

## Керівництво з попередження, виявлення, оцінки та управління високим кров'яним тиском у дорослих\*

### 10.2.2. Вагітність. Загальний опис

Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey Jr DE, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, DePalma SM, Gidding S, Jamerson KA, Jones DW, MacLaughlin EJ, Muntner P, Ovbiagele B, Smith Jr SC, Spencer CC, Stafford RS, Taler SJ, Thomas RJ, Williams Sr KA, Williamson JD, Wright Jr JT.

2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA

Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. Journal of the American College of Cardiology (2017), doi: 10.1016/j.jacc.2017.11.006.

Артеріальний тиск зазвичай знижується протягом першого триместру вагітності, а потім повільно підвищується. Тактика ведення гіпертензії під час вагітності охоплює чотири загальні напрями:

1) жінка, яка нещодавно завагітніла, з гіпертензією;

2) стресова гіпертензія;

3) прееклампсія (небезпечна форма гіпертензії з протеїнурією, яка може призвести до серйозних негативних наслідків для матері (інсульт, серцева недостатність) і плода (затримка внутрішньоутробного розвитку, передчасні пологи));

4) тяжка гіпертензія, часто на фоні прееклампсії, яка потребує невідкладного лікування з метою попередження серцевої недостатності, інсульту і негативного впливу на плід.

Гіпертензія під час вагітності та прееклампсія визнані факторами ризику розвитку гіпертензії та серцево-судинних захворювань у майбутньому [7–9]. Лікування підвищеного артеріального тиску під час вагітності ускладнюється тим, що багато широко використовуваних антигіпертензивних препаратів, зокрема, інгібітори АПФ та блокатори рецепторів ангіотензину, протипоказані під час вагітності через можливий шкідливий ембріональний вплив [2, 3]. Метою антигіпертензивної терапії під час вагітності є профілактика важкої гіпертензії та збереження вагітності з метою дозрівання плода перед пологамі.

Існує три огляди Кокранівської бази даних щодо лікування легкої/помірної гіпертензії під час вагітності [10–12]. Що стосується лікування гіпертензії легкого/помірного ступеня тяж-

кості (САТ 140–169 або ДАТ 90–109 мм рт. ст.), антигіпертензивна терапія знижує ризик прогресування тяжкої гіпертензії на 50% порівняно з плацебо, але попередження розвитку прееклампсії, передчасних пологів, затримки внутрішньоутробного розвитку чи малюкової смертності не доведені. Бета-блокатори і блокатори кальцієвих каналів виявилися кращими щодо попередження розвитку прееклампсії за альфа-метилдопу [10]. Під час огляду двох раніше проведених невеликих клінічних випробовувань встановлено, що застосування більш комплексної терапії не покращило результатів лікування і не призвело до зниження артеріального тиску <130/80 мм рт. ст. [11]. Згідно з Кокранівськими оглядами, у великих міжнародних рандомізованих контрольованих дослідженнях лікування вагітних жінок із легкою/помірною тяжкістю гіпертензії також показано, що лікування попереджає прогресування гіпертензії до тяжкої форми, проте інтенсивність терапії не впливає на інші наслідки в матерів та немовлят [13]. У більш ранньому огляді, який обмежувався оцінкою впливу бета-блокаторів, виявлено, що ці препарати загалом безпечні та ефективні, але не ефективні щодо наслідків у новонароджених, як у плацебо контрольованих дослідженнях, так і порівняно з іншими антигіпертензивними препаратами. Висловлено припущення, що терапія бета-блокаторами може бути пов'язана із затримкою внутрішньоутробного розвитку та брадикардією в новонароджених [12]. Найбільший досвід використання бета-блокаторів – у лабі-

Рекомендації щодо лікування артеріальної гіпертензії під час вагітності Посилання, наведені в рекомендаціях, див. в он-лайн додатку 53.		
Клас рекомендацій	Рівень доказовості	Рекомендації
I	C-LD	1. Жінкам із гіпертензією, які вагітні або планують вагітність, призначають метилдопу, ніфедипін та/або лабеталол [1] під час вагітності [2-6]
III: негативний ефект	C-LD	2. Жінкам із гіпертензією, які вагітні, не призначають інгібітори АПФ, блокатори рецепторів ангіотензину II або прямі інгібітори реніну [4-6]

\*Повний текст англійською мовою читайте: Journal of the American College of Cardiology (2017), doi: 10.1016/j.jacc.2017.11.006.

талолу; а блокаторів кальцієвих каналів — у ніфедипіну. Застосовують також метилдопу і гідралазин. В огляді лікування тяжкої форми гіпертензії, пов'язаної з вагітністю, недостатньо доказів для рекомендуванню конкретних препаратів; скоріше клініцисти призначають препарат, спираючись на власний досвід [14].

