

Лікування гіпертензії під час вагітності

Гіпертонічні розлади під час вагітності (ГРВ) зустрічаються приблизно у 7% всіх вагітностей в Канаді. ГРВ включає в себе багато різних захворювань: хронічна гіпертензія (тобто наявна гіпертензія до 20 тижня вагітності), гестаційна гіпертензія (тобто гіпертензія, яка розвивається після 20 тижня вагітності), та / або преєклампсія / еклампсія (гестаційна гіпертензія з протеїнурією та / або залученням органу-мішені). ГРВ впливають на стан матері, плоду та новонародженого, включаючи: обмеження росту плода, передчасні пологи, захворювання плоду та новонародженого і смерть.

Після вагітності з'являються свідчення про те, що жінки з ГРВ представляють популяцію з високим ризиком для розвитку серцево-судинних захворювань (гіпертонічна хвороба, цукровий діабет 2 типу, ожиріння), хронічні захворювання нирок, серцево-судинні захворювання і смерть від кардіоваскулярних хвороб.

Примітно, що ГРВ є значним фактором ризику серцево-судинних захворювань, пов'язаних з поступово підвищеним ризиком серцево-судинних захворювань зі збільшенням важкості ГРВ у жінок з гестаційною гіпертензією з 1,7 до 4,4.

Тому що ГРВ є досить поширеними і мають важливі короточасні і довгострокові наслідки для здоров'я, цільова аудиторія асоціації Гіпертонічної хвороби Канади висловила потребу в керівництві з лікування гіпертензії під час вагітності. У відповідь на це в 2014 році була сформована підгрупа для вивчення вагітних, що базується на фактичних даних тиску для розробки керівних принципів. Потім

було встановлено партнерство асоціацією Гіпертонічної хвороби Канади між та Товариством акушерів-гінекологів Канади (SOGC) для забезпечення гармонізації керівних принципів шляхом спільної розробки керівних принципів, а також для більш широкого досягнення рекомендацій.

Методи

Керівні принципи Гіпертонічної хвороби Канади щорічно змінюються через високо структурований і систематичний процес призначений для мінімізації випадків.

Методологічні фахівці розділені на 16 підгруп. Підгрупа, що відповідає за вивчення вагітності складалася з 8 членів з широким спектром експертиз, у тому числі внутрішньої медицини, а також акушерства (2 члени від SOGC материнського підкомітету з фетальної медицини).

Вичерпний пошук літератури виконував висококваліфікований медичний бібліотекар на основі ключових слів і термінів, передбачених підгрупою. Початковий пошук літератури було виконано у червні 2015 року та оновлено у червні 2016 року. Літературу переглядали і оцінювали з використанням стандартизованого методу, що був розроблений асоціацією гіпертонічної хвороби Канади.

Проблеми дослідження під час вагітності

У акушерстві існує кілька методологічних проблем дослідження, пов'язаних з тиском, які були враховані під час гіпертензії у процесі розробки рекомендацій щодо вагітних (Таблиця 1).

По-перше, визначення гіпертензії під час вагітності змінилося з плином часу. Старі дослідження включали вагітних жінок з діастолічним АТ (ДАТ) 90 мм рт.ст., тоді як більш пізні дослідження включали жінок з систолічним АТ (САТ) 140 мм рт.ст. або ДАТ 90 мм рт. Точно так само і визначення важкої гіпертензії під час вагітності скоротилася з 170/110 мм рт.ст. до 160/110 мм рт.ст. після асоціації з інсультом під час вагітності з меншим рівнем АТ.

По-друге, як зазначалося раніше, ГРВ представляють широкий спектр захворювань, що розрізняються патофізіологією. Таким чином, клінічні результати (наприклад, маса тіла новонароджених) може бути результатом основного процесу (тобто материнської ендотеліальної дисфункції), а не тільки материнських значень АТ.

Далі, є відсутність консенсусу щодо визначення преєклампсії, починаючи з обмеженого визначення (гестаційна гіпертензія плюс протеїнурія) до більш широкого визначення (гестаційна гіпертензія плюс протеїнурія або 1 відповідне ускладнення з боку органу-мішені).

По-третє, тривалість антигіпертензивного лікування під час вагітності відносно коротка (часто від декількох тижнів до місяців) порівняно з дослідженнями гіпертензії у не вагітних популяціях.

