ZU_2012_ACU_4.qxd 26.12.2012 15:45 Page 34

І.М. Мелліна, д.м.н., Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України, м. Київ

Надання медичної допомоги вагітним із гіпертонічною хворобою

І.М. Мелліна

Артеріальна гіпертензія (АГ) у вагітних залишається однією з основних причин материнської, а також дитячої перинатальної захворюваності і смертності.

Згідно із сучасними уявленнями АГ у вагітних – це постійне (часте) підвищення систолічного артеріального тиску (САТ) до 140 мм рт. ст. і вище та/або діастолічного артеріального тиску (ДАТ) до 90 мм рт. ст. і вище.

Серед гіпертензивних розладів у вагітних, класифікацію яких наведено в таблиці 1, перш за все розрізняють дві групи станів, що супроводжуються підвищенням АТ, – це АГ, яка передувала вагітності, та АГ, зумовлена вагітністю.

Таблиця 1. Класифікація гіпертензивних розладів у вагітних

Окремі форми та їх назва	Визначення
АГ, яка передувала вагітності, або хронічна АГ: – первинна АГ, або гіпертонічна хвороба (ГХ) – вторинна АГ, або симптоматична АГ	АГ, яка спостерігалася до вагітності або виникла (вперше виявлена) до 20 тиж вагітності: – АГ, не пов'язана з будь-якою відомою причиною – АГ, яка є наслідком ураження тих чи інших органів
АГ, зумовлена вагітністю*	АГ, яка виникла після 20 тиж вагітності (є проявом ускладнення вагітності – пізнього гестозу)
Поєднана прееклампсія	Поява ознак прееклампсії у жінок із хронічною АГ
Гіпертензія неуточнена	АГ, виявлена після 20 тиж вагітності за умови відсутності інформації щодо АТ до 20 тиж вагітності (виняток – АГ, яка супроводжується гіпертрофією лівого шлуночка (ГЛШ) серця, і немає жодних причин для її розвитку, окрім підвищеного АТ; така АГ є хронічною)

*У разі АГ, зумовленої вагітністю, діагностують та оцінюють тяжкість захворювання, перш за все на підставі ДАТ.

АГ, яка передувала вагітності, – це хронічна патологія, яка існувала до гестації і на тлі якої розвивається вагітність. Розрізняють первинну АГ, або ГХ, та вторинну (симптоматичну) АГ.

АГ, зумовлена вагітністю, є проявом ускладнення гестації, яке виникає після 20 тиж і супроводжується зменшенням перфузії органів.

Виділяють:

– гестаційну гіпертензію, яка характеризується тільки підвищенням АТ;

– прееклампсію, або гестаційну гіпертензію з протеїнурією (≥300 мг/л, або ≥300 мг/добу). Невеликі набряки нижньої третини гомілок, які виникають у 60% жінок з нормальним перебігом вагітності, а також ізольовані набряки на руках, нині не розцінюють як прояв прееклампсії, тоді як значні генералізовані набряки у поєднанні з підвищенням АТ є ознакою описаного стану;

– еклампсію – найбільш тяжке, небезпечне для життя ускладнення, яке характеризується нападом (нападами) епілептиформних судом, зумовлених гіпертензивною енцефалопатією у жінок із прееклампсією.

У більшості випадків прояви прееклампсії (підвищений АТ, протеїнурія, набряки) зникають у найближчі дні після пологів чи переривання вагітності. У деяких пацієнток вони спостерігаються протягом 42 днів і навіть більше – до 3 міс після закінчення вагітності (залишкові явища прееклампсії). Якщо підвищений АТ або протеїнурія зберігаються понад 3 міс, можна говорити про хронічну патологію – ГХ або хронічний гломерулонефрит.

Пацієнтки, які перенесли АГ, пов'язану з вагітністю, становлять групу ризику розвитку АГ в майбутньому: підвищення рівня АТ у них спостерігається значно частіше і в більш молодому віці порівняно з жінками, які не мали цього ускладнення під час вагітності.

Прееклампсія може виникати як у здорових жінок, так і за наявності у вагітних тих чи інших захворювань. Прееклампсію, яка розвинулася на тлі раніше існуючої АГ, називають поєднаною.

У тих випадках, коли підвищення рівня АТ вперше визначають під час його вимірювання після 20 тиж вагітності, і невідомо, яким тиск був до вагітності та/або в першій її половині, діагностують гіпертензію неуточнену або пренатальну некласифіковану АГ. Проте якщо така форма АГ супроводжується ГЛШ серця і немає інших причин для її розвитку, окрім підвищеного АТ, слід встановлювати діагноз раніше існуючої АГ. За відсутності ГЛШ і нормалізації АТ протягом 42 днів після закінчення вагітності ретроспективно діагностують гестаційну гіпертензію.

Виношування вагітності на тлі ГХ – досить поширеної патології серед осіб репродуктивного віку – супроводжується значною кількістю тяжких ускладнень; дуже часто страждають плід і новонароджена дитина, високим є рівень перинатальних втрат.

