

Артеріальна гіпертензія у вагітних: ризики та тактика ведення

Д.мед.н., проф. **Тетяна Ілащук**

Завідувач кафедри пропедевтики
внутрішніх хвороб Буковинського
державного медичного університету





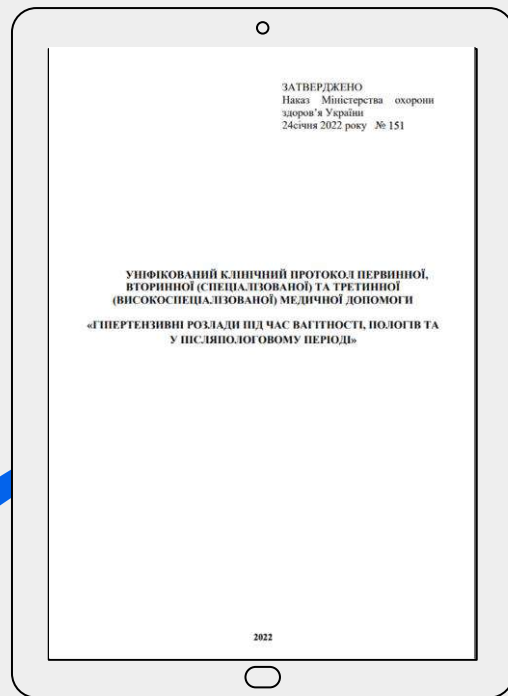
5–10%

усіх вагітностей у світі
(за даними ESC, 2022)

- 1-5% - хронічна гіпертензія
- 5-6% - гестаційна гіпертензія
- 1-4% - прееклампсія

- Гіпертензивні розлади під час вагітності – одна з провідних причин материнської та неонатальної захворюваності і смертності
 - В Україні за 2020 р. зареєстровано близько 17 500–21 000 випадків гіпертензії під час вагітності (Наказ МОЗ №151)
 - Ускладнення: передчасне відшарування плаценти, преєклампсія, інсульт, затримка росту плода тощо
- 

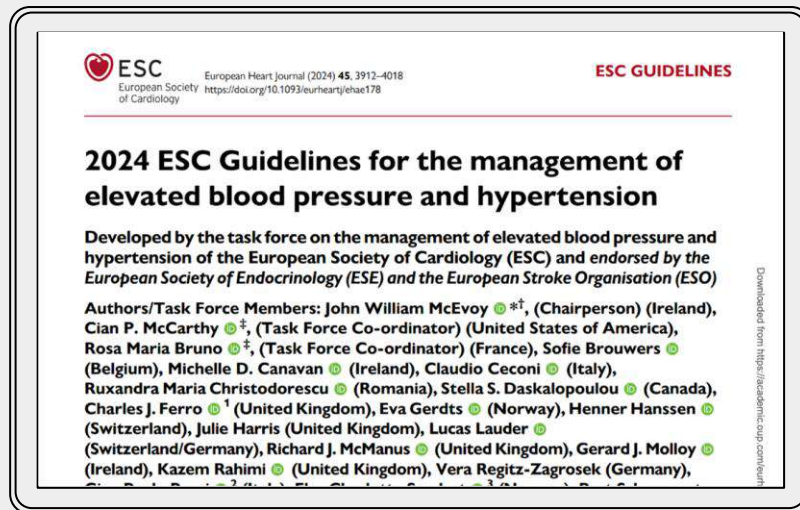
- За даними ВООЗ (WHO): гіпертонічні розлади – №2 серед причин материнської смертності (після кровотеч)
- У Європі (ESC, 2024): зростання віку матері → більше факторів ризику (ожиріння, ЦД, попередня ГХ та ін.)
- В Україні: реальна поширеність може бути вищою через недостатній скринінг та маскування АГ



Наказ МОЗ України №151
(24.01.2022):
«Гіпертензивні розлади
під час вагітності,
пологів та у
післяпологовому
періоді»

Рекомендації

- 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy
- AHA (American Heart Association) Scientific Statement 2021/2022: Hypertension in Pregnancy
- 2024 ESC Guidelines on the management of elevated blood pressure and hypertension