По-четверте, клінічні результати в дослідженнях гіпертензії під час вагітності, як правило, не мають серйозних серцево-судинних наслідків (тобто серцево-судинних захворювань або кардіоваскулярної смертності), які пов'язані з більш високими оцінками в системі класифікації асоціації гіпертензії Канади. Для дослідження гіпертензії під час вагітності використовують інші клінічні результати (наприклад, важка гіпертензія 160/110 мм рт.ст., передчасні пологи тощо).

Рекомендації Hypertension Canada's 2018

Лікування гіпертензії під час вагітності

Вимірювання та діагностика

Точне вимірювання АТ має важливе значення для розпізнання і лікування ГРВ. Детальна інформація про вимірювання АТ, а також класифікація та визначення ГРВ, представлені в керівництві SOGC за 2014 рік, «Діагностика, оцінка і лікування гіпертензивних порушень під час вагітності». Стисло, у жінок повинен бути виміряний АТ згідно стандартизованого протоколу в спокої, в тихому середовищі, в положенні сидячи, рука має знаходитись на рівні серця з використанням манжети відповідного розміру (тобто довжиною, яка є більшою в 1,5 рази, ніж окружність плеча). Для цього слід використовувати руку з більш високими значеннями АТ для моніторингу АТ та діагностики гіпертензії. При невисокому підвищенні АТ слід повторно виміряти АТ при цьому ж візиті, принаймні через 15 хвилин після першого вимірювання. Більше 50% жінок під час першого вимірювання АТ мають показники $\geq 140/90$ мм рт.ст. через ефект «білого халату».

Гіпертензія під час вагітності визначається, коли САТ ≥ 140 мм рт.ст. та / або ДАТ ≥ 90 мм рт.ст. (в середньому щонайменше після 2 вимірювань, що проводили принаймні через 15 хвилин один від одного). Важкість гіпертензії під час вагітності визначається на підставі наявності залучення органу-мішені (матері або плоду), а також фактичного рівня АТ. Рівні АТ між 140/90 мм рт.ст. < 160/110 мм рт.ст. вважаються неважкою гіпертензією під час вагітності. АТ 160/110 мм рт.ст. пов'язаний з підвищеним ризиком виникнення інсульту у матері під час вагітності і тому вважається діагностичним порогом важкої гіпертензії під час вагітності. Класифікація ГРВ підсумована на малюнку 1.

1. Лікування неважкої гіпертензії (АТ 140-159 / 90-109 мм рт.ст.) під час вагітності

Лікування ГРВ при неважкій гіпертензії під час вагітності є важливим для зменшення ускладнень у матері, плоду і новонародженого, включаючи: переривання вагітності, потребу новонародженого в високому рівні неонатального догляду, передчасні пологи і низьку вагу при народженні.

У систематичному огляді Cochrane Collaboration 2014, було виявлено зв'язок між використанням антигіпертензивних препаратів для лікування неважкої гіпертензії під час вагітності (49 рандомізованих досліджень; n 23 4723) і зменшенням удвічі ризику прогресування до важкої гіпертензії. Первинні дослідження були відносно старі (лише 4 після 2001 року), мали невеликі розміри вибірки, і були низької методичної якості.

Випробування CHIPS, пов'язували виникнення важкої гіпертензії з підвищеним ризиком переривання вагітності, необхідністю високого рівню допомоги новонародженим > 48 годин, низькою вагою при народженні, і передчасними пологами.

При розгляді специфічних антигіпертензивних препаратів для лікування невропатії під час вагітності, раніше згаданий систематичний Кокранівський огляд показав аналогічну користь при лікуванні важкої гіпертензії серед наступних пероральних препаратів: лабеталол, метилдопа, тривалої дії ніфедипін, або інші бета-блокатори. Додатково, вторинний аналіз дослідження CHIPS не показав статистично значущої різниці в клінічних результатах між різними антигіпертензивними препаратами (наприклад, лабеталолом, метилдопою або іншими). Інші пероральні

антигіпертензивні препарати, такі як клонідин, гідралазін та тіазидні діуретики можуть використовуватись як препарати другої лінії.

Інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ) не мають послідовного зв'язку з розвитком вроджених вад розвитку, але АПФ пов'язані з фетотоксичними побічними ефектами і впливають на розвиток нирок плода (тобто гостра травма нирок і маловоддя) і тому їх застосування слід уникати під час вагітності.

