

© В.В. Свистак, М.М. Блецкан, О.А. Рішко, Ю.Ю. Левкулич, С.Я. Левкулич, 2014

УДК: 618.3 – 06: 616.12: 008.331.1

В.В. СВИСТАК, М.М. БЛЕЦКАН, О.А. РІШКО, Ю.Ю. ЛЕВКУЛИЧ, С.Я. ЛЕВКУЛИЧ  
*Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра факультетської терапії, Ужгород*

## ВИВЧЕННЯ РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ СИМПТОМАТИЧНИХ АРТЕРІАЛЬНИХ ГІПЕРТЕНЗІЙ СЕРЕД ВАГІТНИХ

З метою вивчення розповсюдженості артеріальних гіпертензій у вагітних жінок та розробки критерій диференційованого підходу до принципів корекції рівня артеріального тиску у даній категорії осіб з урахуванням сучасних європейських та вітчизняних рекомендацій проаналізовано 722 історії хвороб та індивідуальні карти вагітних, котрі перебували на обліку у перинатальному центрі м. Ужгород впродовж 2004 – 2009 рр. Встановлено, що в структурі екстрагенітальної патології обстежених вагітних провідне місце належало вторинним (симптоматичним) артеріальним гіпертензіям, серед яких домінує артеріальна гіпертензія ниркового генезу (61,1%).

**Ключові слова:** симптоматичні артеріальні гіпертензії, гіпертензії ниркового генезу

**Вступ.** Артеріальна гіпертензія є найбільш розповсюдженою патологією в групі серцево-судинних захворювань, що істотно впливає на такі основні показники здоров'я населення, як захворюваність, тимчасова та стійка втрата працездатності, тривалість життя, смертність [6]. Удосконалення надання медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію з використанням сучасних стандартизованих підходів, які ґрунтуються на засадах доказової медицини, має пріоритетне значення для системи охорони здоров'я. Проблема ефективного контролю артеріальної гіпертензії серед населення України, особливо серед вагітних, потребує подальшої активізації зусиль медичних працівників первинних структур охорони здоров'я, спрямованих на виявлення хворих із підвищеним артеріальним тиском, створення у них мотивації до тривалого та ефективного лікування і корекції супутніх факторів ризику [2]. Зокрема, наявність артеріальної гіпертензії підвищує ризик загальної смертності у жінок в 2,0 разу. В усьому світі вона в значній мірі визначає материнську та перинатальну захворюваність і смертність. Серед різних видів екстрагенітальної патології у вагітних гіпертензивні стани займають одне із провідних місць. За даними ВООЗ, серед причин материнської смертності близько 40% випадків припадає на гіпертензивні синдроми будь-якого генезу. Артеріальна гіпертензія (АГ) збільшує ризик відшарування нормально розташованої плаценти, може бути причиною порушення мозкового кровообігу, відшарування сітківки, еклампсії, масивних коагулопатичних кровотеч внаслідок відшарування плаценти [1]. Ускладненнями також є прогресуюча плацентарна недостатність і синдром затримки розвитку плоду, а в важких випадках – асфіксія та його загибель.

Ведення вагітних жінок з артеріальною гіпертензією регламентують чотири базові документи [3]:

– клінічний протокол «Гіпертензивні розлади під час вагітності» (наказ МОЗ України № 676 від 31.12.2004 р.);

– рекомендації з ведення хворих з артеріальними гіпертензіями Європейського товариства гіпертензії та 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.).

Серед симптоматичних артеріальних гіпертензій найбільше трапляється саме АГ внаслідок ураження нирок (27% усіх симптоматичних АГ). Тому важливим питанням у сучасному акушерстві та терапії є раціональне ведення та лікування вагітних із артеріальною гіпертензією, як одного із відповідальних моментів успішного завершення вагітності.

Необхідно також враховувати, що наявність артеріальної гіпертензії під час вагітності підвищує ризик есенціальної гіпертензії у 4 рази, інфаркту міокарда та інсульту – у 2 рази в подальшому житті жінки. Тобто, клінічно значуща артеріальна гіпертензія у вагітних є настільки ж актуальною проблемою, як і поза вагітністю, однак має істотну специфіку [5].

**Мета дослідження.** Вивчити розповсюдженість симптоматичних артеріальних гіпертензій у вагітних жінок та розробити критерії диференційованого підходу до принципів корекції рівня артеріального тиску у даній категорії осіб з урахуванням сучасних європейських та вітчизняних рекомендацій.