сАТ $\geq$ 140 мм рт ст
дАТ $\geq$ 90 мм рт ст

Лише на основі "офісного" та/або лікарняного
вимірювання артеріального тиску



Blood pressure classification

Non-elevated blood pressure	Elevated blood pressure	Hypertension
Office BP SBP <120 mmHg and DBP <70 mmHg	Office BP SBP 120–139 mmHg or DBP 70–89 mmHg	Office BP SBP ≥140 mmHg or DBP ≥90 mmHg
HBPM SBP <120 mmHg and DBP <70 mmHg	HBPM SBP 120–134 mmHg or DBP 70–84 mmHg	HBPM SBP ≥135 mmHg or DBP ≥85 mmHg
ABPM Daytime SBP <120 mmHg and Daytime DBP <70 mmHg	ABPM Daytime SBP 120–134 mmHg or Daytime DBP 70–84 mmHg	ABPM Daytime SBP ≥135 mmHg or Daytime DBP ≥85 mmHg
Insufficient evidence confirming the efficacy and safety of BP pharmacological treatment	Risk stratify to identify individuals with high cardiovascular risk for BP pharmacological treatment	Cardiovascular risk is sufficiently high to merit BP pharmacological treatment initiation

The diagnosis of hypertension and elevated BP requires confirmation using out-of-office measurements (HBPM or ABPM) or at least one additional subsequent office measurement

Category	Systolic mmHg		Diastolic mmHg
Normal/ acceptable in pregnancy	≤ 140	and	≤ 90
Hypertension Mild	140 - 150	or	90 - 109
Severe	≥ 160	or	≥ 110

Класифікація АГ вагітних

2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy.
2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension.



Хронічна гіпертензія (ХАГ)

існувала до вагітності або виявлена до 20 тижня

Прееклампсія

гіпертензія + протеїнурія та/або органна дисфункція

HELLP-синдром

гемоліз, підвищення печінкових ферментів, тромбоцитопенія

Гестаційна гіпертензія

після 20 т. без протеїнурії / інших органних уражень

Еклампсія

наявність судом на тлі прееклампсії

Поділяється на:

- Поєднана
- Рання / пізня
- Помірна / Тяжка

Фактори ризику

- Перша вагітність (Nulliparity)
- Багатоплідна вагітність
- Попередня прееклампсія в анамнезі
- Хронічна гіпертензія, цукровий діабет
- $IMT \geq 30 \text{ кг/м}^2$ (ожиріння)
- Антифосфоліпідний синдром, аутоімунні захворювання
- Вік матері >40 років
- Інтервал між вагітностями >10 років



Prevention of Preeclampsia and Intrauterine Growth Restriction With Aspirin Started in Early Pregnancy

A Meta-Analysis

Emmanuel Bujold, MD, MSc, Stéphanie Roberge, MSc, Yves Lacasse, MD, MSc, Marc Bureau, MD, François Audibert, MD, MSc, Sylvie Marcoux, MD, PhD, Jean-Claude Forest, MD, PhD, and Yves Giguère, MD, PhD



27 досліджень
11 348 пацієнток



53% - зниження
ризик у прееклампсії

≥1 фактору ризику
Профілактика →

- Ацетилсаліцилова кислота (100–150 мг) з 12 тижня до кінця вагітності для груп високого ризику. NICE - рекомендує
- Адекватне споживання кальцію, зменшення вживання солі
- Контроль маси тіла до вагітності, припинення паління
- Регулярний моніторинг АТ (домашній або амбулаторний)

Додаткові методи обстеження



Predictive Value of the sFlt-1:PlGF Ratio in Women with Suspected Preeclampsia

Harald Zeisler, M.D., Elisa Llurba, M.D., Ph.D., Frederic Chantaine, M.D., Ph.D., Manu Vatish, M.B., Ch.B., D.Phil., Anne Cathrine Staff, M.D., Ph.D., Maria Sennström, M.D., Ph.D., Matts Olovsson, M.D., Ph.D., Shaun P. Brennecke, M.B., B.S., D.Phil., Holger Stepan, M.D., Deirdre Allegranza, B.A., Peter Dilba, M.Sc., Maria Schoedl, Ph.D., Martin Hund, Ph.D., and Stefan Verlohren, M.D., Ph.D.

