

COLLECTION DE PAPIERS SCIENTIFIQUES SUR LES MATÉRIAUX DE LA

IX CONFÉRENCE SCIENTIFIQUE ET PRATIQUE INTERNATIONALE

**«Débats scientifiques et orientations
prospectives du développement scientifique»**



Paris
République française



31 Octobre
2025



**SCI SORBONNE &
Plateforme scientifique européenne**



ISBN (en ligne) 978-2-37467-150-5
ISBN (imprimer) 978-617-8440-84-8

DOI 10.36074/logos-31.10.2025

”

CONTENU

**SECTION XIX.
SCIENCES MÉDICALES ET SANTÉ PUBLIQUE**

ARTICLES

- ADVANTAGES OF RADIOFREQUENCY ABLATION IN MANAGING PATIENTS WITH VARICOSE VEINS AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS BASED ON THE VAS QUESTIONNAIRE
Kikhtyak T.A., Moskva Kh.A., Kikhtyak O.P. 209
- PERSPECTIVES ON THE USE OF TRICLOSAN-COATED SUTURES TO PREVENT SURGICAL SITE INFECTIONS
Ursol G., Sobchenko D., Boichenko H. 213
- ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ХРОНІЧНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ
Сюсюка В.Г., Онопченко С.П., Деміденко О.В., Богуславська Н.Ю., Бабінчук О.В., Приходько І.Б. 219

ABSTRACTS

- BsmI POLYMORPHISM OF THE VITAMIN D RECEPTOR GENE IN CHILDREN OF THE UKRAINIAN POPULATION WITH TYPE 1 DIABETES
Lukashuk I.V., Kvachenyuk D.A., Bolshova O.V.225
- ОЦІНКА РЕАКТИВАЦІЇ ГЕРПЕСВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З LONG COVID
Грішина О.І., Волянський А.Ю., Романенко О.О., Менкус О.В., Давиденко М.Б.228

**SECTION XX.
CULTURE PHYSIQUE, SPORT ET KINÉSITHÉRAPIE**

ARTICLES

- CORRECTION OF POSTURAL DISORDERS IN ADOLESCENTS USING PHYSICAL EXERCISE EQUIPMENT
Kuznietsov V.B., Filiptsova K.A. 232

**SECTION XXI.
ARCHITECTURE ET CONSTRUCTION**

ABSTRACTS

- ЗЕЛЕНЕ БУДІВНИЦТВО В ПІСЛЯВОЄННІЙ ВІДБУДОВІ УКРАЇНИ
Примаченко В.Ф., Дорошенко А.Г., Чеханюк Б.Є., Василенко В.В.239

SECTION 19.

SCIENCES MÉDICALES ET SANTÉ PUBLIQUE

DOI 10.36074/logos-31.10.2025.040

ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ХРОНІЧНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

**Сюсюка Володимир Григорович¹, Онопченко Світлана Павлівна²,
Деміденко Олександр Вікторович³, Богуславська Наталія Юрїївна⁴,
Бабінчук Олена Василівна⁵, Приходько Ігор Борисович⁶**

1. доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри акушерства та гінекології
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, м. Запоріжжя, УКРАЇНА
ORCID ID: 0000-0002-3183-4556

2. кандидат медичних наук,
асистентка кафедри акушерства та гінекології
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, м. Запоріжжя, УКРАЇНА
ORCID ID: 0000-0002-9494-0866

3. кандидат медичних наук, доцент,
завідувач кафедри внутрішніх хвороб № 2
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, м. Запоріжжя, УКРАЇНА
ORCID ID: 0000-0001-8431-037X

4. кандидат медичних наук,
заступник медичного директора з перинатальної допомоги КНП
«Запорізької обласної клінічної дитячої лікарні» ЗОР м. Запоріжжя, УКРАЇНА
ORCID ID: 0000-0001-5401-3999

