

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО – НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № 10.від 10 січня 2017року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
З ЛІКАРЯМИ КУРСАНТАМИ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО
УДОСКОНАЛЕННЯ**

«Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога»

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	«Ведення вагітності і пологів при екстрагенітальній патології» (код курсу 1.2.3)
Курс	ТУ «Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога»
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Мета заняття

Сучасні дослідження стану здоров'я вагітних свідчать, що патологія перебігу вагітності в 60-70% обумовлене схованою або хронічною екстрагенітальною патологією. Екстрагенітальні та супутні гінекологічні захворювання можуть впливати на вагітність, пологи, перинатальну захворюваність. У свою чергу вагітність і пологи нерідко обтяжують перебіг основного захворювання. У зв'язку із цим відомості про перебіг вагітності та пологів при різних захворюваннях дозволяють правильно вести вагітність, зберегти здоров'я жінки та одержати здорову дитину. У цей час завдяки впровадженню в медицину нових технологій, удосконалюванню лікарських препаратів показання до збереження вагітності при екстрагенітальній патології розширилися. Однак лікарський контроль за вагітною з тим або іншим захворюванням повинен проводитися особливо ретельно.

II. Об'єм повторної інформації

1. Діагностика вагітності у ранні та пізні терміни.
2. Визначення припустимої маси плода.
3. Оцінка стану плода (аускультация, КТГ, БПП).
4. Механізми регуляції водно-електролітного, вуглеводного, білкового обмінів, кислотно-лужного стану.
5. Фізіологічні зміни при вагітності.
6. Клініка, діагностика і лікування захворювань органів серцево-судинної системи, кровотворення, дихання, ендокринної системи, нирок і сечовивідних шляхів, печінки і жовчного міхура, органів травлення.

III. Об'єм нової інформації

1. Загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією.
2. Перебіг та ведення вагітності у жінок із захворюваннями органів серцево-судинної системи.
3. Перебіг та ведення вагітності у жінок із захворюваннями кровотворних органів (анемії вагітних).
4. Перебіг та ведення вагітності у жінок із захворюваннями органів дихання.
5. Перебіг та ведення вагітності у жінок із захворюваннями нирок і сечовивідних шляхів.
6. Перебіг та ведення вагітності у жінок із захворюваннями органів ендокринної системи, зокрема з цукровим діабетом, захворюваннями щитоподібної залози.
7. Перебіг та ведення вагітності у жінок із захворюваннями печінки і жовчного міхура, органів травлення.

IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування курсантів згідно теми по учбовим питанням.	25
3.	Опанування практичних навичок.	25
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	15
5.	Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.

2. Жіноча консультація.
3. Відділення патології вагітності.
4. Пологове відділення.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Наказ МОЗ України № 417 від 15.07.2011 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
3. Наказ МОЗ України №42 від 27.01.2011 «Ведення пологів та вагітності у жінок з хворобами серця»
4. Добірка ситуаційних задач.

VI. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Зібрати анамнез		+	
2.	Провести аналіз анамнезу		+	
3.	Провести загальний огляд		+	
4.	Оцінити дані загального огляду пацієнтки		+	
5.	Провести акушерське обстеження		+	

VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-курсанта.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Які загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією?
2. Скільки разів протягом вагітності та в які терміни необхідно в плановому порядку госпіталізувати вагітну з екстрагенітальною патологією?
3. Які захворювання серцево-судинної системи найчастіше мають місце у вагітних?
4. Які особливості перебігу вагітності у жінок із захворюваннями органів серцево-судинної системи?
5. Які чинники впливають на перебіг вагітності у жінок із набутими вадами серця?
6. При яких набутих вадах серця вагітність протипоказана?
7. При яких вроджених вадах серця вагітність протипоказана?
8. Які особливості перебігу вагітності у жінок з оперованим серцем?
9. Які ускладнення мають місце у вагітних із артеріальною гіпертензією та який їх механізм?
10. Яке лікування застосовують при гіпертонічній хворобі у вагітної?
11. Які методи розродження застосовують у вагітних із захворюваннями органів серцево-судинної системи.?

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Зібрати анамнез у хворої.
2. Оцінити стан жінки.
3. Призначити і провести комплексне обстеження вагітних з екстрагенітальною патологією.
4. Проаналізувати результати додаткових методів обстеження.

5. Призначити лікування жінці з екстрагенітальною патологією.
6. Провести аналіз ефективності призначеного лікування.

Тестові завдання

1. Розвитку апендициту під час вагітності сприяють:
 - A. Все перераховане вірно.
 - B. Зменшення об'єму черевної порожнини в зв'язку з збільшенням матки.
 - C. Зміщення доверху сліпої кишки та апендиксу.
 - D. Порушення мікроциркуляції в кишківнику
 - E. Наявність гіпомоторної дискінезії кишківника.
2. Шоковий індекс Альговера це:
 - A. Відношення ЧСС до систолічного АТ.
 - B. Відношення систолічного АТ до ЧСС.
 - C. Відношення систолічного АТ до діастолічного АТ.
 - D. Відношення ЧСС до діастолічного АТ.
 - E. Відношення діастолічного АТ до ЧСС.
3. Грип у вагітних може викликати наступні ускладнення, крім:
 - A. Еклампсію.
 - B. Невиношування вагітності.
 - C. Внутрішньоутробне інфікування плода.
 - D. Післяпологові інфекційні захворювання.
 - E. Передчасне відходження навколоплідних вод.
4. При захворюваннях печінки вагітність протипоказана в усіх випадках, крім:
 - A. Холестатичного гепатозу вагітних.
 - B. Портального цирозу.
 - C. Гострої жирової дистрофії печінки.
 - D. Жовчекам'яної хвороби і частих нападів печінкової коліки.
 - E. Печінкової недостатності, зумовленої гестозом.
5. Для тривалої терапії гіпертензії при вагітності препаратом вибору є:
 - A. Метилдофа (допегіт).
 - B. Сульфат магнію.
 - C. Фуросемід.
 - D. Клофелін.
 - E. Гідралазин.
6. Фактор, який сприяє розвитку і загостренню пієлонефриту під час вагітності:
 - A. Все перераховане вірно.
 - B. Інфікування організму.
 - C. Зміна гормонального балансу.
 - D. Тиск матки на сечоводи.
 - E. Міхурово-матковий рефлюкс.

VIII. Методичні матеріали до практичного заняття

Загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією. Вагітних із захворюваннями внутрішніх органів необхідно протягом вагітності госпіталізувати у плановому порядку тричі. Перша планова госпіталізація проводиться у ранній термін вагітності (до 12 тижнів) для уточнення діагнозу, обстеження, вирішення питання про можливість доношування вагітності (якщо немає умов для вирішення цього питання амбулаторно).. Друга планова госпіталізація у відділення екстрагенітальної патології (ЕГП) проводиться з метою обстеження, комплексного лікування та профілактики ускладнень у «критичні» для кожного захворювання періоди:

- у разі серцево-судинної патології та захворювань органів дихання у 28-32 тижні вагітності (період максимального гемодинамічного навантаження та найтяжчих умов для функції зовнішнього дихання і легеневого кровообігу);
- у разі гіпертонічної хвороби - у 22-26 тижнів (період частого розвитку прееклампсії, гіпертонічних кризів, розвитку плацентарної недостатності);
- у разі захворювань печінки і нирок - в 22-26 тижнів (період максимального навантаження на ці органи, приєднання пізнього гестозу)
- у разі цукрового діабету та інших ендокринних захворювань - у 20-24 тижні (період частого розвитку декомпенсації і необхідності корекції дози інсуліну або інших гормональних препаратів).

