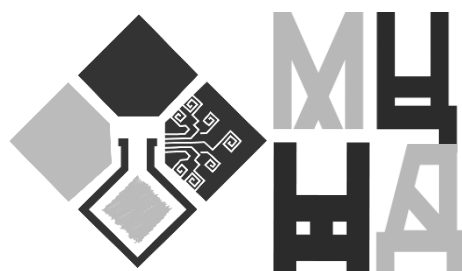


ЗБІРНИК НАУКОВИХ
ПРАЦЬ З МАТЕРІАЛАМИ
VIII МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ



РОЗВИТОК НАУКОВОЇ ДУМКИ ПОСТІНДУСТРІАЛЬНОГО СУСПІЛЬСТВА: СУЧАСНИЙ ДИСКУРС

| 17 жовтня 2025 рік
м. Хмельницький, Україна

Вінниця, Україна
«UKRLOGOS Group»
2025

СУЧАСНІ КРИТЕРІЇ ТА НАПРЯМКИ ПІДТРИМКИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я
ОСОБИСТОСТІ

Ходикіна Ю.Ю., Довженко О.О.219

СЕКЦІЯ XIV.

МЕДИЧНІ НАУКИ ТА ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

THE LEADING ROLE OF UV RADIATION IN THE DEVELOPMENT OF MELANOMA

Gart A.O.223

АСОЦІАЦІЯ ДЕФІЦИТУ ВІТАМІНУ D ІЗ ТЯЖКІСТЮ МІННО-ВИБУХОВИХ ТРАВМ
КІНЦІВОК ЗА ШКАЛОЮ ISS (ПОРІВНЯННЯ ЛЕГКОЇ ТА СЕРЕДНЬОЇ ТЯЖКОСТІ):
ТРИРІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ (2022–2024)

Кривоніс Є.С.226

ВДОСКОНАЛЕНИЙ МЕТОД ПРОВЕДЕННЯ ЕНДОДОНТО-ЕНДОСАЛЬНОЇ
ІМПЛАНТАЦІЇ

Сенніков О.М., Сеннікова Г.М.230

ВИПАДОК РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ СИНДРОМУ ШЕРЕШЕВСЬКОГО-ТЕРНЕРА

Ластівка І.В., Бержун С.А., Борщ С.Р.233

ВПЛИВ ГЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ІНФЕКЦІЇ НА ЗАГАЛЬНИЙ СТАН ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ

Авраменко А.О., Магденко Г.К., Дубінець Т.І.237

ЗАСТОСУВАННЯ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ
ХВОРОБИ У ВАГІТНИХ ТА ПІД ЧАС ЛАКТАЦІЇ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ
ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Кульбачук О.С., Сідь Є.В., Безбородов А.С.240

ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ У СТУДЕНТІВ-
МЕДИКІВ ЗА АДАПТОВАНОЮ ШКАЛОЮ QUICKDASH

Веснін В.В., Олійник А.О., Громко Є.А.246

ПЕРЕВАГИ РЕГІОНАРНОЇ АНЕСТЕЗІЇ У КОМОРБІДНИХ ХВОРИХ

Мухачова В.Д., Попович І.В.248

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ У
ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2020–2025 РОКИ

Таран О.С., Марчук А.В.253

СИНДРОМ БЕКВІТА-ВІДЕМАННА: ВИПАДОК З ПРАКТИКИ

Ластівка І.В., Бержун С.А., Борщ С.Р.255

ФАРМАКОГЕНЕТИКА В ПСИХІАТРІЇ: ПЕРСОНАЛІЗОВАНИЙ ПІДХІД ДО
ПРИЗНАЧЕННЯ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЇ НА ОСНОВІ ГЕНЕТИЧНОГО ПРОФІЛЮ
ПАЦІЄНТА

Баштанова А.259

ЗАСТОСУВАННЯ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБІ У ВАГІТНИХ ТА ПІД ЧАС ЛАКТАЦІЇ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Кульбачук Олександр Сергійович