5. кандидат медичних наук, завідувачка пологового відділення спільного
перебування матері та новонародженого з операційним блоком
КНП «Запорізька обласна дитяча клінічна лікарня» ЗОР, м. Запоріжжя, УКРАЇНА
ORCID ID: 0000-0002-2774-1162

6. кандидат медичних наук, доцент кафедри внутрішніх хвороб № 2
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, м. Запоріжжя, УКРАЇНА
ORCID ID: 0000-0002-5793-3624

Гіпертензивні розлади під час вагітності (ГРВ) є другими за поширеністю медичними ускладненнями, що діагностують 5-15% вагітностей у всьому світі, і залишаються провідною причиною несприятливих наслідків для матері,

плода та новонародженого. Гіпертензія під час вагітності визначається, коли систолічний артеріальний тиск (АТ) 140 мм рт.ст. та діастолічний АТ $\geq$ 90 мм рт.ст. при двократному вимірюванні з інтервалом більше ніж 4 години або систолічний АТ $\geq$ 160 мм рт.ст. та діастолічний АТ $\geq$ 110 мм рт.ст., при однократному вимірюванні. ГРВ супроводжуються високим ризиком тяжких ускладнень як для матері, так і для плода, а також довгостроковими наслідками, що підвищують ймовірність розвитку серцево-судинних, метаболічних та неврологічних розладів у матерів. Встановлений зв'язок між гіпертонічними розладами в анамнезі під час вагітності та підвищеним ризиком гіпертензії, ішемічної хвороби серця та інсульту підкреслює необхідність впровадження цілеспрямованих програм післяпологового спостереження та профілактики. ГРВ – поняття, яке об'єднує різні клініко-патогенетичні типи артеріальної гіпертензії та зустрічається у жінок з раніше існуючою первинною або вторинною хронічною артеріальною гіпертензією, а також у вагітних жінок, які мають маніфестацію гіпертензії в другій половині гестації.

Враховуючи поширеність АГ серед осіб молодого віку, дуже частий несприятливий перебіг вагітності і перинатальні ускладнення, що страждають на АГ, є потреба у прегравідарній підготовці, яка включає: раннє виявлення АГ у жінок дітородного віку, взяття їх на диспансерний облік, ретельне всебічне обстеження з метою визначення тяжкості проявів захворювання, його можливої причини, раціональне харчування, усунення гіподинамії, нормалізацію маси тіла, відмову від паління, психоемоційне розвантаження та релаксацію, проведення раціональної антигіпертензивної терапії.

Хронічна артеріальна гіпертензія (ХАГ) виникає до вагітності чи в перші 20 тижнів вагітності, або якщо жінка вже приймає антигіпертензивні препарати. Зазвичай, вона зберігається понад 42 дні після пологів і може бути пов'язана з протеїнурією. Артеріальну гіпертензію, відому до вагітності або наявну протягом перших 20 тижнів, можна розділити на наявну артеріальну гіпертензію (первинну чи вторинну), гіпертензію «білого халата» (підвищений рівень офісного АТ і нормальний рівень позаофісного АТ) і «масковану» гіпертензію (нормальний рівень офісного АТ і підвищений рівень позаофісного АТ). Крім уточнення форми АГ у вагітних важлива роль належить оцінці її ступеня. Виокремлюють помірну (нетяжку) і тяжку АГ. Помірна АГ встановлюється при підвищенні САТ 140-159 мм рт.ст. і/або ДАТ 90-109 мм рт.ст.; тяжка АГ відповідає рівням САТ $\geq$ 160 мм рт.ст. і/або ДАТ $\geq$ 110 мм рт.ст., що відрізняється від загальної класифікації артеріальної гіпертензії: артеріальна гіпертензія 1-го ступеня (140–159 та/або 90–99 мм рт. ст.), артеріальна гіпертензія 2-го ступеня (160–179 та/або 100–109 мм рт. ст.), артеріальна гіпертензія 3-го



SECTION 19.

