

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 четверта

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 дуже часто супроводжується тяжкими ускладненнями для матері, 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 і має тяжкий перебіг, передусім визначає негативне закінчення вагітності для матері й дитини за 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, гіпертонічна хвороба, прееклампсія, профілактика, аспірин, кальцій, магній, L-аргінін.



І.М. Мелліна

У заключній частині нашої розмови 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 розповіла про сучасні погляди щодо можливостей профілактики прееклампсії у вагітних у цілому та у жінок із ГХ зокрема за допомогою неспецифічних засобів – медикаментозних препаратів і біологічно активних речовин.

? Надаючи медичну допомогу вагітним із ГХ, як зазначалося раніше, ви застосовуєте неспецифічні медикаментозні засоби, спрямовані на покращення перебігу та закінчення вагітності у цієї категорії хворих, і насамперед – на запобігання розвитку поєднаної прееклампсії та порушень стану плода і новонародженого. Що це за препарати? Кому з вагітних їх доцільно призначати?

– Прееклампсія – поширене і вкрай небезпечне ускладнення вагітності. Перенесена жінкою прееклампсія – значущий фактор ризику розвитку тяжкої хронічної патології у матері та дитини в подальші роки життя. З огляду на це сьогодні у світі ведеться пошук різних засобів, спрямованих на попередження розвитку прееклампсії у всіх вагітних.

Передусім, дослідники намагаються з'ясувати, які групи жінок більш за все потребують захисту від прееклампсії. У зв'язку із цим велика увага приділяється пошуку маркерів прееклампсії – біохімічних, імунологічних, генетичних тощо. Однак на цей час не існує жодного тесту або набору тестів, які б із достатньою чутливістю і специфічністю забезпечували виявлення ризику розвитку прееклампсії та її ранню діагностику (Міжнародне товариство із вивчення гіпертензії у вагітних, ISSHP, 2018).

На практиці для встановлення вірогідності виникнення прееклампсії широко використовують клінічні показники. Здебільшого розрізняють фактори високого і помірного ризику розвитку прееклампсії.

Згідно із сучасними європейськими та іншими рекомендаціями (Європейське товариство кардіологів, ESC, 2018; ESC/Європейське товариство гіпертензії, ESH, 2018; ISSHP, 2018), до факторів високого ризику розвитку прееклампсії відносять:

- прееклампсію за попередньої вагітності;
- АГ, що передувала вагітності;

- цукровий діабет;
- хронічну хворобу нирок;
- системний червоний вовчак та інші системні захворювання сполучної тканини;

- антифосфоліпідний синдром;
- багатоплідну вагітність (деякі фахівці розглядають цей фактор як показник помірного ризику).

Факторами помірного ризику розвитку прееклампсії є:

- перша вагітність (за деякими даними – відсутність пологів в анамнезі);
- вік ≥ 40 років;
- інтервал між вагітностями понад 10 років (за деякими даними – 5 років);
- індекс маси тіла ≥ 35 кг/м², тобто ожиріння II-III ступеня (за деякими даними – надлишкова маса тіла й ожиріння будь-якого ступеня);
- обтяжений сімейний анамнез із прееклампсії;
- застосування допоміжних репродуктивних технологій із використанням донорських клітин;
- зміна батьківства;
- спадкова тромбофілія.

Інформативність клінічних факторів ризику розвитку прееклампсії вважається невисокою, а виявлення тільки цих показників – недостатнім для ефективного прогнозування ускладнення.

Натепер Міжнародна федерація гінекологів і акушерів (FIGO, 2020) настійливо пропонує універсальний скринінг так званої передчасної прееклампсії, за якої пологи відбуваються до 37 тижнів вагітності. Скринінг має виконуватися у ранні терміни гестації за допомогою визначення комбінованого тесту як одноетапної процедури (Poop L.C. et al., 2020). Тест включає такі показники:

- 1) фактори ризику матері;
- 2) середній рівень АТ;
- 3) вміст у сироватці крові фактора росту плаценти (PLGF);
- 4) показник індексу пульсації маткових артерій (UTPI).

За неможливості дослідження у всіх вагітних PLGF та UTPI визначаються тільки фактори ризику матері й середній рівень АТ. У разі високого ризику розвитку прееклампсії за результатами перших двох показників визначають третій і четвертий. Разом вони вказують на наявність або відсутність високого ризику розвитку прееклампсії.

ГХ відноситься до високого ризику виникнення прееклампсії. Однак у різних жінок із цим захворюванням вірогідність

розвитку ускладнення неоднакова. Як показують наші спостереження, у першу чергу приєднання прееклампсії у пацієнток із ГХ визначається високим вихідним рівнем АТ, наявністю прееклампсії в анамнезі, й особливо такої, що виникла рано, мала тяжкий перебіг і призвела до втрати дитини. Дуже значущими факторами ризику розвитку цього ускладнення є порушення центрального кровообігу і відсутність проведення своєчасного патогенетично обумовленого індивідуалізованого лікування антигіпертензивними засобами.

Чи дає змогу визначення ангіогенних маркерів або зазначеного комбінованого тесту виявити ризик виникнення поєднаної прееклампсії у жінок із ГХ – даних немає.

У вагітних із ризиком розвитку прееклампсії пропонується проведення неспецифічної профілактики цього ускладнення. Загальновизнаним засобом, що використовується з такою метою, є, передусім, ацетилсаліцилова кислота (аспірин) у малих дозах.

? Чому саме аспірин рекомендовано приймати вагітним для профілактики прееклампсії?

– Аспірин розглядається, перш за все, як антиагрегантний засіб. Він усуває (зменшує) дисбаланс у системі простагландинів за рахунок зниження надлишкового рівня тромбоксану – вазоконстриктора і стимулятора агрегації тромбоцитів. Аспірин впливає й на інші ланки патогенезу прееклампсії, зокрема покращує інвазію трофобласта.

Для профілактики прееклампсії у вагітних аспірин використовується вже тривалий час, добре вивчений. Рекомендації щодо подальшого широкого застосування препарату мотивуються його певною ефективністю, відносною безпечністю і невеликою вартістю.

За результатами масштабних метааналізів, зниження частоти прееклампсії незалежно від дози, початку прийому препарату та гестаційного терміну складає близько 30% (van Dorn R. et al., 2021). На фоні застосування аспірину зменшується також кількість випадків передчасних пологів, народження дітей із низькою для гестаційного терміну масою тіла, дитячої перинатальної смертності (Duley L. et al., 2019). При використанні аспірину не спостерігається підвищеного ризику виникнення вроджених вад, негативного впливу на розвиток плода, кровотеч

у неонатальному періоді. Стан дітей матерів, які під час вагітності приймали аспірин, через 18 місяців після народження не відрізнявся від стану малюків, матері яких не отримували препарат (Duley L. et al., 2019).

