

УДК 618.3-06:616.12-008.331.1]-036.12

О. Г. ПОЧЕПЦОВА, Н. Є. МІЩУК

/Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, Харків, Україна/

Огляд рекомендацій Європейського товариства кардіологів щодо ведення гіпертензивних розладів під час вагітності

Резюме

У серпні 2025 року Європейське товариство кардіологів оприлюднило нові рекомендації щодо ведення серцево-судинних захворювань під час вагітності, що містять сучасні практичні підходи. В огляді наведено основні положення щодо ведення гіпертензивних розладів під час вагітності.

Ключові слова: серцево-судинні захворювання, вагітність, гіпертензивні розлади, рекомендації

Серцево-судинні захворювання (ССЗ), що ускладнюють перебіг вагітності, є провідною причиною смерті вагітних жінок, плода і новонародженого. Виникають такі ускладнення, як відшарування плаценти, інсульт, поліорганна недостатність, дисеміноване внутрішньосудинне згортання, внутрішньоутробна затримка росту плода, або недоношеність.

Найчастішими ССЗ під час вагітності є гіпертензивні синдроми, які ускладнюють 5–10 % вагітностей, на другому місці – вроджені захворювання серця.

Починаючи з перших тижнів вагітності відбуваються фізіологічні зміни серцево-судинної системи жінки. Змінюються параметри центральної гемодинаміки, стан судинної стінки, системи гемостазу, склад крові, підпорядковуючись новим умовам гормональної регуляції для забезпечення зростаючих метаболічних потреб матері та плода і підготовки до пологів. Ударний об'єм і серцевий викид (СВ) збільшуються на 30–50 %, частота серцевих скорочень зростає на 10–20 ударів на хвилину, а периферичний судинний опір знижується на 20–50 %. Ці зміни починаються з 5–8 тиж. вагітності та досягають піку в другому її триместрі.

Додатковим стресовим чинником для системи кровообігу може стати крововтрата під час пологів. У середньому вагінальні пологи пов'язані з втратою близько 10 %, а кесарів розтин – до 29 % загального об'єму циркулюючої крові, хоча величина крововтрати в різних жінок коливається у значних межах. Після пологів параметри гемодинаміки поступово повертаються до вихідного (до вагітності) рівня – в межах 2–4 тиж. після вагінальних пологів і через 4–6 тиж. – після кесаревого розтину. Систолічний та діастолічний артеріальний тиск залишається на тому ж рівні, що і протягом пізніх термінів вагітності, впродовж 12 тиж. післяпологового періоду.

Оцінка ризику до настання вагітності

Згідно з рекомендаціями щодо ведення ССЗ під час вагітності (ESC 2025), кардіолог повинен установлювати вагітним із ССЗ клас ризику за модифікованою класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я (modified World Health Organization – mWHO 2.0).

Переглянуті протипоказання до вагітності у жінок, віднесених до IV класу по mWHO 2.0. Лікар повинен надати жінкам, що належать до IV класу mWHO 2.0, вичерпну інформацію про високий ризик вагітності, що дозволить зробити усвідомлений вибір, включаючи розгляд питання про переривання вагітності у разі потреби або коли потрібне хірургічне втручання (наприклад, операції на серці). Рекомендується комплексне консультування вагітних високого ризику (пов'язаного з цим високого ризику для плода) групою фахівців із кардіологічних захворювань. Попередні рекомендації класу III були перетворені на рекомендації класу I, які пропонують спільне прийняття рішень щодо репродуктивного вибору при вагітності високого ризику.

Модель спільного прийняття рішень дозволить жінкам робити повністю поінформований вибір за відповідної підтримки фахівців, у той же час рекомендації ESC не скасовують особисту відповідальність лікаря за прийняте рішення. На всіх етапах дуже важливо сприяти спільному ухваленню рішень.

Класифікація mWHO була орієнтована на вроджену ваду серця у дорослих (BBC) та виявлення осіб із найбільшим ризиком. Тепер класифікація mWHO 2.0 розширена іншими ССЗ та вдосконалена з урахуванням даних великого проспективного дослідження «Серцево-судинні захворювання під час вагітності» (CARPREG II).

CARPREG II (Cardiac Risk in Pregnancy) – це шкала для оцінки ризиків серцево-судинних ускладнень у вагітних та стратифікації їх за групами ризику, враховуючи специфічні захворювання серця (гіпертензію, кардіоміопатії) та такі фактори, як ожиріння. Це дає можливість визначити оптимальну тактику ведення вагітності, пологів та післяпологового періоду, мінімізуючи ризики для матері та плода.