ORCID ID: 0000-0003-0646-6701

канд. мед. наук, доцент кафедри загальної практики-сімейної медицини,
психіатрії та неврології, ННІПО

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна

Сідь Євген Володимирович

ORCID ID: 0000-0001-9198-9640

канд. мед. наук, доцент кафедри загальної практики-сімейної медицини,
психіатрії та неврології, ННІПО

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна

Безбородов Андрій Сергійович

ORCID ID: 0009-0007-9690-3296

Комунальне некомерційне підприємство «Клініка «Сімейний лікар»

Широківської сільської ради, Україна

Вступ. Гіпертонічна хвороба є значущою медичною проблемою охорони здоров'я, що характеризується стійким підвищенням артеріального тиску та пов'язана зі значними ризиками для серцево-судинної системи. Особливої уваги потребує ведення гіпертонічної хвороби у вагітних та жінок, які годують груддю. Фізіологічні зміни, що відбуваються в організмі жінки під час вагітності, а також потенційний вплив лікарських засобів на плід та новонародженого, створюють додаткові складності у виборі антигіпертензивної терапії. Необхідність лікування матері, з мінімізацією ризиків для дитини, підкреслює важливість використання науково обґрунтованих рекомендацій та глибокого розуміння безпеки та ефективності антигіпертензивних препаратів у цієї когорти пацієнтів [1, 2].

Зростаюча поширеність гіпертензивних розладів під час вагітності свідчить про нагальну потребу в оновлених та всебічних настановах щодо їхнього ведення. Складність полягає у збалансуванні потреб лікування матері з можливими ризиками для плода та немовляти, що вимагає ретельного підходу до вибору лікарських засобів та моніторингу.

Це є надскладним завданням у практиці лікаря загальної практики - сімейної медицини [3, 4].

Мета роботи. Проаналізувати дані фахових літературних джерел стосовно застосування антигіпертензивних препаратів при гіпертонічній хворобі у вагітних та під час лактації.

Матеріали і методи. Опрацювавши першоджерела з наукометричних баз даних Scopus, Web of science, PubMed провели ретроспективний аналіз даних літератури з проблематики застосування антигіпертензивних препаратів при гіпертонічній хворобі у вагітних та під час лактації в період з 2020 року по 2025 рік.

Результати. Європейське товариство кардіологів (ESC) рекомендує підтримувати артеріальний тиск у вагітних жінок на рівні $<140/90$ мм рт. ст.. Американський коледж акушерів та гінекологів (ACOG) рекомендує лікування хронічної гіпертензії при артеріальному тиску $\geq 140/90$ мм рт. ст. та тяжкої гіпертензії при $\geq 160/110$ мм рт. ст.. Міжнародне товариство з вивчення гіпертензії під час вагітності (ISSHP) рекомендує лікувати артеріальний тиск, що стабільно перевищує $140/90$ мм рт. ст. (або $\geq 135/85$ мм рт. ст. вдома), з цільовим діастолічним тиском 85 мм рт. ст. Міністерство охорони здоров'я України рекомендує розпочинати антигіпертензивну терапію при артеріальному тиску $\geq 140/90$ мм рт. ст. [5, 6, 7, 8].

Для лікування гіпертонічної хвороби у вагітних застосовується кілька класів антигіпертензивних препаратів, які вважаються відносно безпечними та ефективними. До них належать бета-блокатори, блокатори кальцієвих каналів, альфа-агоністи центральної дії та вазодилататори. Дозування антигіпертензивних препаратів у вагітних потребує індивідуального підходу з урахуванням тяжкості гіпертензії, відповіді на лікування та потенційних побічних ефектів для матері та плода. Зазвичай лікування розпочинають з низьких доз з поступовим їх збільшенням до досягнення цільового рівня артеріального тиску [9, 10]

Класи антигіпертензивних препаратів демонструють різну ефективність зниження артеріального тиску у вагітних. Хоча багато антигіпертензивних засобів ефективно знижують артеріальний тиск під час вагітності, деякі дані свідчать про можливі відмінності в їхній ефективності щодо конкретних результатів, таких як контроль тяжкої гіпертензії або зниження ризику прееклампсії, що вимагає ретельного врахування клінічного контексту при виборі препарату. За даними досліджень застосування антигіпертензивних препаратів під час