На фоні прийому аспірину незначні піхвові кровотечі, порушення з боку шлунково-кишкового тракту у жінок зустрічаються відносно рідко – у близько 10% пацієнток (Wertaschnigg D. et al., 2019). Підвищений ризик сильних материнських кровотеч, взаємозв'язок із відшаруванням плаценти, за даними D.L. Rolnik et al. (2017) та D. Wertaschnigg et al. (2019), не доведений. Водночас інші дослідники (Duley L. et al., 2019) відмічають, що аспірин, вірогідно, дещо збільшує ризик післяпологових кровотеч, а також незначно підвищує кількість випадків передчасного відшарування плаценти.

? Кому з вагітних рекомендується призначати аспірин?

– Згідно з рекомендаціями BOO3 (2014), ESC (2018), ESC/ESH (2018), AGOC (2018), NICE (2019), аспірин призначається жінкам за наявності одного або декількох клінічних факторів високого ризику прееклампсії, тобто вагітним із груп високого ризику. За рекомендаціями ESC (2018), AGOC (2018), NICE (2019), препарат використовується також у пацієнток із двома і більше факторами помірного ризику прееклампсії; за рекомендаціями ESC/ESH (2018) – в осіб з одним або декількома факторами помірного ризику.

Проте, на думку ряду фахівців (Magee L. et al., 2020), ефективність застосування аспірин у вагітних з АГ, що передувала вагітності (тобто у жінок із ГХ), є сумнівною. Як показав вторинний аналіз у різних підгрупах жінок – учасниць подвійного сліпого плацебо-контрольованого рандомізованого дослідження з вивчення застосування аспірин для профілактики прееклампсії (ASPRE), в осіб із хронічною АГ аспірин може не знижувати частоту прееклампсії (Poop L.C. et al., 2017). Водночас, враховуючи невелику кількість таких спостережень, відсутність подальшого підтвердження отриманих результатів, а також безпечність препарату, на цей час вважають, що жінкам із АГ, яка передувала вагітності, аспірин для профілактики прееклампсії все ж таки слід призначати (Wertaschnigg D. et al., 2019).

Беручи до уваги безпечність і невелику вартість профілактики прееклампсії за допомогою аспірин, було здійснено спроби використання препарату з цією метою у всіх вагітних жінок. Однак

Продовження на стор. 6.

Гіпертонічна хвороба у вагітних: питання та відповіді

Розмова четверта

Продовження. Початок на стор. 5.

встановлено, що аспірин дозою 100 мг/добу не знижує частоту прееклампсії у жінок із низьким ризиком цього ускладнення, які раніше не народжували (Subtil D. et al., 2003). У пацієнок із низьким ризиком прееклампсії, які приймали аспірин, частіше були незначні піхвові кровотечі й кровотечі у післяпологовому періоді (Mone F. et al., 2018). Прихильність до прийому аспірину у жінок із невисоким ризиком прееклампсії була низькою (Subtil D. et al., 2003; Mone F. et al., 2018). Даних щодо віддалених результатів у пацієнок із низьким ризиком прееклампсії, які отримували аспірин, немає (Rolnik D.L. et al., 2017). Висновок із проведених досліджень такий: універсальна профілактика прееклампсії за допомогою аспірину не рекомендована (Wertaschnigg D. et al., 2019).

На думку L. Duley et al. (2019), із чим не можна не погодитися, для покращення проведення профілактики прееклампсії за допомогою аспірину доцільно виявляти тих вагітних, які з високою вірогідністю зможуть позитивно відповісти на прийом препарату.

❓ Коли слід починати профілактику прееклампсії аспірином? Як довго вона має тривати?

— Вважається, що найбільше зниження частоти прееклампсії, яка розвивається до 37 тижнів вагітності, досягається з початком проведення профілактики аспірином до 16 тижнів (Roberge S. et al., 2018). Припустимо розпочинати профілактику аспірином і після 16 тижнів (Wertaschnigg D. et al., 2019).

Згідно з європейськими (ESC, 2018; ESC/ESH, 2018) та деякими іншими рекомендаціями, аспірин із метою запобігання прееклампсії слід призначати з 12 тижнів вагітності. FIGO (2019) рекомендує здійснювати профілактику аспірином за високого ризику прееклампсії (з урахуванням результатів комбінованого тесту) з терміну вагітності 11-14 тижнів + 6 тижнів (Poorn L.C. et al., 2019).

Було здійснено спробу призначати аспірин для профілактики прееклампсії у більш ранньому терміні вагітності, до 11 тижнів. Однак це призвело лише до незначного зменшення ризику розвитку ускладнення (Chaemsaitong P. et al., 2020).

Аспірин продовжують використовувати для запобігання прееклампсії до 36-37 тижнів вагітності (ESC, 2018; ESC/ESH, 2018; FIGO, 2019). Прийом препарату до розродження є безпечним.

❓ Якою дозою застосовують аспірин для профілактики прееклампсії?

— За рекомендаціями ESC/ESH (2013) аспірин для профілактики прееклампсії слід було призначати дозою 75 мг/день, а раніше — 100 мг/день. Останнім часом здебільшого вважається, що оптимальна профілактична доза аспірину складає 100 мг/день і вище; доз, нижчих за 100 мг/день, радять уникати (Roberge S. et al., 2018). ESC (2018), ESC/ESH (2018) рекомендують для запобігання прееклампсії використовувати аспірин дозою 100-150 мг/добу; ISSHP (2018) — 75-162 мг/добу; FIGO (2019) — 150 мг/

добу; NICE (2019) — 75-150 мг/добу; AGOC (2018) — 81 мг/добу. За результатами масштабного метааналізу R. van Dorn et al. (2021), значного зменшення ризику розвитку прееклампсії (на 62%) вдається досягти тільки при застосуванні аспірину дозою 150 мг/добу. Водночас рандомізовані дослідження із порівняння ефективності призначення різних доз аспірину відсутні (Wertaschnigg D. et al., 2019). Потрібне подальше вивчення режимів дозування препарату для профілактики прееклампсії (van Dorn R. et al., 2021).

Ми застосовуємо аспірин у вагітних із ГХ. Передусім препарат призначаємо жінкам із дуже високим ризиком розвитку прееклампсії: при значно підвищеному вихідному АТ, за тяжкої прееклампсії в анамнезі, наявності ожиріння тощо. Профілактику аспірином розпочинаємо, як правило, з 12-16 тижнів вагітності. Раніше аспірин використовували дозою 75-100 мг/день, останнім часом — 100-150 мг/день.

