

УДК.616.12-008.331.1:618.2/3

DOI: 10.35278/2664-0767.1(49).2022.266322

ІСЛАМОВА О.В., МЕДВЕДЬ В.І., КИРИЛЬЧУК М.Є., ІСЛАМОВА Г.О.

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології імені академіка

О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

ПОРТАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ ТА ВАГІТНІСТЬ

Портальна гіпертензія (ПГ) - це патологічний стан, для якого характерне стійке підвищення тиску у басейні ворітної вени (>10 мм ртст), зумовлене блокадою кровообігу на різних рівнях портальної системи. ПГ супроводжується розвитком варикозного розширення вен (ВРВ) стравоходу та шлунка. При прогресуванні основного захворювання виникають тяжкі ускладнення ПГ (кровотеча з ВРВ стравоходу та шлунка, печінкова недостатність). Поєднання ПГ і вагітності є серйозною проблемою практичного акушерства. Дана стаття присвячена огляду літератури щодо питань ПГ та вагітності. Розглянуто класифікації ПГ, ВРВ стравоходу та шлунка. Наведено сучасні погляди на можливість виношування вагітності при ПГ, на особливості перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду. Також про тактику ведення гестації, методи і терміни розродження, ризику розвитку ускладнень ПГ та вагітності, лікування ПГ та її ускладнень.

Ключові слова: портальна гіпертензія, вагітність, пологи, варикозне розширення вен стравоходу та шлунка, кровотеча.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ - аналіз сучасного стану проблеми поєднання портальної гіпертензії та вагітності.

Портальна гіпертензія (ПГ) - це патологічний стан, що виникає внаслідок блокади кровообігу на різних рівнях портальної системи (у портальних судинах, у печінкових венах та нижній порожнистій вені), та призводить до високого портального тиску (більше 10 мм рт ст), варикозного розширення вен (ВРВ) стравоходу, шлунка

та прямої кишки, кровотеч з них, розвитку асцити та печінкової недостатності [1-4].

ПГ не є самостійним захворюванням, зустрічається при багатьох хворобах, але насамперед, при захворюваннях печінки та її судин.

Найбільш зручною для практичного використання є класифікація ПГ, яка відображає локалізацію блокади кровообігу портальної системи та етіологічні причини, що її викликають [5], таблиця 1.

Таблиця 1

Класифікації ПГ за локалізацією блокади кровообігу портальної системи

Форма ПГ	Локалізація блокади
Підпечінкова форма	Тромбоз портальної або селезінкової вен; вроджена атрезія чи стеноз портальної вени; кавернозна трансформація ворітної вени; здавлення ворітної або селезінкової вен пухлинами, інфільтратами; збільшення кровотоку в портальній вені (артеріо-венозні фістули, виражена спленомегалія (мієлопроліферація).
Внутрішньопечінкова форма	Дифузні хронічні захворювання печінки (хронічні гепатити, вроджений печінковий фіброз, хвороба Вільсона-Коновалова, цироз печінки різного генезу); пухлинні ураження печінки (первинні та метастатичні); саркоїдоз; синдром Фелті; хвороба Гоше; полікістоз печінки; альвеококкоз, шистозоматоз; аномалії розвитку судин печінки - хвороба Бада-Кіарі (первинний облітеруючий ендоефлебіт печінкових вен, з тромбозом та їх подальшою оклюзією).

Надпечінкова форма ПГ	Розвитку блоку в печінкових венах поза печінкою або в нижній порожній вені, проксимальніше впадання в неї печінкових вен. Зустрічається при синдромі та хворобі Бадда-Кіарі, (тромбоз і стеноз нижньої порожнистої вени), підвищенні тиску у правих відділах серця (рестриктивна кардіоміопатія, констриктивний перикардит).
-----------------------	--

За клінічними проявами та станом печінково-ного кровообігу в портальній системі ПГ розрізняють на три стадії [9], таблиця 2.