Незважаючи на значущість проблеми ГХ у вагітних, сьогодні майже не існує доказової бази щодо надання лікувально-профілактичної допомоги цій категорії хворих. Рекомендації, опубліковані останнім часом у різних країнах, дещо відрізняються – у них відсутня інформація стосовно дієвої профілактики розвитку тяжких ускладнень вагітності.

Питання екстрагенітальної патології у вагітних, у тому числі ГХ, у нашій країні протягом багатьох десятиріч досліджують у ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України». В останні роки було розроблено низку лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на покращення закінчення вагітності для матері і дитини за наявності цього захворювання. Зокрема, було впроваджено індивідуальний патогенетично зумовлений підхід до проведення антигіпертензивної терапії у вагітних із ГХ та вдосконалено шляхи його реалізації за допомогою нових високоефективних препаратів, дозволених для призначення вагітним. Його використання дає змогу значною мірою попередити розвиток поєднаної прееклампсії та порушень стану плода у зазначеної категорії хворих.

З урахуванням цього у представлених для широкого загалу лікарів матеріалах з питань надання медичної допомоги вагітним із ГХ поряд зі світовими передусім запропоновано рекомендації, які базуються на досвіді вітчизняних фахівців. Здебільшого вони знайшли відображення в нещодавно виданих оновлених та адаптованих клінічних настановах «Артеріальна гіпертензія», затверджених наказом МОЗ України № 384 від 24.05.2012 р.

Первинна АГ, або ГХ, – це гіпертензія, зумовлена порушенням нейроендокринної регуляції судинного тонусу в генетично схильних осіб, яка виникає під впливом негативних факторів зовнішнього середовища. На відміну від вторинної (симптоматичної) АГ ГХ не пов'язана з будь-якою відомою причиною.

Згідно з інформацією експертів Європейського товариства з боротьби з АГ (European Society of Hypertension, ESH) і Європейського товариства кардіологів (European Society of Cardiology, ESC) поширеність ГХ у вагітних коливається від 1 до 5%. В Україні частота ГХ у вагітних становить 3,5%, і на цю патологію припадає близько 50% усіх випадків АГ у вагітних.

Діагноз АГ, не пов'язаної з вагітністю, у тому числі ГХ, встановлюють за наявності даних про підвищення рівня АТ до вагітності та/або в першій її половині.

З метою діагностики АГ, яка передує вагітності, рекомендовано вимірювати рівень АТ під час кожного звернення пацієнтки до медичного закладу, починаючи з найбільш раннього терміну. Визначаючи АТ у вагітних, лікар повинен дотримуватися загальноприйнятих правил. З огляду на можливий гіпотензивний вплив вагітності в першій її половині, особливо в термін 14-20 тиж, що найчастіше спостерігається у разі нетяжкого перебігу АГ, слід обов'язково розпитати жінку про рівень АТ до вагітності та ознайомитися з випискою з її амбулаторної картки.

Факторами ризику розвитку АГ у жінок молодого віку є обтяжена спадковість, наявність в анамнезі прееклампсії під час попередньої вагітності, надмірна маса тіла або ожиріння. Масу тіла у пацієнтки оцінюють незадовго до настання вагітності або в перші її тижні за показником індексу маси тіла (ІМТ):

$$\text{ІМТ} = \frac{\text{маса тіла (кг)}}{\text{зріст (м}^2\text{)}}$$

(табл. 2).

Таблиця 2. Характеристика маси тіла з урахуванням ІМТ

Оцінка маси тіла	ІМТ, кг/м^2
Дефіцит маси тіла	<18,5
Нормальна маса тіла	18,5-24,9
Надлишкова маса тіла	25,0-29,9
Ожиріння I ст.	30,0-34,9
Ожиріння II ст.	35,0-39,9
Ожиріння III ст. (тяжке)	≥40,0

У разі виявлення АГ, не пов'язаної з вагітністю, визначають тяжкість захворювання – стадію (з урахуванням ураження органів-мішеней) та ступінь за рівнем АТ (табл. 3, 4). Їх зазначають під час формулювання діагнозу.

Таблиця 4. Класифікація АГ (ГХ) за рівнем АТ

Ступінь АГ	САТ, мм рт. ст.	ДАТ, мм рт. ст.
1	140-159	90-99
2	160-179	100-109
3	≥180	≥110

У переважної більшості вагітних з АГ, яка існувала раніше, діагностують первинну АГ, або ГХ. Діагноз ГХ встановлюють шляхом виключення вторинної АГ.

Серед патологічних станів, які зумовлюють вторинну (симптоматичну) АГ, зустрічаються паренхіматозні хвороби нирок – хронічні гломерулонефрит або пієлонефрит, діабетична нефропатія, ураження нирок на тлі системних захворювань сполучної тканини, полікістоз, стеноз однієї або обох ниркових артерій (у пацієнтів із фібром'язовою дисплазією, аортоартеріїтом, рубцями, гематомами, пухлинами, які здавлюють судини нирок), коарктація аорти, ендокринні захворювання (первинний гіперальдостеронізм, феохромоцитома, патологія щитоподібної залози). Виключення або встановлення наявності вторинної АГ у вагітних проводять за загальноприйнятими критеріями, хоча діагностичні можливості під час вагітності дещо обмежені.

