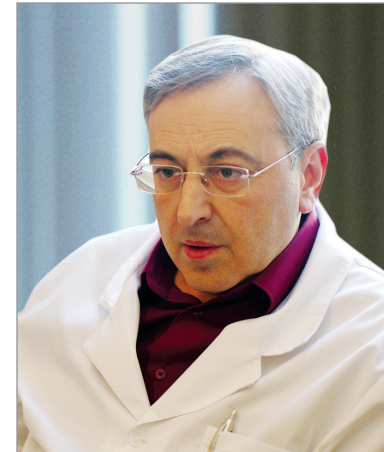


# Артеріальна гіпертензія у вагітних: що змінилося і що залишилося незмінним?

**29-30 листопада 2012 року в м. Києві відбулася Всеукраїнська науково-практична конференція «Інноваційні технології лікування та профілактики артеріальної гіпертензії в амбулаторно-поліклінічній практиці». У рамках заходу було розглянуто питання, які стосувалися артеріальної гіпертензії (АГ) у вагітних. Про останні зміни у веденні та лікуванні АГ під час вагітності розповів керівник відділу внутрішньої патології вагітних Інституту педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України, член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор Володимир Ісакович Медведь.**



В.І. Медведь

— Клінічне значення АГ у вагітних прийнято розглядати крізь призму впливу цієї патології на стан матері і плода. Залишаючись однією з основних причин материнської та перинатальної смертності, АГ зумовлює ризик цереброваскулярних катастроф, передчасного відшарування плаценти, поліорганної недостатності, ДВЗ-синдрому, затримки внутрішньоутробного росту, недоношеності і дистресу плода. АГ є причиною 25% усіх госпіталізацій вагітних жінок.

Відсутність гіпертензивних розладів під час вагітності свідчить про мінімальні ризики розвитку кардіоваскулярної патології в майбутньому, водночас як гестаційна гіпертензія, так і преєклампсія підвищують ризик есенціальної гіпертензії (у 4 рази), інфаркту міокарда (у 2 рази) та інсульту в подальшому житті. Тобто клінічно значуща АГ у вагітних є настільки ж актуальною проблемою, як і поза вагітністю, однак має істотну специфіку.

Передусім слід врахувати, що за нормального перебігу вагітності артеріальний тиск (АТ) має тенденцію до зниження. Зниження АТ починає відбуватися з діастолічного компонента в першому триместрі і продовжується у другому триместрі зниженням як систолічного (САТ), так і діастолічного (ДАТ) тиску — це явище отримало назву «феномен гіпотензивної дії вагітності». Розуміння цього фізіологічного процесу важливе для ведення вагітних з АГ в анамнезі, оскільки нормалізація АТ у цей період без лікування призводить до помилкового уявлення про відсутність хвороби. Починаючи з другої половини вагітності АТ повертається до вихідних значень з чіткою тенденцією до зростання. Ці дані змусили переглянути низку усталених положень щодо АГ у вагітних, якими користувалися у 80-90-х роках минулого століття — відповідно до них діагноз АГ встановлювали у випадку збільшення САТ на 30 та/або ДАТ на 15 мм рт. ст. від вихідного показника. Таким чином, у жінки, яка до вагітності мала звичайний рівень АТ 90/60 мм рт. ст., АГ чи, точніше, пізній гестоз встановлювали при АТ 120/80 мм рт. ст.

На сьогодні АГ діагностують лише у разі підвищення АТ до 140/90 мм рт. ст. або вище.

Класифікація АГ у вагітних за рівнем тиску до останнього часу була тождальною такою поза вагітністю. Лише 2012 року ESC запропонувало замість звичних трьох ступенів АГ використовувати два ступені АГ (табл.).

Таблиця. Класифікація АГ за рівнем тиску		
Ступінь	WHO-ISH, 1999 (усі пацієнти)	ESC, 2011 (вагітні жінки)
Легкий	140-159/90-99 мм рт. ст.	140-159/90-109 мм рт. ст.
Помірний	160-179/100-109 мм рт. ст.	—
Важкий	≥180/110 мм рт. ст.	≥160/110 мм рт. ст.

## Якими документами регулюється ведення вагітних з АГ?

На сьогодні існують чотири базові документи, які регламентують дії лікаря при АГ у вагітних жінок:

- клінічний протокол «Гіпертензивні розлади під час вагітності» (наказ МОЗ України № 676 від 31.12.2004 р.);
- рекомендації з ведення АГ Європейського товариства гіпертензії і Європейського кардіологічного товариства (ESC/ESH, 2007);
- рекомендації з ведення кардіоваскулярних хворих під час вагітності (ESC, 2011);
- уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія» (наказ МОЗ України № 384 від 24.05.2012 р.).