❓ Чи є ще засоби для профілактики прееклампсії у вагітних, й у тому числі у жінок із ГХ?

— Так, це такі біологічно активні речовини, як кальцій, магній, L-аргінін. Щодо використання кальцію з метою запобігання прееклампсії існують рекомендації європейського і світового рівня. Відносно магнію і L-аргініну є оригінальні дослідження й розробки, які виконано в ІПАГ.

❓ Які підстави для використання кальцію з метою профілактики прееклампсії у вагітних?

— Кальцій — один із найбільш важливих для організму людини мінералів, який бере участь у багатьох процесах життєдіяльності, починаючи з ембріонального віку. Незважаючи на значущість кальцію, його нестача в організмі — поширений дефіцитний стан.

Низька забезпеченість організму вагітних кальцієм, й у тому числі як наслідок його недостатнього вживання з їжею, — вагомий фактор ризику розвитку прееклампсії. За даними, що наводять деякі автори (Пустотина О.А., 2017; Громова О.А. и др., 2016), недостатнє використання кальцію спричиняє вазоконстрикторний ефект внаслідок активації реніну та підвищення чутливості клітин до ангіотензину. З іншого боку, на фоні недостатнього синтезу оксиду азоту нормальний вміст кальцію в організмі підвищує чутливість клітин до оксиду азоту й знижує синтез судинозвужувальних простаноїдів.

❓ Кому з вагітних показано приймати кальцій? Чи рекомендується за призначення кальцію спочатку визначати його кількість в організмі і як це робити?

— Визначати вміст кальцію в організмі складно. На відміну від багатьох біологічно активних речовин, про кількість яких в організмі вивчають за рівнем їх у крові (а такі дослідження широко робити вже непросто), рівень кальцію у крові не є показником його кількості в організмі. Це зумовлено відносно стабільним вмістом кальцію у крові завдяки

його кишкової абсорбції, нирковій реабсорбції і, що особливо важливо, кістковій резорбції.

Мабуть, саме через складнощі із визначенням рівня кальцію в організмі у рекомендаціях ВООЗ (2014) зазначено: «Всім жінкам, що проживають у регіонах із низьким вживанням кальцію з їжею, й у першу чергу тим, хто відноситься до групи високого ризику, рекомендується приймати препарати кальцію».

На цей час для оцінки вживання кальцію з їжею і виявлення його дефіциту в організмі пропонується використовувати дуже просту, загальнодоступну методику розпитування. Оскільки найбільша кількість кальцію міститься в молочних продуктах, жінку розпитують про щоденне саме їх вживання. Вважається, що достатній вміст кальцію в організмі забезпечує щоденне використання не менш ніж трьох порцій молочних продуктів. Одну порцію складають: 40 г твердого сиру, або 60 г плавленого сиру, або 100 г кисломолочного сиру, або 200 мл молока чи кефіру (йогурту). Ця, хоча й не дуже точна методика, дає достатньо чітке уявлення про вживання кальцію.

З урахуванням можливості простого визначення того, скільки кальцію отримує жінка вагітна, ISSHP (2015) рекомендувала застосування препаратів кальцію у двох групах жінок:

- у пацієнок із високим ризиком розвитку гіпертензивних порушень;
- в осіб із низьким вживанням кальцію з їжею.

Натепер існує й інша думка щодо використання препаратів кальцію у вагітних. Згідно з більш пізніми рекомендаціями ESC (2018), ISSHP (2018), додавання кальцію для профілактики прееклампсії вважається показаним лише жінкам із низьким споживанням кальцію з їжею.

На наш погляд, доцільними є саме такі рекомендації.

ISSHP (2018) рекомендує прийом і аспірину, і кальцію (у разі його недостатнього вживання з їжею) за високого ризику прееклампсії. Проте, на думку ряду фахівців (Magee L. et al., 2020), не зрозуміло, чи має кальцій власний незалежний ефект щодо профілактики прееклампсії при хронічній АГ.

Рутинна дотація кальцію вагітним у загальній популяції не рекомендується. Більше того, зауважується, що надлишкове вживання кальцію, у тому числі й з мультивітамінними добавками, не тільки не знижує ризик розвитку прееклампсії, а й, навпаки, може підвищувати частоту гіпертензивних розладів і пов'язаних із ними ускладнень вагітності (ISSHP, 2015). Інші дослідники також додають, що підвищене вживання кальцію може призводити до нефролітіазу (Margolis K.L. et al., 2016).

❓ Якою дозою слід призначати кальцієвімісні препарати вагітним? З якого терміну гестації?

— Щоденна доза елементарного кальцію, згідно із рекомендаціями ВООЗ (2014), ESC (2018), має становити

1,5-2,0 г; ISSHP (2018) — 1,2-2,5 г. Нам імпонує індивідуалізований підхід до дозування кальцію, згідно з яким для забезпечення добової потреби у цій біологічно активній речовині пропонується:

- жінкам, які вживають 1-2 порції молочних продуктів, додатково — 600 мг кальцію на добу;
- за відсутності вживання молочних продуктів — 1200 мг кальцію на добу у 2 прийоми (Margolis K.L. et al., 2016).

За рекомендаціями ВООЗ (2014) призначення препаратів кальцію починається з 20-го тижня вагітності й проводиться постійно до пологів. За рекомендаціями ESC (2018) прийом препаратів кальцію розпочинається відразу після першого відвідування лікаря із приводу вагітності.

❓ Розкажіть, будь ласка, яке значення для організму має магній. Що показали ваші дослідження стосовно впливу магнію на перебіг вагітності у жінок із ГХ?

— Магній — один із 12 основних життєво необхідних хімічних елементів організму людини. Він бере участь у безлічі процесів життєдіяльності. Нормальний рівень магнію в організмі визнано основоположною константою, що визначає здоров'я людини. Натомість нестача магнію є одним із найбільш поширених дефіцитних станів у сучасному світі. Порушення гомеостазу цього біоелемента є важливим чинником розвитку захворювань майже всіх органів і систем організму. Дефіцит магнію під час вагітності негативно впливає на здоров'я як матері, так і дитини.

