

І.М. Мелліна, д. мед. н., ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

Гіпертонічна хвороба у вагітних: питання та відповіді

Розмова перша



І. М. Мелліна

Артеріальна гіпертензія (АГ) у вагітних – актуальна проблема сьогодення. Одним із поширених гіпертензивних станів під час вагітності є гіпертонічна хвороба (ГХ). Виношування вагітності у жінок із цією патологією супроводжується тяжкими ускладненнями для матері, дуже частими значними порушеннями стану плода й новонародженого та втратою дитини. Найбільш характерним, частим і вкрай несприятливим ускладненням у цієї категорії хворих є поєднана прееклампсія. Саме поєднана прееклампсія, особливо така, що розвивається рано й має тяжкий перебіг, передусім визначає негативне закінчення вагітності для матері та дитини за наявності ГХ.

У результаті проведених у ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України» численних наукових досліджень із вивчення особливостей патогенезу ускладнень у вагітних із ГХ і розроблених на їх основі лікувально-профілактичних заходів стало можливим покращення закінчення вагітності для матері й дитини у цієї категорії хворих.

Ключові слова: вагітність, артеріальна гіпертензія, класифікація гіпертензивних станів, прееклампсія, гіпертонічна хвороба, поєднана прееклампсія, фактори ризику, надання медичної допомоги.

Про власний досвід ведення вагітних із ГХ та надання ефективної медичної допомоги цій категорії хворих розповіла старший науковий співробітник відділення акушерської ендокринології та патології плода ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України» (ІПАГ), доктор медичних наук Ірина Михайлівна Мелліна. Вона висвітлила питання діагностики ГХ під час вагітності, визначення тяжкості захворювання, можливостей виношування вагітності за цієї патології, спостереження за хворими із ГХ – зокрема, проведення адекватних лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на попередження ускладнень для матері й дитини. У першій нашій розмові наведено загальні відомості щодо гіпертензивних станів під час гестації, щодо частоти та особливостей перебігу вагітності у жінок із ГХ, факторів ризику розвитку поєднаної прееклампсії.

Підвищення артеріального тиску (АТ) у вагітних довгий час асоціювалося із частими негативними наслідками для матері й дитини. Чи актуальна проблема АГ у вагітних і сьогодні?

– Так, АГ у вагітних лишається однією з основних причин материнської та дитячої перинатальної захворюваності й смертності як у високорозвинених країнах, так і в країнах, що розвиваються. На міжнародному рівні проблемі АГ і тепер приділяється значна увага.

Який рівень АТ у вагітних розглядається як ознака АГ?

– АГ у дорослих незалежно від віку, у тому числі у вагітних жінок, – це підвищення систолічного АТ (САТ) до 140 мм рт. ст. і вище та/або діастолічного (ДАТ) – до 90 мм рт. ст. і вище (за умов вимірювання в медичному закладі амбулаторно або у стаціонарі).

Стани, що супроводжуються підвищенням АТ у вагітних, мають різне походження. Які з них прийнято виділяти на цей час?

– Загальноприйняту класифікацію гіпертензивних розладів у вагітних можна представити наступним чином:

- АГ, що передувала вагітності (хронічна АГ):
 - первинна АГ, або гіпертонічна хвороба;
 - вторинна АГ;
- АГ, зумовлена вагітністю:
 - гестаційна гіпертензія;
 - прееклампсія;
 - еклампсія;
- поєднана прееклампсія;
- гіпертензія неуточнена (допологова некласифікована АГ).

У вагітних розрізняють насамперед дві групи станів, які супроводжуються підвищенням АТ. Це АГ, що передувала вагітності, й АГ, що нею зумовлена, АГ de novo. Поєднання цих двох станів і є поєднаною прееклампсією. У разі коли не вдається визначити, чи має місце АГ, що передувала вагітності, чи спостерігається АГ, вагітністю зумовлена, встановлюється гіпертензія неуточнена, або допологова некласифікована АГ.

АГ, що передувала вагітності, є тією чи іншою хронічною патологією, на фоні якої розвивається вагітність. Про таку АГ йдеться, коли підвищений АТ

($\geq 140/90$ мм рт. ст.) реєструється до вагітності та/або у першій її половині (до 20 тиж гестації). Така гіпертензія зберігається й після пологів (більш ніж 42 дні).