Таблиця 2

Класифікації ПГ за клінічними проявами та станом печінкового кровообігу в портальній системі

Стадії ПГ	Клініка
Компенсована стадія чи початкова ПГ	<ul style="list-style-type: none"> диспепсичні розлади, схильність до послаблення випорожнень, іноді біль у правому підребер'ї та епігастрії, при езофагогастродуоденофіброскопії (ФГДС) виявляються вени, розміром до 2-3 мм у діаметрі
Субкомпенсована ПГ	<ul style="list-style-type: none"> спленомегалія з явищами гіперспленізму помірне ВРВ стравоходу транзиторний асцит при ФГДС визначаються вени від 3 до 5 мм
Декомпенсована ПГ	<ul style="list-style-type: none"> гіперспленізм зі значною цитопенією геморагічний синдром значне ВРВ стравоходу та шлунка, ускладнене масивними кровотечами печінкова енцефалопатія набряково – асцитичний синдром при ФГДС-вени діаметром понад 5 мм

За тяжкістю перебігу ПГ поділяють на 3 ступені (10):

1 ступінь

- збільшення діаметра портальної вени ≥ 13 мм та селезінкової вени ≥ 9 мм
- початкове ВРВ стравоходу
- варикозне розширення гемороїдальних вен

2 ступінь

- помірне ВРВ стравоходу,
- гепатомегалія
- спленомегалія
- помірний асцит

3 ступінь

- асцит
- набряки
- печінкова енцефалопатія
- кровотеча з ВРВ стравоходу та шлунку
- неефективність консервативної терапії.

Патогенез ПГ визначають два основних механізми: збільшення опору портальному кровотоку та збільшення об'єму портальної крові. Клінічні прояви ПГ прямо або опосередковано пов'язані з розвитком колатерального кровообігу в ділянці стравоходу, шлунка та прямої кишки [6]. Виявлення ВРВ в стравоході та шлунку є основним проявом ПГ[7]. ВРВ при ПГ в 30% випадків ускладнюється кровотечею, іноді фатальною.

Ступінь величини ВРВ стравоходу та шлунку при ендоскопії оцінюється згідно класифікації А.Г. Шерцінгера [8]:

- 1 ступінь-діаметр вен 2-3 мм;
- 2 ступінь-3-5 мм;
- 3 ступінь-діаметр вен понад 5мм.

Поєднання ПГ та вагітності є серйозною проблемою практичного акушерства (11, 12). В останні десятиліття спостерігається збільшення кількості жінок з ПГ різного генезу, які планують вагітність або вже вагітні. З одного боку, це

пояснюється зростанням захворюваності печінки в осіб молодого віку, в першу чергу за рахунок частки вірусних гепатитів, цироза печінки, а також тромбофілій та хронічних мієлопроліферативних захворювань, з іншого боку, удосконаленням методів лікування основного захворювання, що призвело до розвитку ПГ, дозволяє компенсувати стан пацієнток і призводити до вищих показників зачаття і більш успішних результатів вагітностей [13]. Розвиток ускладнень ПГ під час вагітності може становити численні ризики для матері та плода. Ступінь тяжкості ускладнень залежить від характеру захворювання та причин ПГ [14, 15]. Ризики втрати вагітності прямо пропорційні ступеню вираженості ВРВ стравоходу та шлунка і становлять 12% при ВРВ 2 ступені та 46% при 3 ступені ВРВ [7]. Фізіологічні зміни гемодинаміки у вагітних, необхідні для зростаючого плоду, а саме, гіпердинамічний тип кровообігу, може погіршувати перебіг ПГ. Виникає додаткове навантаження на порталний кровоток, що може підвищувати ризик кровотечі з ВРВ стравоходу та шлунка, а це, у свою чергу, може стати причиною материнської смертності [16]. Під час вагітності є цілий ряд факторів, що сприяють розвитку кровотечі з ВРВ стравоходу та шлунку. Це підвищення внутрішньочеревного тиску; збільшення об'єму циркулюючої крові; відключення кровотоку за непарною та хребетною артеріями внаслідок здавлення нижньої порожнистої вени збільшеною маткою у пізні терміни вагітності; багаторазове блювання вагітних; проведення проби Вальсальви [14, 17].

До 50% ускладнень ПГ під час гестації припадає на кровотечі з ВРВ стравоходу та шлунка, причому до 51 % відзначаються при 3 ступені ВРВ стравоходу та шлунка, при 1 ступені ВРВ ризик розвитку кровотеч мінімальний. Найчастіше гастроєзофагеальні кровотечі у вагітних виникають при підпечінковій формі ПГ та при цирозах печінки [17]. За даними ряду авторів небезпечним для виникнення кровотечі із ВРВ є не лише вагітність, а й післяпологовий період. Це може бути пов'язано із змінами мікроциркуляції та посиленням трофічних порушень у слизовій оболонці стравоходу та шлунка внаслідок зниження внутрішньочеревного тиску, гіпотонії передньої черевної стінки та депонування крові в органах черевної порожнини, у зв'язку з коагулопатією, обумовленою дисфункцією печінки або вираженою тромбоцитопенією. [18, 19]. Іншими можливими ускладненнями ПГ при вагітності є розрив аневризми селезінкової артерії (виникає у 2,6% усіх вагітних з ЦП і часто призводить до

материнської та перинатальної смертності) [20-22], коагулопатія, печінкова недостатність [23], що найчастіше виникає після кровотечі з ВРВ стравоходу та шлунка [24].