Згідно з рекомендаціями ESC (2025) щодо ведення ССЗ під час вагітності, для кожного випадку материнського ризику необхідно використовувати модифікатори b, наведені з дослідження CARPREG II.

Оцінка CARPREG II: 1 бал

- Відсутність попередніх кардіохірургічних втручань (наприклад, операцій, катетеризації).
- Оцінка ризику на пізніх термінах вагітності (після 20 тижнів).

Оцінка CARPREG II: 2 бали

- Шлуночкова дисфункція (ФВ ЛШ <55 %).
- Високий ризик розвитку захворювання лівосторонніх клапанів або обструкції вихідного тракту.
- Легенева гіпертензія (середній тиск у легеневій артерії >49 мм рт. ст.).
- Ішемічна хвороба серця.
- Аортопатія високого ризику (наприклад, синдром Марфана, дилатація аорти >40 мм).

Оцінка CARPREG II: 3 бали

- Попередні серцеві події чи аритмії.
- Вихідний рівень NYHA III–IV, або ціаноз.
- Наявність механічного клапана.

Шкала CARPREG II (Cardiac Disease in Pregnancy Risk Index) – це клінічна модель прогнозування, що включає значні предиктори, кожен із яких оцінюється в балах. Сума балів дозволяє визначити можливість розвитку серцево-судинних ускладнень під час вагітності (безпосередньо корелює з ймовірністю їх розвитку).

Сума балів та прогнозований ризик ускладнень:

- 1 бал – 5 %;
- 2 бали – 10 %;
- 3 бали – 15 %;
- 4 бали – 22 %;
- ≥5 балів – 41 %.

Індивідуальна оцінка ризику також повинна включати некардіологічні фактори ризику, такі як вік матері, анамнез куріння, індекс маси тіла (ІМТ), акушерський анамнез.

При кожному повторному візиті до кардіолога клас ризику переглядається. Жінки з проміжним та високим ризиком СС ускладнень під час вагітності (II–III, III та IV класи за mWHO 2.0) потребують консультування до настання вагітності та її ведення в експертному центрі.

Команда експертів із патології серця у вагітних повинна включати досвідчених фахівців – кардіолога, акушера та анестезіолога, а також інших за потребою. Зокрема, може бути доцільною консультація генетика, оскільки для дітей, чиї матері мали спадкові ССЗ, ризик успадкувати їх складає 3–50 %, залежно від нозології. Необхідність використання допоміжних репродуктивних технологій розглядається індивідуально.

Для більшості жінок рекомендуються вагінальні пологи, оскільки вони асоційовані з меншою крововтратою, нижчим ризиком інфекції, венозних тромбозів та тромбоемболій. Кесарський розтин може розглядатися за акушерськими показаннями, а також у жінок, які приймають оральні антикоагулянти в терміні пологів, при агресивній патології аорти, гострій рефрактерній СН, тяжких формах легеневої гіпертензії.

Артеріальна гіпертензія у вагітних

Гіпертензія ускладнює перебіг 5–10 % вагітностей, залишаючись провідною причиною захворюваності та смертності матері (відшарування плаценти, інсульт, поліорганна недостатність, дисеміноване внутрішньосудинне згортання), а також плода (внутрішньоутробна затримка росту, недоношування, загибель).

У жінок, які перенесли гіпертензивні ускладнення вагітності, спостерігається підвищений ризик ожиріння, цукрового діабету, серцево-судинних захворювань, ниркової патології. Діти таких жінок схильні до розвитку метаболічних, гормональних порушень, серцево-судинної патології.

Згідно з класифікацією гіпертензивних розладів у вагітних (ESC 2025) виділяють:

А. АГ, що передувала вагітності (хронічну АГ):

1. Первинна гіпертензія.
2. Вторинна гіпертензія.
3. Гіпертензія білого халата.
4. Прихована гіпертензія.

В. Гестаційна гіпертензія.

Гіпертензія, що розвивається після 20 тижнів вагітності та зазвичай минає протягом 6 тижнів після пологів.

Транзиторна гестаційна гіпертензія – виявляється в клініці, але потім артеріальний тиск нормалізується при повторних вимірюваннях протягом декількох годин; пов'язана з 40 % ризиком розвитку справжньої гестаційної гіпертензії або прееклампсії в останній частині вагітності, тому вимагає ретельного спостереження.

С. Прееклампсія.