У межах АГ, що передувала вагітності, виділяють первинну АГ, або – як синонім – ГХ, і вторинну (симптоматичну) АГ. Первинна АГ – це гіпертензія, не пов'язана з будь-якою відомою причиною. Вторинна АГ є наслідком ураження тих чи інших органів: паренхіми нирок, великих судин, ендокринних залоз. Як і в загальній популяції, у вагітних здебільшого визначається первинна АГ (ГХ).

АГ, зумовлена вагітністю, – це ускладнення вагітності, яке клінічно проявляється з 20-го тижня гестації. У більшості випадків АГ, зумовлена вагітністю, виникає після 28-32 тиж; зі збільшенням терміну вагітності вірогідність розвитку такої АГ зростає. Вкрай рідко, як виняток, АГ, зумовлена вагітністю, може спостерігатися після 16-18 тиж вагітності, але не на більш ранніх термінах; інколи вперше вона виявляється найближчим часом після пологів.

У межах АГ, зумовленої вагітністю, розрізняють гестаційну гіпертензію, прееклампсію та еклампсію.

Гестаційна гіпертензія характеризується тільки підвищенням АТ, здебільшого незначним. Після пологів, максимум через 42 дні, тиск нормалізується.

Прееклампсією до недавнього часу називали гестаційну гіпертензію з протеїнурією (втрата білка із сечею за добу $\geq 0,3$ г). Європейське товариство кардіологів (ESC), а також Європейське товариство гіпертензії (ESH) дотримуються такого визначення прееклампсії у рекомендаціях із АГ у вагітних і тепер (ESC, 2018; ESC/ESH, 2018). Останнім часом протеїнурію вважають дуже вагомою, але не обов'язковою ознакою прееклампсії, бо вона може виникати пізно. Набряки раніше розглядали як один із проявів прееклампсії. Сьогодні невеликі набряки нижньої третини гомілок або ізольовані набряки на руках розцінюють як фізіологічні (зустрічаються у 60% жінок із нормальним перебігом вагітності). Більш виражені набряки також не вважають діагностичною ознакою прееклампсії. Водночас генералізовані набряки, що різко зростають, розглядають як показник тяжкої прееклампсії.

Згідно з визначенням Міжнародного товариства із вивчення гіпертензії у вагітних (ISSHP, 2018), якого дотримується Міжнародна федерація гінекологів і акушерів (FIGO, 2019), критеріями прееклампсії є підвищення САТ до 140 мм рт. ст. і вище та/або ДАТ до 90 мм рт. ст. і вище у поєднанні з хоча б одним із таких симптомів:

- протеїнурія ($\geq 0,3$ г/добу);
- порушення функції нирок (рівень креатиніну крові ≥ 90 мкмоль/л);
- порушення з боку печінки (підвищення рівнів аланінамінотрансферази й аспартатамінотрансферази вдвічі або більше від норми в поєднанні або без болю в епігастрії чи правому підбер'ї);
- неврологічні ускладнення (сильний головний біль, мигтіння перед очима, порушення зору, сплутаність свідомості, інсульт);
- гематологічні порушення (тромбоцитопенія $< 100 \times 10^9$ /л, синдром внутрішньосудинного згортання крові, гемоліз).

Вказане визначення прееклампсії на тепер в Україні не є офіційно прийнятим.

За даними, які наводить FIGO у 2019 році, прееклампсія вражає 2-5% вагітних жінок. Тяжкі її форми нерідко призводять до дуже серйозних, інвалідизуючих, життєвонебезпечних ускладнень і материнської смертності, а також є причиною високої дитячої перинатальної захворюваності та смертності. Щороку від цього ускладнення у світі помирають 76 тис. жінок і 500 тис. малюків (FIGO, 2019).

Еклампсія характеризується нападом (нападами) епілептиформних судом, зумовлених гіпертензивною енцефалопатією у жінок із прееклампсією. Може виникати під час вагітності, пологів і в післяпологовому періоді. Еклампсія – найбільш тяжкий, життєвонебезпечний прояв гіпертензивних розладів у вагітних.

Чи зникає прееклампсія після закінчення вагітності?