Рання діагностика та корекція ускладнення ПГ у вагітних призводить до зниження материнської та перинатальної смертності [25]. З іншого боку, вагітність у жінок на тлі ПГ у 30-50 % випадків може перебігати з розвитком деяких акушерських ускладнень різного ступеню тяжкості [7, 11, 19], які залежать від характеру захворювання та причин ПГ [26]. Спостерігаються такі ускладнення, як загибель плода у ранні терміни, мимовільні викидні, передчасні пологи, материнська та перинатальна смертність післяпологові кровотечі, прееклампсія помірного та тяжкого ступеня, тяжка анемія. Акушерські ускладнення та негативні наслідки гестації більш характерні для вагітних з цирозом печінки, ніж для жінок з нециротичною ПГ [11, 27].

ПГ в більшості випадків не є протипоказанням для вагітності та пологів, як колись вважали. Важливо оцінити стан хворої з ПГ та виробити раціональну тактику ведення вагітності. Своєчасне використання ендоскопічних методів діагностики та лікування ПГ значно покращує результат гестації у цієї групи жінок [28]. При стабільному перебігу хвороби, компенсованої ПГ (помірне підвищення порталного тиску, відсутність шлунково-кишкових кровотеч, відсутність або початкові прояви ВРВ стравоходу та шлунка, відсутність асцитів, збережена функція печінки), динамічному спостереженні за вагітною у багатопрофільному медичному закладі III рівня акредитації, можливе виношування вагітності та народження здорової дитини.

Протипоказано виношування вагітності жінкам з наявністю асцитів, при ВРВ 3 ступеня з рецидивуючими шлунково-кишковими кровотечами, порушенням функції печінки, енцефалопатією. Вирішення питання про переривання вагітності за медичними показаннями рекомендовано з обов'язковим урахуванням терміну гестації [7].

Для успішного перебігу та результату вагітності необхідна, раціональна тактика ведення. Хворі із ПГ потребують обов'язкового проведення прегравідарної підготовки, яка передбачає комплекс лабораторно-інструментального обстеження (аналіз крові загальний, біохімічні дослідження крові, коагулограма, ФГДС, ультразвукове дослідження (УЗД) внутрішніх органів, доплер УЗД судин сплено-ренальної осі для можливого виявлення аневризми селезінкової артерії, еласто-

графія), консультації гастроентеролога, акуше-ра-гінеколога, хірурга-гепатолога, ендоскопіста, відповідне медикаментозне або планове хірургічне лікування для зниження тиску в портальній системі (склерозування або лігування ВРВ, ендovasкулярна емболізація лівої шлункової вени і коротких вен шлунка, різні види судинних портокавальних анастомозів, включаючи транс'югулярні портосистемне шунтування) [26, 29, 30].

При настанні вагітності до 12 тижнів вирішується питання можливості виношування. Вагітні з ПГ потребують ретельного спостереження в медичному закладі III рівня акредитації. На протязі вагітності слід регулярно проводити ФГДС для оцінки ризику кровотечі із ВРВ та УЗД черевної порожнини для контролю стану внутрішніх органів (1 раз у триместр, при необхідності, частіше). Особливо важливо проведення ФГДС у 2 триместрі вагітності, у період максимального підвищення тиску в портальній системі.

Лабораторне дослідження крові необхідно проводити не рідше 1 разу у триместр [15].

У більшості випадків вагітність у жінок з ПГ доводять до терміну доношеності плода. ВРВ стравоходу та шлунка не є показанням для до-строкового розродження [31]. При прогресуванні ВРВ та ризик розвитку кровотечі до пологів рекомендується проведення ендоскопічного лікування [32-33].

Підхід до ведення пологів повинен бути індивідуальним, з урахуванням розмірів ВРВ стравоходу та шлунка, змін у печінці. Пологи можливі через природні родові шляхи за відсутності показань до кесаревого розтину. Щоб уникнути надмірної напруги з боку матері, другий період може бути скороченим. Для знеболювання пологів перевага надається епідуральній анестезії, при відсутності коагулопатії та тромбоцитопенії [34].

Показанням до екстреного кесаревого розтину є розрив аневризми селезінкової артерії [20].