Рівень сечової кислоти

гіперурикемія виявляє жінок з підвищеним ризиком несприятливих наслідків для матері та плоду

sFlt-1:PlGF

Відношення розчинної fms-подібної тирозинкінази-1 до фактору росту плаценти



Виявлення протеїнурії

Подальші дослідження

Співвідношення альбуміну до креатиніну (ACR)

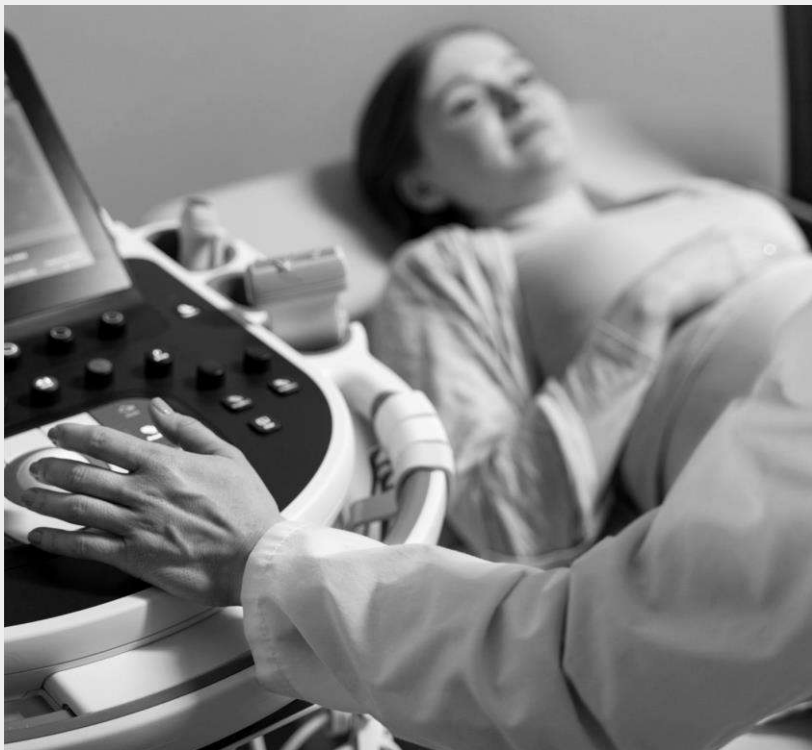
< 30 мг/ммоль надійно виключає
протеїнурію під час вагітності

Аналіз добової сечі (24 год)

>2 г/день – ретельний моніторинг



Додаткові методи обстеження



Добовий моніторинг тиску (Холтер АТ)

для виключення синдрому "білого халата"

УЗД доплерометрія

(Після 20 тижнів вагітності)
для виявлення прееклампсії та ЗВУР

Регулярні візити!