Гестаційна гіпертензія, що супроводжується одним або декількома з наступних станів, що вперше виникли, на 20-му тижні вагітності або пізніше:

- Протеїнурія (виділення альбуміну із сечею у добовому зразку сечі >0,3 г/добу, або співвідношення альбуміну до креатиніну у сечі у випадковому зразку сечі >30 мг/ммоль (0,3 мг/мг)). Інші порушення функції органів матері, у тому числі:
- Гостре пошкодження нирок (рівень креатиніну у сироватці крові ≥90 мкмоль/л; 1 мг/дл).
- Порушення функції печінки (підвищений рівень АЛТ або АСТ >4 МО/л).
- Неврологічні ускладнення (наприклад, еклампсія/судоми, зміна психічного стану, сліпота, інсульт, клонус, сильний головний біль).
- Гематологічні ускладнення (кількість тромбоцитів <150 000/мкл, дисеміноване внутрішньосудинне згортання, гемоліз).
- Матково-плацентарна дисфункція (затримка внутрішньоутробного розвитку, аномальні результати доплерівського дослідження пупкової артерії або мертвонародження).

Д. Існуюча раніше гіпертензія + накладена прееклампсія.

Наявність попередньої гіпертензії у поєднанні з будь-якою з вищезгаданих дисфункцій материнських органів, що відповідають прееклампсії, або подальше підвищення артеріального тиску з протеїнурією, що вперше виникла.

Е. Некласифікована гіпертензія у пренатальному періоді.

Якщо артеріальний тиск вперше вимірюється після 20 тижнів вагітності та діагностується гіпертензія, необхідна повторна оцінка через 6 тижнів після пологів або пізніше. Якщо гіпертензія минає, її слід перекласифікувати як гестаційну гіпертензію, а якщо зберігається, то її слід перекласифікувати як раніше існуючу, хронічну гіпертензію.

В останні роки спостерігається тенденція до збільшення частоти виникнення гіпертензивних розладів через старший вік породіль при перших пологах і зростаючу поширеність ожиріння.

Діагностика артеріальної гіпертензії у вагітних

Гіпертензія при вагітності зазвичай визначається як артеріальний систолічний тиск (АТ) ≥ 140 мм рт. ст. та/або діастолічний АТ ≥ 90 мм рт. ст.

Діагностика передбачає повторні вимірювання АТ, бажано при окремих візитах, або з інтервалом ≥ 15 хв у разі тяжкої гіпертензії (АТ $\geq 160/110$ мм рт. ст.). АТ вимірюється в положенні сидячи (під час положів – у положенні лежачи на лівому боці) з використанням манжетки відповідного розміру, діастолічний тиск визначають за V тоном Короткова (зникнення звуку). У 5 % вагітних при вимірюванні АТ виявляється «нескінченний V тон», тобто звуки чутні аж до 0. У таких випадках рівень фази IV відзначають як діастолічний АТ.

Ртутні сфігмоманометри залишаються «золотим стандартом» вимірювання АТ під час вагітності, оскільки автоматичні прилади ненадійні при тяжкій прееклампсії. Слід використовувати лише автоматичні прилади, які спеціально валідовані для використання під час вагітності.

Підвищення АТ у вагітної з підозрою на прееклампсію є показанням для проведення добового моніторування АТ (ДМАТ). Про наявність АГ при проведенні ДМАТ свідчить середньодобовий АТ $\geq 130/80$ мм рт. ст. Результати амбулаторного моніторування АТ виявляють кращу предикторну цінність, ніж результати рутинного вимірювання АТ, допомагають виявити так звану «гіпертензію білого халата», яка у вагітних вважається доброякісним станом. Амбулаторний моніторинг АТ дозволяє уникнути непотрібного лікування гіпертензії білого халата. Доцільно також урахувати результати домашніх вимірювань. Однак, згідно з рекомендаціями щодо ведення ССЗ під час вагітності (ESC 2025), діагноз встановлюється тільки на основі офісного вимірювання АТ.

Розрізняють легкий (140–159/90–109 мм рт. ст.) і тяжкий ($\geq 160/110$ мм рт. ст.) ступені підвищення АТ.

Гіпертензія, що передуює вагітності. У вагітних жінок частіше трапляється первинна АГ (гіпертонічна хвороба), більш розповсюджена в загальній популяції. Зазвичай це м'яка або помірна артеріальна гіпертензія I-II стадії, перебіг таких вагітностей майже у 85 % випадків не має ускладнень. У жінок із хронічною м'якою артеріальною гіпертензією тиск у першій половині вагітності може спонтанно знижуватися до нормальних показників (так звана «гіпотензивна дія вагітності»). Ризик ускладнень при хронічній гіпертензії у вагітних пов'язаний, головним чином, із приєднанням прееклампсії, ймовірність розвитку якої в жінок із хронічною гіпертензією підвищується в 5 разів. Вторинні гіпертензії у вагітних трапляються рідко, найчастішою їх причиною є захворювання нирок.