Третя планова госпіталізація виконується у відділення ЕГП в 37-38 тижнів для підготовки до пологів та розродження, у разі цукрового діабету - на 33-34 тижні вагітності. План ведення пологів вирішується колективом лікарів за участю відповідного спеціаліста (терапевта, ендокринолога, нефролога тощо).

Екстрена госпіталізація у відділення ЕГП вагітних проводиться у разі погіршення стану здоров'я матері та плода. Огляд терапевтом повинен проводитись до 28 тижнів вагітності не рідше одного разу на місяць. За умов захворювань органів серцево-судинної системи, цукрового діабету та іншої важкої патології - не рідше одного разу на 2 тижні, а після 28 тижнів - не рідше одного разу на тиждень.

ЗАХВОРЮВАННЯ СЕРЦЯ І ВАГІТНІСТЬ

У вагітних можуть зустрічатися будь-які хвороби серця, розповсюдженість органічних хвороб серця вагітних становить 10-20 на 1000. Вагітність у більшості випадків призводить до погіршення перебігу хвороб серця, виникнення ускладнень, яких не було до вагітності (серцева недостатність, аритмії). Іноді хвороба, що раніше перебігала приховано, вперше клінічно проявляється і діагностується при вагітності. Найчастіше у вагітних трапляються такі захворювання серцево-судинної системи: ревматизм і ревматичні (набуті) вади серця, уроджені вади серця, кардіоміопатії, інфекційний ендокардит, опероване серце.

Ревматизм. Ревматизм - системне захворювання сполучної тканини з поразкою серцевої системи, викликається 13>-гемолітичним стрептококом групи А. У патогенезі захворювання мають значення алергійні та імунологічні фактори. З урахуванням клінічних проявів і лабораторних даних розрізняють активну та неактивну фази і 3 ступені активності процесу: 1-мінімальна, 2-середня і 3- максимальний ступінь. Мають значення труднощі діагностики активності ревматизму під час вагітності, тому що типові клінічні ознаки (субфебрилітет, задишка при фізичному навантаженні, слабкість, стомлюваність, тахікардія, аритмія) і лабораторні дані (лейкоцитоз і прискорення ШОЕ) можуть бути і при фізіологічному перебігу вагітності. І в той же час ревматизм під час вагітності може перебігати під маскою анемії та порушення кровообігу. Тому в діагностиці ревматизму під час вагітності мають значення анамнез (ревматизм в анамнезі в минулому), наявність факторів, що сприяють рецидиву (переохолодження, інфекція лор органів, перевтома та ін.), ЕКГ - ознаки (у кожної другої жінки синусова тахікардія або брадикардія, порушення передсердно-шлуночкової провідності, атріовентрикулярна блокада, екстрасистоли), миготлива аритмія і порушення коронарного кровотоку, певну діагностичну цінність мають цитологічний та імунофлюоресцентний методи. Особливість ревмокардиту у вагітних - латентний, хвилеподібний перебіг. Критичні періоди загострення - 14 тижнів вагітності, період між 20 та 32 тижнями і післяпологовий період. Характерним для цього строку в клініці загострення ревматизму є недостатність кровообігу.

Набуті ревматичні вади серця. Придбані ревматичні вади серця становлять 75-90 % всіх поразок серця у вагітних. Для прогнозування виходів вагітності і пологів при придбаних вадах мають значення активність ревматичного процесу, форма та стадія розвитку вади, компенсація або декомпенсація кровообігу, ступінь легеневої гіпертензії, порушення серцевого ритму, приєднання акушерської патології. Із всіх форм ревматичних вад серця найчастіше спостерігаються мітральні вади у вигляді сполучення недостатності та стенозу лівого атріовентрикулярного отвору, тобто у вигляді комбінованої мітральної вади, або мітральної хвороби. Однак у клінічній картині захворювання звичайно переважають ознаки

або мітрального стенозу, або недостатності клапану. Аортальні вади зустрічаються значно рідше, ніж мітральні і переважно сполучаються із іншими вадами. Найчастіше виявляється перевага недостатності аортального клапана і рідше стеноз. Прогноз при аортальному стенозі більш сприятливий, ніж при недостатності аортального клапану.

Стеноз лівого передсердно-шлуночкового отвору (мітральний стеноз). Приблизно в 85 % вагітних з мітральним стенозом відзначаються ознаки серцевої недостатності, у зв'язку з перенаповненням малого кола кровообігу. Найчастіше вони з'являються або починають наростати з 12-20-й тижня вагітності. Відновлення гемодинаміки у породіль починається лише через 2 тижні після пологів. Клінічними проявами вираженого мітрального стенозу є серцева недостатність, тахікардія, тахіпноє, застійні хрипи в легенях, збільшення печінки, є небезпека розвитку набряку легенів.

Недостатність лівого передсердно-шлуночкового клапану (мітральна недостатність). Вагітність і пологи при цій патології перебігають без істотних ускладнень. При надмірно вираженій мітральній недостатності із значною регургітацією крові та різким збільшенням лівого шлуночка вагітність перебігає важко і може ускладнюватися розвитком гострої лівошлуночкової недостатності.

Стеноз устя аорти (аортальний стеноз). Вагітність і пологи можна допустити лише під час відсутності виражених ознак гіпертрофії лівого шлуночка і симптомів недостатності кровообігу, оскільки компенсація вади відбувається за рахунок гіпертрофії м'яза лівого шлуночка та потовщення його стінки. У випадку важкого перебігу аортального стенозу, коли необхідна хірургічна корекція вади (заміна ураженого клапана протезом), питання про можливість виношування вагітності вирішують після операції.

Недостатність клапана аорти (аортальна недостатність). У порівнянні з аортальним стенозом аортальна недостатність є менш важкою вадою, тому що при ній тривалий час зберігається компенсація кровообігу. Однак у зв'язку зі змінами гемодинаміки внаслідок вагітності і частим приєднанням прееклампсії перебіг аортальної недостатності може бути більш важким.

Вроджені вади серця. Існує 50 різних форм вроджених аномалій розвитку серцево-судинної системи, з них близько 15-20 форм - це вади, з якими хворі доживають до репродуктивного віку. Найчастіше зустрічаються три групи вадів:

- зі скиданням крові зліва направо «білі» вади (дефект міжпередсердної перегородки, відкрита артеріальна протока, дефект міжшлуночкової перегородки);
- зі скиданням крові справа наліво та артеріальною гіпоксемією, «сині» вади (тетрода Фалло, транспозиція магістральних судин, синдром гіпоплазії лівого серця);
- з перешкодою кровотоку (стеноз легеневої артерії, стеноз устя аорти, коарктація аорти).

Вагітність припустима при оперованій відкритій артеріальній протоці; ізольованому стенозі легеневої артерії з невеликим звуженням, що перебігає без значного навантаження на праві відділи серця; коарктації аорти I ступеня (при стабілізації АТ в межах 160/90 мм рт.ст.); низько розташованому дефекті (у м'язовому відділі) міжшлуночкової перегородки і невеликому ізольованому дефекті міжпередсердної перегородки. Вагітність і пологи несуть великий ризик при вадах з минушим ціанозом, при значному стенозі легеневої артерії, великому дефекті міжсерцевої перегородки, коарктації аорти II-III ступеня (АТ вище 160/100 мм рт.ст.), з вадами "синього" типу.