Терапевтичні підходи



Рівень
АТ



Гестаційний
вік



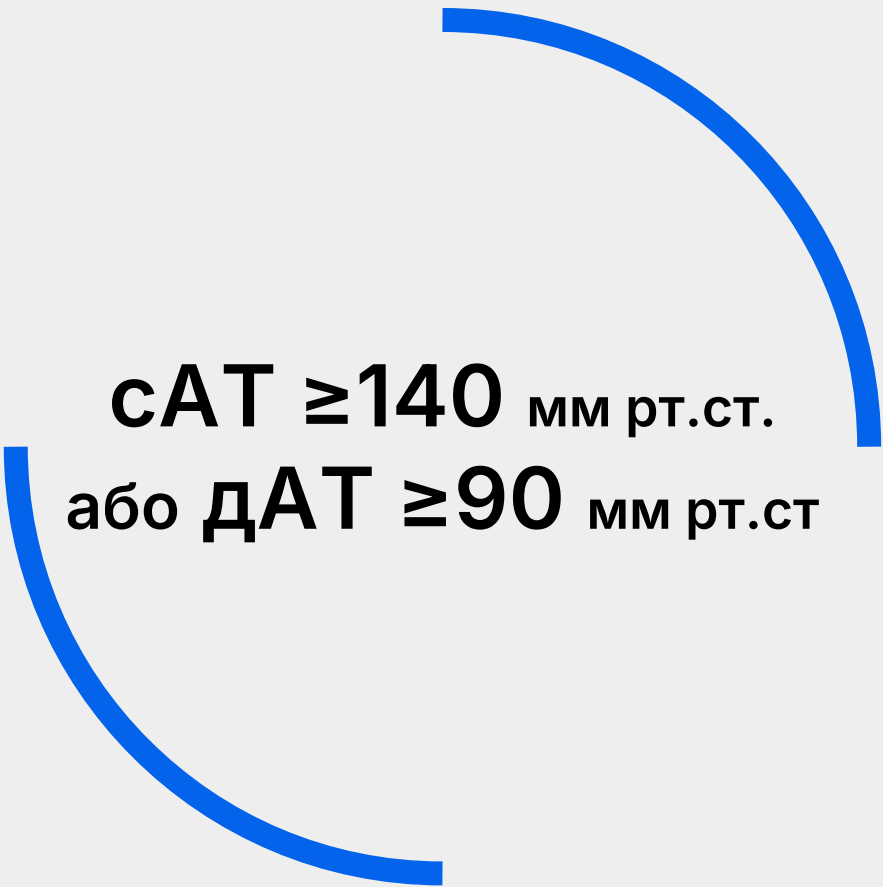
Фактори
ризикy

Немедикаментозні підходи



- Режим: помірне обмеження фізичної активності (уникати надмірних навантажень)
- Раціональне харчування з адекватним споживанням білка, вітамінів
- Контроль набору маси тіла, уникаючи > 12-15 кг за вагітність (індивідуально)
- Зменшення споживання солі, особливо при наявності ожиріння
- Психоемоційний спокій, відсутність стресу

Початок медикаментозного
лікування



САТ ≥ 140 мм рт.ст.
або **ДАТ ≥ 90 мм рт.ст**

$\geq 160/110$ мм рт.ст.
– невідкладне
лікування

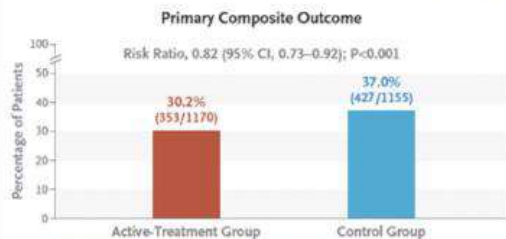
Початок антигіпертензивної терапії

THE NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

RESEARCH SUMMARY

Treatment for Mild Chronic Hypertension during Pregnancy

Tita AT et al. DOI: 10.1056/NEJMoa2201295



CONCLUSIONS

Treating mild chronic hypertension in pregnancy reduced adverse pregnancy outcomes without impairing fetal growth.

CHAP trial. Tita AT et al. N Engl J Med. 2022 May 12;386(19):1781-1792

Фармакотерапія гіпертензії у вагітних

- Препарати першої лінії: метилдопа, лабеталол, блокатори кальцієвих каналів (ніфедипін)
- Уникати інгібіторів АПФ, блокаторів рецепторів ангіотензину (АРА), реніну через тератогенність
- Інші бета-блокатори (наприклад, метопролол) – можливі, але з обережністю (уникати атенололу)
- У разі тяжкої гіпертензії: внутрішньовенний лабеталол або пероральний ніфедипін (короткої дії - обережно!)
- Гідралазин був виключений з рекомендацій ESC 2018 року, в рекомендаціях 2024 року - був повернений як препарат II лінії!

Тактика ведення: легка/помірна АГ



- При значеннях тиску 140–149/90–99 мм рт.ст.: часто амбулаторне спостереження, немедикаментозна корекція, можливе призначення ліків
- Мета лікування: підтримувати АТ <140/90, але не занадто агресивно (щоб не знижувати перфузію плаценти)
- Регулярний моніторинг стану плода (УЗД, КТГ, доплерометрія)
- Розглянути низьку дозу АСК, якщо не призначено раніше

Тактика ведення: тяжка АГ ($\geq 160/110$)

- **Негайне** зниження АТ (внутрішньовенно лабеталол, за відсутності метилдопа чи ніфедипін перорально)
- Контроль за діурезом, рівнем креатиніну, тромбоцитами, печінковими ферментами (**HELLP?**)
- Моніторинг плода в умовах стаціонару
- Якщо термін гестації ≥ 37 тижнів – розглянути індукцію пологів



Пологи: коли і як?

