

Хронічна та гестаційна артеріальна гіпертензія у вагітних: рекомендації з діагностики та лікування

Катерина Давіденко

Гіпертензивні розлади в період вагітності відзначають у приблизно 8–10% усіх жінок. Артеріальна гіпертензія може виникати до вагітності або бути діагностована в перші 20 тиж вагітності (хронічна артеріальна гіпертензія), чи вперше виявлена у другій половині вагітності (гестаційна гіпертензія) та може бути з особливостями поліорганного ураження (пreeклампсія). Підвищення артеріального тиску в період вагітності призводить до материнської захворюваності, мертвонародження та смерті новонароджених, а також перинатальної захворюваності.

У червні 2019 р. фахівці Національного інституту охорони здоров'я і вдосконалення медичної допомоги Великобританії (National Institute for Health and Care Excellence — NICE) на своєму офіційному ресурсі опублікували сучасні докази, сформувавши нові рекомендації щодо виявлення, оцінки та менеджменту гіпертензивних розладів у період вагітності, пологів та подальшої тактики ведення породіль.

Зниження ризику виникнення гіпертензивних розладів у період вагітності

Симптоми пreeклампсії

1. Рекомендувати вагітним негайно звернутися до лікаря, якщо вони відчувають симптоми пreeклампсії, до яких відносяться:
 - сильний головний біль;
 - проблеми із зором, такі як розмивання чи миготіння перед очима;
 - сильний біль у ділянці підребер'я;
 - блювання;
 - раптове набрякання обличчя, рук або ніг.

Антиагреганти

2. Рекомендувати вагітним із високим ризиком розвитку пreeклампсії 75–150 мг ацетилсаліцилової кислоти щодня з 12-го тижня вагітності. До факторів високого ризику розвитку пreeклампсії відносять:
 - гіпертензивні розлади в період попередньої вагітності;
 - хронічне захворювання нирок;
 - аутоімунне захворювання, таке як системний червоний вовчак або антифосфоліпідний синдром;
 - цукровий діабет 1-го або 2-го типу;
 - хронічна артеріальна гіпертензія.
3. Запропонувати вагітним із більше ніж 1 помірним фактором ризику розвитку пreeклампсії приймати 75–150 мг ацетилсаліцилової кислоти щодня з 12-го тижня вагітності. Фактори, що свідчать про помірний ризик розвитку пreeклампсії:
 - перша вагітність;
 - вік ≥ 40 років;
 - інтервал між двома вагітностями понад 10 років;
 - індекс маси тіла (ІМТ) становить ≥ 35 кг/м² при першому зверненні до лікаря;
 - обтяжений сімейний анамнез щодо пreeклампсії;
 - багатоплідна вагітність.

Інші лікарські засоби

4. Не призначати такі лікарські засоби для запобігання розвитку гіпертензивних розладів у період вагітності:
 - донори оксиду азоту;
 - прогестерон;
 - діуретики;
 - низькомолекулярний гепарин.

Харчові добавки

5. Не рекомендувати такі добавки виключно з метою запобігання розвитку гіпертензивних розладів у період вагітності:
 - магній;
 - фолієва кислота;
 - антиоксиданти (вітаміни С і Е);
 - риб'ячий жир або олії водоростей;
 - часник.

Дієта

6. **Не рекомендувати** обмеження кухонної солі в період вагітності виключно для профілактики гестаційної гіпертензії чи прееклампсії.

Оцінка протеїнурії при гіпертензивних розладах у період вагітності

1. Інтерпретувати показник протеїнурії у вагітних, враховуючи повний клінічний огляд симптомів, ознак та інших досліджень при прееклампсії.
2. Використовувати автоматизований зчитувальний пристрій індикаторних смужок для визначення протеїнурії у вагітних у закладах вторинної допомоги.
3. Якщо результат скринінгу за допомогою індикаторних смужок позитивний (1+ або більше), визначити співвідношення альбумін/креатинін або співвідношення білок/креатинін для кількісного визначення протеїнурії у вагітних.
4. Не використовувати першу ранкову сечу для визначення протеїнурії у вагітних.
5. Не використовувати 24-годинний збір сечі для кількісного визначення протеїнурії у вагітних.
6. При визначенні співвідношення білок/креатинін для кількісної оцінки протеїнурії у вагітних:
 - як граничний показник значної протеїнурії вважати 30 мг/ммоль;
 - якщо результат становить ≥ 30 мг/ммоль, але все ще існують сумніви щодо діагнозу прееклампсії, розглянути повторне тестування з клінічним оглядом.
7. При визначенні співвідношення альбумін/креатинін як альтернатива співвідношенню білок/креатинін для діагностики прееклампсії у вагітних з артеріальною гіпертензією:
 - діагностичним граничним показником вважати 8 мг/ммоль;
 - якщо результат становить ≥ 8 мг/ммоль, але все ще існує невизначеність щодо діагнозу прееклампсії, розглянути повторне тестування разом із клінічним оглядом.