Виношування вагітності на тлі ГХ супроводжується значною кількістю ускладнень вагітності та пологів, порушеннями стану плода й новонародженого. Найбільш частим, загрозливим для здоров'я і навіть життя матері та дитини ускладненням є поєднана прееклампсія.

Ознаками приєднання поєднаної прееклампсії є поява протеїнурії ≥0,3 г/добу у другій половині вагітності (вірогідна ознака); прогресування гіпертензії та зниження ефективності попередньої антигіпертензивної терапії (імовірна ознака); поява генералізованих набряків, виникнення таких загрозливих симптомів, як сильний головний біль, порушення зору, біль у правому підребер'ї та/або епігастральній ділянці живота, гіперрефлексія, олігурія.

Поєднана прееклампсія у хворих на ГХ часто має ранній початок (до 32 і навіть

Таблиця 3. Класифікація АГ (ГХ) за ураженням органів-мішеней

Стадія I	Об'єктивні ознаки органічних пошкоджень органів-мішеней відсутні
Стадія II	Виявлено об'єктивні ознаки пошкодження органів-мішеней без симптомів з їх боку чи порушення функції: ГЛШ (за даними ЕКГ, ЕхоКГ, рентгенографії) та/або генералізоване звуження артерій сітківки
Стадія III	Виявлено об'єктивні ознаки пошкодження органів-мішеней без симптомів з їх боку чи порушення функції
Серце	Виявлено об'єктивні ознаки пошкодження органів-мішеней із симптомами з їх боку та порушенням функції Інфаркт міокарда Серцева недостатність IIA-III ст.
Мозок	Інсульт Транзиторна ішемічна атака
Очне дно	Крововиливи та ексудати в сітківці з набряком диска зорового нерва або без нього (ці ознаки патогномонічні також для злоякісної фази АГ)
Судини	Розшарування аорти

28 тиж вагітності), перебігає в тяжкій формі, дуже погано піддається лікуванню.

Приєднання прееклампсії, на відміну від ГХ без цього ускладнення, зумовлює значний ризик розвитку у матері гострого порушення мозкового кровообігу, тяжкої ретинопатії і відшарування сітківки, хронічної та гострої ниркової недостатності, набряку легень. Такі акушерські ускладнення, як передчасні пологи, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, коагулопатичні кровотечі, також здебільшого виникають на тлі поєднаної прееклампсії.

У жінок із ГХ дуже часто страждають плід і новонароджена дитина; високими є показники дитячої перинатальної смертності. У плода найчастіше спостерігаються дистрес і синдром внутрішньоутробної затримки росту. Діти часто народжуються недоношеними, у стадії асфіксії, гіпотрофічними; нерідко у них виявляють синдром дихальних розладів, порушення гемо- і ліквородинаміки, мозковий крововилив. Здебільшого причиною значних порушень стану плода і новонародженої дитини є поєднана прееклампсія, особливо тяжка і рання.

Виникнення поєднаної прееклампсії, у тому числі тяжкої ранньої, прямо пропорційне тяжкості проявів АГ, що в першу чергу визначається ступенем підвищення рівня АТ. Як свідчать результати досліджень, проведених в ІПАГ, на тлі АГ I ступеня, яка переважає у цієї категорії хворих, поєднана прееклампсія та інші ускладнення частіше розвиваються у жінок з надлишковою масою тіла й ожирінням, а у пацієнтів з нормальною масою тіла до вагітності – у разі її патологічного збільшення до 28-30 тиж вагітності. Наявність у жінки обтяженого акушерського анамнезу (тяжка прееклампсія, яка розвинулася до 32 тиж вагітності і призвела до втрати дитини) є додатковим фактором ризику несприятливого закінчення вагітності незалежно від тяжкості проявів ГХ.

Наукові розробки і багаторічний досвід клінічного використання в ІПАГ свідчать про те, що **під час вагітності найбільш високоінформативним індивідуальним критерієм ризику розвитку поєднаної прееклампсії та порушень стану плода у жінок із ГХ є показники центрального кровообігу** – хвилинний об'єм (ХО) і загальний периферичний судинний опір (ЗПСО), які визначають рівень АТ. Оскільки кровопостачання матки, плаценти і плода значною мірою залежить від об'єму циркулюючої крові, виражене зниження ХО на тлі підвищення ЗПСО, що часто спостерігається у жінок із ГХ, особливо в другій половині вагітності, призводить до порушень функціонування матково-плацентарно-плодового комплексу і виникнення вищезазначених ускладнень. Визначення показників центрального кровообігу в кожної хворої в динаміці вагітності, починаючи з 12-14-го тижня, дозволяє прогнозувати її подальший перебіг, а в разі загрози розвитку ускладнень – здійснювати їх медикаментозну профілактику.