При високому ризику кровотечі з ВРВ стравоходу і шлунка 2-3 ступеня одні автори пропонують під час розродження проводити інфузію судинозвужувального аналога вазопресина терліпресину (препарат категорії Д), 5 мл внутрішньовенно болюсно періопераційно і 5 мл внутрішньовенно мікрострумивно протягом першої доби післяопераційного періоду [33]. Інші вважають вводити препарат октреотид (препарат категорії В), аналог соматостатину, що має вазоконстрикторну дію, але використовувати його тільки у разі розвитку кровотечі [35].

Під час проведення кесаревого розтину при загрозі кровотечі з ВРВ має бути забезпечена доступність судинного хірурга [36].

У післяпологовому періоді показано ретельне спостереження за породіллями з ПГ у зв'язку з високим ризиком розвитку кровотечі, частота якої становить 7-10% , найчастіше серед пацієнток із ЦП. Грудне вигодовування в більшості випадків не протипоказане [19].

Лікування ПГ при вагітності включає патогенетичне, спрямоване на зниження тиску в системі ворітної вени, як основа профілактики кровотеч із ВРВ стравоходу та шлунка та симптоматичне, куди відноситься лікування ускладнень. З метою зниження тиску в портальній системі призначаються β -адреноблокатори (карведилол) Визнано, що профілактичне використання не-селективних β -адреноблокаторів необхідно за будь-якого розміру варикозних вузлів для запобігання прогресу варикозу та зниження ризику кровотечі. Для лікування ускладнень використовуються діуретики (калійзберігаючі у поєднанні з петльовими), препарати заліза, гемостатична терапія, антибактеріальна (за показаннями), судинозвужувальні препарати [37-38]. При ПГ, що виникла внаслідок хвороб системи крові - хронічних мієлопроліферативних захворюваннях або тромбофілії проводиться цитостатична або антикоагулянтна терапія, відповідно [39]. Необхідність призначення антикоагулянтної терапії залишається відкритим питанням через високий ризик смертності від кровотечі з ВРВ.

ВИСНОВКИ

У хворих на ПГ прегравідарна підготовка є обов'язковою і передбачає комплексне лабораторно-інструментальне обстеження, консультації гастроентеролога, хірурга-гепатолога, фахівця по ендоскопії, відповідне медикаментозне або планове хірургічне лікування.

ПГ у більшості випадків не є протипоказанням для виношування вагітності.

Хворі на ПГ під час вагітності потребують висококваліфікованого мультидисциплінарного спостереження у закладі перинатальної допомоги III рівня.

Для зниження тиску в портальній системі рекомендовано постійний прийом неселективного β -адреноблокатора (карведилол).

При прогресуванні ВРВ стравоходу та шлунку і ризику кровотечі протягом вагітності показано проведення ендоскопічного лікування.

У більшості випадків вагітність доводять

до терміну доношеності плода. Показанням до дострокового розродження є декомпенсація ПГ, кровотеча з ВРВ у терміні ≥ 34 тижні.

Розродження проводять через природні пологові шляхи. Другий період пологів може бути скороченим. Показанням до планового кесаревого розтину є кровотеча, що відбулася під час вагітності або високий ризик кровотечі з варикозно розширених вен.

При розвитку кровотечі із ВРВ стравоходу та шлунку під час пологів, або в післяпологовому періоді рекомендовано використання судинозвужувальних аналогів вазопресина (терліпресин), а також аналога сомататіна (октреотид). Грудне вигодування не протипоказано, якщо жінка не приймає препаратів FDA, категорії D або X.