вагітності знижують ризик тяжкої гіпертензії на 30-70 %. За даними N.K. Patel et al. лабеталол може бути ефективнішим за метилдопу та ніфедипін у контролі артеріального тиску при гіпертензії під час вагітності. Тоді як метилдопа та ніфедипін були однаково ефективні у контролі артеріального тиску. Мета-аналіз J.Yin et al. оцінював вибір блокаторів кальцієвих каналів при артеріальній гіпертензії під час вагітності. Амлодипін був дещо ефективнішим у контролі систолічного та діастолічного артеріального тиску порівняно з ніфедипіном пролонгованої дії. Дослідники роблять висновок, що амлодипін можна ефективно та безпечно застосовувати для лікування гіпертензії під час вагітності [11, 12, 13].

Існують певні класи антигіпертензивних препаратів, які протипоказані під час вагітності через їхній потенційний негативний вплив на плід. До них належать інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ) та блокатори рецепторів ангіотензину II (БРА), які можуть призвести до фетопатії, включаючи вади розвитку нирок плода, олігогіDRAMніон (зниження кількості навколоплідних вод), гіпоплазію легень, затримку внутрішньоутробного розвитку та навіть смерть плода. Застосування іАПФ та БРА протипоказане у другому та третьому триместрах вагітності, також припускають потенційні ризики при їх застосуванні і у першому триместрі. Протипоказання щодо інгібіторів АПФ та БРА під час вагітності підкреслює серйозне попередження щодо їхнього застосування через значні ризики для розвитку плода, що підсилює необхідність призначення альтернативних методів лікування вагітним жінкам [14, 15].

Крім того, прямі інгібітори реніну також протипоказані під час вагітності через аналогічні ризики для плода. Мінералокортикоїдні антагоністи, такі як спіронолактон та еплеренон, слід уникати під час вагітності, оскільки вони можуть спричинити фемінізацію плода чоловічої статі [16, 17].

Більшість антигіпертензивних препаратів проникають у грудне молоко, але зазвичай у дуже низьких концентраціях, що не становлять значного ризику для немовлят. Лабеталол проникає в грудне молоко в низьких рівнях, і очікується, що він не спричинить побічних ефектів у доношених немовлят. Ніфедипін також виділяється в грудне молоко в невеликих кількостях без повідомлень про побічні ефекти у немовлят і вважається безпечним під час годування груддю [18, 19].

Бета-блокатори, такі як метопролол та пропранолол, зазвичай проникають у грудне молоко в невеликих кількостях і вважаються сумісними з грудним вигодовуванням у здорових, доношених немовлят. Атенолол та соталол можуть виділятися у більших кількостях, тому їх слід застосовувати з обережністю. [20, 21].

Метилдопа виділяється в грудне молоко, але повідомлень про побічні ефекти у немовлят не надходило. Проте деякі рекомендації пропонують розглянути альтернативні препарати через можливу післяпологову депресію у матері [22, 23].

Блокатори кальцієвих каналів, наприклад, амлодипін, вважаються безпечними під час післяпологового періоду з мінімальним проникненням у грудне молоко. Інгібітори АПФ, такі як еналаприл та каптоприл, зазвичай вважаються безпечними через низькі концентрації в грудному молоці та погану пероральну біодоступність у немовлят. Проте слід бути обережними при застосуванні у новонароджених та немовлят віком до 2 місяців через ризик гіпотензії [24, 25].

Дані щодо БРА, таких як лозартан та валсартан, обмежені, тому перевага надається іншим класам препаратів. Діуретики, наприклад, гідрохлортіазид та фуросемід, зазвичай проникають у грудне молоко в невеликих кількостях, але високі дози можуть потенційно зменшити вироблення молока. Клонідин виявляється в грудному молоці та може негативно впливати на лактацію, тому його зазвичай уникають. Загалом, годування груддю не слід припиняти жінкам, які потребують антигіпертензивного лікування, оскільки більшість препаратів потрапляють у грудне молоко в дуже низьких концентраціях з мінімальним ризиком для немовляти [26, 27].