У жінок із ГХ під час вагітності, за даними ІПАГ, також часто спостерігаються метаболічні порушення: 73% з них ще до початку вагітності мають надлишкову масу тіла й ожиріння, під час вагітності у цих пацієнток виникають патологічне збільшення маси тіла (у хворих із надмірною масою тіла – у кожної другої), гестаційний цукровий діабет (у жінок із надмірною масою тіла – у кожної третьої), гіперхолестеринемія, гіпертригліцеридемія, зниження рівня ліпопротеїдів високої щільності, підвищення рівня ліпопротеїдів низької щільності; часто страждає печінка.

З урахуванням ступеня ризику несприятливого закінчення вагітності для матері і дитини до 12-го тижня вагітності вирішують питання про можливість її виношування.

У разі АГ 1 ступеня (підвищення АТ до 140/90-159/99 мм рт. ст.) та I або II стадії хвороби ризик негативного закінчення вагітності підвищений; у пацієнток з АГ 2 ступеня (рівень АТ 160/100-179/109 мм рт. ст.) та I або II стадією захворювання – високий; виношування вагітності можливе за умови постійного висококваліфікованого спостереження в спеціалізованому лікувальному закладі.

У жінок з АГ 3 ступеня (АТ ≥180/110 мм рт. ст.), а також із захворюванням III стадії, злоякісною АГ ризик несприятливого закінчення вагітності дуже високий, виношування вагітності протипоказане. Питання про неприпустимість виношування вагітності необхідно ставити ще до її настання, а вагітність у таких пацієнток слід переривати в I триместрі. У разі виношування вагітності хвора потребує постійного висококваліфікованого нагляду в спеціалізованому лікувальному закладі.

Відповідно до клінічного протоколу «Гіпертензивні розлади під час вагітності», затвердженого наказом МОЗ України № 676 від 31.12.2004 р., **показаннями до переривання вагітності в пізньому терміні є**:

– злоякісний перебіг АГ;

– розшаровуюча аневризма аорти;

– гостре порушення мозкового або коронарного кровообігу (тільки після стабілізації стану хворої);

– раннє приєднання прееклампсії, яка не піддається інтенсивній терапії.

Питання щодо необхідності переривання вагітності в пізньому терміні вирішується консиліумом лікарів за участі акушера-гінеколога, кардіолога, окуліста та, у разі потреби, інших фахівців. Способом переривання вагітності в пізньому терміні за переліченими показаннями є абдомінальний кесарів розтин.

Для визначення стану вагітної з ГХ, ризику виникнення у неї поєднаної прееклампсії та порушень стану плода, своєчасної діагностики розвитку ускладнень рекомендують перебування жінки під постійним ретельним наглядом лікарів. Згідно з вищезгаданим клінічним протоколом **моніторинг стану вагітної включає**:

• огляд у жіночій консультації з вимірюванням рівня АТ у першій половині вагітності 1 раз на 3 тиж, у термін з 20-го до 28-го тижня – 1 раз на 2 тиж, після 28 тиж – щотижня;

• загальний аналіз сечі, а також визначення добової протеїнурії під час першого відвідування жіночої консультації, з 20-го до 28-го тижня – 1 раз на 2 тиж, після 28 тиж – щотижня;

• щоденний самоконтроль рівня АТ у домашніх умовах з письмовою фіксацією результатів;

• огляд окуліста з офтальмоскопією під час першого відвідування жіночої консультації, у термін 28 і 36 тиж вагітності. У разі необхідності огляд очного дна можна проводити частіше та в інші терміни (залежно від нашарування прееклампсії);

• ЕКГ під час першого відвідування жіночої консультації, у 26-30 тиж та після 36 тиж вагітності;

• біохімічне дослідження крові (загальний білок, сечовина, креатинін, глюкоза, калій, натрій, фібриноген, фібрин, фібриноген В, протромбіновий індекс) під час першого відвідування жіночої консультації та після 36 тиж вагітності. Під час другого дослідження додатково визначають концентрацію білірубіну й активність АЛТ і АСТ.

Відповідно до рекомендацій ІПАГ дуже важливим є визначення показників центрального кровообігу за допомогою методу тетраполярної реографії в динаміці вагітності (під час кожного візиту до лікаря) починаючи з 12-14 тиж, а також у процесі підбору антигіпертензивної терапії.

Згідно з рекомендаціями ESC (2011) доцільним є також:

– проведення ультразвукового дослідження надниркових залоз і визначення рівня метанефрину й норметанефрину в сечі для виключення у жінки феохромоцитоми;

– проведення ультразвукової допплерографії маткових артерій у II триместрі вагітності (після 16 тиж) для визначення матково-плацентарної гіпоперфузії, яка свідчить про високий ризик розвитку прееклампсії та внутрішньоутробної затримки росту плода у жінок як з вихідним високим, так і низьким ризиком ускладнень.

Моніторинг стану плода за клінічним протоколом передбачає:

– ультразвукове дослідження плода (ембріона) і плаценти (хоріона) у термін 9-11, 18-22, 30-32 тиж;

– актографію (тест рухів плода) щодня після 28 тиж вагітності з відміткою в щоденнику;

– дослідження клітинного складу вагінального мазка (гормональна кольпоцитологія) – I, II і III триместри;

– кардіотокографію (після 30 тиж), допплерографію матково-плацентарно-плодового кровообігу;

– екскрецію естріолу – за показаннями.