Своєчасне (у дитинстві) хірургічне лікування вроджених вад серця є найбільш ефективним методом лікування і профілактики ускладнень Жінки, які перенесли операцію корекції уродженої вади серця звичайно виношують вагітність і пологи без особливостей.

Кардіоміопатії. Розрізняють гіпертрофічну та ділятаційну кардіоміопатії. При гіпертрофічній кардіоміопатії характерним є гіпертрофія міокарду лівого шлуночка з виникненням його обструкції під час систоли. Під час вагітності стан хворої не погіршується, завдяки тому, що зниження периферичного судинного опору у вагітних компенсується підвищенням ОЦК. Ділятаційна кардіоміопатія супроводжується розширенням порожнин серця, систолічною та діастолічною дисфункцією лівого шлуночку

та схильністю до тромбоемболії. При вагітності підвищується ризик зростання тяжкості серцевої недостатності, виникнення тромботичних ускладнень.

Вагітність та опероване серце. Прогноз вагітності і пологів у жінок, що перенесли операцію на серці залежить від виду операції, її ефективності і тривалості, строку після зробленої операції. У цей час найчастіше зустрічаються вагітні після мі тральної комісуротомії, протезування клапанів або корекції вроджених вадів. Після мі тральної комісуротомії, вагітність можна дозволити лише при гарних результатах операції не раніше чим через 6-12 місяців після неї, найбільш сприятливими є строки 2-5 років після операції. Протипоказаннями до вагітності є бактеріальний ендокардит, загострення ревматичного процесу, неадекватне розширення передсердно-шлуночкового отвору, травматична недостатність мітрального клапану. Після неадекватної мітральної комісуротомії або при розвиненому рестенозі необхідно або переривати вагітність, або виконати повторну операцію на серці під час вагітності. У випадку гарних результатів операції протезування клапанів серця після заміни одного клапана протезом сучасної конструкції з антитромботичним покриттям або біологічним трансплантатом з гарним результатом операції (нормалізація серцевого ритму, виражений гемодинамічний ефект) кардіохірурги дозволяють виношування вагітності. Цим хворим вагітність краще дозволяти через рік після хірургічної корекції, коли організм адаптується до нових умов гемодинаміки і відновиться працездатність.

Після багатоклапанного протезування вагітність варто вважати неприпустимою не тільки при задовільних, але і при гарних результатах операції. До специфічних ускладнень, що виникають у вагітних з оперованим серцем, відносять системні артеріальні тромбоемболії (найчастіше судин головного мозку, у системі ниркових артерій) і тромбози протеза клапанів.

Оцінка ступеня ризику вагітності при захворюваннях серця дозволяє визначити прогноз перебігу та наслідку вагітності для матері, вирішити основні питання тактики ведення хворої. Кардіологічна патологія, залежно від характеру та ступеня структурного ураження серця, стану легеневої та системної гемодинаміки, наявності гіпоксемії, порушень серцевого ритму, коронарного кровотоку та низки інших клінічних чинників, може визначати чотири ступені ризику. При ризику 1-2 ступеня (серцева недостатність 1 стадії або клінічно відсутня, активність ревматизму 0-I ступеня, гіпертрофії та дилатації серця немає або вона початкова) вагітність є припустимою, хоча зумовлює певний ризик погіршення стану хворої. При 3-4 ступені ризику (серцева недостатність ПА, ПБ чи III стадії, активність ревматизму II-III ступеня, гемодинамічно значущі порушення ритму, значна гіпертрофія, перевантаження та велика дилатація відділів серця, легенева гіпертензія крайнього ступеня, ціаноз, значна систолічна дисфункція лівого шлуночка, коронарна патологія із синдромом стенокардії чи без нього, аневризма аорти, інфекційний ендокардит) перебіг вагітності супроводжується багатьма кардіологічними та акушерськими ускладненнями, вагітність протипоказана і має бути перервана до 12 тижнів. Якщо характер захворювання припускає його хірургічне лікування, операція на серці є альтернативою перериванню вагітності. Висока імовірність материнської смерті при 4 ступені ризику обумовлює необхідність переривання вагітності як у ранні, так і у пізні терміни.

Згідно чинного законодавства вади мітрального, аортального та тристулкового клапанів IV-V стадії, уроджені вади серця при неможливості хірургічної корекції та неефективності терапії, хронічна ішемічна хвороба серця, первинна легенева гіпертензія, тяжкі форми ділатативної та обструктивної гіпертрофічної кардіоміопатії, серцева недостатність III-B-III ст незалежно від основного діагнозу є медичними підставами для переривання вагітності до 22 тижнів.

Обстеження кардіологічної хворої під час вагітності включає ретельне вивчення скарг і анамнезу хвороби, ЕКГ у 6 стандартних та 6 грудних відведеннях, трансторакальну двомірну ехокардіографію. За спеціальними показаннями згідно з рекомендаціями кардіолога можуть також бути проведені холтеровське моніторування ЕКГ, транsezофагальна ехокардіографія, доплерехокардіографія; рентгенографія органів грудної клітки (обов'язково з екрануванням черевної порожнини, бажано після 12 тижнів), через шкірну оксиметрія.

Тактика ведення вагітності та пологів вагітних із захворюваннями серця вирішується від встановленого ступеня ризику. При ризику 1-2 ступеня планову госпіталізацію проводять у 28-32 тижні, пологи ведуть згідно з акушерською ситуацією під спостереженням терапевта. У разі кардіологічних ускладнень - укорочення II періоду, лактація не протипоказана, виписка із стаціонару здійснюється від 3-5 до 6-7 доби. При ризику 3-4 ступеня планову госпіталізацію проводять у I триместрі, в 28-32 тижні та 36 тижнів вагітності до спеціалізованого стаціонару під спостереження кардіолога та кардіохірурга. Пологи ведуть з обов'язковим укороченням II періоду за допомогою акушерських щипців або вакуум-екстракції. Такі хворі нерідко потребують планової індукції родів, термін розродження визначають індивідуально залежно від характеру патології та наявності ускладнень у матері і стану плода. Показаннями до дострокового розродження є прогресування хронічної серцевої недостатності за неефективності медикаментозної терапії, прогресування коронарної патології, розшарування аорти, приєднання прееклампсії, наявність ціанозу (вроджені вади серця синього типу); легенева гіпертензія крайнього ступеня (синдром Ейзенменгера), затримка росту плода, незалежно від характеру основного захворювання. Упродовж усього родового акту у хворих високого ризику проводять моніторинг артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, ЕКГ; мобілізують периферичну вену. Оптимальний спосіб знеболення родової діяльності у кардіологічних хворих - епідуральна анестезія.

Кардіологічними показаннями до планового кесаревого розтину є аневризма аорти, коарктація аорти, значна систолічна дисфункція лівого шлуночка. Рішення щодо планового розродження абдомінальним шляхом приймають також у випадках відсутності умов до вкорочення потуг (сідничне передлежання, вузький таз, ін.) у хворих 3 та 4 ступенів ризику, а також за необхідності дострокового розродження у разі недостатньої зрілості шийки матки.