Гестаційна гіпертензія. Перебіг гестаційної гіпертензії (зумовлена вагітністю гіпертензія без протеїнурії) є доброякісним: підвищення АТ помірне, відзначається в кінці вагітності, і незабаром після пологів АТ нормалізується. Для цього варіанту (так званої транзиторної гіпертензії вагітних) характерна сімейна схильність до АГ, відновлення гіпертензії при наступних вагітностях, частий розвиток у майбутньому гіпертонічної хвороби. Водночас гестаційна гіпертензія може бути раннім виявом прееклампсії. Раннє виявлення та правильне ведення прееклампсії значно покращує прогноз вагітності, тому в разі сумнівів діагностують тяжкий стан.

Прееклампсія / еклампсія. Діагнозу прееклампсії відповідає наявність гестаційної гіпертензії з протеїнурією (виділення альбуміну із сечею у добовому зразку сечі $>0,3$ г/добу, або співвідношення альбуміну до креатиніну у сечі у випадковому зразку сечі >30 мг/ммоль (0,3 мг/мг)).

Механізми розвитку прееклампсії / еклампсії. Зміни гемодинаміки, рівня гормонів і рідинного гомеостазу при ускладненні вагітності прееклампсією/еклампсією багато в чому протилежні змінам при нормальному перебігу вагітності. У вагітних із прееклампсією підвищення АТ зумовлене різким збільшенням опору периферичних судин і відбувається в умовах низького серцевого викиду. Отже, з огляду на гемодинаміку, прееклампсія/еклампсія є станом з гіпокінетичним типом кровообігу в умовах значної вазоконстрикції.

Первинним тригером для розвитку прееклампсії є матково-плацентарна гіпоперфузія внаслідок порушення міграції трофобласта. У відповідь на циркуляцію у кровотоці продуктів життєдіяльності плода розвивається системна запальноподібна реакція з боку матері. Виникає дисфункція ендотелію судин з порушенням рівноваги між вазодилататорними (простациклін) і вазоконстрикторними (тромбоксан А₂) простагландинами, знижується продукція ендотеліозалежного фактора релаксації судин (NO), що призводить до системної вазоконстрикції. Активність ренін-ангіотензинової системи парадоксально знижена, чутливість судин до ангіотензину підвищена. Активується внутрішньосудинне згортання крові з утворенням фібрину, внаслідок чого відбувається ураження життєво важливих органів з порушенням їх функції. Патологічні зміни за цього стану є первинно-ішемічними за своєю природою та вражають плаценту, нирки, печінку й мозок (N. M. Kaplan, 2002).

Унаслідок ниркової вазоконстрикції та характерного для прееклампсії гломерулярного ендотеліозу знижується швидкість клубочкової фільтрації (на 25 % вже при «м'якій» прееклампсії), зменшується кліренс креатиніну та сечової кислоти, виникає гіпокальціурія та протеїнурія. Зменшення виведення натрію супроводжується пропорційною затримкою рідини та значним збільшенням ваги. В умовах підвищеної проникності судин відбувається екстравазація альбуміну зі збільшенням онкотичного тиску в інтерстиції та переходом рідини із внутрішньосудинного простору в позасудинний, тому поява генералізованих набряків поєднується зі зниженням обсягу плазми та ознаками гемоконцентрації.

Еклампсія визначається розвитком судом як проявів гіпертензивної енцефалопатії на тлі прееклампсії. Погіршення перинатального прогнозу при еклампсії пов'язане зі збільшенням частоти передчасного відшарування плаценти та внутрішньоутробної загибелі плода, перинатальна смертність сягає 20 %.

Фактори ризику прееклампсії / еклампсії

Згідно з рекомендаціями щодо ведення ССЗ під час вагітності (ESC 2025), ризик розвитку прееклампсії оцінюють за такими критеріями.

Критерії високого ризику прееклампсії (хоча б один із зазначених):

- гіпертензія протягом попередньої вагітності;
- хронічне захворювання нирок;

- аутоімунне захворювання, таке як системний червоний вовчак або антифосфоліпідний синдром;
- цукровий діабет 1-го або 2-го типу;
- хронічна гіпертензія;
- допоміжні репродуктивні технології під час поточної вагітності.

Критерії проміжного ризику прееклампсії (хоча б два із зазначених):

- перша вагітність;
- вік понад 40 років;
- інтервал між вагітностями понад 10 років;
- ІМТ ≥ 35 мг/м² при першому візиті до клініки;
- сімейний анамнез прееклампсії;
- багатоплідна вагітність.