Показаннями до госпіталізації вагітних із ГХ є:

– приєднання прееклампсії;

– неконтрольована тяжка гіпертензія, гіпертензивний криз;

– поява або прогресування змін на очному дні;

– порушення мозкового кровообігу;

– коронарна патологія;

– серцева недостатність;

– порушення функції нирок;

– затримка росту плода;

– загроза передчасних пологів;

– значне погіршення показників центральної гемодинаміки (ХО крові <4 л/хв у термін вагітності 18-37 тиж), яке потребує корекції (за результатами досліджень ІПАГ).

Лікувально-профілактичні заходи у вагітних із ГХ визначаються особливостями патогенезу АГ під час вагітності і відрізняються від рекомендованих у загальній популяції хворих на АГ.

Метою лікування жінок із ГХ є попередження ускладнень вагітності і насамперед поєднаної прееклампсії, особливо ранніх і тяжких її форм, антенатальний захист дитини.

Основою терапії вагітних із ГХ є охоронний режим, раціональне харчування.

Вагітні з ГХ потребують максимального обмеження стресових ситуацій (удома, на роботі, в побуті), фізичного, розумового та емоційного напруження; забезпечення достатнього нормального сну. Їх харчування має містити велику кількість білка, магнію, калію, кальцію, поліненасичених жирних кислот, вітамінів. Значно обмежувати вживання кухонної солі під час вагітності не варто через можливість зменшення об'єму циркулюючої крові. Жінкам з нормальною масою тіла рекомендується не зловживати простими вуглеводами, а жінкам з надмірною масою тіла – обмежувати вміст простих вуглеводів і тваринних жирів у раціоні.

Під час вагітності не слід боротися із зайвою вагою. У пацієнток із нормальною масою тіла оптимальним вважається її збільшення за період вагітності на 10-12 (16) кг; надлишковою масою тіла – на 8-10 (12) кг; ожирінням – на 6-8 кг.

Необхідною умовою є відмова від паління та вживання алкоголю.

Досвід ІПАГ свідчить, що для покращення закінчення вагітності для матері і дитини на тлі ГХ важливим є усунення дефіциту магнію. Для усунення нервово-психічних розладів у вагітних із ГХ доцільно також використовувати легкі седативні засоби рослинного походження (препарати валеріани, сухоцвіту, собачої кропиви).

Для профілактики прееклампсії та порушень стану плода широко рекомендується застосування низьких доз ацетилсаліцилової кислоти (100 мг один раз на добу) з 14-го тижня вагітності і до пологів.

Антигіпертензивна терапія, спрямована на зниження або нормалізацію рівня АТ, не попереджує розвиток ускладнень вагітності у жінок із ГХ. Водночас досвід ІПАГ свідчить про те, що значно покращити закінчення вагітності для матері та дитини за наявності цього захворювання можливо, якщо антигіпертензивне лікування спрямовувати на нормалізацію показників центральної гемодинаміки – зниження ЗПСО і забезпечення нормального для вагітних ХО, тобто проводити патогенетично зумовлену та індивідуалізовану терапію з ретельним контролем показників центрального кровообігу в динаміці вагітності у кожної хворої. За необхідності тривалого лікування використовують антигіпертензивні препарати з вазодилатуючою дією, а в разі недосягнення нормалізації рівня ХО – внутрішньовенне введення розчинів, які збільшують об'єм циркулюючої крові і покращують мікроциркуляцію.

Жоден з існуючих антигіпертензивних засобів не є абсолютно безпечним для ембріона і плода. З огляду на це призначати антигіпертензивну терапію в I триместрі вагітності (до 13-го тижня) не слід. Виняток становлять хворі з АГ 3 ступеня та жінки, які погано переносять будь-яке підвищення рівня АТ.

У більш пізні терміни вагітності пацієнтки з АТ 140/90-149/94 мм рт. ст. здебільшого також не потребують лікування антигіпертензивними препаратами. У разі значного зниження ХО на тлі підвищеного ЗПСО або при поганому самопочутті внаслідок збільшення периферичного опору таким хворим призначають субтерапевтичні дози вазодилатуючих засобів.

Антигіпертензивну терапію проводять за умови підвищення АТ до 150/95 мм рт. ст. і більше, при цьому застосовують найбільш безпечні для матері і плода препарати.

У вагітних із ГХ доцільно використовувати нижченаведені антигіпертензивні засоби.

Блокатори кальцієвих каналів з групи дигідропіридинів

Амлодипін. Як і в інших препаратів цієї групи, гемодинамічний ефект амлодипіну зумовлений периферичною вазодилатацією, на тлі якої здебільшого зростає серцевий викид, покращуються кровопостачання органів і тканин та мікроциркуляція. Препарат чинить нефропротекторну дію, позитивно впливає на ендотеліальну функцію, сприяє нормалізації ліпідного обміну, не впливає на обмін глюкози; від ніфедипіну відрізняється високою ефективністю, дуже низькою частотою побічних ефектів, плавністю антигіпертензивної дії, великим діапазоном дозування; може призначатися один раз на добу. Згідно з інструкцією до використання амлодипін не протипоказаний вагітним жінкам і в останні роки з успіхом використовується у світовій акушерській практиці.