- При стабільному стані та відсутності тяжких ускладнень – очікувальна тактика до ≥ 37 тижнів
- При тяжкій прееклампсії/еклампсії – дострокове розродження (залежить від клініки та гестаційного терміну)
- Метод розродження: індукція пологів або кесарів розтин (за акушерськими показами)
- Аналгезія/анестезія: перевага регіонарній анестезії, за винятком нестабільних гемодинамічних ситуацій

Післяпологовий період

- Контроль АТ мінімум 72 години після пологів, потім через 7–10 днів
- Продовження АГТ, якщо АТ залишається високим
- Оцінка стану ниркової функції, печінкових проб, тромбоцитів
- Ризик післяпологової еклампсії, навіть якщо АТ нормалізувався

Фармакотерапія після пологів

- Метилдопа, лабеталол, ніфедипін сумісні з грудним вигодовуванням
- Уникати ІАПФ(при необхідності – еналаприл)
- Бета-блокатори (пр. метопролол) – переважно безпечні
- Контроль функції нирок і електролітів

Приклади схем АГТ

- Метилдопа 250 мг 2–3 рази/добу
- Лабеталол 100–200 мг 2–3 рази/добу, і.v. болюс при кризах
- Ніфедипін пролонгований 30 мг 1–2 рази/добу (max 90 мг/добу)
- При кризі: лабеталол і.v. болюс 20 мг, далі інфузія 1–2 мг/хв
- Мета: досягти АТ ~130–140/80–90

Цільові рівні АТ у вагітних

- Оптимальна мета: 130–139 / 80–89 мм рт.ст.
- Уникати «перелічування» (сistolічний <120 може викликати зниження плацентарної перфузії)
- У тяжких випадках: швидке зниження АТ при $\geq 160/110$ мм рт.ст. (безпечно до $\sim 140/90$)

Алгоритм ведення вагітної з АГ

Визначення ризику
(аналіз анамнезу,
маркери,
лабораторні дані)

Призначення
немедикаментозних
заходів. Початок
медикаментозної
терапії, якщо АТ $\geq 140/90$

Скринінг АТ
(офісний + за
можливості
амбулаторний
або домашній)

Частий моніторинг
стану матері і
плода.
При погіршенні –
госпіталізація,
інтенсивне
лікування

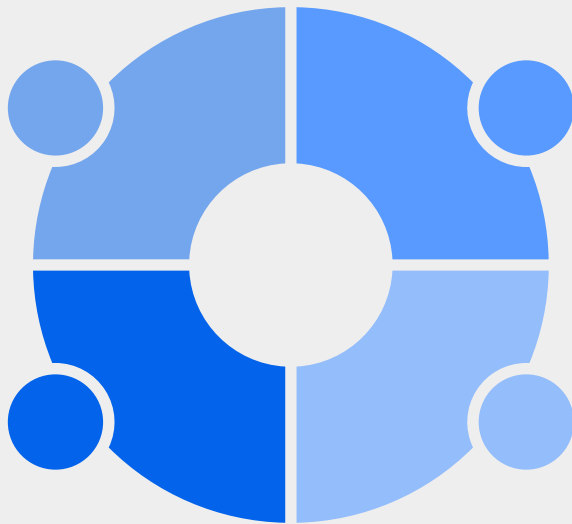
Мультидисциплінарний підхід

- Акушер-гінеколог: основне ведення вагітності
- Терапевт/кардіолог: корекція АГТ
- Нефролог (при підозрі на ураження нирок)
- Анестезіолог: підготовка до пологів (регіонарна анестезія)
- Лаборант/діагност: оцінка білка в сечі, аналізи крові (коагулограма, печінкові проби тощо)

Довгострокові наслідки для матері

Наступна вагітність може мати повторення прееклампсії, але не обов'язково

Рекомендовано кардіологічний (терапевтичний) нагляд і контроль АТ після вагітності

