріальна гіпертензія" : наказ МОЗ України № 384 від 24.05.2012. – К., 2012.

Отримано 18.09.13