Згідно з тими ж рекомендаціями щодо ведення ССЗ під час вагітності (ESC 2025), для профілактики гіпертензії та прееклампсії жінкам із помірним та високим ризиком прееклампсії призначають 75–150 мг аспірину щодня з 12-го по 36/37-й тиждень вагітності (відповідно до Наказу МОЗ України від 24.05.2012 № 384 – 100 мг один раз на день, починаючи з 14 тиж. вагітності та до пологів).

Єдиним способом лікування є розродження, яке в разі прееклампсії показано за наявності порушень зору або гемодинамічних розладів, а за відсутності симптомів – у терміні вагітності 37 тижнів. У більшості випадків клінічні прояви прееклампсії (підвищений АТ, протеїнурія, набряки) зникають у найближчі дні після пологів, однак залишкові явища можуть зберігатися до 3 міс. Після цього терміну може розглядатися діагноз гіпертонічної хвороби або хронічного гломерулонефриту.

Некласифікована артеріальна гіпертензія. Цей діагноз встановлюється у випадку, коли рівень АТ до 20 тижнів вагітності невідомий, а при вимірюванні після 20 тижнів уперше виявляється підвищення АТ. Однак, згідно з Адаптованою клінічною настановою «Артеріальна гіпертензія», Наказом МОЗ України від 24.05.2012 № 384 (Розділ 10. Артеріальна гіпертензія у вагітних), якщо така АГ супроводжується гіпертрофією лівого шлуночка серця (ГЛШ) і немає ніяких інших причин для її розвитку, окрім підвищеного АТ, встановлюється діагноз АГ, що існувала раніше. За умов відсутності ГЛШ і нормалізації АТ протягом 42 днів після закінчення вагітності, ретроспективно встановлюють діагноз гестаційної гіпертензії.

Лабораторний контроль стану вагітної з артеріальною гіпертензією. Згідно з рекомендаціями щодо ведення ССЗ під час вагітності (ESC 2025), базові лабораторні дослідження у вагітних жінок із гіпертензією включають аналіз сечі, загальний аналіз крові, гематокрит, ферменти печінки, креатинін сироватки та сечову кислоту сироватки. Обов'язково слід проводити обстеження на протеїнурію на початку вагітності для виявлення існуючих раніше захворювань нирок, а в другій половині вагітності – для скринінгу на прееклампсію.

У разі виявлення протеїнурії визначається альбумін-креатинінове співвідношення, значення якого < 30 мг/ммоль дає змогу надійно виключити протеїнурію у вагітної. Позитивний результат вимагає аналізу добової сечі; при протеїнурії > 2 г/добу показане ретельне спостереження.

Може бути доцільним виконання додаткових досліджень: УЗД надниркових залоз і визначення метанефрину сечі при підозрі на феохромоцитому; доплер-УЗД внутрішньоматкових судин (після 20 тиж. вагітності) для виявлення вагітних із високим ризиком гестаційної

гіпертензії, прееклампсії та внутрішньоутробної затримки розвитку плода; лабораторне визначення плацентарних факторів росту.

Лікування артеріальної гіпертензії у вагітних. Лікування АГ у вагітних залежить від рівня АТ, гестаційного віку, наявних факторів ризику з боку матері та плода. Більшість жінок із хронічною гіпертензією та нормальною функцією нирок мають легку гіпертензію (140–159/90–109 мм рт. ст.) і низький ризик серцево-судинних ускладнень. Деякі з них можуть відмовитися від прийому антигіпертензивних препаратів у першій половині вагітності через фізіологічне зниження АТ у цей період. Засоби з модифікації способу життя під час вагітності мають обмежене значення та охоплюють обережне продовження фізичних навантажень, відмову від алкоголю та куріння. Доцільно уникати стресів та навантажень, нормалізувати режим сну. Жінкам із вихідною надмірною вагою (ІМТ ≥ 30 мг/м²) не рекомендується набирати понад 7 кг ваги.

Обмеження споживання солі не рекомендується для зниження ризику гіпертонічних розладів під час вагітності, але жінкам з наявною гіпертензією доцільно продовжувати дотримуватися дієти з низьким вмістом натрію.

Для профілактики прееклампсії у жінок з низьким споживанням кальцію з їжею (< 600 мг/день) рекомендуються добавки кальцію.

Вагітним жінкам із артеріальним тиском $> 160/110$ мм рт. ст. рекомендується госпіталізація. Якщо артеріальний тиск становить $\geq 140-159/90-99$ мм рт. ст., контроль артеріального тиску є обов'язковим з цільовим значенням $< 140/90$ мм рт. ст.