**Матеріали та методи.** Було проаналізовано 722 історії хвороб та індивідуальні карти вагітних, котрі знаходились на обліку у перинатальному центрі м. Ужгород впродовж 2004–2009 рр. Середній вік обстежених становив 27,3±7,4 року з діапазоном від 19 до 41 року.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Аналіз отриманих даних свідчить, що есенціальна артеріальна гіпертензія спостерігається у

115 вагітних (15,9%), а симптоматичні артеріальні гіпертензії діагностуються у 607 осіб (84,1%). Серед захворювань, що зумовлюють вторинну (симптоматичну) артеріальну гіпертензію, ниркова гіпертензія спостерігається у 370 вагітних (61,1%), ендокринна гіпертензія – у 135 осіб (18,7%), гемодинамічна гіпертензія – у 114 обстежених (15,8%), центрогенна гіпертензія – у 32 вагітних (4,4%). Відзначається негативна тенденція зростання розповсюдженості артеріальної гіпертензії ниркового генезу протягом 2004–2009 років. Зокрема, частота симптоматичної артеріальної гіпертензії ниркового генезу складала відповідно: у 2004 р. – 58,6 %, у 2005 р. – 58,1 %, у 2006 р. – 58,0 %, у 2007 р. – 59,8 %, у 2008 р. – 60,3 % та в 2009 р. – 61,1 %.

У даній роботі розглянута ниркова гіпертензія як найбільш часта серед симптоматичних артеріальних гіпертензій за 2004 – 2009 рр. Із анамнезу було виявлено, що причинами ниркових гіпертензій були: нефроптоз – у 11 вагітних (2,9%), пієлонефрит – у 156 вагітних (42,1%), сечокам'яна хвороба – у 131 особи (35,6%), гломерулонефрит – у 72 обстежених (19,4%). Виходячи з вказаного вище, необхідним є подальше вдосконалення методів прогнозування виникнення артеріальної гіпертензії у вагітних, її профілактика та лікування ще при плануванні вагітності як один із методів попередження материнської та перинатальної захворюваності і смертності.

Вагітним з артеріальною гіпертензією призначалось немедикаментозне та медикаментозне лікування з урахуванням рекомендацій клінічного протоколу «Гіпертензивні розлади під час вагітності» (наказ МОЗ України № 676 від 31.12.2004 р.).

Немедикаментозна терапія включала:

- дотримання режиму (виключення значного психологічного навантаження, раціональний режим праці та відпочинку, не менш як двогодинний відпочинок вдень, бажано лежачи на лівому боці після 30 тижня вагітності);

- раціональне харчування з добовою калорійністю 2500–2800 ккал у I половині вагітності і 2900–3500 ккал у II половині вагітності та підвищеним вмістом білка і поліненасичених жирних кислот; обмеження тваринних жирів, холестерину та продуктів, що викликають спрагу; достатній вміст у добовому раціоні магнію (магній – В 6 преміум) починаючи з 12–14 тижня вагітності, калію, кальцію (до 1 г на добу кальція карбонату (мінеральний) або кальциферолу в добовій дозі, що не перевищує 400 МО – як засобу профілактики прееклампсії) та вітамінів;

- психотерапія і лікувальна фізкультура призначалась за показанням 462 вагітним з артеріальною гіпертензією (63,9 %).

Виношування вагітності на тлі артеріальної гіпертензії супроводжується значною кількістю ускладнень вагітності та пологів, порушенням стану плоду та новонародженого. Результати

провідних європейських досліджень [1] показують, що для успішного завершення вагітності для матері та дитини при артеріальній гіпертензії важливим є усунення дефіциту магнію. Для цього з урахуванням рекомендацій клінічного протоколу «Гіпертензивні розлади під час вагітності» (наказ МОЗ України № 676 від 31.12.2004 р.) 722 вагітним з артеріальною гіпертензією, що знаходились на обліку у перинатальному центрі м. Ужгород призначали пероральні препарати магнію упродовж усієї вагітності, починаючи з 14-го її тижня.

За результатами проведеного дослідження встановлено, що немедикаментозними заходами вдавалось досягнути стабілізації рівня артеріального тиску у 525 вагітних (72,7%). Проте 197 обстежених (27,3 %) потребували призначення медикаментозної терапії. Використовувався диференційований підхід до медикаментозного лікування даної категорії вагітних. Призначалися препарати найбільш безпечні для матері та плода, дія яких під час вагітності добре вивчена та перевірена часом [5]. Перевага надавалася таким препаратам, як  $\alpha$ -метилдопа (найбільш безпечний для плоду препарат), клонідин (з деякими обмеженнями), блокатори кальцієвих каналів з групи дигідропіридинів (амлодипін), селективні бета-адреноблокатори (метопролол).