Лікування Під час вагітності та родів у кардіологічних хворих може виникнути необхідність медикаментозного та хірургічного лікування. Медикаментозне лікування проводять за суворими показаннями посиндромно. Показання до призначення та склад лікарських засобів визначає кардіолог. Серед суто кардіологічних препаратів вагітним протипоказані: інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (АПФ), блокатори рецепторів до ангіотензину II, непрямі антикоагулянти - антагоністи вітаміну К та аміодарон. За систолічного варіанту СН використовують діуретики, дигоксин, периферичні вазодилататори. Серед сечогінних засобів перевагу віддають петльовим діуретикам (фуросемід, етакринова кислота), але у разі помірних циркуляторних порушень достатній ефект може бути досягнутий тiazидними препаратами (гідрохлортiazид, хлорталідон). Калійзберігаючі діуретики (спіронолактон, тріамтерен) протипоказані. Найчастіше у вагітних застосовують метопрололу сукцинат та бісопролол. У разі вираженого застою у малому колі кровообігу та лівосерцевої недостатності на короткий термін (до 10-12 днів) можна призначати венулярні вазодилататори: нітрогліцерин (короткої та пролонгованої дії), ізосорбід динітрат, ізосорбід мононітрат, молсидомін (звичайна та ретардна форми). Лікування діастолічного варіанту хронічної СН передбачає у першу чергу призначення бета-блокаторів. З обережністю застосовують сечогінні та периферичні вазодилататори (можливість зменшення серцевого викиду), не використовують дигоксин. За необхідності можуть бути призначені антагоністи кальцію. Лікування гострої серцевої недостатності (набряку легенів) передбачає проведення екстрених терапевтичних заходів у певній послідовності, а також обрання адекватної акушерської тактики, якщо набряк легенів розвинувся під час родів. Хворій надають положення сидячи, проводять інгаляцію зволоженого 100% кисню, призначають нітрогліцерин, фуросемід, морфін. За умови зниженого АТ призначають інотропні засоби групи симпатоміметиків (допамін, добутамін), еуфілін (2,4% - 40-80 мг) внутрішньовенно. Збереження явної гіпоксемії попри проведену терапію є показанням до інтубації трахеї і здійснення штучної вентиляції легенів. Набряк легенів, рефрактерний до медикаментозного лікування, у хворої з мітральним стенозом є показанням до негайної мітральної комісуротомії.

ГІПЕРТОНІЧНА ХВОРОБА І ВАГІТНІСТЬ

Гіпертонічна хвороба спостерігається у 4-5 % вагітних. Про наявність артеріальної гіпертензії свідчить артеріальний тиск, що перевищує 140/90 мм рт.ст. Перебіг гіпертонічної хвороби у вагітних може бути різним. В I триместрі в 1/3 хворих артеріальний тиск знижується і створюється враження відносного благополуччя. Надалі у більшості вагітних він стійко підвищується. У більшості вагітних гіпертонічна хвороба розвивається до вагітності, але може вперше виявитися під час її. Артеріальна гіпертензія - підвищення систолічного артеріального тиску до 140 мм рт. ст. чи вище та/або діастолічного артеріального тиску до 90 мм рт. ст. чи вище при двох вимірюваннях у стані спокою з інтервалом не менше 4 годин або підвищення артеріального тиску до 160/110 мм рт. ст. одноразово. Серед гіпертензивних розладів у вагітних розрізняють хронічну гіпертензію і гіпертензію, що спостерігалася до вагітності або виявлена до 20 тижнів вагітності та гестаційну гіпертензію - це гіпертензія, що виникла після 20 тижнів вагітності і не супроводжується протеїнурією аж до пологів. Гіпертензію, пов'язану з вагітністю, діагностують та оцінюють за ступенем тяжкості на підставі діастолічного тиску, який більше характеризує периферичний судинний опір і залежно від емоційного стану жінки менше змінюється, ніж систолічний. Для визначення об'єму лікування та як мету антигіпертензивної терапії (цільовий рівень АТ) також використовують діастолічний тиск.

Діагностику хронічної гіпертензії під час вагітності проводять на підставі:

- анамнестичних даних щодо підвищення АТ 140/90 мм рт.ст. до вагітності;
- визначення АТ 140/90 мм рт.ст. у стані спокою двічі з інтервалом не менше 4 годин чи 160/110 мм рт.ст. одноразово в термін до 20 тижнів вагітності.

Вагітні з хронічною гіпертензією складають групу ризику щодо розвитку преєклампсії, передчасного відшарування плаценти, плацентарної недостатності, затримки росту плода та інших материнських та перинатальних ускладнень (гіпертензивна енцефалопатія, порушення мозкового кровообігу, масивні коагулопатичні кровотечі у післяпологовому періоді).

Питання щодо можливості виношування вагітності вирішується спільно акушером-гінекологом та терапевтом (кардіологом) з урахуванням даних обстеження та інформації про попередній перебіг основного захворювання.

Протипоказаннями до виношування вагітності (до 12 тижнів) є тяжка артеріальна гіпертензія (гіпертензія 3 ступеня за ВООЗ) - АТ180/110 мм рт.ст.; спричинені артеріальною гіпертензією тяжкі ураження органів-мішеней: серця (перенесений інфаркт міокарда, серцева недостатність), мозку (перенесений інсульт, транзиторні ішемічні напади, гіпертензивна енцефалопатія); сітківки ока (геморагії та ексудати, набряк диска зорового нерва); нирок (ниркова недостатність); судин (розширююча аневризма аорти); злоякісний перебіг гіпертензії (діастолічний АТ>130 мм рт. ст., зміни очного дна за типом нейроретинопатії).

Показання до переривання вагітності в пізній термін: злоякісний перебіг артеріальної гіпертензії, розширююча аневризма аорти, гостре порушення мозкового або коронарного кровообігу (тільки після стабілізації стану хворої), раннє приєднання преєклампсії, яка не піддається інтенсивній терапії. Способом переривання вагітності в пізній термін за переліченими вище показаннями є абдомінальний кесарів розтин.

Головною метою медичної допомоги вагітним із хронічною гіпертензією є попередження виникнення поєднаної преєклампсії або якомога раннє встановлення цього діагнозу. Ознаками приєднання преєклампсії є поява протеїнурії 0,3 г/доб, прогресування гіпертензії та зниження ефективності попередньої антигіпертензивної терапії, поява генералізованих набряків, поява загрозливих симптомів (сильний стійкий біль голови, порушення зору, біль у правому підребер'ї або/та епігастральній ділянці живота, гіперрефлексія, олігурія).

Моніторинг стану вагітної з гіпертензією повинний обов'язково включати: огляд у жіночій консультації з вимірюванням АТ у першій половині вагітності 1 раз на 3 тижні, з 20 до 28 тижнів - 1 раз на 2 тижні, після 28 тижнів - щотижня; огляд окуліста з офтальмоскопією при першому відвідуванні жіночої консультації, в 28 та 36 тижнів вагітності (у разі необхідності огляд очного дна може проводитися частіше та в інші терміни); ЕКГ при першому відвідуванні жіночої консультації, в 26-30 тижнів та після 36

тижнів вагітності; біохімічне дослідження крові при першому відвідуванні жіночої консультації та після 36 тижнів вагітності. В подальшому визначають концентрацію білірубіну та активність АЛТ і АСТ.