Хронічна артеріальна гіпертензія у вагітних

Рекомендації перед вагітністю

1. Рекомендувати жінкам із хронічною артеріальною гіпертензією звернутися до фахівця, який спеціалізується на гіпертензивних розладах, у період вагітності для обговорення ризиків та переваг лікування.
2. Під час консультації з жінками, які приймають інгібітори ангіотензин-перетворювального ферменту (АПФ) або блокатори рецепторів ангіотензину II (БРА), повідомити:

- про підвищений ризик виникнення вроджених аномалій, якщо ці препарати приймають у період вагітності;
 - про можливість обговорення альтернативного антигіпертензивного лікування з фахівцем, який спеціалізується на менеджменті артеріальної гіпертензії при плануванні вагітності;
 - про можливість обговорення альтернативної терапії з фахівцем, який спеціалізується на захворюванні, при лікуванні якого призначаються інгібітори АПФ або БРА (наприклад при захворюванні нирок).
3. Припинити антигіпертензивну терапію у жінок, які приймають інгібітори АПФ або БРА, якщо вони завагітніли (бажано протягом 2 робочих днів після повідомлення про вагітність) та запропонувати альтернативні варіанти лікування.
 4. Під час консультації з жінками, які приймають тiazидні або тiazидоподібні діуретики, повідомити:
 - про підвищений ризик виникнення вроджених аномалій та неонатальних ускладнень, якщо ці препарати приймають у період вагітності;
 - про можливість обговорення альтернативного антигіпертензивного лікування з фахівцем, який спеціалізується на лікуванні артеріальної гіпертензії, при плануванні вагітності.
 5. Повідомити жінкам, які приймають антигіпертензивні препарати (крім інгібіторів АПФ, БРА, тiazидних або тiazидоподібних діуретиків), що результати доказів не показали підвищеного ризику розвитку вроджених вад при застосуванні цих препаратів.

Терапія при хронічній артеріальній гіпертензії

6. Надати вагітним із хронічною артеріальною гіпертензією рекомендації щодо:
 - управління масою тіла;
 - тренування;
 - здорового харчування;
 - зменшення кількості кухонної солі в їх раціоні.
7. Продовжити призначену антигіпертензивну терапію, якщо вона безпечна в період вагітності, або розглянути альтернативне лікування, якщо:
 - стійкий систолічний АТ <110 мм рт. ст. або
 - стійкий діастолічний АТ <70 мм рт. ст. або
 - жінка має симптоматичну гіпотензію.
8. Призначити антигіпертензивну терапію вагітним із хронічною артеріальною гіпертензією, які ще не отримують лікування, якщо вони мають:
 - стійкий систолічний АТ \geq 140 мм рт. ст. або
 - стійкий діастолічний АТ \geq 90 мм рт. ст.
9. Використовуючи антигіпертензивну терапію в період вагітності, необхідно прагнути досягти цільового АТ — 135/85 мм рт. ст.
10. Розглянути призначення лабеталолу для лікування при хронічній артеріальній гіпертензії у вагітних. Розглянути призначення ніфедипіну для вагітних, яким лабеталол не підходить, або метилдопи, якщо і лабеталол, і ніфедипін не підходять. Під час вибору необхідно враховувати попереднє лікування, побічні ефекти, ризики (у тому числі наслідки для плода) та вподобання вагітної.
11. Рекомендувати вагітним із хронічною артеріальною гіпертензією прийом ацетилсаліцилової кислоти 75–150 мг один раз на добу з 12-го тижня вагітності.
12. Рекомендувати проведення тестування на основі плацентарного фактора росту (placental growth factor — PIGF), щоб виключити прееклампсію в період від 20-го тижня до 35-го тижня вагітності, якщо у жінок із хронічною артеріальною гіпертензією є ризик розвитку прееклампсії.