Згідно з рекомендаціями клінічного протоколу «Гіпертензивні розлади під час вагітності» (наказ МОЗ України № 676 від 31.12.2004 р.) вагітним категорично протипоказані інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту і блокатори рецепторів ангіотензину II (доведена тератогенна дія), препарати резерпіну (не виключена можливість тератогенної дії та так званого резерпінового симптомокомплексу у новонароджених), з деяким обмеженням – сечогінні (у зв'язку з можливістю зменшення об'єму циркулюючої крові, що може погіршити матково-плацентарно-плодове кровопостачання) [5].

В ході дослідження встановлено, що монотерапію антигіпертензивними препаратами отримували 172 вагітних (87,1 %), комбінацію 2-х препаратів – 25 вагітних з артеріальною гіпертензією (12,9 %). Крім того, якщо причиною артеріальної гіпертензії ниркового генезу був пієлонефрит, додатково призначали антибактеріальні препарати з урахуванням їх впливу на плід. При цьому перевага надавалася антибактеріальним препаратам пеніцилінового (67,3 % випадків) та цефалоспоринового (32,7 % випадків) ряду в основному після попереднього бактеріологічного посіву сечі та даних антибіотикограми [4].

#### Висновки.

1. Серед вагітних, що знаходились на обліку в перинатальному центрі м. Ужгород впродовж 2004–2009 рр. у структурі екстрагенітальної патології провідне місце належало вторинним (симптоматичним) артеріальним гіпертензіям, з них на гіпертензії ниркового генезу припадає 61,1 %.

2. За період із 2004 по 2009 рр. спостерігається відносно зростання розповсюдженості симптоматичної артеріальної гіпертензії ниркового генезу, що може бути пов'язано зі збільшенням кількості вагітних з патологією нирок та покращенням рівня діагностики даної патології ще при плануванні вагітності.

3. Необхідним є подальше вдосконалення методів прогнозування виникнення артеріальної гіпертензії у вагітних, її профілактика та лікування ще при плануванні вагітності, як один із методів попередження материнської і перинатальної захворюваності та смертності.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Артеріальна гіпертензія. Оновлена та адаптована клінічна настанова, заснована на доказах (2012 рік) // Артеріальна гіпертензія. — 2012. — № 1. — С. 131—137.
2. Горбась І.М. Оцінка ефективності «Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні» за даними епідеміологічних досліджень / І.М. Горбась, О.О. Смирнова, І.П. Кваша // Артеріальна гіпертензія. — 2010. — № 6. — С. 51—67.
3. Медведь В.І. Артеріальна гіпертензія у вагітних: що змінилося і що залишилося незмінним? / В.І.Медведь // Здоров'я України. — 2013. — № 2 (27). — С. 69.
4. Медведь В.І., Туманова Л.Є. Неускладнені інфекції сечових шляхів у вагітних / В.І. Медведь, Л.Є. Туманова // Therapia. — 2007. — № 3. — С. 35—39.
5. Рекомендації Української Асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. Посібник до Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії / від. ред. Є.П. Свіщенко. — К.: ПП ВМБ, 2008. — 80 с.
6. Сіренко Ю.М. Артеріальна гіпертензія та супутня патологія / Ю.М. Сіренко. — Донецьк, 2010. — С. 112—115.

V.V. SVYSTAK, M.M. BLETSKAN, O.A. RISHKO, Y.Y. LEVKULYCH, S.Y. LEVKULYCH

*Uzhhorod National University, Medical Faculty, Department of Faculty Therapy, Uzhhorod*

#### THE STUDY OF THE SHREAD OF SYMPTOMATIC ARTERIAL HYPERTENSION AMONG PREGNANT WOMEN

722 medical histories and individual maps of pregnant women, who were registered in the perinatal center of Uzhhorod during 2004–2009 pp., have been analyzed. This has been conducted in order to study the prevalence of arterial hypertension with pregnant women and the development of criteria for a differentiated approach to the principles of correction of blood pressure in this category taking into account the current European and national guidelines. It has been established that the leading place in the structure of extragenital pathology of the surveyed pregnant women was occupied by the secondary (symptomatic) hypertension, among which hypertension of renal origin dominates (61,1 %).

**Key words:** symptomatic hypertension, renal hypertension

**Стаття надійшла до редакції: 18.04.2014**