Медикаментозне лікування. Для лікування артеріальної гіпертензії у вагітних обирають препарати, найбезпечніші для матері та плода. Інгібітори АПФ, блокатори рецепторів ангіотензину II та прямі інгібітори реніну суворо протипоказані. Діуретики не рекомендуються при гестаційній гіпертензії та прееклампсії через зменшення внутрішньосудинного об'єму та зниження матково-плацентарного кровопостачання, що може призвести до несприятливих наслідків для плода.

Лікування тяжкої артеріальної гіпертензії. Українські протоколи лікування артеріальної гіпертензії (АГ) у вагітних базуються на міжнародних рекомендаціях (ESC/ESH) та наказах МОЗ, що передбачають підтримку АТ в межах 110–140/80–85 мм рт. ст., із застосуванням безпечних препаратів першого вибору: метилдопи, ніфедипіну (пролонгованої дії) та лабеталолу. Рівень САТ ≥ 160 мм рт. ст. та/або ДАТ ≥ 110 мм рт. ст. у вагітної жінки вважається невідкладним станом, що вимагає невідкладної терапії. В умовах стаціонару обов'язкова оцінка та поступове зниження артеріального тиску до $< 160/110$ мм рт. ст. Вибір антигіпертензивних препаратів та спосіб їх введення залежать від початкового діагнозу, прогнозованого часу пологів, наявності чи відсутності прееклампсії.

У випадках прееклампсії з тяжкими симптомами, стійкою тяжкою гіпертензією, рекомендується внутрішньовенне введення лабеталолу (або нікардипіну). Також можуть бути використані внутрішньовенний урапідил, метилдопа або ніфедипін перорально. Гідралазин є препаратом другої лінії, який слід використовувати тільки в тому випадку, якщо інші препарати недоступні (табл. 1).

Прееклампсію з тяжкими проявами (тяжка гіпертензія з протеїнурією або без неї, гіпертензія будь-якого ступеня тяжкості з неврологічними, гематологічними або серцево-судинними ускладненнями, дисфункція печінки або нирок) слід лікувати інфу-

Таблиця 1. Рекомендації щодо лікування гіпертонічних розладів та вагітності ESC 2025

Рекомендації	Клас ^a	Рівень ^b
Рекомендовано прагнути до систолічного артеріального тиску <140 мм рт. ст. та діастолічного артеріального тиску <90 мм рт. ст. у вагітних жінок	I	B
Систолічний артеріальний тиск ≥ 160 мм рт. ст. або діастолічний артеріальний тиск ≥ 110 мм рт. ст. у вагітної жінки є невідкладним станом, і рекомендується лікування в умовах стаціонару	I	C
Низькі дози аспірину (75–150 мг на день) рекомендуються жінкам із помірним або високим ризиком прееклампсії (тобто принаймні один з двох факторів високого ризику прееклампсії) з 12 по 36/37 тиждень	I	A
У жінок з гестаційною гіпертензією рекомендується розпочинати медикаментозне лікування при систолічному артеріальному тиску ≥ 140 мм рт. ст. або діастолічному кров'яному тиску ≥ 90 мм рт. ст.	I	B
Для лікування гіпертензії під час вагітності рекомендується метилдопа	I	B
Для лікування гіпертензії під час вагітності рекомендуються лабеталол, метопролол та дигідропіридинові блокатори кальцевих каналів	I	C
При тяжкій гіпертензії для гострого зниження артеріального тиску рекомендується медикаментозне лікування внутрішньовенним лабеталолом, урапідилом, нікардипіном або пероральним ніфедипіном короткої дії чи метилдопою. Внутрішньовенне введення гідралазину є препаратом другої лінії	I	C
При прееклампсії, пов'язаній з набряком легень, рекомендується нітрогліцерин, що вводиться внутрішньовенно	I	C
У жінок з прееклампсією без тяжких симптомів пологи рекомендуються на 37 тижні	I	B
Рекомендовано для пришвидшення пологів у жінок з прееклампсією, пов'язаною з несприятливими маркерами, такими як гемостатичні порушення	I	C
У жінок з гестаційною гіпертензією пологи рекомендуються на 39 тижні	I	B
Слід розглянути амбулаторний або домашній моніторинг артеріального тиску, щоб виключити гіпертензію білого халата та масковану гіпертензію, які є поширеними під час вагітності	IIa	C
Домашній моніторинг артеріального тиску може розглядатися як доповнення до офісних вимірювань артеріального тиску у вагітних жінок для виявлення нововиниклої гіпертензії з метою моніторингу контролю артеріального тиску	IIb	B

АТ – артеріальний тиск; БКК – блокатор кальцевих каналів; в/в – внутрішньовенно.