ЛІТЕРАТУРА

1. Харченко Н.В., Бабак О.Я. Гастроентерологія. – К.:Друкар; 2007. – 720 с.
2. Передерій В.Р., Ткач С.М. Практична гастроентерологія. Посібник для лікарів. Каштелянов А.І..2011-776с.:Глава 29. Портальна гіпертензія.С.426-441.
3. Фандеев Е.Е., Любимый Е.Д., Гонсалес Д. Гонсалес, Сысоева Е.П., Киценко Е.А. Внепеченочная портальная гипертензия и тромбоз воротной вены // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2015. – Т.20. № 1. – С.45-58.
4. Бенца Т.М. Цироз печінки: сучасний погляд на проблему ISSN-4269 Lviv Clinical Bulletin.2020,3(31)
5. Васильева З.В., Бритвина К.В., Киценко Е.А. Беременность у женщин с портальной гипертензией // *Акушерство и гинекология.* – 2011. – №6. – С.22-26.
6. Asrani S.K., Devarbhavi H., Eaton Y., Kamath P.S. Burden of Liver Diseases in the World.*J.Hepatol.*2019;70(1):151-171.
7. Апресян С.В., Киценко Е.А., Шеманаева Т.В. Кира Е.Ф., Алажажи М., Щукина А.А. Особенности тактики ведения беременности на фоне портальной гипертензии. *Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И.Пирогова* 2021,т.16,№ 2.С 116-121. doi: 1025881/20728255_2021_16_2_116
8. Шерцингер Т.И. и соавт. Тактика ведения беременности с синдромом портальной гипертензии // *Акушерство и гинекология.* – 1994. - №1. – С. 16-18.
9. Хухліна О.С. Клініко-патогенетичні особливості перебігу та прогресування стеатогепатозу та хронічного стеатогепатиту у хворих із синдромом інсулінорезистентності, обґрунтування диференційованого лікування: Автореф. дис. док. мед. наук. – К., 2006. – 36 с.
10. Хухліна О.С. Портальна гіпертензія // *Гострі та невідкладні стани у практиці лікаря гастроентерологія.* 2008. - №3. – С.
11. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. Издание пятое переработаное и дополненное. Москва,2011» Триада-Х».С.348-350.
12. Peitsidou A., Peitsidis P., Michopolos S. et al. Exacerbation of liver cirrhosis in pregnancy: a complex emerging clinical situation.// *Arch. Gynecol.Obstet.*-2009; 911-913. doi:10./s00404-008-0811-4.
13. Sumana G., Dadhwal V, Deka D., Mittal S. Non-cirrhotic portal hypertension and pregnancy outcome. *J Obstet Gynaec Res.* 2008; 34:5: 801-804. doi: 10.1111/j.1447-0756.2008.00853.x
14. Mishra N., Mishra V.N, Thakur P. Study of Abnormal Liver Function Test during Pregnancy in a Tertiary Care Hospital in Chhattisgarh. *J Obstet Gynaecol India.* 2016; 66(1): 129-35. doi: 10.1007/s13224-015-0830-6.
15. Dhingra M., Ahmad S.N. Pregnancy with portal hypertension: a case report. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2018; 7: 3896-8. doi: 0.18203/2320-1770.ijrcog20183818.
16. Shredi A., Elberson B. Gastrointestinal bleeding in pregnant patients with cirrhosis: pathophysiology, review of outcomes, and management. *The Southwest Respiratory and Critical Care Chronicles.* 2018; 6(25): 19-25. doi: 10.12746/swrccc.v6i25.479.
17. Киценко Е.А., Анисимов А.Ю., Андреев А.И. Современное состояние проблемы кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка.//*Вестник современной клинической медицины.*2014.Т.№5.С.89-98.
18. Рогачкова Е.В. Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка при беременности: Автореф. дис. канд. мед. наук. М 2005:24.
19. Aggarwal N., Ne gi N., Aggarwal A., Bodh V., Dhiman R.K. Pregnancy with portal hypertension. *J Clin Exp Hepatol.* 2014; 4(2): 163-71. doi: 10.1016/j.jceh.2014.05.014.
20. Pasha S.F., Glovyezki P., Stanson A.W., Kamath P.S. Splanchnic artery aneurysms.*Mayo Clin Proc.*2007;82:472-479.
21. Ammon F.J., Kohlhaas A., Elshaarawy O., et al. Liver stiffness reversibly increases during pregnancy and independently predicts preeclampsia. *World J Gastroenterol.* 2018 Oct 14; 24(38): 4393-4402. doi: 10.3748/wjg.v24.138.4393.
22. Crocker A., Girling J., Cotzias C. Massive bleeding in pregnancy from ruptured oesophageal varices complicating portal hypertension a cautionary tale // *Obst. Med.* 2011. – N4 (4). – С. 169-170. doi: 10.1258/om.2011.100075.