Досвід ІПАГ дозволяє сьогодні вважати амлодипін препаратом першого вибору для лікування вагітних з АГ. У разі АТ ≥150/95 мм рт. ст. препарат призначають у дозі 5-7,5-10 мг/добу в 1-2 прийоми у вигляді монотерапії або в поєднанні з невеликими дозами метилдофи (250 мг 1-2 рази на добу) чи метопрололу (25 мг 2-3 рази на добу). Для нормалізації показників центрального кровообігу у жінок з АТ 140/90-149/94 мм рт. ст. амлодипін використовують у дозі 2,5-3,75 мг/добу одноразово.

Продовження на стор. 36.

ZU_2012_ACU_4.qxd 26.12.2012 15:45 Page 36

І.М. Мелліна, д.м.н., Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України, м. Київ

Надання медичної допомоги вагітним із гіпертонічною хворобою

Продовження. Початок на стор. 34.

Ніфедипін-ретард (20 мг 2 рази на добу через 12 год) або ніфедипін (10 мг 3-4 рази на добу через 6-8 год) здебільшого призначають у поєднанні з метилдофою або бета-адреноблокаторами. Багаторічний світовий досвід використання ніфедипіну свідчить про ефективність і безпечність застосування препарату для лікування АГ у вагітних.

Центральні α_2-агоністи

Метилдофу (250-1000-2000 мг на добу у 2-3 прийоми) з огляду на значний досвід безпечного використання для плода за необхідності можливо призначати в I триместрі вагітності. Дія препарату повільна, спостерігається через декілька годин – на 2-3-тю добу після прийому, зберігається протягом 24-48 год після припинення лікування.

У дослідженнях, проведених в ІПАГ, показано, що метилдофа, як і клонідин, має подвійну гемодинамічну дію: в одних хворих зниження АТ відбувається внаслідок зменшення ЗПСО, на тлі чого ХО підвищується або не змінюється (позитивний гемодинамічний ефект), в інших (їх кількість значно більша) АТ знижується (а в низці випадків – не змінюється) завдяки зменшенню ХО і підвищенню ЗПСО (негативний гемодинамічний ефект). З огляду на вищезазначене використання метилдофи для планового лікування потребує обов'язкового гемодинамічного контролю.

Клонідин (по 0,15-0,075 мг кожні 6 год) на відміну від метилдофи діє швидко (через 30 хв – 1 год), але нетривало. Планово використовується рідко: за необхідності швидкого зниження АТ у жінок з тяжкою АГ разом з дигідропіридинами (після досягнення зниження АТ його заміняють на метилдофу), а також замість метилдофи у разі її неефективності. Тривало призначається з урахуванням гемодинамічної дії. Препарат відміняють поступово, щоб запобігти виникненню синдрому відміни.

β-Адреноблокатори

У вагітних із ГХ останнім часом використовуються рідше. Це пов'язано з тим, що препарати зазначеної групи можуть спричиняти затримку розвитку плода, виникнення загрози невиношування вагітності, у разі прийому наприкінці вагітності – порушення постнатальної адаптації новонародженої дитини. Згідно з настановою ESC (2011) у вагітних з АГ рекомендовано використання метопрололу.

β-Адреноблокатори з α-блокуючою дією

Лабеталол. Цей препарат широко застосовують у вагітних за кордоном. В Україні лабеталол для прийому внутрішньо не зареєстрований.

Вагітним із ГХ протипоказано призначати:

• інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (ІАПФ) – унаслідок прийому в I триместрі вагітності у народжених дітей у 3 рази частіше виявляють вроджені вади розвитку (найчастіше з боку серця та нервової системи); у разі використання у II і III триместрах вагітності спостерігалися порушення функції нирок плода і, як наслідок, виражене маловоддя, деформація лицьового черепа, контрактури, загибель плода або новонародженого;

• блокатори рецепторів ангіотензину II – в експерименті спостерігався такий самий негативний вплив на плід і новонароджену дитину, як і на тлі використання ІАПФ;

• сечогінні – зменшують об'єм циркулюючої крові, що може погіршити матково-плацентарно-плодове кровопостачання; категорично протипоказані за умови приєднання прееклампсії;

• препарати резерпіну – не виключена можливість тератогенної дії; призводять до появи так званого резерпінового симптомокомплексу у новонародженої дитини (сірий колір шкіри, загальмованість, закладений ніс, порушення акту смоктання) у разі прийому матір'ю в пізні терміни вагітності, особливо у великих дозах.