– У більшості випадків найближчим часом після завершення вагітності прояви прееклампсії зникають. Інколи вони спостерігаються протягом 42 днів і навіть довше – до 3 міс після пологів. Це так звані залишкові явища прееклампсії. У випадках коли підвищений АТ або протеїнурія зберігаються більше 3 міс, йдеться про перехід ускладнення вагітності у хронічну патологію – ГХ або хронічну хворобу нирок.

Жінки, які перенесли АГ, зумовлену вагітністю, становлять групу високого ризику розвитку в подальшому житті тяжкої хронічної патології: ГХ (розвивається у 15,8 раза частіше і в більш молодому віці, ніж у жінок без прееклампсії в анамнезі), хронічної хвороби нирок, надлишкової маси тіла та абдомінального ожиріння, інсулінорезистентності й цукрового діабету 2-го типу, дисліпідемії, метаболічного синдрому. У таких пацієнток на фоні вказаних захворювань значно частіше виникають тяжкі судинні ускладнення; тривалість життя в них коротша: високий ризик смерті відзначається через 20 років після пологів.

У дітей, матері яких мали прееклампсію під час вагітності, із віком також виникає високий ризик розвитку інсулінорезистентності, цукрового діабету 2-го типу, ішемічної хвороби серця, АГ.

Що таке поєднана прееклампсія?

– Прееклампсія може виникати як у здорових жінок, так і у пацієнток із тією чи іншою патологією. Прееклампсія, що розвинулася на фоні АГ, яка передувала вагітності, розглядається як поєднана. Її симптоми такі ж самі, як і при прееклампсії без попередньої АГ. Як показують наші спостереження, певною мірою вони визначаються вихідними проявами АГ.

Так, у жінок із високим лабільним АТ частіше мають місце виражене підвищення тиску, значна протеїнурія, сильні набряки. В осіб із високою стабільною АГ на початку розвитку прееклампсії нерідко відзначається ще більш виражене збільшення АТ, натомість як протеїнурія відсутня або не досягає рівня 0,3 г/добу, а набряки ледь помітні.

Продовження на стор. 14.

Гіпертонічна хвороба у вагітних: питання та відповіді

Продовження. Початок на стор. 13.

У будь-якому разі ознаками поєднаної пreeкламсії вважаються наступні:

- поява у другій половині вагітності протеїнурії ($\geq 0,3$ г/добу) – найбільш вірогідна ознака;
- прогресування гіпертензії за низької ефективності антигіпертензивної терапії – імовірна ознака;
- поява генералізованих набряків;
- виникнення таких загрозливих симптомів, як сильний стійкий головний біль, порушення зору, біль у правому підребер'ї та/або епігастрії, гіперрефлексія, олігурія.

Поєднана пreeкламсія часто розвивається рано і має тяжкий перебіг.

? **Що розуміють під поняттям «неуточнена, або допологова некласифікована артеріальна гіпертензія»?**

— У випадках коли підвищення АТ відмічається при його вимірюванні вперше після 20 тиж вагітності й невідомо, яким тиск був до вагітності та/або в першій її половині, діагностують неуточнену, або допологову некласифіковану гіпертензію. Однак, якщо така АГ супроводжується гіпертрофією лівого шлуночка серця (ГЛШ) і немає жодних інших причин для її розвитку, крім підвищеного АТ, цей стан слід розцінювати як АГ, що передувала вагітності. Адаже при підвищенні АТ протягом декількох тижнів внаслідок АГ, зумовленої вагітністю, ГЛШ не встигає розвинути. За відсутності ГЛШ і нормалізації АТ протягом 42 днів після закінчення вагітності ретроспективно встановлюють діагноз гестаційної гіпертензії.

? **Ви провідний фахівець із питань ГХ у вагітних. Поговорімо більш детально саме про цю патологію. Як часто спостерігається ГХ у вагітних і до яких несприятливих наслідків може призводити?**

— ГХ нерідко має місце у жінок дітородного віку. У вагітних, на думку експертів ESC/ESH (2013), це захворювання зустрічається у 1-5% випадків. За даними досліджень, проведених нами (аналіз більш ніж 2 тис. карт індивідуального спостереження за вагітними у жіночих консультаціях різних районів м. Києва), ГХ має місце у 3,5% вагітних, тобто в кожній третій-четвертій особі зі ста. Частка ГХ складає близько половини усіх випадків гіпертензивних розладів у вагітних (рис. 1).