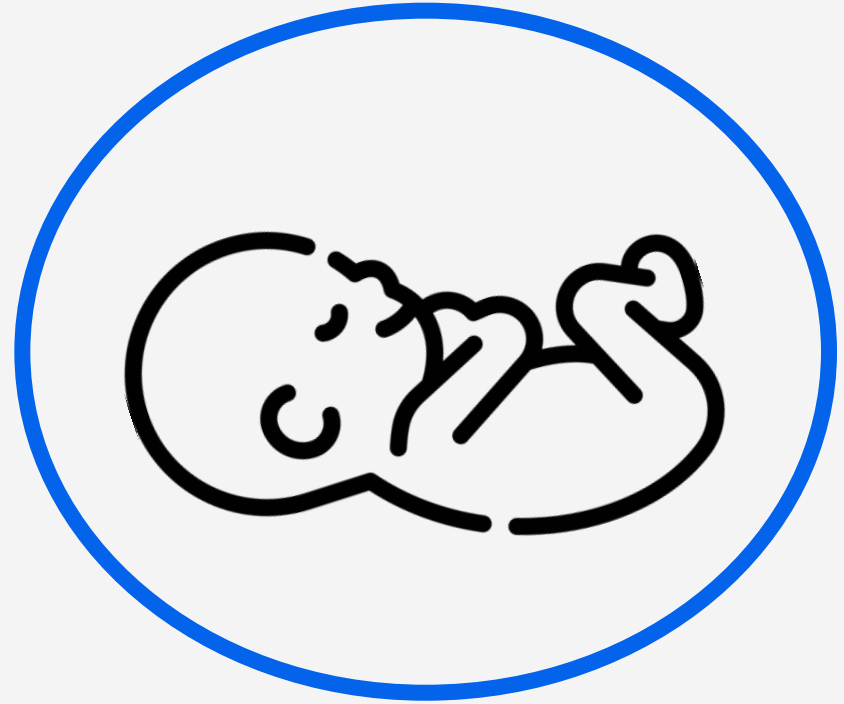


Зростає ризик ІХС, інсульту, ХНН

Прееклампсія збільшує ризик розвитку артеріальної гіпертензії в майбутньому

Наслідки для плода

- Затримка внутрішньоутробного росту (IUGR)
- Недоношеність (через необхідність дострокового розродження)
- Можливе порушення стану плода: гіпоксія
- Перинатальна смертність підвищується за тяжкого перебігу (еклампсія, HELLP)



European Society of Cardiology > The ESC > ESC Press Office > Press releases

ESC Press Office

Press releases

Press Services & Media Alerts

ESC Congresses

ESC Media and Embargo Policy

Hypertension during pregnancy is associated with increased risk of stroke in offspring

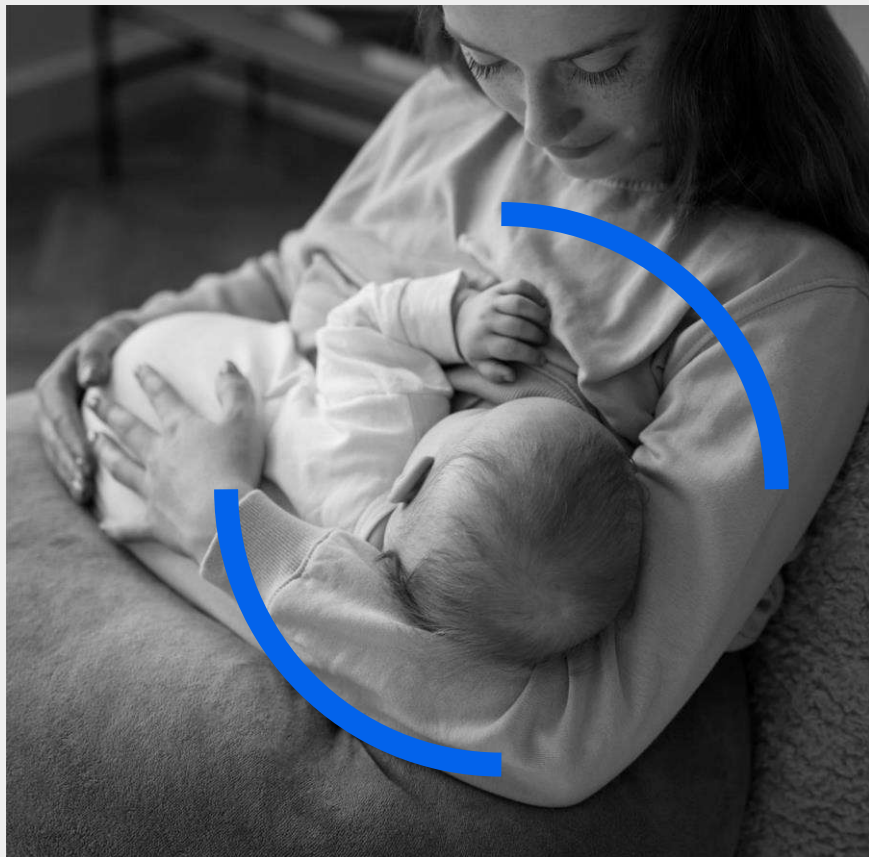
01 Jun 2021

Topic(s): *Stroke Treatment; Stroke Prevention; Pregnancy and Cardiovascular Disease; Hypertension;*