SCIENCES MÉDICALES ET SANTÉ PUBLIQUE

ступеня (>180 та/або >110 мм рт. ст.). При цьому категорію АТ визначають на підставі найвищого рівня АТ – систолічного чи діастолічного. Окрім ступенів артеріальної гіпертензії, які залежать від значень АТ, в загальній класифікації розрізняють також такі стадії артеріальної гіпертензії: стадія 1: неускладнена артеріальна гіпертензія (тобто без гіпертензивних уражень органів-мішеней (ГУОМ) чи діагностованого серцево-судинного захворювання (ССЗ), але можлива наявність 1-ї і 2-ї стадій хронічної хвороби нирок (ХХН), стадія 2: наявність ГУОМ або 3-ї стадії ХХН чи цукрового діабету, стадія 3: діагностовані ССЗ або ХХН стадії 4 чи 5.

Слід зазначити, що класифікація ступеня підвищення рівня АТ у вагітних може використовуватися для характеристики ступеня АГ при будь-якій її формі. Крім того, виділення помірного і тяжкого ступенів АГ під час вагітності, має принципове значення для оцінки прогнозу, вибору тактики ведення, лікування і допомоги при пологах.

Факторами ризику розвитку ХАГ у жінок молодого віку є обтяжена спадковість (виявляється у 94% вагітних), надмірна маса тіла або ожиріння (у 72% пацієнток), наявність в анамнезі прееклампсії під час попередньої вагітності (вагітностей). У випадку коли у вагітної з зазначеною ХАГ має місце протеїнурія або прогресування гіпертензії на $\geq 30/15$ мм рт.ст. при тому самому об'ємі медикаментозного лікування у другій половині вагітності або органі порушення, то встановлюється діагноз поєднана прееклампсія.

Лікування гіпертензії під час вагітності залежить від АТ жінки та гестаційного віку, а також від наявності супутніх факторів ризику для матері та плода. При цьому, слід зазначити, що інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ), блокатори рецепторів ангіотензину (БРА) та прямі інгібітори реніну суворо протипоказані. Прийом АПФ та БРА слід припинити при плануванні вагітності або відразу після встановлення діагнозу вагітності. Жінкам, які приймають зазначені препарати, необхідно повідомити, що є підвищений ризик вроджених вад, якщо їх приймати під час вагітності. Вагітним жінкам з гіпертензією слід рекомендувати дотримуватися здорового способу життя, включаючи фізичну активність, відмову від куріння, здорове харчування та контроль маси тіла. Обмеження солі не рекомендується для зменшення ГРВ, але жінкам з уже існуючою гіпертензією доцільно продовжувати дієту з низьким вмістом натрію. ХАГ відноситься до факторів високого ризику виникнення прееклампсії, тому вагітній рекомендується приймати 100-150 мг на добу ацетилсаліцилової кислоти щодня з 12 тижнів до 36 тижнів вагітності ввечері (при призначенні ацетилсаліцилової кислоти збільшують дозу фолієвої кислоти до 800 мкг (0,8 мг) на добу).

Лікувально-профілактичні заходи у вагітних з ХАГ визначаються особливостями патогенезу захворювання під час вагітності і відрізняються від