Блокатори рецепторів ангіотензину мають обмежені опубліковані дані щодо безпеки під час вагітності, тому їх слід уникати під час вагітності через аналогічні фетотоксичні механізми, пов'язані з інгібіторами АПФ.

В цілому, при прийнятті рішення щодо того чи іншого антигіпертензивного препарату потрібно враховувати стан пацієнтки та плоду, побічну дію ліків (у тому числі гіпотензію матері), наявність лікарських засобів, досвід клініцистів та переваги жінки. Інші компоненти лікування жінок з неважкою гіпертензією під час вагітності виходять за рамки цього керівництва і вимагає залучення міждисциплінарної команди (наприклад, акушерів, неонатологів і вузьких спеціалістів для конкретного випадку) у лікарні, щоб забезпечити благополуччя матері та плоду за рахунок проведення частих оцінок, моніторингу.

Рекомендації:

1. Антигіпертензивна терапія рекомендована для неважкої гіпертензії при АТ ≥ 140 мм рт і ≥ 90 мм рт.ст. у вагітних з хронічною гіпертензією, гестаційною гіпертензією або прееклампсією (клас С).

2. Початкова антигіпертензивна терапія повинна бути монотерапією з наступних препаратів першої лінії: перорально лабеталол, метилдопа, ніфедипін, або інший пероральний бета-блокатор (ацебутолол, метопролол, піндолол і пропранолол) (клас С).

В. Інші антигіпертензивні препарати можна розглядати як препарати другої лінії, включаючи: клонідин, гідралазин, і тіазидні діуретики (клас D).

С. Інгібітори АПФ (клас С) і блокатори рецепторів ангіотензину не повинні використовуватися у вагітних жінок. (клас D)

3. А. ДАТ має дорівнювати 85 мм рт.ст. для вагітних жінок, які отримують антигіпертензивну терапію з приводу хронічної гіпертензії або гестаційної гіпертензії (клас В). 85 мм.рт.ст можна вважати цільовим показником і для вагітних жінок з преєклампсією (клас D)

В. Необхідно використовувати додаткові антигіпертензивні препарати, якщо цільові рівні АТ не досягаються зі стандартною монотерапією (клас С). Додаткові препарати повинні бути з іншого класу лікарських засобів, вибрані з препаратів першої лінії або другої лінії (клас D).

II. Лікування важкої гіпертензії (АТ - 160/110 мм рт.ст.) під час вагітності

У вторинному аналізі CHIPS, було відмічено зв'язок між АТ 160/110 мм.рт.ст зі значно гіршим вихідним станом матері та новонародженого, незалежні від розвитку преєклампсії. До них відносяться: збільшення перебування матері в лікарні > 10 днів, переривання вагітності або необхідність високого рівня допомоги новонародженому > 48 годин, підвищений ризик передчасних пологів <34 і <37 тижнів вагітності, низька вага при народженні (тобто вага менше 10-го перцентиля), тромбоцити матері <100X10⁹/ L, і підвищення рівню ферментів печінки у матері.

Важливо, що АТ 160/110 мм рт.ст. та наявність ГРВ вважаються факторами ризику для розвитку ішемічного та геморагічного інсультів під час вагітності. Зокрема, велике американське дослідження, засноване на чисельності населення, повідомило, що жінки з ГРВ були в 5,2 рази частіше госпіталізовані з приводу інсульту порівняно з вагітними з нормальним АТ. В серії випадків у 28 жінок з ГРВ з інсультом під час вагітності або у ранній післяпологовий період, безпосередньо перед інсультом, САТ реєстрували як 160 мм рт.ст. у 95,8% (23 з 24) і ДАТ 110 мм рт.ст. у 12,5% жінок (3 з 24).

Специфічне антигіпертензивне лікування важкої гіпертензії виходить за рамки цього керівництва і вимагає залучення міждисциплінарної команди (наприклад, акушерів, неонатологів і вузьких спеціалістів для конкретного випадку) у лікарні, щоб забезпечити благополуччя матері та плоду за рахунок проведення частих оцінок, моніторингу.

Рекомендації :

1. Жінки з важкою гіпертензією з АТ ≥ 160 або ДАТ ≥ 110 мм рт.ст. під час вагітності вимагають термінової антигіпертензивної терапії, оскільки вона відноситься до критичних акушерських станів (клас D).

Переклад: Венгер Тетяна

Джерело: <https://bitly.su/DPCyiHn>