^aКлас рекомендацій. ^bРівень доказовості. ^cВимірювання артеріального тиску в офісі

зією сульфату магнію для запобігання еклампсії, а також передчасними пологами. Сульфат магнію доцільно застосовувати внутрішньовенно для запобігання або лікування судом, однак його в/в введення на тлі приймання антагоністів кальцію може спричи-

нити гіпотензію. Також токсична дія магнію може виявлятися зміною інтервалів ЕКГ (подовження інтервалів PR, QRS та QT) при рівні магнію 2,5–5 ммоль/л, та спровокувати розвиток брадикардії або блокади атріовентрикулярного (АВ) вузла. При підозрі на токсичну дію магнію рекомендується припинити його інфузію та ввести 30 мл внутрішньовенно глюконату кальцію.

Нітропрурид натрію є препаратом останньої інстанції і не може застосовуватися тривало, оскільки його подовжене використання асоційоване із ризиком отруєння плода ціанідами. Препаратом вибору при прееклампсії, що супроводжується набряком легень, є нітрогліцерин (гліцерилтринітрат), що вводиться внутрішньовенно у вигляді інфузії 5 мкг/хв з поступовим збільшенням кожні 3–5 хвилин до максимальної дози 100 мкг/хв у поєднанні з діуретиками.

Лікування легкої-помірної гіпертензії. При легкій гестаційній гіпертензії доцільно розпочинати лікування при значеннях АТ 140/90 мм рт. ст., тоді як зниження діастолічного АТ до <80 мм рт. ст. не рекомендується.

Препаратами вибору залишаються метилдопа, антагоністи кальцію та бета-блокатори (бажано не використовувати атенолол). Оскільки при прееклампсії зменшений об'єм циркулюючої плазми, краще уникати призначення діуретиків, окрім випадків олігурії, у зв'язку із ризиками несприятливих наслідків для плода.

Перебіг гіпертензії після пологів. Гіпертензія часто реєструється в перший тиждень після пологів, бажано не призначати метилдопу через ризик післяпологової депресії. Ризик гіпертензії при повторних вагітностях підвищений, причому він тим більший, чим раніше підвищився АТ при попередній вагітності. У подальшому в жінок, що перенесли гестаційну гіпертензію або прееклампсію, збільшений ризик розвитку артеріальної гіпертензії, інсульту, ішемічної хвороби серця, тому їм рекомендовано спостереження у сімейного лікаря.

Таким чином, нові рекомендації (ESC 2025) сприяють детальному та прозорому діалогу команди фахівців із вагітною жінкою про підвищені ризики та заохочують до спільного прийняття рішень.

Додаткова інформація. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Список використаної літератури

- 2025 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease and pregnancy ESC Clinical Practice Guidelines // European Heart Journal. – 2025. DOI: 10.1093/eurheartj/ehaf193 as published on 29 Aug 2025.
- Курс лекцій з клінічної кардіології / за редакцією доктора медичних наук, професора В. Й. Целуйко та співавт. – Київ, 2019. – 573 с.

Summary

Review of the European Society of Cardiology recommendations on the management of hypertensive disorders during pregnancy

O. H. Pocheptsova, N. Ye. Mishchuk

V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

In August 2025, the European Society of Cardiology published new guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy that contain modern practical approaches. The overview provides the main provisions on the management of hypertensive disorders during pregnancy.

Key words: cardiovascular disease, pregnancy, hypertensive disorders, recommendations

Стаття надійшла в редакцію: 3.12.2025

Стаття пройшла рецензування: 10.12.2025

Стаття прийнята до друку: 17.12.2025

Received: 3.12.2025

Reviewed: 10.12.2025

Published: 17.12.2025

Проект «Післядипломне навчання на сторінках журналу «Ліки України»

Випуск 5/2025

Фах: кардіологія

Модератор: кафедра кардіології, лабораторної та функціональної діагностики Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна

Термін відправлення відповідей: протягом одного місяця з дати отримання журналу

Надсилати лише оригінали тестів

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ В. Н. КАРАЗИНА

Анкета учасника проекту «Післядипломне навчання на сторінках журналу «Ліки України»

1. ПІБ _____
Прізвище, ім'я, по батькові

2. Лікарська атестаційна категорія (на даний момент) _____

3. Професійні дані

Спеціальність _____ Звання _____ Посада _____

Останнє удосконалення (вид) _____ Останнє удосконалення (років) _____

4. Місце роботи

Повна назва закладу _____

Повна адреса закладу _____

Відомча належність (підкреслити): МОЗ, МШС, МО, СБУ, МВС, АМН, ЛОО або ін. _____

5. Домашня адреса

Індекс _____ Область _____ Район _____ Місто _____

Вулиця _____ Будинок _____ Корпус _____ Квартира _____

6. Контактні телефони

Домашній _____ Робочий _____ Мобільний _____

7. E-mail _____

Особистий підпис _____

Я, _____ (П.І.Б.), даю свій дозвіл на обробку моїх, вказаних вище, персональних даних відповідно до сформульованої в анкеті (учасника проекту) мети

_____ Ваш підпис

Правила відповідей на тести:

Позначайте правильну відповідь на запитання.