рекомендованих у загальній популяції хворих на АГ. Метою лікування пацієнток є запобігання ускладненням вагітності і перш за все поєднаної преєклампсії, особливо ранніх і тяжких її форм, а також антенатальний захист дитини. Своєчасне призначення адекватної медикаментозної терапії у пацієнток з ГРВ приводить до сповільнення прогресування захворювання, зменшення частоти розвитку тяжкої ПЕ, перинатальних та неонатальних ускладнень, а також до зниження материнської смертності. Для початкової терапії ХАГ використовують антигіпертензивні препарати I ряду з доведеною ефективністю щодо зниження ризику розвитку ускладнень. До цих препаратів відноситься метилдопа (допегіт) (250-750 мг), дигідропіридинові антагоністи кальцієвих каналів (ніфедипін), бета-адреноблокатори (бісопролол) та їх комбінації. При відсутності можливості нормалізувати АТ за допомогою препаратів I ряду або при гіпертонічному кризі додатково призначають препарати II ряду (урапідил – 10-50 мг повільно під контролем АТ). За резистентної гіпертензії можливе використання клонідину (75-300 мг) або гліцерола тринітрату (нітрогліцерин – 0,5 мг сублінгвально або 2 мл в/в). При проведенні антигіпертензивної терапії слід запобігати надмірному зниженню АТ (не більше, ніж 25% від максимальних показників АТ). У вагітних із АГ протипоказано використовувати: АПФ, БРА, прямі блокатори реніну, сечогінні та резерпін. У вагітних жінок з неускладненою ХАГ цільовий рівень АТ має бути 130/80-100 мм рт.ст. Жінкам з ураженням органів-мішеней необхідно пропонувати лікування, яке буде утримувати АТ нижче 140/90 мм рт.ст. Надалі слід упевнитись, що пацієнтка виконує рекомендації щодо прийому препаратів, провести моніторинг артеріального тиску та провести корекцію терапії.

Вагітним з ХАГ в 28, 32 та 36 тижнів проводять ультразвукову фетометрію, визначають амніотичний індекс та доплерометрію артерій пуповини. Оптимальний термін розродження жінок з неускладненою ХАГ 38⁺ до 39⁺ тижнів вагітності. Жінкам із ХАГ, у яких АТ нижчий 160/110 мм рт.ст., з або без антигіпертензивного лікування, не рекомендовано розродження до 37 тижнів вагітності. При необхідності дострокового розродження (до 34 тижнів) рекомендовано провести курс глюкокортикоїдів для профілактики респіраторного дистрес синдрому плода. У вагітних в терміні до 32 тижнів за наявності високої ймовірності передчасних пологів (протягом найближчих 24 годин), з метою нейропротекції плода показано введення магнію сульфату.

У пологах повинен проводитися моніторинг АТ щогодини – при помірній гіпертензії, при тяжкій - постійний моніторинг, цільовий діапазон (140-159/90-109 мм рт.ст.). При стабільних показниках АТ зазвичай не обмежують тривалість другого періоду пологів. Доцільний є проведення знеболення (епідуральна

SECTION 19.

SCIENCES MÉDICALES ET SANTÉ PUBLIQUE

аналгезія). Якщо АТ не коригується антигіпертензивною терапією, слід вирішити питання про оперативне розродження.

У післяпологовому періоді слід продовжити лікування антигіпертензивними препаратами, що були призначені до пологів, окрім метилдопи. Припиняють призначення вказаного препарату протягом 2-ох діб після пологів та призначають каптоприл або еналаприл до закінчення грудного вигодовування.

Після виписки пацієнтки зі стаціонару надають рекомендації. Якщо АТ 140/90 мм рт.ст. або нижче і жінка відчуває себе добре, подальші перевірки АТ не потрібні. Надалі пацієнтка має здійснити візит до сімейного лікаря через 2 тижня після пологів. При показниках АТ 141-150/91-100 мм рт.ст. – його вимірювання проводять кожні 2 доби. Якщо АТ вище 150/100 мм рт.ст. пацієнтка має звернутися до лікаря акушера-гінеколога для визначення подальшої тактики ведення. Слід зазначити, що даний контингент жінок мають підвищений ризик ССЗ у довгостроковій перспективі і більшу поширеність гіпертензивних розладів при наступних вагітностях порівняно з жінками без таких розладів. Тому, жінкам слід надати консультації щодо майбутніх ризиків та ознайомити з відповідними рекомендаціями з догляду та модифікації способу життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