Sophia Antipolis – 1 June 2021: A study in 5.8 million children has found a higher incidence of stroke four decades later in those whose mother had high blood pressure or pre-eclampsia while pregnant. The research is presented at ESC Heart & Stroke 2021, an online scientific conference of the European Society of Cardiology (ESC).¹

"Our findings indicate that hypertensive disorders during pregnancy are associated with increased risks of stroke and potentially heart disease in offspring up to the age of 41 years," said study author Dr. Fen Yang, PhD student, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden. "Studies with longer follow-up are needed to confirm the results and improve understanding of the possible underlying mechanisms."

- В дослідженні - 5.8 мільйона учасників (з 1973 року)
- Результати показують, що гіпертензивні розлади під час вагітності пов'язані з **підвищеним ризиком інсульту та потенційно серцевих захворювань у нащадків віком до 41 року.**
- Потрібні дослідження з більш тривалим спостереженням, щоб підтвердити результати та покращити розуміння можливих основних механізмів».



Післяпологове спостереження

- Повторний контроль АТ на 6-му тижні після пологів
- За необхідності – продовжити терапію (метилдопа, бета-блокатори тощо)
- Оцінити ниркову функцію, рівень білка
- Довгостроковий кардіологічний нагляд: ризик розвитку АГ, інших ССЗ



«Якщо офісний АТ
нормальний, проблем
немає»

«Знижувати АТ до
ідеальних 120/80 за
будь-яку ціну»

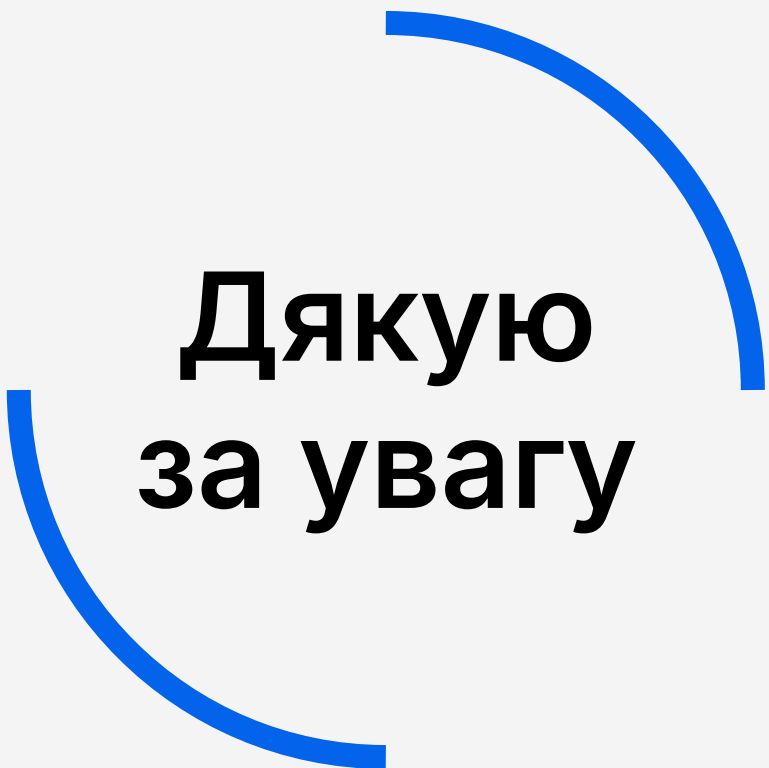
«Після пологів
усе минає»

«Преекламписія завжди
супроводжується набряками»

Типові помилки і міфи

Висновки

- Гіпертензія під час вагітності – часта й небезпечна патологія
 - Своєчасне виявлення і адекватне лікування знижують материнську і перинатальну смертність
 - Профілактика, мультидисциплінарний підхід і тривалий нагляд – основа успішних результатів
- 



**Дякую
за увагу**

Виникли запитання?

ilashchuk.tetiana@bsmu.edu.ua