Прееклампсія є потенційно небезпечним станом для вагітної жінки та плода, зустрічається у 3,8% випадків вагітності, а прееклампсія в поєднанні з еклампсією призводять до летальних наслідків серед матерів у 9% у США [15]. Прееклампсія пов'язана з підвищеним ризиком передчасних пологів, затримкою внутрішньоутробного розвитку, відшаруванням плаценти та перинатальною смертністю і зустрічається удвічі частіше при першій вагітності. Робоча група Служби превентивних заходів США рекомендує проводити скринінг усіх вагітних жінок на еклампсію шляхом вимірювання артеріального тиску при кожному дородовому відвідуванні жіночої консультації [16].

Питання детального розгляду лікування гіпертензії під час вагітності виходить за рамки даних настанов. Лікування гіпертензії під час вагітності наведено в кількох міжнародних настановах [2, 3, 17]. Американська колегія акушерів і гінекологів оприлюднила доповідь

робочої групи, яка включає рекомендації щодо профілактики (аспірин у деяких випадках) та лікування (магnezія при гіпертензії тяжкої форми) гіпертензії під час вагітності [2]. Також опубліковано доповідь щодо детального лікування гіпертонічного кризу під час вагітності та після пологів [2, 17, 18].

### Рекомендаційно-специфічний супровідний текст

1. Інгібітори АПФ та блокатори ангіотензинових рецепторів не схвалені для використання під час вагітності через їх фетотоксичність. Серед рекомендованих препаратів відсутні препарати вибору першої лінії, оскільки немає даних, які б підтверджували це. Не рекомендовані терапевтичні класи, оскільки потенційна токсичність різниться між препаратами різних класів.

2. Інгібітори АПФ та блокатори ангіотензинових рецепторів мають фетотоксичний вплив протягом другого та третього триместрів вагітності. Побічні ефекти в першому триместрі вагітності можуть бути обумовленими гіпертонією або медикаментозною терапією [4, 5]. Дані, отримані під час спостережних випробувань і мета-аналізів, припускають наявність побічних ефектів у пізніх триместрах вагітності [6]. Стосовно блокаторів рецепторів ангіотензину опубліковано повідомлення про випадки, подібні до інгібіторів АПФ [19].

## ЛІТЕРАТУРА

- James PR, Nelson-Piercy C. Management of hypertension before, during, and after pregnancy. *Heart*. 2004;90:1499—504.
- American College of Obstetricians and Gynecologists, Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2013;122:1122—31.
- National Clinical Guideline Centre (UK). Hypertension: The Clinical Management of Primary Hypertension in Adults: Update of Clinical Guidelines 18 and 34. London, UK: Royal College of Physicians (UK); 2011.
- Pucci M, Sarween N, Knox E, et al. Angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin receptor blockers in women of childbearing age: risks versus benefits. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2015;8:221—31.
- Moretti ME, Caprara D, Drehuta I, et al. The fetal safety of angiotensin converting enzyme inhibitors and angiotensin II receptor blockers. *Obstet Gynecol Int*. 2012;2012:658310.
- Ferrer RL, Sibai BM, Mulrow CD, et al. Management of mild chronic hypertension during pregnancy: a review. *Obstet Gynecol*. 2000;96:849—60.
- Garovic VD, August P. Preeclampsia and the future risk of hypertension: the pregnant evidence. *Curr Hypertens Rep*. 2013;15:114—21.
- Kessous R, Shoham-Vardi I, Pariente G, et al. Long-term maternal atherosclerotic morbidity in women with preeclampsia. *Heart*. 2015;101:442—6.
- Veerbeek JHW, Hermes W, Breimer AY, et al. Cardiovascular disease risk factors after early-onset preeclampsia, late-onset preeclampsia, and pregnancy-induced hypertension. *Hypertension*. 2015;65:600—6.
- Abalos E, Duley L, Steyn DW. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2:CD002252.
- Nabhan AF, Elsedawy MM. Tight control of mild-moderate pre-existing or non-proteinuric gestational hypertension. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011:CD006907.
- Magee LA, Duley L. Oral beta-blockers for mild to moderate hypertension during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;CD002863.
- Magee LA, von Dadelszen P, Rey E, et al. Less-tight versus tight control of hypertension in pregnancy. *N Engl J Med*. 2015;372:407—17.
- Duley L, Meher S, Jones L. Drugs for treatment of very high blood pressure during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;7:CD001449.
- Gulati M. Early identification of pregnant women at risk for preeclampsia: USPSTF recommendations on screening for preeclampsia. *JAMA Cardiol*. 2017;2:593—5.
- Henderson JT, Thompson JH, Burda BU, et al. Preeclampsia screening: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2017;317:1668—83.
- Regitz-Zagrosek V, Blomstrom LC, Borghi C, et al. ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy: the Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2011;32:3147—97.
- Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 623: Emergent therapy for acute-onset, severe hypertension during pregnancy and the postpartum period. *Obstet Gynecol*. 2015;125:521—5.
- Shimada C, Akashi R, Cho K, et al. Outcomes of 83 fetuses exposed to angiotensin receptor blockers during the second or third trimesters: a literature review. *Hypertens Res*. 2015;38:308—13.