Дослідження, які було проведено в ІПАГ за нашої участі, показали, що у переважної більшості жінок із ГХ у II-III триместрах вагітності має місце виражена гіпомagneмія. Найбільш низький вміст магнію спостерігається у вагітних із клінічними проявами поєднаної прееклампсії. При цьому виражена гіпомagneмія передуює появі клінічних проявів прееклампсії щонайменше на 2-3 тижні. Низький рівень магнію відзначається у пацієнок із загрозою невиношування вагітності, а також із затримкою внутрішньоутробного росту плода. Водночас, як показують наші спостереження, застосування у вагітних із ГХ пероральних засобів, що містять магній, покращує психоемоційний стан жінок — зменшується або усувається дратівливість, пригніченість, відчуття тривоги; нормалізується сон; поліпшується пам'ять, збільшується концентрація уваги; нормалізується АТ при незначних його підйомах. За використання магнієвімісних препаратів у достатніх дозах із початку II триместру вагітності у пацієнок із ГХ значно знижується частота поєднаної прееклампсії, у тому числі тяжких її форм, порушень стану плода, передчасних пологів. Діти жінок, які отримували препарати магнію, народжуються з більшою масою тіла, більш високою оцінкою за шкалою Апгар, у них рідше відзначаються асфіксія, гіпотрофія та інша патологія в неонатальному періоді.

Позитивний вплив магнію на перебіг вагітності у жінок із ГХ можна пов'язати з такими ефектами цього біоелемента, як периферична вазодилатуюча дія, покращення ендотеліальної функції й мікроциркуляції, нормалізація процесів енергообміну і росту, токолітична дія, поліпшення гормонального балансу (підвищення рівня прогестерону), відновлення психоемоційного стану і сну тощо.

? **Препарати магнію слід призначати всім вагітним із ГХ чи тільки пацієнткам із нестачею цього елемента? Як визначити дефіцит магнію в організмі?**

— Беручи до уваги, з одного боку, значну поширеність нестачі магнію у вагітних із ГХ, а з іншого — очевидний позитивний вплив магнію на перебіг вагітності у цієї категорії хворих, ми широко призначаємо магнієві препарати вагітним із ГХ, спираючись на наявність клінічних проявів нестачі магнію, а також факторів ризику її розвитку.

Проявами дефіциту магнію в організмі можуть бути:

- біль у ділянці серця;
- схильність до серцебиття;
- порушення серцевого ритму;
- підвищення АТ;
- головний біль;
- головокружіння;
- порушення сну;
- зниження пам'яті, концентрації уваги;
- відчуття страху, депресія або дратівливість;
- підвищена втомлюваність;
- зниження працездатності;
- судомити литкових м'язів, кистей рук.

І якщо судомити є майже стовідсотковим проявом нестачі магнію, то всі інші його симптоми — неспецифічні.

До нестачі магнію, перш за все, призводить частий або тяжкий стрес. Це пояснюється тим, що магній — природний антистресовий фактор. Цей біологічно активний елемент захищає організм від дії великої кількості катехоламінів, що виділяються у відповідь на стрес. При

цьому магній вимивається з організму. Повторні стресові впливи на фоні дефіциту магнію можуть призводити до тяжких порушень із боку серцево-судинної системи: гіпертонічного кризу, спазму й оклюзії коронарних та мозкових судин, аритмії та навіть раптової серцевої смерті.

Факторами ризику виникнення дефіциту магнію є надмірні фізичні, розумові й психоемоційні навантаження; недостатній нічний сон і, особливо, праця в нічний час; підвищене потовиділення.

Важливу роль у розвитку нестачі магнію відіграє нераціональне харчування:

- низьке вживання, перш за все, свіжих овочів, фруктів, зелені, гречаної і вівсяної круп, хліба грубого помелу — продуктів, багатих на магній;
- підвищене використання рафінованих продуктів, що втратили магній;
- вживання їжі з високим вмістом глюкози, жирів, білка, яка підвищує потребу в магнії для її засвоєння;
- часте вживання кави, надмірно солоної їжі, зловживання алкоголем (підвищують виділення магнію).

Сама по собі вагітність суттєво збільшує потребу в магнії.

Про насиченість організму магнієм можна висновувати й шляхом визначення його вмісту у сироватці крові. Це дослідження виконується біохімічним методом у добре обладнаних лабораторіях; відповідно — потребує витрати коштів, додаткового забору крові. За наявності гіпоманіємії йдеться про дефіцит магнію в організмі, натомість

як нормоманіємія не виключає його нестачі: за певних станів може відбуватися значне вимивання магнію з організму; при цьому магній, як елемент внутрішньоклітинний, спочатку у великій кількості потрапляє у кров, а потім із сечею виводиться з організму.

Враховуючи викладене, визначення рівня магніємії у клінічних цілях не вважаємо за доцільне.

? **Чи можна застосовувати у вагітних будь-які магнієві засоби, чи це мають бути якісь певні препарати? З якого терміну, якою дозою слід призначати магнієві засоби вагітним із ГХ?**

— Для поповнення вмісту магнію в організмі вагітних із ГХ, так само як і у будь-яких інших осіб, слід використовувати цей біоелемент перорально у вигляді органічних сполук із цитратом, лактатом, підолатом. На відміну від неорганічних сполук, магній у поєднанні з органічними складовими добре всмоктується із кишечника й засвоюється організмом, не потребує для ефективної дії великих доз, легко виводиться з організму, дуже добре переноситься.

Магнієві препарати можуть застосовуватися у будь-який термін гестації, й у тому числі як засоби безпечні, починаючи з перших її тижнів. Для покращення перебігу вагітності й, передусім, профілактики поєднаної прееклампсії та порушень стану плода у жінок із ГХ магнієві засоби призначаємо з 12-14 тижнів вагітності постійно до розродження дозою 300-400 мг магнію на добу.

? **Чи існують протипоказання для призначення магнієвих препаратів у вагітних? Як впливає тривалий прийом магнію на перебіг пологів у жінок із ГХ?**

— Протипоказаннями для застосування пероральних магнієвих препаратів є індивідуальна їх непереносимість, що зустрічається вкрай рідко, і виражена ниркова недостатність.

За результатами наших досліджень, тривалість пологів у здорових жінок, пацієнток із ГХ, які приймали і не приймали препарати магнію, не відрізняється. На частоту виникнення порушень пологової діяльності, маткових кровотеч у III періоді пологів і в ранньому післяпологовому періоді тривале використання магнієвих препаратів у жінок із ГХ не впливає.

? **Чому ви вважаєте за доцільне використовувати у вагітних із ГХ L-аргінін?**

— Останнім часом важлива роль у розвитку різних серцево-судинних захворювань і судинних ускладнень за будь-якої патології відводиться порушенню ендотеліальної функції. Ендотеліальна дисфункція розглядається як значущий фактор патогенезу ускладнень вагітності — плацентарної недостатності, прееклампсії, порушень стану плода. Ключова роль у запуску патологічних процесів при порушенні функції ендотелію належить абсолютному або відносному зниженню синтезу оксиду азоту — біологічно активної речовини, яка має вазодилатуючий

Продовження на стор. 8.

Нутрієнтна підтримка для профілактики прееклампсії у вагітних

SOLGAR®
Since 1947



«Цитрат магнію» рекомендуються в якості біологічно активної добавки до їжі - додаткового джерела магнію. «Цитрат магнію» представлений у вигляді органічної форми, яка легко засвоюється організмом.