Спостереження у лікаря до пологів

13. У жінок із хронічною артеріальною гіпертензією необхідно планувати додаткові антенатальні заходи на основі індивідуальних потреб жінки та дитини. Це може включати:
 - щотижневе відвідування лікаря, якщо артеріальна гіпертензія погано контролюється;
 - відвідування лікаря кожні 2–4 тиж, якщо артеріальна гіпертензія добре контролюється.
14. Не пропонувати планове розродження до 37-го тижня для жінок із хронічною артеріальною гіпертензією, АТ яких <160/110 мм рт. ст. з антигіпертензивним лікуванням або без нього, якщо відсутні інші медичні показання.
15. Для жінок із хронічною артеріальною гіпертензією, у яких АТ після 37-го тижня <160/110 мм рт. ст. з антигіпертензивним лікуванням або без нього, терміни та показання до розродження необхідно узгоджувати між вагітною та старшим акушером.
16. Якщо необхідне планове розродження, слід запропонувати антенатальний курс кортикостероїдів і магнію сульфату (за необхідності).

Дослідження, моніторинг та лікування після пологів

17. Породіллям із хронічною артеріальною гіпертензією вимірювати АТ:
 - щодня протягом перших 2 днів після пологів;
 - щонайменше один раз між 3-м та 5-м днем після пологів;
 - якщо існує потреба зміни антигіпертензивної терапії за наявності клінічних показань після пологів.
18. Породіллям із хронічною артеріальною гіпертензією:
 - необхідно підтримувати АТ <140/90 мм рт. ст.;
 - при необхідності продовжувати антигіпертензивне лікування;
 - запропонувати переглянути призначення антигіпертензивних препаратів через 2 тиж після пологів.
19. Протягом 2 днів після пологів змінити антигіпертензивне лікування породіллям, які в період вагітності приймали метилдопу.
20. Запропонувати жінкам із хронічною артеріальною гіпертензією провести медичний огляд через 6–8 тиж після пологів.

Гестаційна гіпертензія

Обстеження та лікування гестаційної гіпертензії

1. У жінок із гестаційною гіпертензією повноцінне обстеження слід проводити у закладах вторинної медичної допомоги фахівцем, який спеціалізується на лікуванні гіпертензивних розладів у період вагітності.
2. У жінок із гестаційною гіпертензією необхідно враховувати такі фактори ризику, що потребують додаткового обстеження і подальшого спостереження:
 - відсутність пологів в анамнезі;
 - вік ≥ 40 років;
 - інтервал між двома вагітностями > 10 років;
 - обтяжений сімейний анамнез щодо прееклампсії;
 - багатоплідна вагітність;
 - ІМТ ≥ 35 кг/м²;
 - гестаційний вік при первинному обстеженні;
 - прееклампсія чи гестаційна гіпертензія в анамнезі;
 - судинні захворювання в анамнезі;
 - захворювання нирок в анамнезі.
3. Запропонувати жінкам із гестаційною гіпертензією дослідження та лікування, наведені в таблиці.

Таблиця. Ведення вагітної при гестаційній гіпертензії

	Ступінь гіпертензії	
	Гіпертензія: АТ 140/90–159/109 мм рт. ст.	Тяжка гіпертензія: АТ \geq 160/110 мм рт. ст.
Госпіталізація	Не госпіталізувати	Госпіталізувати. Якщо АТ <160/110 мм рт. ст., вести хворого, як при гіпертензії
Антигіпертензивна фармакотерапія	Слід призначати фармакотерапію, якщо АТ залишається >140/90 мм рт. ст.	Завжди слід призначати фармакотерапію
Цільовий АТ	\leq 135/85 мм рт. ст.	\leq 135/85 мм рт. ст.
Вимірювання АТ	1 або 2 рази на тиждень (залежно від АТ) доти, поки АТ не досягне 135/85 мм рт. ст.	Кожні 15–30 хв, поки АТ не стане <160/110 мм рт. ст.
Визначення протеїнурії за допомогою індикаторних смужок	1 або 2 рази на тиждень (з вимірюванням АТ)	Щоразу при госпіталізації
Аналізи крові	Визначити показники загального аналізу крові, функції печінки та нирок при первинному обстеженні, потім — щотижня	Визначити показники загального аналізу крові, функції печінки та нирок при первинному обстеженні, потім — щотижня
Тестування на основі PIGF	Проводити тестування на основі PIGF 1 раз, якщо є підозра на прееклампсію	Проводити тестування на основі PIGF 1 раз, якщо є підозра на прееклампсію
Фетальний моніторинг	Рекомендувати проведення аускультатії серця плода на кожному прийомі Проводити УЗД плода при встановленні діагнозу та повторювати кожні 2–4 тиж за наявності клінічних показань Виконати кардіотокографію тільки за наявності клінічних показань	Рекомендувати проведення аускультатії серця плода на кожному прийомі Проводити УЗД плода при встановленні діагнозу та повторювати кожні 2 тиж, якщо зберігається тяжка артеріальна гіпертензія Виконати кардіотокографію тільки за наявності клінічних показань