Необхідно зазначити, що перераховані протоколи і європейські рекомендації до певної міри суперечать один одному, що ускладнює єдиний підхід до лікування та нерідко створює зайві медичні і правові колізії. Крім того, Національний клінічний протокол було створено на базі даних Міжнародного товариства з вивчення артеріальної гіпертензії у вагітних (ISSHP) від 2000 року, що зумовлює додаткові розбіжності. Наприклад, згідно з останніми рекомендаціями ESC (2011) запропоновано поділяти АГ лише на дві категорії — легку і важку; важкою слід вважати АГ з показниками АТ ≥160/110 мм рт. ст. Термін «хронічна АГ» замінено на термін «АГ, що існувала раніше», граничну норму протеїнурії, за якої діагностують преєклампсію, збільшено з 0,3 до 3 г/л, а період спостереження для рекласифікації категорії АГ після пологів зменшено удвічі — з 12 до 6 тижнів.

Відповідно до нашого протоколу 2004 року саме за показниками ДАТ визначають ступінь тяжкості асоційованої з вагітністю АГ, а контроль ефективності антигіпертензивної терапії здійснюють також на підставі лише ДАТ. Однак уже в настанові 2007 року ESC було запропоновано оцінювати як САТ, так і ДАТ, що підтверджено настановою ESC 2011 року.

Рекомендації ESC (2011) виділяють такі категорії АГ у вагітних жінок:

- АГ, що існувала раніше (1-5%), — підвищений АТ до вагітності або до 20 тижнів теперішньої вагітності.
- Гестаційна АГ (6-7%) — індуковане вагітністю підвищення АТ після 20 тижнів без протеїнурії. У більшості випадків, але не завжди, минає через 6 тижнів після пологів.
- Преєклампсія — індуковане вагітністю підвищення АТ після 20 тижнів з протеїнурією (>3 г/добу). Минає впродовж 6 тижнів після пологів. Характеризується органічною гіпоперфузією.
- АГ, що існувала раніше, в поєднанні з преєклампсією (поєднана преєклампсія) — прогресування підвищення АТ та/або поява протеїнурії (≥ 3г/добу) після 20 тижнів у хворі з попередньою АГ.
- Антенатально не уточнена АГ — підвищення АТ, уперше виявлене після 20 тижнів, за відсутності інформації про попередній рівень АТ. У випадках, коли протягом 6 тижнів після пологів АТ нормалізується, не уточнену АГ (з або без протеїнурії) рекласифікують як гестаційну. У протилежному випадку АГ класифікують як таку, що існувала раніше.

Окремим пунктом у проблемі АГ у вагітних стоїть преєклампсія. Можна стверджувати, що це найгостріший аспект цієї проблеми.

Передусім слід зауважити, що згідно з даними багаточисельних контрольованих досліджень підтримання АТ на нормальному рівні у пацієнтки з АГ, що існувала раніше, не попереджає жодного випадку преєклампсії. Проте неправильно вважати, що корекція АТ недоцільна. Нормалізація АГ зменшує ступінь тяжкості преєклампсії у разі її розвитку, покращує наслідки вагітності для матері, але з одночасним погіршенням перинатальних наслідків. Антигіпертензивна терапія в період вагітності за відносно невисокого АГ є, безумовно, корисною для матері, але має певний негативний вплив на стан плода.

Доречно повідомити, що на сьогодні проведено багато досліджень, які демонструють переваги того чи іншого способу діагностики АГ. Під час порівняння дискретного вимірювання АТ з добовим моніторингом з'ясувалося, що у вагітних жінок добовий моніторинг має переваги щодо прогнозування передчасних пологів, протеїнурії в майбутньому, низької маси новонародженого, наслідків вагітності в цілому. При порівнянні результатів вимірювань офісного й амбулаторного АТ встановлено, що останній має більше прогностичне значення для діагностики та контролю терапії АГ.

Загалом для лікаря важливо розуміти мету надання медичної допомоги у вагітній з АГ, яка залежатиме від форм АГ. У випадках АГ, що існувала раніше, медична допомога має бути спрямована не на нормалізацію АТ, а на попередження приєднання преєклампсії. При гестаційній АГ та преєклампсії мета медичної допомоги полягає в профілактиці важких форм преєклампсії та попередженні еклампсії.