Наявність у вагітної рівня АТ ≥170/110 мм рт. ст. розцінюється як стан, що потребує негайної терапії. Для зниження АТ у таких випадках використовують лабеталол або урапідил внутрішньовенно, а також клонідин, ніфедипін сублінгвально або внутрішньо. Нітропрусид натрію також залишається препаратом вибору, але застосовувати його слід протягом нетривалого періоду у зв'язку з ризиком негативного впливу на плід ціанідів. Нітрогліцерин призначають у випадках тяжкої прееклампсії, ускладненої набряком легенів. Сульфат магнію, як було доведено, доцільно застосовувати внутрішньовенно для попередження або лікування судом.

Дотримання вимог вищенаведених рекомендацій дозволяє значно покращити перебіг і закінчення вагітності для матері та дитини у разі ГХ, зокрема знизити частоту виникнення поєднаної прееклампсії до 15,6%, уникнувши при цьому розвитку тяжкої ранньої прееклампсії, а також наблизити до загальнопопуляційного рівня кількість випадків дитячої перинатальної смертності.

Сьогодні виконання повною мірою викладених рекомендацій є неможливим завданням не тільки для акушерів-гінекологів жіночих консультацій або терапевтів поліклініки, а й для лікарів родопомічних закладів II-III рівня. З урахуванням цього було запропоновано **двоетапну систему надання медичної допомоги вагітним з АГ**, у тому числі з ГХ. Вона передбачає жіночу консультацію за місцем проживання жінки та спеціалізований центр при родопомічній установі II-III рівня або ІПАГ. У спеціалізованому центрі за пацієнтками наглядатимуть перш за все висококваліфіковані лікарі акушер-гінеколог і терапевт, які добре обізнані щодо проблеми АГ у вагітних. Передбачається також наявність у центрі відповідного обладнання для обстеження.

Першочерговим завданням лікарів жіночої консультації є виявлення у жінки хронічної АГ і направлення її до спеціалізованого центру. В останньому амбулаторно або в умовах стаціонару встановлюють тяжкість проявів захворювання, можливу її причину, ризики несприятливого перебігу вагітності та розпочинають лікування. Надалі лікарі жіночої консультації спостерігають за перебігом вагітності і проводять планові огляди пацієнтки, а фахівці центру виконують спеціальні обстеження та здійснюють корекцію терапії у разі потреби. Позитивний досвід організації надання такої медичної допомоги вагітним із ГХ мають лікарі акушери-гінекологи м. Києва та співробітники ІПАГ.

Дайджест

Методы определения риска заражения новорожденных ВИЧ-1 и их оценка в клинической практике США

Согласно требованиям государственных и местных законов США, новорожденным, ВИЧ-статус матери которых неизвестен, педиатру по согласованию необходимо сделать быстрый тест на определение антител к ВИЧ-1 (тест необходимо проводить также и матерям). Результаты тестов должны быть выявлены в течение 12 часов, чтобы в случае необходимости назначить ребенку антиретровирусную терапию. Для определения антител к ВИЧ-1 у новорожденных, так же как и у взрослых, используют кровь или слюну. Согласно исследованию в 16 клиниках США была выявлена недиагностированная ВИЧ-инфекция у 7 из 1000 женщин. Быстрый тест демонстрировал 100% чувствительность и 99,9% специфичность. Прогностическая ценность положительного результата составила 90% по сравнению с 76% при использовании иммуноферментного анализа. Тем не менее использование экспресс-тестов на выявление ВИЧ-1 у новорожденных не имеет четкого определения эффективности и не является лицензированным.

Автор исследования использовал для оценки 7 экспресс-тестов для определения антител к ВИЧ-1, отобранных у 116 ВИЧ-инфицированных детей, и сравнил результаты со стандартным методом при использовании иммуноферментного анализа. В самой младшей когортной группе (дети в возрасте до 1,5 мес) чувствительность теста была более 99%. В группе детей до 3 мес чувствительность теста колебалась в пределах 93,3-99,3%. Экспресс-тестирование на ВИЧ-1 с использованием слюны имело положительную ценность прогностического результата менее 99% у ВИЧ-инфицированных детей в возрасте старше 12 мес. При этом чувствительность теста с использованием слюны у детей в возрасте до 6 мес была менее 90%. Как результат, не удалось обнаружить 14 из 63 случаев инфицирования ВИЧ-1. Таким образом, на основе полученных результатов было доказано, что для определения антител к ВИЧ-1 у новорожденных лучше использовать цельную кровь, нежели слюну. Кроме того, экспресс-тестирование крови или слюны матери предпочтительнее, чем экспресс-тестирование крови ее ребенка из-за повышенной чувствительности в выявлении инфицирования ВИЧ-1.