4. Рекомендувати проведення тестування на основі PIGF, щоб виключити прееклампсію в період від 20-го до 35-го тижня вагітності, якщо у жінки є ризик розвитку прееклампсії (наприклад при гестаційній гіпертензії).
5. Розглянути призначення лабеталолу для лікування при гестаційній гіпертензії. Розглянути призначення ніфедипіну для вагітних, яким лабеталол не підходить, або метилдопи, якщо і лабеталол, і ніфедипін не підходять. Під час вибору необхідно враховувати побічні ефекти, ризики (у тому числі наслідки для плода) та вподобання вагітної.
6. Не пропонувати постільний режим у лікарні для лікування при гестаційній гіпертензії.

Термін пологів

7. Не пропонувати плановане розродження до 37-го тижня для вагітних із гестаційною гіпертензією при АТ <160/110 мм рт. ст. з антигіпертензивним лікуванням або без нього, якщо відсутні інші медичні показання.
8. Для жінок із гестаційною гіпертензією, у яких АТ після 37-го тижня <160/110 мм рт. ст., терміни та показання до розродження необхідно узгоджувати між вагітною та старшим акушером.

9. Якщо необхідне планове розродження, слід запропонувати антенатальний курс кортикостероїдів і магнію сульфату (за необхідності).

Дослідження, моніторинг та лікування в післяпологовий період

10. Породіллям із гестаційною гіпертензією вимірюють АТ:
- щодня протягом перших 2 днів після пологів;
 - щонайменше один раз між 3-м та 5-м днем після пологів;
 - якщо існує потреба зміни антигіпертензивної терапії за наявності клінічних показань після пологів.
11. Породіллям із гестаційною гіпертензією:
- за необхідності продовжувати антигіпертензивне лікування;
 - повідомити жінкам, що тривалість антигіпертензивного лікування після пологів зазвичай подібна до такої їх лікування до пологів (але може бути і довше);
 - скоригувати антигіпертензивне лікування, якщо АТ падає <130/80 мм рт. ст.
12. Протягом 2 днів після пологів необхідно змінити антигіпертензивне лікування породіллям, які в період вагітності приймали метилдопу для лікування гестаційної гіпертензії.
13. Породіллям із гестаційною гіпертензією, які не приймали антигіпертензивних препаратів, призначати антигіпертензивну терапію необхідно при АТ 150/100 мм рт. ст.
14. Породіллям із гестаційною гіпертензією при переведенні на догляд за місцем проживання необхідно надати план догляду, що охоплює визначення:
- фахівця, який буде проводити подальший огляд та надавати медичну допомогу в разі потреби;
 - частоти моніторингу АТ;
 - параметрів для необхідності коригування призначеного лікування;
 - показань для направлення в заклади первинної медичної допомоги для оцінювання АТ.
15. Запропонувати жінкам із гестаційною гіпертензією, які продовжують приймати антигіпертензивні препарати, пройти медичне обстеження у свого сімейного лікаря через 2 тиж після виписки зі стаціонару.
16. Запропонувати жінкам із гестаційною гіпертензією пройти медичне обстеження у свого сімейного лікаря через 6–8 тиж після пологів.

Зверніть увагу на другу частину клінічних рекомендацій: [пreekлампсія](#).

Долучайтеся до нас у [Viber](#)-спільноті, [Telegram](#)-каналі, [Instagram](#), на сторінці [Facebook](#), а також [Twitter](#), щоб першими отримувати найсвіжіші та найактуальніші новини зі світу медицини.

- **National Institute for Health and Care Excellence** (2019) Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. NICE guidelines [NG133], June 25.