Таким чином, релевантні медичні джерела вказують на те, що медикаментозне лікування гіпертонічної хвороби під час вагітності є важливим для запобігання серйозним ускладненням. Лабеталол, ніфедипін та метилдопа є препаратами першої лінії, які мають доведену ефективність та безпеку при застосуванні під час вагітності. Вибір конкретного препарату та цільові рівні артеріального тиску повинні визначатися індивідуально для кожної пацієнтки з урахуванням тяжкості гіпертензії, терміну вагітності, наявності супутніх захворювань та рекомендацій відповідних клінічних настанов.

Висновки.

1. Лікування гіпертонічної хвороби у вагітних та жінок, які годують груддю, є складним завданням в практиці лікаря загальної практики -

сімейної медицини, що вимагає ретельного зважування ризиків та переваг для матері та дитини.

2. Важливо дотримуватися рекомендацій міжнародних та національних медичних організацій, враховуючи індивідуальні особливості кожної пацієнтки.

Перспективи подальших досліджень. Незважаючи на значний прогрес у розумінні проблеми призначення антигіпертензивних препаратів при гіпертонічній хворобі у вагітних та під час лактації, залишаються питання, що потребують подальших досліджень, особливо щодо довгострокових наслідків застосування антигіпертензивних препаратів для здоров'я дітей, які зазнали їхнього впливу внутрішньоутробно, а також оптимізації стратегій лікування в певних клінічних ситуаціях. Для досягнення найкращих результатів лікування необхідний індивідуальний підхід та ретельний моніторинг стану матері та дитини, що потребує проведення подальших досліджень.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Список використаних джерел:

1. Bajpai, D., Popa, C., Verma, P., Dumanski, S., & Shah, S. (2023). Evaluation and management of hypertensive disorders of pregnancy. *Kidney* 360, 4(10), 1512-1525. DOI: 10.34067/KID.0000000000000228.
2. Countouris, M., Mahmoud, Z., Cohen, J. B., Crousillat, D., Hameed, A. B., Harrington, C. M., ... & Bello, N. A. (2025). Hypertension in Pregnancy and Postpartum: Current Standards and Opportunities to Improve Care. *Circulation*, 151(7), 490-507. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.124.073302.
3. Всесвітня організація охорони здоров'я. Настанови щодо фармакологічного лікування артеріальної гіпертензії у дорослих. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2024. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. Garovic, V. D., Dechend, R., Easterling, T., Karumanchi, S. A., McMurtry Baird, S., Magee, L. A., ... & August, P. (2022). Hypertension in pregnancy: diagnosis, blood pressure goals, and pharmacotherapy: a scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension*, 79(2), e21-e41.
5. Thomopoulos, C., Hitij, J. B., De Backer, T., Gkaliagkousi, E., Kreutz, R., Lopez-Sublet, M., ... & Cifková, R. (2024). Management of hypertensive disorders in pregnancy: a Position Statement of the European Society of Hypertension Working Group 'Hypertension in Women'. *Journal of Hypertension*, 42(7), 1109-1132.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). ACOG Practice Bulletin No. 203: chronic hypertension in pregnancy. *Obstetrics and gynecology*, 133(1), e26-e50.
7. Brown, M. A., Magee, L. A., Kenny, L. C., Karumanchi, S. A., McCarthy, F. P., Saito, S., ... & Ishaku, S. (2018). Hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis, and management recommendations for international practice. *Hypertension*, 72(1), 24-43.
8. Садов'як, І. Д., Артьоменко, В. В., Дубоссарська, Ю. О., Жилка, Н. Я., Жук, С. І., Камінський, В. В., ... & Федько, Р. М. (2022). Гіпертензивні розлади у вагітних Клінічна настанова, заснована на доказах. *Державний експертний центр МОЗ України*.