Показання до госпіталізації: приєднання преєклампсії, неконтрольована тяжка гіпертензія, гіпертензивний криз; поява або прогресування змін на очному дні; порушення мозкового кровообігу; коронарна патологія; серцева недостатність; порушення функції нирок; затримка росту плода; загроза передчасних пологів. Госпіталізація хворих здійснюється до акушерських стаціонарів II та III рівня в термінах вагітності до 22 тижнів. За умови відсутності акушерських ускладнень вагітна може бути госпіталізована до кардіологічного (терапевтичного) відділення.

Лікування Вагітним з м'якою чи помірною первинною артеріальною гіпертензією (АГ), які до вагітності отримували постійну антигіпертензивну терапію, медикаментозне лікування після встановлення діагнозу вагітності відмінюють. У подальшому за вагітною ретельно спостерігають та інформують її про необхідність щоденного самоконтролю АТ у домашніх умовах. Не виключається можливість повернення до постійної антигіпертензивної терапії препаратами, припустимими до застосування під час вагітності

Хворим з тяжкою АГ, вазоренальною АГ, синдромом Кушінга, вузликосим періартеріотом, системною склеродермією, цукровим діабетом, з тяжкими ураженнями органів-мішеней продовжують постійну антигіпертензивну терапію під час вагітності. Якщо до вагітності лікування проводилося інгібітором ангіотензинперетворювального ферменту або блокатором рецепторів ангіотензину II, або сечогінним засобом, хвору переводять на інший (інші) препарат, застосування якого (яких) безпечно для плода. Показанням до призначення постійної антигіпертензивної терапії під час вагітності хворій з хронічною АГ є діастолічний тиск вище 100 мм рт.ст.

Якщо хронічна АГ характеризується підвищенням переважно систолічного АТ (ізолювана систолічна; атеросклеротична; гемодинамічна, спричинена недостатністю аортального клапана або відкритою артеріальною протокою), показанням до антигіпертензивної терапії є його рівень 150 мм рт. ст. Мета антигіпертензивної терапії під час вагітності - стійке підтримання діастолічного АТ 80-90 мм рт. ст. У вагітних з гіпертензією, яка характеризується переважним підвищенням систолічного АТ метою лікування є стабілізація останнього на рівні 120-140 мм рт. ст. (не нижче 110!).

Немедикаментозні засоби лікування вагітних з хронічною АГ включають охоронний режим (виключення значних психологічних навантажень, підтримка родини, раціональний режим праці та відпочинку, двогодинний відпочинок у положенні лежачи, бажано на лівому боці, після 30 тижнів), раціональне харчування (добовий калораж до 20 тижнів 2500-2800, після 20 тижнів - 2900-3500 ккал, підвищений вміст білка та поліненасичених жирних кислот, обмеження тваринних жирів, холестерину, продуктів, що викликають спрагу), психотерапію, лікувальну фізкультуру.

Медикаментозне лікування включає призначення метилдофа (є препаратом вибору антигіпертензивної терапії під час вагітності через доведену безпечність для плода, у т. ч. і в I триместрі), лабетолол, ніфедипін, бета-адреноблокатори, клонідин, нітропрусид натрію (використовують лише для швидкого зниження АТ у загрозованих випадках і за умови неефективності інших засобів), сульфат магнію (застосовують при розвитку преєклампсії або еклампсії), діуретики (переважно тіазидні) особливо у хворих з АГ і серцевою недостатністю або нирковою патологією. Вагітним категорично протипоказані інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту.

Профілактика ускладнень. Профілактикою розвитку преєклампсії є призначення ацетилсаліцилової кислоти 60-100 мг/доб, починаючи з 20 тижнів вагітності, препаратів кальцію 2 г/доб (у перерахунку на елементарний кальцій), починаючи з 16 тижнів вагітності, включення до раціону харчування морських продуктів із високим вмістом поліненасичених жирних кислот.

Тактика ведення вагітності та пологів. Вагітність продовжують до фізіологічного терміну пологів та розродження проводять через природні пологові шляхи, якщо не розвинулася преєклампсія і гіпертензія є контрольованою. Під час пологів забезпечують

суворий контроль АТ та серцевої діяльності роділлі, моніторинг стану плода. Медикаментозну антигіпертензивну терапію починають, якщо АТ 160/110 мм рт.ст. (причому бажано не знижувати АТ менше 130/90 мм рт.ст.). Ефективною профілактикою прогресування гіпертензії є знеболення пологової діяльності в I та II періодах пологів, метод вибору знеболення - епідуральна анестезія, застосовують також ненаркотичні анальгетики, седативні засоби, фентаніл. Третій період пологів ведуть активно.

Кесарів розтин у плановому порядку виконують при неконтрольованій тяжкій гіпертензії; ураженні органів-мішеней; затримці росту плода тяжкого ступеня. У разі приєднання прееклампсії обирають тактику відповідно до її тяжкості.

У післяпологовому періоді забезпечують ретельний нагляд терапевта (кардіолога), щоденний контроль АТ, огляд очного дна, визначення протеїнурії, дослідження крові на креатинін. Продовжують попереднє антигіпертензивне лікування.

АРТЕРІАЛЬНА ГІПОТЕНЗІЯ І ВАГІТНІСТЬ

Про артеріальну гіпотензію у вагітних говорять при зниженні артеріального тиску нижче 100/60 мм рт.ст. Артеріальна гіпотензія буває первинна і симптоматична, може виникати під час вагітності (звичайно в перші місяці) або передувати їй. Залежно від перебігу виділяють три стадії артеріальної гіпотензії: компенсовану, субкомпенсовану, декомпенсовану з явищами гіпотонічних кризів, непритомностями та акроціанозом.

Клінічна картина При артеріальній гіпотензії вагітні пред'являють скарги на головний біль, запаморочення, слабкість, серцебиття, біль та інші неприємні відчуття в ділянці серця, ослаблення пам'яті, зниження працездатності, дратівливість, емоційну нестійкість, схильність до зниженого настрою. До явищ гіпотензії схильні частіше жінки астеничної статури. Пульс лабільний, слабкого наповнення та напруги, нерідко відзначаються брадикардія, збільшення лівого шлуночка серця, систолічний шум на верхівці. Гіпотонічні кризи перебігають як колаптоїдний стан, що триває кілька хвилин. Під час кризи артеріальний тиск знижується до 80/50 мм рт.ст. і нижче. Відзначаються посилення головного болю, запаморочення, різка слабкість, почуття закладання у вухах, може виникнути блювота, шкіра і слизуваті оболонки бліднуть, виступає холодний піт. При артеріальній гіпотензії перебіг вагітності ускладнюється нудотою та блюванням вагітних, прееклампсією (артеріальний тиск може не перевищувати нормальних цифр 120/80 мм рт.ст., однак він буде на 30 мм рт.ст. вище вихідного), загрозою переривання вагітності та передчасних пологів. У пологах спостерігається слабкість пологової діяльності, дистрес плода, кровотеча в послідовому і ранньому післяпологовому періодах.

Лікування При лікуванні артеріальної гіпотензії важливе значення надають дотриманню режиму праці та відпочинку, лікувальній фізкультурі, повноцінному, різноманітному харчуванню із вмістом у їжі вітамінів і білкових продуктів. Основним у лікуванні артеріальної гіпотензії є використання загальнозміцнювальних і тонізуючих препаратів, комплексу вітамінів, а також засобів, що мають збудливу дію на ЦНС: настойки женьшеню, китайського лимоннику, елеутерококу по 20 крапель 2-3 рази на добу за 20 хв до їжі. Зазначене лікування проводять амбулаторно трьома курсами по 10-15 днів.