- [1] Наказ Міністерства охорони здоров'я України 12 вересня 2024 року №1581. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гіпертонічна хвороба (Артеріальна гіпертензія)» Київ: МОЗ України; 2024. 71 с.
- [2] Наказ Міністерства охорони здоров'я України 9 серпня 2022 року №1437. Стандарти медичної допомоги «Нормальна вагітність» Київ: МОЗ України; 2022. 45 с.
- [3] Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24 січня 2022 року № 151. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді». Київ: МОЗ України; 2022. 56 с.
- [4] Авраменко Т.В., Мелліна І.М. Гіпертонічна хвороба у вагітних. Методичні рекомендації для акушерів-гінекологів, сімейних лікарів, терапевтів, кардіологів. Медичні аспекти здоров'я жінки. 2021;3(138):11-28.
- [5] Долженко М.М. Сіренко Ю.М., Давидова І.В., Кожухарьова Н.А., Конопляник Л.І., Лобач Л.Є., Лучинська Ю.О., Сімагіна Т.В., Несукай В.А., Фарадж К., Яковенко Л.І. Менеджмент артеріальної гіпертензії в пацієнток жіночої статі під час особливих станів: вагітність і клімактерій (за рекомендаціями Європейського товариства гіпертензії 2023 року). Методичні рекомендації. Київ, 2024. Артеріальна гіпертензія та серцево-судинні захворювання. 2024;17,2:33-48.
- [6] Клінічна настанова, заснована на доказах «Гіпертензивні розлади у вагітних». Київ: МОЗ України; 2021. 77 с.
- [7] Клінічна настанова, заснована на доказах. «Артеріальна гіпертензія». Київ: МОЗ України; 2024. 280 с.



- [8] American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 203: Chronic Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2019;133(1):e26-e50. doi: 10.1097/AOG.0000000000003020
- [9] Cífková R. Hypertension in Pregnancy: A Diagnostic and Therapeutic Overview. *High Blood Press Cardiovasc Prev.* 2023;30(4):289-303. doi: 10.1007/s40292-023-00582-5
- [10] De Backer J, Haugaa KH, Hasselberg NE, de Hosson M, Brida M, Castelletti S, Cauldwell M, Cerbai E, Crotti L, de Groot NMS, Estensen ME, Goossens ES, Haring B, Kurpas D, McEniery CM, Peters SAE, Rakisheva A, Sambola A, Schlager O, Schoenhoff FS, Simoncini T, Steinbach F, Sudano I, Swan L, Valente AM; ESC Scientific Document Group. 2025 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease and pregnancy. *Eur Heart J.* 2025;ehaf193. doi: 10.1093/eurheartj/ehaf193
- [11] Hanzhyi IY, Vizir VA, Demidenko OV, Bohuslavskaya NY, Kuchkovskiy OM. Hypertensive disorders in pregnancy: current evidence, short-term and long-term outcomes. *Modern Medical Technology.* 2025;17(3);217223. doi: 10.14739/mmt.2025.3.334532
- [12] Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G. et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J Hypertens.* 2023;41(12):1874-2071. doi: 10.1097/HJH.0000000000003480
- [13] Newman C, Petruzzi V, Ramirez PT, Hobday C. Hypertensive Disorders of Pregnancy. *Methodist Debakey Cardiovasc J.* 2024;20(2):4-12. doi: 10.14797/mdcvj.1305.
- [14] Siusiuka V., Belenichev I., Kyrychenko M., Deinichenko O., Sergienko M., Kyryliuk O. Hypertensive disorders during pregnancy: current aspects of pathogenesis, screening and prevention. *Reproductive Health of Woman.* 2025;6:106-113. <https://doi.org/10.30841/2708-8731.6.2025.341011>
- [15] Thomopoulos C, Hitij JB, De Backer T, Gkaliagkousi E, Kreutz R, Lopez-Sublet M, Marketou M, Mihailidou AS, Olszanecka A, Pechère-Bertschi A, Pérez MP, Persu A, Piani F, Socrates T, Stolarz-Skrzypek K, Cífková R. Management of hypertensive disorders in pregnancy: a Position Statement of the European Society of Hypertension Working Group 'Hypertension in Women'. *J Hypertens.* 2024;42(7):1109-1132. doi: 10.1097/HJH.0000000000003739