23. Rasheed S.M., Monem A., Allam M. et al. Prognosis and determinants of pregnancy outcome among patients with post-hepatitis liver cirrhosis // *J. Gynecol. Obstetr.* 2013. – 121 (3). – С. 247-251.
24. Rizzo L., Attanasio M., Pinzone M.R., et al. A new sampling method for spleen stiffness measurement based on quantitative acoustic radiation force impulse elastography for noninvasive assessment of esophageal varices in newly diagnosed HCV-related cirrhosis. *Biomed Res Int.* 2014. doi: 10.1155/2014/365982.
25. Shredi A., Elberson B. Gastrointestinal bleeding in pregnant patients with cirrhosis Pathophysiology review of outcomes, and management. // *The Southwest Respiratory and Critical Care Chronicles.* -2018;6(25):19-25. doi:10.12746/swrccc.v6i25.479.
26. Lodato F., Cappelli A., Montagnani M. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt: a case report of rescue management of unrestrainable variceal bleeding in a pregnant woman. *Dig Liver Dis.* 2008;40:387-390.
27. Shaheen A.A., Myers R.P. The outcomes of pregnancy in patients with cirrhosis: population based. *Liver Int.* 2010;30:275-283.
28. O'Mahony S. Endoscopy sy Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2007;21:893-899.
29. Buechter M., Kahraman A., Manka P, et al. Spleen and Liver Stiffness Is Positively Correlated with the Risk of Esophageal Variceal Bleeding. *Digestion.* 2016; 94(3): 138-144. doi:10.1159/000450704.
30. Bodh V., Chawla Y. Noncirrhotic intrahepatic portal hypertension. *Clin Liver Dis (Hoboken).* 2014; 3(6): 129-132. doi: 10.1002/cld.344.
31. Степановых Е.Д., Карманова Е.В., Ильин А.Б., Дзидзава И.И. Ведение беременности и родов при синдроме портальной гипертензии. // *Федеральный специализированный перинатальный центр ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, ФГБВОУ ВО Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург, Россия / Акушерство и гинекология Санкт-Петербурга.* 2017 №1. – С. 18-21.
32. Qureshi W.A., Rajan E., Adler D.G., et al. ASGE Guideline: Guidelines for endoscopy in pregnant and lactating women. *Gastrointestinal endoscopy.* 2005, 61: 357-362. doi: 10.1016/s0016-5107(04)02780-4.
33. Ghidirim G., Mishin I., Dolghii A., Lupashcu A. Prophylactic endoscopic band ligation of esophageal varices during pregnancy. *J. Gastrointest. Liver Dis.* 2008 Jun; 17 (2): 236-237.
34. Sarin S.K., Sollano J.D., Chawla Y.K. Consensus on extra-hepatic .Portal vein obstruction. *Liver Int.* 2006;26:512-519. doi: 10.1111/j.1478-3231.2006.01269.x.
35. Эттингер О.А. Современные подходы к диагностике и лечению синдрома портальной гипертензии // *Гастроэнтерология.* –2012. – №4. – С.31-37.
36. Wani Z.A., Bhat R.A., Bhadoria A.S., Maiwall R. Extrahepatic portal vein obstruction and portal vein thrombosis in special situations: Need for a new classification. *Saudi J Gastroenterol.* 2015; 21(3): 129-38. doi: 10.4103/1319-3767.157550.
37. Samonakis D.N., Triantos C.K., Thalheimer U. Management of portal hypertension // *Postgrad Med J.* - 2004. - Vol. 80. - № 949. - P. 634-641.
38. Morton A, Laurie J, Hill J. Portal hypertension in pregnancy - Concealed perils. *Obstet Med.* 2020 Sep;13(3):142-144. doi: 10.1177/1753495X18801464.
39. Антоненко А.В., Береговая Т.В. Ідіопатична нециротична портальна гіпертензія та синдром Бадда-Кіарі: фокус на проблему. // *Сучасна гастроентерологія.* - №1(105). 2019. С.120-123.

REFERENCES

1. Kharchenko N.V., Babak O.Ia. *Hastroenterolohiia.* – К.: 2007. – 720 s.
2. Perederii V.R., Tkach S.M. *Practical gastroenterology. A guide for doctors.* Kashtelyanov A.I.. 2011-776 p.: Chapter 29. Portal hypertension. P. 426-441. (In Ukrainian).
3. Fandeev E.E., Ljubiviy E.D., Gonzalez D. Gonsalves, Sysoeva E.P., Kitsenko E.A. Extrahepatic portal hypertension and portal vein thrombosis (literature review). *Annals of Surgical Hepatology.* 2015; 20(1):45-58. (In Russian).
4. Bentsa T.M. Cirrhosis of the liver: a modern view of the problem ISSN-4269 Lviv Clinical Bulletin. 2020,3(31)
5. Vasilyeva Z.V., Britvina K.V., Kitsenko E.A. Pregnancy in a woman with portal hypertension. *Obstetrics and gynecology.* 2011; 6: 22-26. (In Russian).
6. Asrani S.K., Devarbhavi H., Eaton Y., Kamath P.S. Burden of Liver Diseases in the World. *J. Hepatol.* 2019;70(1):151-171.
7. Apresjan S.V., Kicenko E.A., Shemanaeva T.V. Kira E.F., Alazhazhi M., Shhukina A.A. Features of the management of pregnancy against the background of portal hypertension. *Bulletin of the National Medical and Surgical Center.* N.I. Pirogova 2021, vol. 16, No. 2. С 116-121. doi: 1025881/20728255_2021_16_2_116 . (In Russian).
8. Shercinger T.I. et al. Management of pregnancy with portal hypertension syndrome // *Obstetrics and Gynecology* – 1994. - №1. – P. 16-18. (In Russian).
9. Khukhlina O.S. Clinical and pathogenetic features of the progression and progression of steatohepatitis and chronic steatohepatitis in patients with insulin resistance syndrome, grounding differential