ЗАХВОРЮВАННЯ ВЕН ТА ТРОМБОТИЧНІ УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ВАГІТНОСТІ

Варикозна хвороба нижніх кінцівок зустрічається у 20-40 % вагітних.. Варикозна хвороба розвивається при стійкому розширенні та подовженні вен внаслідок патологічних змін їхніх стінок і клапанного апарату, пов'язаного із спадкоємними порушеннями еластичності венозної стінки, що реалізуються через гормональні впливи прогестерону на тлі венозної гіпертензії, що виникає через здавлення венозних судин малого таза вагітною маткою.

Клінічна картина залежить від локалізації, форми і стадії захворювання. Найчастіше зустрічається варикозна хвороба підшкірних вен нижніх кінцівок, а також зовнішніх статевих органів, піхви, прямої кишки, органів малого тазу, шкіри живота, молочних залоз, сідниць. Розрізняють дві форми варикозної хвороби: неускладнену та ускладнену (кровотечею, тромбофлебітом підшкірних вен, гострим тромбозом глибоких вен, алергійним дерматитом, екземою, лікарською алергією, запаленням, варикозною виразкою). Скарги на

біль, стомлюваність при ходьбі, набряки. При розширенні вен в ділянці статевих губ, піхви виникають болі та відчуття розпирання в ділянці статевих органів.

Діагностика звичайно нескладна та ґрунтується на даних анамнезу і клінічній картині, флебографії, гемодинамічних функціональних проб. Комплексне ультразвукове дослідження, що включає ангіосканування та доплерографію, дозволяє уточнити характер захворювання.

Лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок у вагітних як правило консервативне. Тактику та об'єм лікування визначають сумісно із судинним хірургом. Звичайно рекомендують періодично приймати горизонтальне положення з піднятими нижніми кінцівками та підтримування еластичної компресії (еластичні бинти, панчохи або колготки). Вагітним рекомендують лікувальну фізкультуру і самомасаж у сполученні із правильним режимом праці та відпочинку. Для підвищення тону судин призначають ескузан(12-15 капель 3 рази на день), троксевазин(0,3 г 2-3 рази на день), детралекс(1-2 таблетки на день), при наявності ознак гіперкоагуляції-- антикоагулянти

При вираженому розширенні вен, що супроводжується недостатністю клапанів підшкірних або комунікантних вен, варто порушувати питання про хірургічне лікування.

Ведення вагітності та пологів Варикозна хвороба нижніх кінцівок не є протипоказанням до пролонгування вагітності. Перевагу варто віддавати веденню пологів через природні пологові шляхи. Пологи у вагітних з варикозною хворобою нерідко ускладнюються передчасним вилиттям навколоплідних від, слабкістю пологової діяльності, передчасним відшаруванням плаценти, кровотечею у послідовому і ранньому післяпологовому періодах. Обов'язковим заходом є еластичне бинтування обох ніг для попередження рефлюкса крові в них під час потуг.

У післяпологовому періоді породіллям рекомендують лікувальну фізкультуру, обов'язкову еластичну компресію обох ніг. У випадках оперативного пологорозрішення при наявності вираженої гіперкоагуляції призначають дезагрегантну терапію. При вираженій варикозній хворобі породіллю повинен оглянути хірург для рішення питання про подальше лікування.

Тромбофлебіти, тромбози вен Утруднення венозного відтоку з нижніх кінцівок при вагітності обумовлене тиском збільшеної матки на клубові судини, збільшенням відтоку крові від матки, що призводить до перенаповнення клубових вен, порушення відтоку крові з нижніх кінцівок. Зниження тону венозної стінки, внутрішньосудинна активація системи гемостазу, викликана операційними і пологовими травмами, відіграють провідну роль у виникненні тромбозів у вагітних. Тромбоз глибоких вен і тромбоемболія легеневої артерії під час вагітності спостерігаються в 5—6 разів частіше, ніж у невагітних жінок, а після пологів -в 3-6 разів

Тромбофлебіт поверхневих вен. Захворювання характеризується наявністю гіперемії шкіри, болю та ущільнення по ходу вени, локальною гіпертермією. Загальний стан пацієнток задовільний, температура тіла частіше субфебрильна, у багатьох хворих спостерігається сходиноподібне наростання пульсу (симптом Малера), у крові - незначні зміни або помірний лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитарної формули вліво, ШОЕ трохи підвищена. *Діагностика* тромбофлебіту поверхневих вен звичайно нескладна, труднощі можуть виникнути при висхідній формі захворювання. Визначити проксимальний рівень тромбозу і виключити безсимптомний тромбоз глибоких вен можна на підставі результатів комплексного ультразвукового дослідження судин нижніх кінцівок, що включає ангіосканування та доплерографію. *Лікування* проводять сумісно із судинним хірургом. Консервативна терапія включає місцевий і загальний вплив на патологічний процес. Як місцева терапія використовують холод протягом перших 2—3 днів, мазеві аплікації, еластичну компресію нижніх кінцівок й їхнє піднесення під час сну.

Загальна терапія включає призначення наступних ліків: протизапальних та десенсибілізуючих препаратів, дезагрегантів, препаратів, що поліпшують мікроциркуляцію та мають флебодинамічну дію.

Ведення пологів згідно акушерської ситуації з ретельним знеболюванням. Всім породіллям треба проводити еластичне бинтування обох ніг для зменшення венозного застою і попередження рефлюкса крові під час потуг. У післяпологовому періоді повинна

бути продовжена еластична компресія обох нижніх кінцівок. Рекомендується лікувальна фізкультура. У всіх породіль необхідно щодня оглядати обидві ноги, пальпувати підшкірні вени, на 3-4-день після пологів доцільно провести комплексне УЗД судин, що включає ангіосканування і доплерографію.

Після виписки із стаціонару всім пацієнткам рекомендують еластичну компресію нижніх кінцівок, обмеження статичних навантажень, а також спостереження у хірурга.

Тромбоз глибоких вен Ранніми клінічними проявами глибокого венозного тромбозу є болі, що виникають в ікроножних м'язах, у підколінній ямці або на стегні та в паху по ходу судинного пучка. Обертають на себе увагу вегетативні симптоми: частий пульс, невідповідність частоти пульсу температурній кривій, озноби. Уражена кінцівка збільшується в обсязі, змінюється фарбування шкіри, відзначається локальне підвищення її температури. Уточнення діагнозу та лікування необхідно проводити разом з хірургом.

Ведення вагітності та пологів. При пологах у хворих, що перенесли тромбоз глибоких вен, потрібно враховувати, з одного боку, ступінь активності тромботичного процесу, пологи можуть бути проведені як через природні пологові шляхи, так і шляхом кесарева розтину, залежно від акушерської ситуації. Оскільки операція викликає набагато більше виражені зміни в системі гемостазу, перевагу варто віддавати веденню пологів через природні пологові шляхи, проводячи дезагрегантну терапію. У післяпологовому періоді всім породіллям повинні бути продовжені дезагрегантна терапія та еластична компресія нижніх кінцівок, рекомендована лікувальна фізкультура, спостереження у хірурга.