9. Garovic, V. D., Dechend, R., Easterling, T., Karumanchi, S. A., McMurtry Baird, S., Magee, L. A., ... & August, P. (2022). Hypertension in pregnancy: diagnosis, blood pressure goals, and pharmacotherapy: a scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension*, 79(2), e21-e41.
10. Tita, A. T., Szychowski, J. M., Boggess, K., Dugoff, L., Sibai, B., Lawrence, K., ... & Andrews, W. W. (2022). Treatment for mild chronic hypertension during pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 386(19), 1781-1792.
11. Patel, N. K., Gadhavi, M., Gorasia, D., & Pandya, M. R. (2012). Comparative evaluation of antihypertensive drugs in the management of pregnancy-induced hypertension. *Int J Basic Clin Pharmacol*, 1(3), 174-7.
12. Irfan, A., Haider, S. H., Sheikh, S. M., Larik, M. O., Abbas, M., & Hashmi, M. R. (2024). Evaluation of antihypertensives for post partum management of hypertensive disorders of pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Current Problems in Cardiology*, 49(8), 102584.
13. Yin, J., Mei, Z., Shi, S., Du, P., & Qin, S. (2022). Nifedipine or amlodipine? The choice for hypertension during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Archives of gynecology and obstetrics*, 306(6), 1891-1900.
14. Greenlees, C., & Delles, C. (2025). RAAS inhibitors in pregnancy, breastfeeding and women of childbearing potential: a review of national and international clinical practice guidelines. *Journal of Human Hypertension*, 1-5.
15. Beech, A., & Mangos, G. (2021). Management of hypertension in pregnancy. *Australian Prescriber*, 44(5), 148.
16. Ryan, K., McGrath, L., & Brookfield, K. (2024). Hypertension Management in Pregnancy. *Annual Review of Medicine*, 76.
17. Balachandran, D. M., Subbaiah, M., & Dorairajan, G. (2024). Primary aldosteronism during pregnancy and eplerenone use—a case report. *Obstetric Medicine*, 17(4), 230-232.
18. Countouris, M., Mahmoud, Z., Cohen, J. B., Crousillat, D., Hameed, A. B., Harrington, C. M., ... & Bello, N. A. (2025). Hypertension in Pregnancy and Postpartum: Current Standards and Opportunities to Improve Care. *Circulation*, 151(7), 490-507.
19. Piotrkowicz, E., Skrzypczyk, P., Prejbisz, A., Dobrowolski, P., Gawlak, M., & Kosiński, P. (2025). Safety and Risks of Antihypertensive Medications During Breastfeeding: A Review of Current Guidelines. *Journal of Clinical Medicine*, 14(11), 3722.
20. Gongora, M. C., Sharma, G., & Yang, E. (2018). Hypertension During Pregnancy and After Delivery: Management. *Cardiovascular Outcomes and Future Directions*.
21. Braunthal, S., & Brateanu, A. (2019). Hypertension in pregnancy: Pathophysiology and treatment. *SAGE open medicine*, 7, 2050312119843700.
22. Youssef, G. S. (2019). Hypertension in pregnancy. *e-Journal of Cardiology Practice*, 17(22-18).
23. Wiciński, M., Malinowski, B., Puk, O., Socha, M., & Słupski, M. (2020). Methyldopa as an inductor of postpartum depression and maternal blues: A review. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 127, 110196.
24. Anderson, P. O. (2018). Treating hypertension during breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*, 13(2), 95-96.
25. Parnizari, P., Hladunewich, M. A., & Zipursky, J. (2025). Safety of Drugs in Breastfeeding Women With CKD. *Kidney International Reports*, 10(7), 2189-2201.
26. Countouris, M., Mahmoud, Z., Cohen, J. B., Crousillat, D., Hameed, A. B., Harrington, C. M., ... & Bello, N. A. (2025). Hypertension in Pregnancy and Postpartum: Current Standards and Opportunities to Improve Care. *Circulation*, 151(7), 490-507.
27. Kendle, A., & Običan, S. G. (2024). Fetal Effects of Drugs Commonly Used in Critical Care. *Critical Care Obstetrics*, 163-188.