

**Западно-Казахстанский Государственный Медицинский Университет
имени Марата Оспанова.**

Антигипертензивная терапия при тяжелой гипертензии у беременных.

Выполнили: Закарияева Молдир, Лесхан Мадина, Шонмуринова Ажар

Проверила: Кошмаганбетова Г.К.

Актобе, 2019г.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Международные рекомендации определяют тяжелую гипертонию во время беременности как систолическое артериальное давление ≥ 160 – 170 мм рт.ст. и / или диастолическое АД ≥ 110 мм рт.ст. Когда среднее артериальное давление превышает 140 мм рт.ст. (эквивалентно $180/120$), существует значительный риск повреждения сосудов головного мозга матери. Поэтому рекомендуется срочно лечить артериальные давления, превышающие $170/110$, с целью постоянного поддержания артериального давления на уровне менее $170/110$, но не ниже $130/80$, при снижении ДАД ниже 80 мм.рт.ст. – нарушается плацентарный кровоток. Тяжелая артериальная гипертензия является единственным модифицируемым осложнением для органов мишеней при преэклампсии, наиболее опасным из гипертонических расстройств беременности. Беременные и послеродовые женщины с тяжелой гипертонией имеют повышенный риск развития инсульта и нуждаются в снижении артериального давления (АД).

Цель исследования

Систематически анализировать эффективность пероральных гипотензивных средств для лечения тяжелой АГ у беременных в достижении целевого уровня артериального давления.

Задачи

Произвести литературный обзор .

Определение групп пациентов генеральной совокупности для формирования выборки.

Путем рандомизации распределить пациентов на группы : группа пациентов принимающая нифедипин, группа пациентов принимающая метилдопа.

Дизайн исследования

Рандомизированное контролируемое исследование,
простое слепое исследование.

Генеральная совокупность:

беременные репродуктивного возраста (15-49 лет).

Выборочная совокупность:

Беременные с тяжелой артериальной гипертензией.

Выборка: Удобная выборка.

Исследование проводилось на базе «АМЦ» в отделении патологии беременных, ПИТ у женщин с тяжелой АГ репродуктивного возраста. В исследовании участвовали 250 женщин и разделены на 2 группы:

1 группа: получали нифедипин.

2 группа: получали метилдопу.

Критерии включения:

- ❖ Систолического АД ≥ 160 мм рт.ст. и / или диастолического АД ≥ 110 мм рт.ст., с протеинурией.
- ❖ ПЭ, Эклампсия в анамнезе.
- ❖ СД
- ❖ Заболевания ССС.
- ❖ Ожирение
- ❖ Многоплодная беременность
- ❖ Хр. заболевания почек
- ❖ Нарушение маточно-плацентарного, плодово-плацентарного кровотока.

Критерии исключения:

- ❖ САД менее 140 мм.рт.ст. или ДАД менее 90мм.рт.ст. без протеинурией.
- ❖ Повышенная чувствительность к любому компонентом из препарата.
- ❖ Почечно-печеночная недостаточность, цирроз печени.
- ❖ Психо-эмоциональная неустойчивость(депрессия).
- ❖ Вредные привычки(курение, прием алкоголя).

Этические аспекты

Одобрено КЭ

Информированное согласие с полным раскрытием всей необходимой информацией (на понятном языке, согласие написано на 2 языках – казахском и русском), крупный шрифт

Имеют право отказаться на любой стадии исследования

Действие в интересах пациента

Полезность для пациента и общества

Исследовательский вопрос

Эффективен ли прием нифедипина у беременных с тяжелой АГ, в достижении целевого АД по сравнению с метилдопой?

РІСО



Беременные репродуктивного
возраста с тяжелой АГ



Назначение Нифедипина



Назначение Метилдопы



Достижение целевого уровня АД

Oral antihypertensive therapy for severe hypertension in pregnancy and postpartum: a systematic review.

BACKGROUND:

Pregnant and postpartum women with severe hypertension are at increased risk of stroke and require blood pressure (BP) reduction. Parenteral antihypertensives have been most commonly studied, but oral agents would be ideal for use in busy and resource-constrained settings.

OBJECTIVES:

To review systematically, the effectiveness of oral antihypertensive agents for treatment of severe pregnancy/postpartum hypertension.

SEARCH STRATEGY:

A systematic search of MEDLINE, EMBASE and the Cochrane Library was performed.

SELECTION CRITERIA:

Randomised controlled trials in pregnancy and postpartum with at least one arm consisting of a single oral antihypertensive agent to treat systolic BP \geq 160 mmHg and/or diastolic BP \geq 110 mmHg.

MAIN RESULTS:

We identified 15 randomised controlled trials (915 women) in pregnancy and one postpartum trial. Most trials in pregnancy compared oral/sublingual nifedipine capsules (8-10 mg) with another agent, usually parenteral hydralazine or labetalol. Nifedipine achieved treatment success in most women, similar to hydralazine (84% with nifedipine; relative risk [RR] 1.07, 95% confidence interval [95% CI] 0.98-1.17) or labetalol (100% with nifedipine; RR 1.02, 95% CI 0.95-1.09). Less than 2% of women treated with nifedipine experienced hypotension. There were no differences in adverse maternal or fetal outcomes. Target BP was achieved ~ 50% of the time with oral labetalol (100 mg) or methyldopa (250 mg) (47% labetalol versus 56% methyldopa; RR 0.85 95% CI 0.54-1.33).

CONCLUSIONS:

Oral nifedipine, and possibly labetalol and methyldopa, are suitable options for treatment of severe hypertension in pregnancy/postpartum.