Склад активних речовин на 1 таблетку: Магній (як цитрат магнію) 200 мг. **Рекомендації щодо застосування:** дорослим по 1 таблетці 2 рази на день під час прийому їжі. **Форма випуску:** 60 таблеток.

«Цитрат кальцію з вітаміном Д3» рекомендуються в якості біологічно активної добавки до їжі - додаткового джерела кальцію і вітаміну D. Вітамін Д3, представлений у вигляді холекальциферолу, сприяє засвоєнню кальцію кістковою тканиною. Кальцій представлений в органічній формі, що дозволяє організму його легко засвоювати. **Склад активних речовин на 1 таблетку:** Вітамін Д3 (холекальциферол) 150 МЕ, Кальцій (кальцій цитрат) 250 мг. **Рекомендації щодо застосування:** дорослим по 1 таблетці 3 рази на день під час прийому їжі. **Форма випуску:** 60 таблеток.

«L-Аргінін 1000 мг» рекомендуються в якості біологічно активної добавки до їжі - додаткового джерела аргініну. L-форма аргініну сприяє швидкому засвоєнню, відсутності дискомфорту в шлунково-кишковому тракті. **Склад активних компонентів на 1 таблетку:** L-аргінін - 1000 мг. **Рекомендації щодо застосування:** дорослим по 1 таблетці 3 рази на день під час прийому їжі. **Форма випуску:** 90 таблеток.

Капсули Вітамін Д3 600 МЕ рекомендуються в якості біологічно активної добавки до їжі - додаткового джерела вітаміну D. Вітамін Д3 представлений у вигляді холекальциферолу.

Склад активних речовин на 1 капсулу: Вітамін Д3 (холекальциферол) 600 МО (15 мкг). **Рекомендації щодо застосування:** дорослим по 1 капсулі на день під час прийому їжі. **Форма випуску:** 60 та 120 капсул.

БАД, НЕ Є ЛІКАРСЬКИМ ЗАСОБОМ

☎ 0 (800) 30 19 47

🌐 www.solgar.ua

📘 SolgarUkraine

📷 solgar.ukraine

Гіпертонічна хвороба у вагітних: питання та відповіді

Розмова четверта

Продовження. Початок на стор. 5.

ефект, запобігає агрегації формених елементів крові, покращує мікроциркуляцію, чинить вазопротекторну дію.

Для нормалізації ендотеліальної функції з метою профілактики й лікування цілого ряду патологічних процесів, у тому числі під час вагітності, використовують донатор оксиду азоту — умовно незамінну амінокислоту L-аргінін. Останній усуває нестачу оксиду азоту, а також призводить до антиоксидантної, протизапальної, мембраностабілізуючої й цитопротекторної дії. Одночасна корекція цілого ряду порушень за допомогою L-аргініну дозволяє достатньо швидко забезпечувати стабільний клінічний ефект.

Численними дослідженнями встановлено ефективність використання L-аргініну при цілому ряді серцево-судинних захворювань. Препарат широко призначають лікарі андрологи й сексопатологи. L-аргінін позитивно впливає на різні функції організму, що слабшають із віком. Так само успішно застосовують L-аргінін для профілактики і лікування акушерської патології.

Дослідженнями, які було проведено у нашому відділенні, встановлено, що у жінок із ГХ щонайменше із II триместру вагітності спостерігається ендотеліальна дисфункція. Мають місце порушення різних ланок системи ендотелію, й у тому числі нестача L-аргініну. Вираженість змін ендотеліальної функції зростає із тяжкістю проявів захворювання, є характерною для осіб із ожирінням. Застосування L-аргініну у жінок із ГХ з відносно ранніх термінів вагітності покращує перебіг гестаційного процесу: зменшується кількість випадків прееклампсії, прояви цього ускладнення з'являються у більш пізні терміни, рідше спостерігаються серйозні порушення з боку плода. Нами було також відмічено, що прийом L-аргініну на фоні отримання пацієнтками антигіпертензивної терапії сприяє більш швидкій стабілізації АТ на нормальному або незначно підвищеному рівні; дозволяє більш тривало з позитивним ефектом використовувати одне й те саме антигіпертензивне лікування.

? Як ви призначаєте L-аргінін вагітним із ГХ? З якого терміну гестації, якою дозою?

— Починаючи з 12 тижнів гестації L-аргінін можна застосовувати у вагітних у будь-якому терміні. Для профілактики ускладнень у жінок із ГХ L-аргінін призначаємо з 12-14 тижнів вагітності протягом 30 днів дозою 1000-2000 мг/добу в декілька прийомів. Через 2 тижні перерви такі курси повторюємо аж до розродження.

? Останнім часом для профілактики й лікування найрізноманітніших захворювань застосовується вітамін D. Чи впливає ця біологічно активна речовина на розвиток прееклампсії у вагітних і чи використовується для запобігання прееклампсії?

— Протягом останніх 20-30 років стався справжній прорив знань про вітамін D. Сьогодні вітамін D (а це не тільки єдина речовина — вітамін D₃, або холекальциферол) за своїми фізіологічними властивостями розглядається як потужний

стероїдний гормон, що визначає перебіг метаболічних процесів у клітинах та тканинах організму й впливає на основні показники здоров'я людини. Дослідники відмічають, що достатній вміст гормону D необхідний протягом усього життя, починаючи від періоду внутрішньоутробного розвитку і до глибокої старості (Калиниченко С.Ю., 2018); він є фундаментом нашого здоров'я (Громова О.А., 2018).

Однак на теперішній час нестача і дефіцит вітаміну D у світі, й у тому числі у країнах Європи і, зокрема, в Україні, надзвичайно поширені. Це зумовлено перш за все низьким вживанням продуктів харчування, багатих на вітамін D (зокрема, певних сортів жирної морської риби), а також обмеженими можливостями інсоляції.

Із дефіцитом вітаміну D натеper тісно пов'язують не тільки рахіт у дітей, а й високий ризик розвитку у дорослих такої патології, як:

- остеопороз;
- серцево-судинні захворювання (АГ, атеросклероз);
- онкологічні хвороби;
- дефіцит м'язової тканини;
- ожиріння;
- інсулінорезистентність і цукровий діабет 2-го типу;
- метаболічний синдром;
- аутоімунні ураження (цукровий діабет 1-го типу, аутоімунний тиреоїдит, розсіяний склероз, ревматоїдний поліартрит та ін.);
- порушення імунітету, зниження протимікробного захисту і, як наслідок, високий рівень інфекційних захворювань (ГРВІ, пневмонія);
- бронхіальна астма та інші алергічні хвороби;
- порушення нервово-психічної сфери тощо.