- treatment: Abstract of the thesis. dis. PhD. K., 2006. – 36. (In Ukrainian).
10. Khukhlina O.S. Portal hypertension // Acute and urgent conditions in the practice of a gastroenterologist.. 2008. - №3. – 43. (In Ukrainian).
 11. Shehtman M.M. Guidelines for extragenital pathology in pregnant women. Fifth edition, revised and enlarged. Moscow, 2011 «Triad-X». P. 348-350.
 12. Peitsidou A., Peitsidis P., Michopolos S. et al. Exacerbation of liver cirrhosis in pregnancy: a complex emerging clinical situation.// Arch. Gynecol.Obstet.-2009; 911-913. doi:10./s00404-008-0811-4.
 13. Sumana G., Dadhwal V, Deka D., Mittal S. Non-cirrhotic portal hypertension and pregnancy outcome. J Obstet Gynaec Res. 2008; 34:5: 801-804. doi: 10.1111/j.1447-0756.2008.00853.x
 14. Mishra N, Mishra V.N., Thakur P. Study of Abnormal Liver Function Test during Pregnancy in a Tertiary Care Hospital in Chhattisgarh. J Obstet Gynaecol India. 2016; 66(1): 129-35. doi:10.1007/s13224-015-0830-6.
 15. Dhingra M., Ahmad S.N. Pregnancy with portal hypertension: a case report. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2018; 7: 3896-8. doi: 0.18203/2320-1770.ijrcog20183818.
 16. Shredi A., Elberson B. Gastrointestinal bleeding in pregnant patients with cirrhosis: pathophysiology, review of outcomes, and management. The Southwest Respiratory and Critical Care Chronicles. 2018; 6(25): 19-25. doi: 10.12746/swrccc.v6i25.479.
 17. Kicenko E.A., Anisimov A.Ju., Andreev A.I. The current state of the problem of bleeding from varicose veins of the esophagus and stomach.//Bulletin of modern clinical medicine. .2014.V.No.5.S.89-98. (In Russian).
 18. Rohachkova E.V. Bleeding from varicose veins of the esophagus and stomach during pregnancy: Abstract of the thesis. dis. cand. honey. Sciences. M 2005:24. . (In Russian).
 19. Aggarwal N., Negi N., Aggarwal A., Bodh V., Dhiman R.K. Pregnancy with portal hypertension. J Clin Exp Hepatol. 2014; 4(2): 163-71. doi: 10.1016/j.jceh.2014.05.014.
 20. Pasha S.F., Glovyezki P., Stanson A.W., Kamath P.S. Splanchnic artery aneurysms. Mayo Clin Proc.2007;82:472-479.
 21. Ammon F.J., Kohlhaas A., Elshaarawy O., et al. Liver stiffness reversibly increases during pregnancy and independently predicts preeclampsia. World J Gastroenterol. 2018 Oct 14; 24(38): 4393-4402. doi: 10.3748/wjg.v24.i38.4393.
 22. Crocker A., Girling J., Cotzias C. Massive bleeding in pregnancy from ruptured oesophageal varices complicating portal hypertension: a cautionary tale // Obst. Med. 2011. – N4 (4). – C. 169-170. doi: 10.1258/om.2011.100075.
 23. Rasheed S.M., Monem A., Allam M. et al. Prognosis and determinants of pregnancy outcome among patients with post-hepatitis liver cirrhosis //J. Gynecol. Obstetr. 2013. – 121 (3). – C. 247-251.
 24. Rizzo L., Attanasio M., Pinzone M.R., et al. A new sampling method for spleen stiffness measurement based on quantitative acoustic radiation force impulse elastography for noninvasive assessment of esophageal varices in newly diagnosed HCV-related cirrhosis. Biomed Res Int. 2014. doi: 10.1155/2014/365982.
 25. Shredi A., Elberson B. Gastrointestinal bleeding in pregnant patients with cirrhosis Pathophysiology review of outcomes, and management.// The Southwest Respiratory and Critical Care Chronicles.-2018;6(25):19-25. doi:10.12746/swrccc.v6i25.479.
 26. Lodato F., Cappelli A., Montagnani M. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt: a case report of rescue management of unrestrainable variceal bleeding in a pregnant women. Dig Liver Dis.2008;40:387-390.
 27. Shaheen A.A., Myers R.P. The outcomes of pregnancy in patients with cirrhosis: population based. Liver Int.2010;30:275-283.
 28. O'Mahony S. Endoscopy sy Best Pract Res Clin Gastr oenterol.2007;21:893-899. PubMed Google Scholar
 29. Buechter M., Kahraman A., Manka P, et al. Spleen and Liver Stiffness Is Positively Correlated with the Risk of Esophageal Variceal Bleeding. Digestion. 2016; 94(3): 138-144. doi:10.1159/000450704.
 30. Bodh V., Chawla Y. Noncirrhotic intrahepatic portal hypertension. Clin Liver Dis (Hoboken). 2014; 3(6): 129-132. doi: 10.1002/cld.344.
 31. Stepanovych E.D., Karmanova E.V., Il'in A.B., Dzidzava I.I. Management of pregnancy and childbirth in portal hypertension syndrome. // Federal Specialized Perinatal Center of the Federal State Budgetary Institution "North-Western Federal Medical Research Center named after A.I. V.A. Almazov» of the Ministry of Health of Russia, FGBV0U VO Military Medical Academy named after S.M. Kirov MO RF, St. Petersburg, Russia / Obstetrics and Gynecology of St. Petersburg. 2017 №1. – S. 18-21. (In Russian).
 32. Qureshi W.A., Rajan E., Adler D.G., et al. ASGE Guideline: Guidelines for endoscopy in pregnant and lactating women. Gastrointestinal endoscopy. 2005, 61: 357-362. doi: 10.1016/s0016-5107(04)02780-4.
 33. Ghidirim G., Mishin I., Dolghii A., Lupashcu A. Prophylactic endoscopic band ligation of esophageal varices during pregnancy. J. Gastrointest. Liver Dis. 2008 Jun; 17 (2): 236-237.