Исследовательский вопрос по статье

P: Беременные и послеродовые женщины с тяжелой гипертонией

I : Пероральные / сублингвальные капсулы нифедипина

C: Пероральный прием Лабеталола, Метилдопы.

O: Достижение целевого уровня артериального давления.

Эффективна ли пероральная/сублингвальная капсула нифедипина при тяжелой гипертонии у беременных в достижении целевого уровня артериального давления по сравнению с пероральным приемом Лабеталола, Метилдопы ?

Дизайн исследования по статье

15 рандомизированных контролируемых исследований во время беременности и одно послеродовое исследование. Двойное слепое, активное контролируемое многоцентровое исследование.

В клиническом исследовании 915 женщин отобраны были случайным образом разделены на 2 группы лечения:

- 1) Нифедипин
- 2) Лабеталол, Метилдопа.

Способ формирования выборки

Клиническом исследовании были разделены на 2 группы лечения: Пероральные / сублингвальные капсулы нифедипина (8–10 мг), группа Пероральный прием Лабеталола (100 мг), Метилдопы (250 мг). Простая случайная выборка.

Критерии включения

- ❖ Беременные с тяжелой АГ
- ❖ Систолического АД ≥ 160 мм рт.ст. и / или диастолического АД ≥ 110 мм рт.ст.
- ❖ ПЭ в анамнезе
- ❖ СД, заболевание ССС, Ожирение.

Критерии исключения

- Непереносимость препаратов
- Систолическое артериальное давление (САД) в диапазоне от 130 до 150 мм рт. ст. или диастолическое артериальное давление (ДАД) в диапазоне от 80 до 95 мм.рт.ст.

Список литературы

- 1. Magee LA, Helewa M, Moutquin JM, von Dadelszen P Руководящий комитет по гипертонии, Стратегическая учебная инициатива в исследованиях в области наук о репродуктивном здоровье (STIRRHs). Диагностика, оценка и лечение гипертонических расстройств беременности. J Obstet Gynaecol Can. 2008; 30 (Приложение 3): S1–48. [[PubMed](#)]
- 2. Национальный институт здравоохранения и клинического мастерства (NICE) Гипертония при беременности: лечение гипертонических расстройств во время беременности. 2010; 107 : 1–295. NICE клиническое руководство.
- 3. Общество Акушерской Медицины Австралии и Новой Зеландии (SOMANZ) Руководство по ведению гипертонических расстройств беременности. 2008. [www.somanz.org/guidelines.asp] [[PubMed](#)]
- 4. Martin JNJ, Thigpen BD, Moore RC, Rose CH, Cushman J, May W. Инсульт и тяжелая преэклампсия и эклампсия: сдвиг парадигмы с упором на систолическое артериальное давление. Акушет Гинекол. 2005; 105 : 246–54. [[PubMed](#)]
- 5. Центр по вопросам материнства и детства (CMACE) «Спасение жизней матерей»: анализ материнской смертности с целью повышения безопасности материнства: 2006–08. Восьмой отчет о конфиденциальных расследованиях случаев материнской смерти в Соединенном Королевстве. BJOG. 2011; 118 : 1–203.
- 6. Всемирная организация здравоохранения. Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению преэклампсии и эклампсии. Женева: ВОЗ; 2011.
- 7. Маги Л.А., Орнштейн М.П., Фон Дадельзен П. Лечение гипертонии при беременности. BMJ. 1999; 318 : 1332–6. [[PMС бесплатная статья](#)] [[PubMed](#)]
- 8. Маги Л.А., фон Дадельзен П. Управление тяжелой гипертонией. Семин Перинатол. 2009; 33 : 138–42. [[PubMed](#)]
- 9. Magee L, Cham C, Waterman E, Ohlsson A, von Dadelszen P. Гидралазин для лечения тяжелой гипертонии у беременных: метаанализ. BMJ. 2003; 327 : 955–60. [[PMС бесплатная статья](#)] [[PubMed](#)]
- 10. Дулей Л., Хендерсон-Смарт Д., Мехер С. Препараты для лечения очень высокого артериального давления во время беременности. Кокрановская база данных Syst Rev. 2006: CD001449. [[PubMed](#)]
- 11. ПРИЗМА. Прозрачная отчетность систематических обзоров и мета-анализов. [www.prisma-statement.org/statement.htm]. Доступ 18 октября 2012 г.
- 12. Браун М., Баддл М., Фаррелл Т., Дэвис Г. Эффективность и безопасность таблеток нифедипина для неотложной терапии тяжелой гипертонии при беременности. Am J Obstet Gynecol. 2002; 187 : 1046–50. [[PubMed](#)]
- 13. Martins-Costa S, Ramos J, Barros E. Рандомизированное контролируемое исследование гидралазина и нифедипина у женщин с преэклампсией при острой гипертонии. Clin Exper Hypertens Pregn. 1992; 11 : 25–43.
- 14. де Соуза М.Р., Нагиб А., Бертини А.М. Применение гидралазина и нифедипина при неотложной гипертонической болезни у беременных [Progr Obstet Ginecol. 1994; 37 : 90–6.
- 15. Аали Б.С., Неджад С.С. Нифедипин или гидралазин в качестве средства первой линии для контроля гипертонии при тяжелой преэклампсии. Acta Obstet Gynecol Scand. 2002; 81 : 25–30. [[PubMed](#)]
- 16. Резаи З., Шарбаф Ф.Р., Пурможиб М., Юфзаде-Фард Й., Мотевалиан М., Хазаипур З. и др. Сравнение эффективности нифедипина и гидралазина при гипертоническом кризе у беременных. Acta Med Iran. 2011; 49 : 701–6. [[PubMed](#)]