Факторами ризику розвитку ГХ у жінок молодого віку є обтяжена спадковість (виявляється у 94% вагітних), надмірна маса тіла або ожиріння (у 72% пацієнток), наявність в анамнезі пreeкламсії під час попередньої вагітності (вагітностей).

Виношування вагітності при цьому захворюванні пов'язане з частими тяжкими ускладненнями для матері, вкрай високою дитячою перинатальною захворюваністю і смертністю.

Найбільш характерним, частим і дуже несприятливим ускладненням у вагітних із ГХ є поєднана пreeкламсія, яка виникає майже у половині жінок із ГХ і складає третину всіх випадків пreeкламсії у вагітних (див. рис. 1). Розвиток пreeкламсії, особливо такої, що перебігає

у тяжкій формі, на відміну від ГХ без цього ускладнення, призводить до високого ризику виникнення в матері гострого порушення мозкового кровообігу, тяжкої ретинопатії, відшарування сітківки та втрати зору, гострої і хронічної ниркової недостатності, набряку легень. Такі акушерські ускладнення, як передчасні пологи, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, коагулопатичні кровотечі, також здебільшого спостерігаються на фоні пreeкламсії. Поєднана пreeкламсія, особливо тяжка й рання, є основною причиною тяжких порушень стану плода і новонародженого та втрати дитини у жінок із ГХ.

Так, за тяжкої поєднаної пreeкламсії, що розвинулась до 28 тиж вагітності, і на сьогодні втрачаємо майже всіх дітей. За тяжкої поєднаної пreeкламсії, що виникла у терміні 29-32 тиж вагітності, – втрачаємо близько 40% дітей. Ще близько 40% дітей мають дуже значні порушення при народженні: глибоку недоношеність, виражену гіпотрофію, дихальні розлади, порушення мозкового кровообігу тощо; вони потребують високопрофесійного тривалого, багатоетапного виходжування.

? **За яких проявів ГХ найбільш часто може приєднуватися пreeкламсія?**

— Наші дослідження показали, що розвиток поєднаної пreeкламсії, й у тому числі тяжкої ранньої, прямо пропорційний тяжкості ГХ, що в першу чергу визначається ступенем підвищення АТ (рис. 2).

При захворюванні I ступеня (АТ=140/90-159/99 мм рт. ст.), яке серед вагітних зустрічається здебільшого, пreeкламсія та інші ускладнення частіше виникають у жінок із надлишковою масою тіла й ожирінням, а у хворих із початковою нормальною масою тіла – за надмірного її збільшення до 28-30 тиж вагітності.

Значущим фактором розвитку поєднаної пreeкламсії у жінок із ГХ, незалежно від вихідної тяжкості захворювання, є пreeкламсія за попередньої вагітності, особливо тяжка, рання, що призвела до передчасних пологів і втрати дитини.