34. Sarin S.K., Sollano J.D., Chawla Y.K. Consensus on extra-hepatic .Portal vein obstruction. Liver Int.2006;26:512-519. doi: 10.1111/j.1478-3231.2006.01269.x.
35. Jettinger O.A. Modern approaches to the diagnosis and treatment of portal hypertension syndrome // Gastroenterology.-2012. – №4. – S.31-37. (In Russian).
36. Wani Z.A., Bhat R.A., Bhadoria A.S., Maiwall R. Extrahepatic portal vein obstruction and portal vein thrombosis in special situations: Need for a new classification. Saudi J Gastroenterol. 2015; 21(3): 129-38. doi: 10.4103/ 1319-3767.157550.
37. Samonakis D.N., Triantos C.K., Thalheimer U. Management of portal hypertension // Postgrad Med J. - 2004. - Vol. 80. - № 949. - P. 634-641.
38. Morton A, Laurie J, Hill J. Portal hypertension in pregnancy - Concealed perils. Obstet Med. 2020 Sep;13(3):142-144. doi: 10.1177/1753495X18801464.
39. Antonenko A.V., Berehovaia T.V. Idiopathic non-cirrhotic portal hypertension and Budd-Chiari syndrome: focus on the problem.//Modern gastroenterology. (In Russian).

SUMMARY

PORTAL HYPERTENSION AND PREGNANCY

ISLAMOVA O.V., MEDVED V.I.,
KYRYLCHUK M.E., ISLAMOVA G.O.

Portal hypertension (PH) is a pathological condition characterized by a persistent increase in pressure in the portal vein pool (>10 mmHg) caused by blood circulation blockage at various levels of the portal system. PH is accompanied by the varicose veins development (VV) of the esophagus and stomach. With the progression of the main disease, severe complications of PH occur (bleeding from varicose veins of the esophagus and stomach, liver failure). The combination of PH and pregnancy is a serious problem in practical obstetrics. This article is devoted to a review of the literature on the issues of PH and pregnancy. The classifications of PH, VV of the esophagus and stomach are considered. Modern views on the possibility of carrying a pregnancy with PH, on the peculiarities of the course of pregnancy, childbirth and the postpartum period are given. Also about the tactics of managing gestation, methods and terms of childbirth, risks of developing complications of PH and pregnancy, treatment of PH and its complications.

Key words: portal hypertension, pregnancy, childbirth, varicose veins of the esophagus and stomach, bleeding.