Дуже часто дефіцит вітаміну D має місце у вагітних жінок. За даними, які наводить Е.А. Пигарова і др. (2019), низький рівень вітаміну D у білошкірих вагітних в Європі становить майже 90%, виражений дефіцит вітаміну D спостерігається у 30% жінок.

Достатній вміст вітаміну D є дуже важливим під час вагітності. Зокрема, він сприяє нормальним процесам інвазії трофобласта, ангиогенезу, формування плаценти, розвитку ембріона й плода, перебігу вагітності та пологів (Perez-Lopes F.R. et al., 2015). Є чимало досліджень, у яких показано, що дефіцит вітаміну D у вагітних підвищує ризик розвитку прееклампсії, гестаційного діабету, передчасних пологів, інфекційних захворювань, порушень скоротливої здатності матки, остеопенії у матері; а також вроджених вад і затримки внутрішньоутробного росту у плода; низької маси й порушень адаптації до позаутробного життя у новонародженого; частих ГРВІ у дитини у ранньому віці й тяжких захворювань протягом життя.

Взаємозв'язок між низьким рівнем вітаміну D під час вагітності й виникненням прееклампсії можна вважати доведеним (Aguilar-Cordero M.G. et al., 2020; Perez-Lopes F.R. et al., 2020). Не викликає

сумнівів і доцільність прийому вітаміну D у період гестації для покращення перебігу й закінчення вагітності у матері та дитини.

Проте обґрунтованих рекомендацій щодо застосування вітаміну D у вагітних для запобігання або усунення його дефіциту сьогодні немає: дані з цих питань недостатні й суперечливі. На цей час не ясно, кому з вагітних показано приймати вітамін D. Усім жінкам для профілактики або лікування залежно від показника 25(OH) D (кальцидіолу) на початку вагітності й у ході її прогресування? Особам із факторами ризику розвитку дефіциту вітаміну D (наприклад, з ожирінням) та/або жінкам із високим ризиком виникнення тих або інших ускладнень вагітності й, перш за все, прееклампсії? Які дози холекальциферолу, що здебільшого використовується для поповнення вітаміну D, ефективні й водночас безпечні для вагітних? З якого терміну гестації та як тривало слід призначати холекальциферол? Усі ці та ряд інших питань мають бути вирішені.

? Натеper в аптечній мережі України представлена чимала кількість препаратів, що містять різноманітні біологічно активні речовини, від різних виробників. Чи віддасте ви перевагу якимось із цих засобів, призначаючи їх вагітним?

— В останні роки у своїй клінічній практиці ми широко використовуємо продукцію фірми Solgar (США), яка є одним із світових лідерів із випуску біологічно активних речовин преміум-класу. Компанія Solgar виробляє високоякісні вітаміни, мінерали, амінокислоти, пробіотики тощо. Продукти Solgar добре засвоюються, ефективно відновлюють вміст в організмі біологічно активних речовин і забезпечують їх позитивну дію на здоров'я людини, що досягається використанням найновітніших технологій у виробництві. Засоби Solgar мають відмінну переносимість і не призводять до негативних побічних ефектів. Це зумовлено виготовленням продукції виключно з натуральних інгредієнтів, ретельною перевіркою кожної партії сировини перед виробництвом, контролем якості на кожному етапі всього виробничого процесу у суворій відповідності до Міжнародних стандартів GMP.

Свідченням якості, ефективності та безпечності продуктів Solgar є існування компанії більш ніж 70 років; величезний асортимент продукції (понад 600 найменувань), що постійно оновлюється й удосконалюється, і представлений у 65 країнах світу, зокрема у США, Великій Британії, Італії, Іспанії, Франції, Голландії, Ізраїлі та інших.

За кордоном засоби, що містять вітаміни, мінерали, амінокислоти, екстракти з лікарських рослин тощо, реєструються як біологічно активні добавки. Саме так позиціонує свою продукцію і фірма Solgar. У нашому ж розумінні це справжні безрецептурні медичні препарати. Вони продаються в аптеках за призначенням лікаря або рекомендацією фармацевта. На кожній упаковці продукту вказано всі його інгредієнти, кількість біологічно

активних речовин, спосіб прийому за собою, термін його придатності та іншу інформацію про нутрієнт. Упаковують продукцію у флакони з темного скла, що якнайкраще захищає її від впливу вологи, світла, коливань температури.

Для покращення перебігу та закінчення вагітності й насамперед профілактики поєднаної прееклампсії у жінок із ГХ ми застосовуємо продукти компанії Solgar, які містять кальцій (за недостатнього його вживання з їжею), магній, L-аргінін. Зокрема, це такі продукти, як кальцію цитрат із вітаміном D₃, магнію цитрат, L-аргінін 500 мг і 1000 мг.

Кальцію цитрат із вітаміном D₃. Одна таблетка засобу містить 250 мг кальцію у поєднанні з цитратом, а також 150 МО вітаміну D₃ (холекальциферолу).

Вважають, що будь-які солі кальцію, представлені у вигляді апетечних препаратів (кальцію цитрат, карбонат, лактат, глюконат), мають добру біодоступність. Проте кальцію цитрат, на відміну від кальцію карбонату, засвоюється організмом навіть за зниженої кислотності шлунка. До того ж кальцію цитрат пригнічує каменеутворення в нирках. Невелика кількість вітаміну D₃ (150 МО холекальциферолу не забезпечують його добової потреби) підвищує всмоктування кальцію в кишечнику й подальше його засвоювання.

Кальцію цитрат із вітаміном D₃ (виробництва Solgar) дозволений до застосування під час вагітності й грудного вигодовування в Україні (висновок Державної санітарно-епідеміологічної експертизи № 05.03.02-03/440). У вагітних засіб застосовується під час їди по 2-4 таблетки на добу в декілька прийомів залежно від кількості молочних продуктів, що вживаються.

Магнію цитрат (виробництва Solgar) — засіб із високою біодоступністю й ефективністю, чудовою переносимістю, високим профілем безпеки навіть за тривалого використання. Дозволений до застосування у вагітних і жінок, які годують грудьми (висновок Державної санітарно-епідеміологічної експертизи № 05.03.02-03/89135).

В 1 таблетці магнію цитрату міститься 200 мг магнію. На відміну від інших магнієвмісних препаратів, які слід приймати 3-4 рази на день, магнію цитрат використовується по 1 таблетці двічі на день, що забезпечує добову потребу у цьому біоеlementі. Застосовується наприкінці прийому їжі.

L-аргінін (виробництва Solgar) легко засвоюється, добре переноситься. Також дозволений до використання під час вагітності та грудного вигодовування. Випускається у двох дозуваннях: по 500 мг і 1000 мг в 1 таблетці.