Ви можете вказати один або декілька правильних варіантів відповідей.

Журнал «Ліки України» Ви і Ваші колеги можуть придбати:

1. Шляхом передплати через Укрпошту (передплатний індекс 40543).

2. На медичних заходах, де представлено журнал «Ліки України».

3. За сприяння представників фармацевтичних компаній, з якими Ви співпрацюєте.

Тестові питання для самоконтролю

1. Визначення гіпертензії при вагітності:

- а) гіпертензія при вагітності визначається як артеріальний систолічний тиск (АТ) ≥ 135 мм рт. ст. та/або діастолічний АТ ≥ 85 мм рт. ст.;
- б) гіпертензія при вагітності визначається як артеріальний систолічний тиск (АТ) ≥ 140 мм рт. ст. та/або діастолічний АТ ≥ 90 мм рт. ст.;
- в) гіпертензія при вагітності визначається як артеріальний систолічний тиск (АТ) ≥ 160 мм рт. ст. та/або діастолічний АТ ≥ 100 мм рт. ст.

2. Визначення гестаційної гіпертензії:

- а) це стійка гіпертензія, що розвивається після 37 тижня вагітності;
- б) це гіпертензія, що розвивається після 36 тижня вагітності і зазвичай минає протягом тижня після пологів;
- в) це гіпертензія, що розвивається після 20 тижня вагітності і зазвичай минає протягом 6 тижнів після пологів.

3. Яке значення альбумін-креатинінового співвідношення дає змогу надійно виключити протеїнурію у вагітної?

- а) < 30 мг/ммоль;
- б) < 50 мг/ммоль;
- в) < 70 мг/ммоль.

4. Яке визначення відповідає діагнозу прееклампсії?

- а) діагнозу прееклампсії відповідає наявність хронічної гіпертензії з протеїнурією (виділення альбуміну із сечею у добовому зразку сечі $> 1,0$ г/добу);
- б) діагнозу прееклампсії відповідає наявність гіпертензії з протеїнурією (співвідношення альбуміну до креатиніну у сечі у випадковому зразку сечі > 70 мг/ммоль (0,7 мг/мг));
- в) діагнозу прееклампсії відповідає наявність гестаційної гіпертензії з протеїнурією (виділення альбуміну із сечею у добовому зразку сечі $> 0,3$ г/добу або співвідношення альбуміну до креатиніну в сечі у випадковому зразку сечі > 30 мг/ммоль (0,3 мг/мг)).

5. При якому значенні систолічного та діастолічного АТ рекомендується розпочинати медикаментозне лікування у жінок із гестаційною гіпертензією?

- а) при систолічному АТ ≥ 135 мм рт. ст. або діастолічному АТ ≥ 85 мм рт. ст.;
- б) при систолічному АТ ≥ 140 мм рт. ст. або діастолічному АТ ≥ 90 мм рт. ст.;
- в) при систолічному АТ ≥ 160 мм рт. ст. або діастолічному АТ ≥ 90 мм рт. ст.

6. На якому тижні у жінок з прееклампсією без тяжких симптомів рекомендуються пологи?

- а) на 36 тижні;
- б) на 37 тижні;
- в) на 39 тижні.

7. Які препарати рекомендовані для лікування гіпертензії під час вагітності?

- а) бісопролол, амлодипін, індапамід;
- б) атенолол, еналаприл, верапаміл;
- в) метилдопа; лабеталол, метопролол та дигідропіридинові блокатори кальцієвих каналів.

8. Який препарат рекомендується жінкам із помірним або високим ризиком прееклампсії для профілактики гіпертензії та прееклампсії?

- а) низькі дози аспірину, 75–150 мг на день;
- б) клопідогрель 75 мг на день;
- в) сульфат магнію.

9. Який препарат рекомендується як препарат другої лінії у випадках прееклампсії з тяжкими симптомами, стійкою гіпертензією?

- а) лабетолол;
- б) гідралазин;
- в) урапідил.