АНЕМІЯ У ВАГІТНИХ

Анемія - патологічний стан, що характеризується зменшенням кількості еритроцитів та/або вмісту гемоглобіну в одиниці об'єму крові.

Класифікація

1. За етіологією: анемії, пов'язані з харчуванням (залізодефіцитна, В12-дефіцитна, фолієводефіцитна, інші, пов'язані з харчуванням), гемолітичні анемії (внаслідок ферментних порушень, таласемія, серпоподібні порушення, інші спадкові гемолітичні анемії, набута гемолітична анемія), апластичні анемії (набута чиста червоноклітинна аплазія - еритробластопенія, інші апластичні анемії), гостра постгеморагічна анемія, анемії при хронічних хворобах

2. За ступенем тяжкості: Легка - концентрація гемоглобіну 109 - 90(г/л), середня - 89 – 70, тяжка - 69 – 40, дуже тяжка - < 40

Анемія легкого та середнього ступеня зазвичай не спричиняє погіршення стану вагітної, а підвищення концентрації гемоглобіну в результаті прийому заліза не веде до суб'єктивного поліпшення самопочуття. Тяжка анемія (НЬ < 70 г/л) дуже негативно впливає на стан матері та плода, призводить до порушення функцій нервової, серцево-судинної, імунної та інших систем організму, збільшення частоти передчасних пологів, післяродових інфекційно-запальних захворювань, затримки росту плода, асфіксії новонароджених та пологової травми, а тому потребує лікування.

Залізодефіцитна анемія (ЗДА) Чинники ризику: недостатнє або неповноцінне харчування, гіперполіменорея, інтервал після попередніх пологів менше 2 років, багатоплідна вагітність, четверо чи більше пологів у минулому, кровотечі під час вагітності (маткові, носові, з травного тракту, гематурія тощо), геморагічні діатези, хвороби з порушенням всмоктування заліза (стан після гастректомії або субтотальної резекції шлунка, стан після резекції значної частини тонкого кишечника, синдром мальабсорбції, хронічний ентерит, амілоїдоз кишечника), постійний прийом антацидних препаратів, хвороби з перерозподілом заліза (системні захворювання сполучної тканини, гнійно-септичні стани, хронічні інфекції, туберкульоз, злоякісні пухлини), паразитарні та глистяні інвазії. Клінічні прояви - ознаки анемічної гіпоксії (власне анемічний синдром): блідість шкіри та слизових оболонок, тахікардія, скарги на загальну слабкість, запаморочення, біль у ділянці серця, задишка при фізичних навантаженнях. Ознаки дефіциту заліза (сидеропенічний синдром): втомлюваність, погіршення пам'яті, спотворення смаку, випадіння та ламкість волосся, ламкість нігтів, "заїди", блакитні склери (зрідка, за тяжкої анемії), сухість шкіри, гіпо- чи

антацидність. *Діагностика.* Саме лише зниження концентрації гемоглобіну нижче нормального рівня (< 110 г/л) не може вважатися доказом дефіциту заліза в організмі вагітної і бути підставою для призначення лікування. З'ясування наявності залізодефіциту вимагає додаткового обстеження (сироваткове залізо, залізов'язувальна здатність сироватки, вміст феритину, мікроцити у мазку крові тощо).

Лікування. Тактикою попередження та лікування ЗДА є повноцінне харчування з достатнім вмістом м'ясних продуктів, свіжих овочів та фруктів; виявлення та лікування хвороб, що спричиняють ЗДА; виявлення та, за можливості, усунення чинників ризику ЗДА. Основою лікування ЗДА є призначення препаратів заліза. Препарати заліза незалежно від ступеня тяжкості анемії, призначати *per os*. Виключення складають лише випадки, коли внутрішнє вживання залізомістких препаратів є протипоказаним. Серед іонних препаратів перевагу слід віддавати тим, що містять двовалентне залізо, біодоступність якого значно вища, ніж тривалентного. Лікувальна добова доза заліза елементарного при пероральному застосуванні має складати 2 мг/кг маси тіла (у середньому 100-200 мг/доб.). Якщо у пізньому терміні вагітності (>= 37 тижнів) має місце тяжка симптомна анемія, розглядається питання щодо трансфузії еритроцитарної маси або відмитих еритроцитів за інформованою згодою вагітної. ЗДА не впливає на тактику ведення вагітності та пологів.

Фолієводефіцитна анемія Чинники ризику: гемоліз будь-якого генезу, багатопліддя, постійний прийом протисудомних препаратів, стан після резекції значної частини тонкого кишечника *Діагностика* - виявлення макроцитів, пойкилоцитозу у мазку крові, встановлення дефіциту фолієвої кислоти в еритроцитах. *Лікування і профілактика.* Призначення фолієвої кислоти 1-5 мг/добу. Повноцінне харчування з достатнім вмістом зелених овочів та додатковий прийом фолієвої кислоти по 0,4 мг/добу жінками у прекоцепційному періоді та у I триместрі вагітності веде до зниження частоти вроджених вад розвитку ЦНС у 3,5 рази.

B12 -дефіцитна анемія Причина - недостатність синтезу внутрішнього фактору Касла, необхідного для всмоктування вітаміну B12 (це спостерігається після резекції або видалення шлунку, при автоімунному гастриті); порушення процесів всмоктування у клубовій кишці (неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона, гельмінтози, стан після резекції клубової кишки); недостатність вмісту вітаміну B12 у їжі (відмова від тваринних продуктів). B12-дефіцитна анемія є макроцитарною, гіперхромною і супроводжується неврологічною симптоматикою. *Діагностика* базується на визначенні вмісту вітаміну B12 в крові (знижується до 50 пг/мл і нижче) та за наявності в крові гіперхромних макроцитів. *Лікування.* Призначають ціанокобаламін 1000 мкг внутрішньом'язово 1 раз на тиждень упродовж 5-6 тижнів.

ЗАХВОРЮВАННЯ НИРОК І СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ І ВАГІТНІСТЬ

Найчастіше зустрічаються пієлонефрит, гломерулонефрит, сечокам'яна хвороба. Захворювання нирок погіршують плин вагітності: високий ризик розвитку загрози переривання вагітності, прееклампсії, передчасних пологів, синдрому затримки розвитку плоду, ДВЗ-синдрому і ниркової недостатності. Пологи перебігають із ускладненнями: аномалії пологової діяльності, кровотечі, дистрес плода. Післяпологовий період ускладнюється гнійно-септичними процесами. Вагітність сприяє загостренню захворювань нирок. У результаті зміни гормонального та гуморального фону (підвищення рівня прогестерону, простагліну), здавлення сечоводів вагітною маткою у вагітної знижується тонус верхніх сечових шляхів, підвищується тиск і виникає порушення відтоку сечі. Тому вагітність провокує загострення пієлонефриту, ниркової коліки, ускладнює плин гломерулонефриту. З метою діагностики захворювань нирок у ранній термін гестації проводять спеціальне обстеження. Важливе значення мають дослідження середньої порції ранкової сечі, підрахунок кількості формених елементів в осаді сечі, використання методів Нечипоренка, Зимницького. У всіх вагітних з патологією нирок доцільно проводити посіви сечі для виявлення мікрофлори та визначення чутливості її до антибіотиків. При цьому попередньо визначають ступінь бактеріурії. Про інфікування сечових шляхів свідчить виявлення більше 100 000 бактерій в 1 мл. Для оцінки стану клубової фільтрації та канальцевої реабсорбції використають пробу Реберга, визначають нирковий кровоплин. У 5-

10% вагітних зустрічається безсимптомна бактеріурія без яких-небудь ознак запалення сечовивідних шляхів. У 40% жінок вона переходить у клінічно виражений пієлонефрит.