Для профілактики поєднаної прееклампсії у вагітних із ГХ за нетяжких проявів захворювання, відсутності надлишкової маси тіла й ожиріння, патологічного збільшення маси під час гестації, тяжкої прееклампсії в анамнезі застосовуємо L-аргінін у дозі 500 мг 2 рази на добу курсом 30 днів, починаючи з 12-14 тижнів вагітності; через 2 тижні перерви такі профілактичні курси повторюємо аж до пологів. У пацієнток із тяжкою АГ, ожирінням, високим ризиком розвитку поєднаної прееклампсії з урахуванням наявності будь-яких факторів ризику цього ускладнення профілактику L-аргініном також проводимо з 12-14 тижнів вагітності повторними 30-денними курсами з перервою у 2 тижні. Перші 1-2 тижні

засіб використовуємо по 500 мг 2 рази на день. За доброї переносимості L-аргініну, що, як правило, є такою, його дозу поступово збільшуємо до 1500-2000 мг на добу. Рекомендуємо приймати L-аргінін наприкінці прийому їжі.

Для профілактики різних інших ускладнень у вагітних, й у тому числі у жінок із ГХ, ми використовуємо й інші продукти компанії Solgar.

[?] Наші розмови були тривалими і дуже насиченими. Коротко повторімо основні положення викладеного...

— Підвищення АТ до 140 та/або 90 мм рт. ст. і більше до вагітності та/або у першій її половині — це АГ, що передувала вагітності, або хронічна АГ. У межах такої гіпертензії виділяють первинну АГ, або ГХ, і вторинну АГ. На відміну від вторинної АГ, зумовленої ураженням паренхіми нирок, великих судин, ендокринних залоз, ГХ — це АГ, що не пов'язана з будь-якою відомою причиною. За результатами наших досліджень, ГХ має місце у 3,5% вагітних. Її частка складає близько половини всіх гіпертензивних розладів під час гестації.

Виношування вагітності у жінок із ГХ дуже часто супроводжується важкими ускладненнями для матері, високою дитячою перинатальною захворюваністю і смертністю. Найбільш характерним, частим і вкрай несприятливим ускладненням у цієї категорії хворих є поєднана прееклампсія, що виникає майже у половини жінок із ГХ. Саме поєднана прееклампсія, особливо така, що розвивається рано і має тяжкий перебіг, передусім визначає негативне закінчення вагітності для матері та дитини за наявності ГХ.

Як показують наші спостереження, частота розвитку поєднаної прееклампсії прямо пропорційна тяжкості ГХ, що в першу чергу визначається ступенем підвищення АТ. За початкових проявів ГХ поєднана прееклампсія частіше відзначається у повних жінок, за вихідної нормальної маси тіла — у пацієнток із надмірним збільшенням маси у I-II триместрах вагітності. Значущим фактором ризику цього ускладнення незалежно від вихідної тяжкості ГХ є прееклампсія за попередньої вагітності, особливо тяжка і рання, що призводить до передчасних пологів і втрати дитини.

Першочерговим завданням надання медичної допомоги вагітним із ГХ є якомога раннє виявлення захворювання.

Діагноз АГ, не пов'язаної з вагітністю, й у тому числі ГХ, встановлюється у жінки за наявності даних про підвищення АТ до вагітності та/або у першій її половині. Для виявлення такої гіпертензії АТ за всіма правилами необхідно обов'язково вимірювати при кожному зверненні пацієнтки за медичною допомогою, починаючи із самих ранніх термінів гестації. При цьому слід враховувати можливість гіпотензивної дії вагітності у першій її половині, й особливо у терміні 14-20 тижнів, внаслідок чого у хворих із невисокою вихідною гіпертензією АТ може знижуватися навіть до нормальних показників.

Тяжкість АГ, що передувала вагітності, за нашим переконанням, слід визначати з урахуванням стадії захворювання за ураженням органів-мішеней, а також за рівнем АТ, так само, як це здійснюють лікарі-кардіологи, терапевти та інші інтерністи. Однаковий підхід відносно оцінки здоров'я жінки до, під час і після вагітності сприятиме послідовності в роботі різних фахівців та підвищенню якості надання медичної допомоги.

Диференційна діагностика між первинною АГ (ГХ) і різними вторинними гіпертензіями проводиться у вагітних за загальноприйнятими критеріями.

На ранніх термінах гестації у пацієнток із ГХ вирішується питання про можливість виношування вагітності. Виношування вагітності вважається протипоказаним у хворих із ГХ 3 ступеня, ГХ III стадії та синдромом злоякісної АГ.

Жінки із ГХ від самого початку вагітності потребують постійного високпрофесійного спостереження, яке має здійснюватися лікарем акушером-гінекологом жіночої консультації, а також досвідченим лікарем-терапевтом та/або акушером-гінекологом рододопомічної установи II-IV рівня, добре обізнаними з питань АГ у вагітних.

Лікувально-профілактичні заходи у вагітних із ГХ розроблено нами на основі вивчення особливостей клініки й патогенезу захворювання під час гестації та з огляду на сучасні світові рекомендації. Однак, на відміну від існуючих напрацювань, вони спрямовані насамперед на попередження поєднаної прееклампсії, особливо тяжких і ранніх її форм, та забезпечення нормальної життєдіяльності плода.

Лікувально-профілактичні заходи включають:

- лікувально-охоронний режим;
- раціональне харчування;
- антигіпертензивну терапію (за необхідності);
- використання ряду медикаментозних препаратів або біологічно активних речовин, що запобігають розвитку поєднаної прееклампсії та порушень стану плода й новонародженого.

При проведенні антигіпертензивної терапії необхідно застосовувати розроблений нами патогенетичний індивідуалізований підхід до лікування. Опрацьований нами метод передбачає, що для попередження поєднаної прееклампсії і порушень стану плода у жінок із ГХ необхідно підтримувати нормальні або близькі до норми показники центрального кровообігу, що зумовлюють рівень АТ. Метою антигіпертензивної терапії у цієї категорії хворих є не стільки нормалізація АТ, скільки нормалізація параметрів центральної гемодинаміки, що його визначають, — зниження загального периферичного судинного опору (ЗПСО) та забезпечення нормального для вагітних хвилинного об'єму крові (ХОК).

Використання патогенетичного індивідуалізованого підходу передбачає:

- вимірювання зазначених показників центрального кровообігу у кожної пацієнтки із ГХ у динаміці вагітності, що дозволяє з високою ймовірністю прогнозувати ризик розвитку поєднаної прееклампсії та порушень стану плода найближчим часом;
- своєчасне виявлення та корекція порушень центральної гемодинаміки запобігає розвитку ускладнень у вагітних із ГХ;
- за необхідності проведення планового тривалого антигіпертензивного лікування у жінок із цим захворюванням призначаються препарати, дія яких зумовлена периферичною вазодилатацією;
- визначення показників центрального кровообігу в динаміці лікування забезпечує високоінформативний індивідуальний контроль ефективності терапії.