## Як попереджувати преєклампсію?

Перш ніж перейти до рекомендацій, дозволяє зробити загальне зауваження — про попередження преєклампсії можна говорити з певною умовністю, оскільки фактично це мало реалістичне завдання. Окрім того, методи профілактики преєклампсії у вагітних з АГ постійно зазнають змін. Так, 2004 року з цією метою було рекомендовано прийом кальцію (2 г/добу), аспірину (60-100 мг/добу) та риб'ячого жиру починаючи з 20 тижнів вагітності. 2007 року ESC, посилаючись на результати багаточисельних досліджень, рекомендує відмовитися від застосування кальцію та риб'ячого жиру як неефективних заходів. Найбільш контрверсійною позицією 2007 року виявилася рекомендація щодо призначення аспірину лише жінкам, які мали в анамнезі ранню преєклампсію (до 28 тижнів), адже відомо, що цей стан найчастіше виникає саме за першої вагітності. Преєклампсія — це хвороба першої вагітності і, за логікою, усі зусилля мали б спрямовуватися саме на таких пацієнток. У 2011 році ESC повертає кальцій, але у вдвічі зменшеній дозі (1 г/добу), та рекомендує аспірин (75-100 мг/добу) усім жінкам з АГ, що народжують уперше, причому з 13-го тижня.

Наразі дозволяє розглянути три стандартні клінічні ситуації, тактика ведення яких зазнала певних змін.

1. САТ 140-149 мм рт. ст., ДАТ 90-95 мм рт. ст. Відповідно до сучасних рекомендацій такі показники АТ не потребують використання антигіпертензивних препаратів, обмеження солі та зниження маси тіла, до чого часто вдаються практикуючі лікарі, що певною мірою можна пояснити інертністю мислення. У цій клінічній ситуації рекомендовано ретельне спостереження та обмеження активності.

2. САТ ≥170 мм рт. ст., ДАТ ≥110 мм рт. ст. Такий стан розцінюють як невідкладний, що потребує екстреної госпіталізації та терапії. У стаціонарних умовах з метою зниження АТ застосовують лабеталол внутрішньовенно, після чого призначають пероральне введення метилдофи та ніфедипіну. У разі розвитку гіпертензивного кризу, незважаючи на відомі недоліки, показано використання нітропрусида натрію. Якщо у жінки з преєклампсією розвинувся набряк легень, то їй обов'язково призначають нітрогліцерин внутрішньовенно крапельно. Болосне введення сульфату магнію з подальшою інфузією призначають за тяжкої преєклампсії, термін розродження в такому випадку становить 24 год.

3. САТ ≥150, але <170 мм рт. ст., ДАТ ≥95, але <110 мм рт. ст. Якщо попередні клінічні ситуації не викликають сумнівів щодо тактики ведення таких вагітних, то так би мовити проміжний стан є неоднозначним у зв'язку з недоведеністю доцільності й користі постійної антигіпертензивної терапії. Аргументами за проведення лікування є теоретична користь нормотензії для матері та кращі материнські наслідки, тоді як проти лікування — відносно низький ризик серцево-судинних ускладнень через коротку тривалість вагітності та кращі неонатальні наслідки.

Згідно з рекомендаціями ESC 2011 року постійну антигіпертензивну терапію слід проводити, коли САТ ≥150 мм рт. ст. та/або ДАТ ≥95 мм рт. ст., у жінок з АГ, що існувала раніше; за САТ ≥140 мм рт. ст. та/або ДАТ ≥90 мм рт. ст. у випадках гестаційної АГ з або без протеїнурії, поєднаної преєклампсії, субклінічних органних порушень, наявності симптомів АГ у будь-якому терміні вагітності.

Перелік дозволених антигіпертензивних препаратів (ESC, 2011) включає метилдофу, лабеталол, бета-блокатори, дигідропіридинові антагоністи кальцію та урапідил, що вперше офіційно рекомендовані. У настановах 2011 року категорично заборонені є інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту та блокатори рецепторів ангіотензину II, не рекомендуються діуретики, не згадуються в міжнародних документах клонідин, агоністи центральних імідазолінових рецепторів, периферичні β<sub>1</sub>-адреноблокатори. При цьому необхідно зазначити, що збереження метилдофи в якості препарату першого вибору пов'язане не стільки з її ефективністю, скільки з безпекою для плода.

Таким чином, з появою нових рекомендацій ESC (2011) у веденні вагітних з АГ відбулися такі зміни:

- враховуються значення не лише ДАТ, а й САТ;
  - АГ у вагітних має два ступені тяжкості;
  - протеїнурія ≥3 г/л — критерій діагностики преєклампсії;
  - гідралазин виключений з переліку препаратів першої лінії;
  - урапідил включено до переліку препаратів, рекомендованих під час вагітності;
  - повернення кальцію як засобу профілактики преєклампсії;
  - збільшення мінімальної дози аспірину для профілактики поєднаної преєклампсії до 75 мг/добу і перенесення початку прийому на ранній термін вагітності.
- Залишилися незмінними:
- надзвичайна клінічна значущість АГ у вагітних;
  - складність лікування усіх варіантів гіпертензивних розладів, особливо преєклампсії;
  - низька ефективність існуючих методів попередження поєднаної преєклампсії;
  - відсутність набряків серед діагностичних критеріїв преєклампсії;
  - істотні відмінності стратифікації ризиків у разі АГ під час та поза вагітністю.

Підготував **Анатолій Якименко**