Pediatrics 2012 Vol. 130 No. 6: 64-65

Оказание помощи семьям, пережившим утрату ребенка

Смерть ребенка по той или иной причине является большой трагедией для всей семьи. Педиатр как никто другой играет важную роль в моральной поддержке каждого члена семьи, как родителей, так и оставшихся детей. Зачастую педиатры не готовы оказать необходимую помощь, в которой так нуждается семья, где погиб ребенок. Кроме того, из-за присущего чувства вины перед горем родителей или же из-за нехватки необходимых навыков поведения в таких ситуациях, педиатры часто и вовсе отказываются от участия в реабилитации семьи. Поэтому педиатрам следует, прежде всего, понять, что скорбь об утраченном ребенке – это интенсивное и длительное эмоциональное расстройство, которое может длиться годами. В последующем особенно необходимо наблюдать за оставшимися детьми в семье, так как смерть брата/сестры может значительно отразиться на их физическом и психическом здоровье. Повышенному вниманию должны подлежать семьи, где смерть ребенка или подростка наступила вследствие суицида, от передозировки алкоголя или наркотиков или в результате умышленного убийства, а также, если кто-то из членов семьи страдает психическим расстройством или в прошлом имел место конфликт родителей с ребенком. В таком случае педиатру, возможно, потребуется проконсультировать семью о необходимости вмешательства в процесс реабилитации врача терапевта или психиатра. В заключение к вышесказанному следует добавить, что немаловажной помощью семье, испытывающей горе утраты, могут служить специализированные общественные группы самопомощи и поддержки, о существовании которых педиатру следует проинформировать семью.

Pediatrics Vol. 130 No. 6: 1164-1165

Экстренная контрацепция в подростковом возрасте

Раннее начало сексуальных отношений в сочетании с низким уровнем знаний в этой области и плохой осведомленностью о контрацепции привели к такому явлению, как юное материнство или беременность у несовершеннолетних. Например, в США уровень рождаемости в подростковом возрасте значительно выше, чем в других развитых странах. Ежедневно в США беременеет примерно 2700 девушек до 20 лет. С 1940 по 1985 год количество детей, ежегодно рождающихся у незамужних американок в возрасте до 20 лет, увеличилось в 4 раза. В настоящее время ежегодно беременеет более 1 млн юных девушек; свыше 65% из них не замужем. Около 40% этих беременностей заканчиваются абортами, а 10% – выкидышами. Остальные 50% беременных вынашивают своих детей. Поэтому вопрос экстренной контрацепции особенно важен в последнее время. Использование экстренной контрацепции снижает риск нежелательной беременности в течение 120 ч после незащищенного полового контакта. Наиболее эффективно использование экстренных методов контрацепции в первые 24 ч. Показаниями к экстренной контрацепции могут служить: изнасилование, незащищенный половой контакт, разрыв презерватива, а также нарушение режима приема противозачаточных средств. Назначение врачами-педиатрами левоноргестрела 1,5 мг подросткам, которые нуждаются в экстренной контрацепции, не требует проведения теста на беременность до использования. Левоноргестрел имеет меньше побочных эффектов и большую эффективность по сравнению с другими гормональными средствами неотложной контрацепции. Юноши и девушки от 17 лет и старше могут получить левоноргестрел по необходимости, при этом предъявив документ, удостоверяющий возраст.

Другие средства экстренной контрацепции, такие как эстрогенсодержащие комбинированные препараты, имеют ряд нежелательных эффектов и специальные требования к назначению. В некоторых случаях они могут спровоцировать головную боль, тошноту, боль в животе, а также до их назначения необходимо изначально исключить, возможно, уже существующую беременность.

Пациентам, которые имеют в анамнезе противопоказания к использованию эстрогенсодержащих препаратов (например, склонность к тромбообразованию), применение данных средств ограничено. Все взрослые, а также подростки и их семьи должны быть проконсультированы и обучены методам экстренной контрацепции. Врачам-педиатрам отводится немаловажная роль в адвокации и проведении просветительской работы среди тинэйджеров по вопросам экстренной контрацепции для предотвращения случаев нежелательной беременности в подростковом возрасте.

Pediatrics Vol. 130 No. 6: 1174-1182

Влияние пестицидов на здоровье ребенка

Использование пестицидов для борьбы с вредителями и болезнями растений, сорняками, а также для борьбы с эктопаразитами домашних животных в последнее время стало широко распространено среди населения. Дети младшего возраста особенно чувствительны к содержанию пестицидов в продуктах питания и воде. Влияние пестицидов на организм ребенка может вызвать как острые отравления, так и осложнения хронических заболеваний, присутствующих у ребенка. Кроме того, недавние эпидемиологические исследования выявили взаимосвязь между потреблением пестицидов с водой и продуктами питания и увеличением частоты онкологических заболеваний в детском возрасте и расстройствами поведения у детей. Известным примером острого отравления детей нитратсодержащими пестицидами в воде и продуктах питания может служить так называемый в зарубежной литературе «blue baby syndrome» (синдром голубого ребенка), в патогенезе которого лежит развитие острой гипоксии вследствие тяжелой метгемоглобинэмии.

Врачам-педиатрам следует обращать особое внимание на вопросы, касающиеся отрицательного воздействия пестицидов на детей, чтобы не только суметь правильно проконсультировать родителей ребенка о профилактике воздействия пестицидов на организм, но также в случае острого или хронического воздействия – распознать признаки отравления и вовремя предпринять соответствующие меры и назначить лечение.

Pediatrics Vol. 130 No. 6: 1757-1163

Подготовила ***Ольга Николаенко***