Дослідження параметрів центральної гемодинаміки, що визначають рівень АТ, здійснюється методом тетраполярої реографії. Цей недорогий і простий у виконанні метод є неінвазивним, безпечним і необтяжливим для жінки. Розпочинати контроль за показниками центрального кровообігу в осіб із ГХ доцільно з 10-14 тижнів вагітності й здійснювати його в динаміці підбору антигіпертензивної терапії амбулаторно або у стаціонарі, а також у процесі спостереження за хворою при кожному відвідуванні лікаря-консультанта.

Дані про безпечність антигіпертензивних засобів, які використовуються у вагітних, є обмеженими. Майбутня дитина у ранні терміни вагітності найбільш вразлива. Враховуючи це, вважаємо за доцільне розпочинати планове антигіпертензивне лікування із II триместру вагітності (можливо з 10-12 тижнів) в осіб із ГХ 2 ступеня. Жінкам із ГХ 1 ступеня проводити антигіпертензивну терапію під час вагітності не потрібно. Виняток — пацієнтки, які погано переносять будь-яке підвищення АТ. Особам із ГХ 3 ступеня антигіпертензивна терапія показана завжди, незалежно від гестаційного терміну.

Прийняття рішення про необхідність використання антигіпертензивних засобів стає ще більш обґрунтованим із урахуванням показників центральної гемодинаміки. Якщо на фоні підвищення ЗПСО рівень ХОК значно знижений, антигіпертензивні засоби необхідно призначати пацієнткам не тільки з АГ 2 і 3 ступеня, а й особам із АГ 1 ступеня.

З урахуванням тривалого обсягу досвіду надання медичної допомоги вагітним із ГХ, препаратами вибору для проведення планової антигіпертензивної терапії вважаємо блокатори кальцієвих каналів дигідропіридинового ряду і, передусім, перший та найбільш вивчений засіб III покоління — амлодіпін. Також широко застосовуємо ніфедипін-ретард — дигідропіридин II покоління.

Метилдофа не чинить безпосереднього негативного впливу на майбутню дитину й вважається найбільш безпечним антигіпертензивним засобом для застосування в I триместрі вагітності. Однак, як показали проведені нами дослідження, у різних осіб метилдофа може проявляти подвійну гемодинамічну дію: в одних пацієнток АТ знижується за рахунок зменшення ЗПСО (позитивний гемодинамічний ефект); в інших (таких більшість) — за рахунок зменшення ХОК (негативна гемодинамічна дія). У разі зниження АТ за рахунок ХОК відтворюються або посилюються патологічні зміни центрального кровообігу, які лежать в основі розвитку поєднаної прееклампсії та порушень стану плода у жінок із ГХ. Тому перед використанням метилдофи та у ході її прийому необхідно визначати гемодинамічні показники й застосовувати препарат лише у разі позитивного впливу на кровообіг. За неможливості проведення гемодинамічного контролю або негативної гемодинамічної дії метилдофи призначаємо дигідропіридини.

У вагітних із АГ протипоказано застосовувати інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту; блокатори рецепторів ангіотензину II; прямі блокатори реніну; сечогінні; резерпін.

Для скоромічної терапії у жінок з АГ під час вагітності залежно від стану пацієнтки та причини підвищення

АТ використовуються: ніфедипін (сублінгвально або всередину), клонідин (сублінгвально або всередину), лабеталол (внутрішньовенно), уралпідил (внутрішньовенно); за ознак набряку легень — нітрогліцерин (внутрішньовенно). Магнію сульфат рекомендується використовувати у разі тяжкої прееклампсії для запобігання еклампсії, а також лікування судом. Нітропрусид натрію протипоказано призначати під час вагітності через можливість отруєння плода ціанідами; до його використання вдаються лише у крайніх випадках.

Із неспецифічних засобів, дія яких спрямована на запобігання розвитку прееклампсії та пов'язаних із нею інших порушень, у вагітних із ГХ, як в осіб із високим ризиком цього ускладнення, рекомендується використовувати ацетилсаліцилову кислоту (аспірин), хоча, на думку ряду фахівців, ефективність прийому аспірину у жінок із ГХ є сумнівною. Вважаємо за доцільне призначати цей препарат вагітним із ГХ за дуже високого ризику розвитку поєднаної прееклампсії: при значно підвищеному вихідному АТ, за тяжкої прееклампсії в анамнезі, наявності ожиріння тощо. Профілактику аспірином слід починати з 12-16 тижнів вагітності й проводити постійно до 36-37 тижнів, використовуючи препарат дозою 100-150 мг/день.

Додавання кальцію для профілактики поєднаної прееклампсії у жінок із ГХ, так само як і в будь-яких вагітних, показано лише за низького вживання кальцію з їжею. Для оцінки споживання кальцію нателер рекомендується розпитувати жінку про щоденне використання молочних продуктів, у яких, як звичайно, міститься найбільша кількість цього біоелемента.

Дослідженнями, проведеними в ІПАГ за нашої участі, встановлено, що для покращення перебігу та закінчення вагітності й насамперед запобігання розвитку поєднаної прееклампсії та порушень стану плода і новонародженого у вагітних із ГХ слід використовувати пероральні магнієві препарати, а також донатор оксиду азоту L-аргінін. Препарати магнію призначаються у вигляді органічних сполук із цитратом, лактатом і підолатом. Можуть використовуватися у будь-який термін вагітності; для профілактики поєднаної прееклампсії їх доцільно застосовувати з 12-16 тижнів вагітності до розродження дозою 300-400 мг магнію на добу. Для запобігання ускладненням у жінок із ГХ L-аргінін призначається з 12-14 тижнів вагітності протягом 30 днів у дозі 1000-2000 мг/добу в декілька прийомів. Через 2 тижні перерви такі курси повторюються.

Для поповнення в організмі вагітних запасів кальцію (у разі недостатнього його вживання із їжею), магнію, L-аргініну ми широко застосовуємо продукцію компанії Solgar, а саме: кальцію цитрат із вітаміном D₃, магнію цитрат, L-аргінін 500 мг і L-аргінін 1000 мг.

Використання наших розробок із надання медичної допомоги вагітним із ГХ дозволяє вже сьогодні значно покращувати у цієї складної категорії хворих закінчення вагітності для матері та дитини. За широкої співпраці, до якої ми завжди готові, можливо досягти більшого.