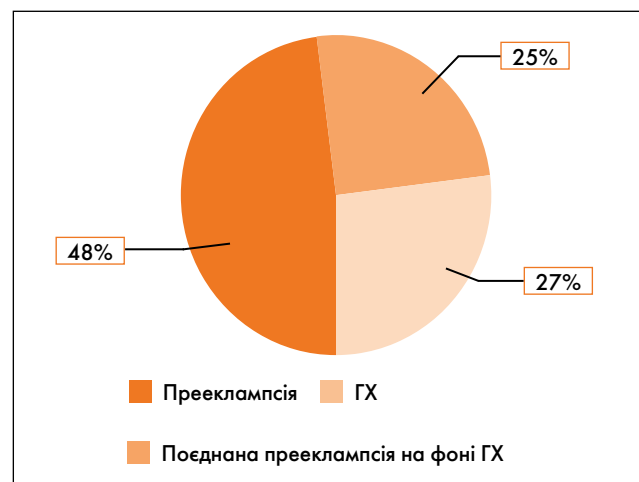


Рис. 1. Структура гіпертензивних розладів у вагітних

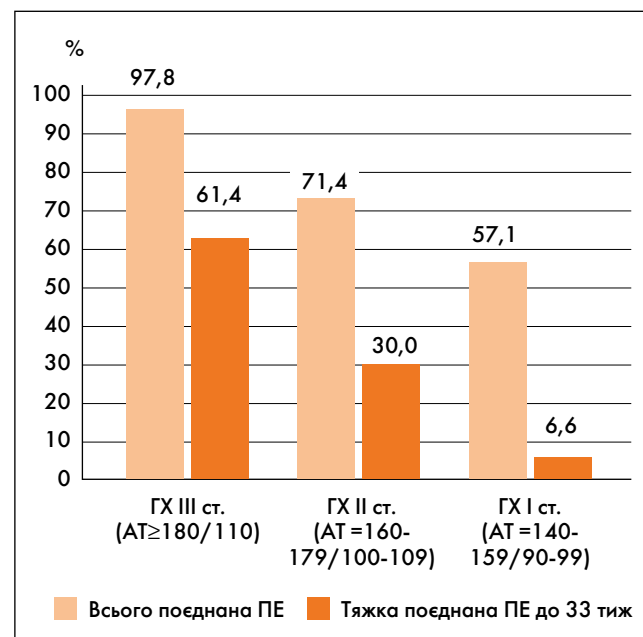


Рис. 2. Частота і тяжкість поєднаної пreeкламсії у жінок із ГХ залежно від вихідного ступеня підвищення АТ за результатами спостереження в умовах стаціонару в минулі роки до використання розробленого патогенетично обумовленого лікування

? **На які ще часті ускладнення можна очікувати у вагітних із ГХ?**

— В осіб із ГХ під час вагітності також часто виникають або прогресують метаболічні порушення: спостерігається патологічне збільшення маси тіла (у хворих із надлишковою масою тіла та ожирінням – у кожній другій); гестаційний цукровий діабет; гіперхолестеринемія, гіпертригліцеридемія, зниження рівня холестерину ліпопротеїдів високої щільності, підвищення рівня холестерину ліпопротеїдів низької щільності.

? **Чи можна зменшити частоту ускладнень для матері та дитини у вагітних із ГХ і як цього досягти?**

— У результаті багаторічних досліджень, що проводилися в ІПАГ, у тому числі за нашої участі, сьогодні стало можливим більш ефективно надання медичної допомоги жінкам із ГХ і, як наслідок, покращення закінчення вагітності для матері та дитини у цієї категорії хворих.

Завданнями при наданні медичної допомоги вагітним із ГХ є наступні:

- раннє виявлення захворювання;
- визначення ступеня тяжкості хвороби;
- своєчасне вирішення питання про можливість виношування вагітності;
- ретельне спостереження за жінкою, починаючи з ранніх термінів вагітності;
- проведення патогенетично обґрунтованих лікувально-профілактичних заходів, спрямованих передусім на запобігання розвитку поєднаної пreeкламсії, особливо тяжких і ранніх її форм, та забезпечення нормального розвитку плода.

Питання виявлення ГХ у вагітних, визначення тяжкості захворювання, диференціальної діагностики ГХ і деяких вторинних АГ, а також спостереження за хворими під час гестації будуть розглянуті в наступній нашій розмові.

КНИЖКОВА ПОЛИЦЯ



Нетримання сечі у жінок: навчальний посібник

За ред. В.І. Горового, О.І. Яцини. – Вінниця: ТОВ «Твори», 2020. – 460 с.: іл.

Навчальний посібник висвітлює сучасні питання анатомії, термінології, епідеміології, етіології, патофізіології, діагностики та лікування різних видів нетримання сечі у жінок. Наведена власна оригінальна класифікація стресового нетримання сечі у жінок, а також методи консервативного та хірургічного лікування цього поширеного захворювання з позицій уродинамічних досліджень. Представлено сучасні класифікації пролапсів тазових органів та методи їх корекції у жінок із нетриманням сечі. Описані причини, методи діагностики та лікування імперативного, нейрогенного, парадоксального, коїтального, функціонального та нетримання сечі після завершення акту сечовипускання, які недостатньо повно описані у вітчизняній літературі. Дана характеристика сучасним абсорбуючим захисним гігієнічним засобам для пацієнток із нетриманням сечі.

Пропонується для практичного використання урологам, акушерам-гінекологам, хірургам, невропатологам, сімейним лікарям, фізіотерапевтам, клінічним ординаторам, інтернам, а також студентам вищих медичних закладів III-IV рівня акредитації.

Стосовно придбання посібника звертатися за тел.: 0977518153.