Пієлонефрит вагітних Пієлонефрит — неспецифічний інфекційно-запальний процес, що супроводжується патологією інтерстиціальної тканини нирок, каналцевого апарату та стінки чашково-мискової системи. У вагітних процес частіше розвивається у правій нирці. Поява або загострення пієлонефриту частіше відбувається в 22-28 тижнів вагітності, коли різко зростають рівні статевих і кортикостероїдних гормонів. Цей період є критичним для вагітних, які хворі на пієлонефрит. Збудниками пієлонефриту можуть бути патогенні, умовно-патогенні мікроорганізми: кишкова паличка, протей, клебсієла, ентерокок та ін., а також грамнегативні стрептококи груп *γ* і *В*, стафілококи.

Захворювання перебігає в гострій і хронічній формах. Гострий пієлонефрит починається з підвищення температури до 38-40°C, ознобу, головного болю, болю в кінцівках. Виражені ознаки інтоксикації, біль в попереку, що підсилюється при подиху, з іррадіацією до сечоводів, у піхвову ділянку, стегно, статеві губи. Симптом Пастернацького позитивний. Біль у попереку спочатку двобічна, потім - з одного боку, частіше праворуч. Виділяють інтерстиціальну, серозну та гнійну форми пієлонефриту. Якщо розвивається гнійний пієлонефрит можуть приєднатися симптоми бактеріально-токсичного шоку з падінням артеріального тиску, різкою блідістю, акроціанозом, сплутаністю свідомості, печінкової-нирковою недостатністю з азотемією, вираженою жовтяницею. Загострення хронічного пієлонефриту часто пов'язані з гормональними зрушеннями (пубертатний період, вагітність, пологи). Поза загостренням хворі почувають себе добре, іноді з'являються невіразні скарги на нездужання, головний біль, тупий біль у попереку.

Діагностика базується на загальноклінічних, лабораторних і УЗ дослідженнях нирок. В аналізі крові - лейкоцитоз з нейтрофільним зсувом вліво, помірна гіпохромна анемія, прискорення ШОЕ. При біохімічному дослідженні крові звичайно виявляються гіпопротеїнемія та диспротеїнемія. Може мати місце короточасне підвищення концентрації сечовини та креатиніну. В аналізі сечі - значна піурія, бактеріурія, протеїнурія (менш 1 г/л) і мікрогематурія. У цих хворих також відмічають ізостенурію та ніктурію, що вказує на порушення концентраційної здатності нирок. Ультразвукове дослідження дозволяє визначити розміри нирок, товщину кіркового шару, розмір чашечно-мискового апарату; виявити вади розвитку нирок, пухлину нирки, наявність сечокам'яної хвороби, гідронефроз. При порушеннях уродинаміки проводять хромоцистоскопію, що дозволяє встановити порушення пасажу сечі, визначити локалізацію запального процесу та джерело піурії. Для виявлення мікрофлори й визначення чутливості її до антибіотиків проводять посіви сечі.

Лікування пієлонефриту залежить від форми та стадії захворювання, виду збудника, строку вагітності. Основою лікування гострого пієлонефриту є антибіотикотерапія (ампіцилін) на тлі відновлення пасажу сечі із хворої нирки за допомогою катетеризації сечоводів. Для посилення антибактеріальної дії антибіотики протягом 2-х тижнів призначають у комбінації з 5-НОК, невіграмоном, фурагином, уросульфамом. На тлі антибактеріальної терапії широко використовується інфузійна, дезінтоксикаційна, седативна, десенсибілізуюча терапія, вітаміни. Проводиться ретельне спостереження за станом плоду, обов'язкова профілактика гіпоксії і синдрому затримки розвитку. При неуспішній консервативній терапії показане оперативне лікування (нефростомія, декапсуляція нирки, нефректомія).

Ведення вагітності і пологів. Залежно від форми пієлонефриту виділяють 3 ступеня ризику, щодо виникнення ускладнень під час вагітності і пологів. 1 ступінь - жінки з гострим пієлонефритом, що виник під час вагітності. 2 ступінь - вагітні із хронічним пієлонефритом, 3 ступінь - вагітні, що страждають від пієлонефриту в поєднанні з гіпертензією, або азотемією, або вагітні з пієлонефритом єдиної нирки. При

1 та 2 ступенях ризику вагітність можна пролонгувати за умови контролю за станом сечі 2 рази на місяць (у період між 22 й 28 тижнем - щотижня) і спостереження нефрологом. При 3 ступені вагітність протипоказана через різке погіршення здоров'я під час вагітності з ризиком для життя жінки. При виникненні показань для урологічної операції спочатку проводять операцію, а потім вирішують питання про збереження вагітності.

Розродження у хворих з пієлонефритом проводиться переважно через природні пологові шляхи. У післяпологовому періоді загострення захворювання спостерігається на 4-й і 12-14 день (критичні строки). Необхідно провести обстеження, профілактику загострення пієлонефриту до виписування з пологового будинку, надалі -спостереження нефролога.

Гломерулонефрит— інфекційно-алергійне захворювання, що супроводжується поразкою клубочкового апарату нирок. Збудниками є, головним чином, гемолітичний стрептокок групи А (12-го фаготипу), віруси, включаючи вірус гепатиту В. Ускладнення вагітності, що виникають при гломерулонефриті - прееклампсія (під час вагітності гострий гломерулонефрит часто не діагностується і розцінюється як тяжка форма прееклампсії), порушення матково-плацентарного кровообігу, синдром затримки розвитку плода, порушення системи згортання крові жінки, що викликає передчасну відшарування нормально розташованої плаценти. У вагітних частіше виявляють хронічний гломерулонефрит, що перебігає в декількох формах: нефротичній, гіпертонічній, змішаній, латентній. Як правило, зустрічається латентна форма, що характеризується появленням набряків, незначною протеїнурією до 3 г/добу, еритроцитурією без гіпертонії (ангіпертензивна стадія), при якій плин вагітності, пологів і післяпологового періоду найбільше сприятливий. Гіпертонічна стадія характеризується приєднанням високого АТ, гематурії, цилиндрурії, змін на очному дні. Максимальний ступінь ризику відзначається у вагітних зі змішаною формою, гострим гломерулонефритом і будь-якою формою захворювання, що супроводжується азотемією та нирковою недостатністю. Використання патогенетичної терапії із застосуванням цитостатичних засобів і імунодепресантів у вагітних не може бути застосована у зв'язку з ембріотоксичною дією препаратів. Проводять комплексну симптоматичну терапію, що включає відповідну дієту, з обережністю використовують сечогінні препарати: гипотіазид по 0,25-0,75 г/сут протягом 3-5 днів, фуросемід по 0,04-0,08 г внутрішньовенно), гіпотензивні (вазодилататори, симпатолітики, спазмолітики), десенсибілізуючі препарати, інфузії білкових препаратів, кортикостероїди за показаннями. При призначенні дієти необхідно враховувати форму гломерулонефриту. У випадку нефротичної форми кількість білка становить 2г на 1кг маси тіла вагітної, повареної солі — до 5г, рідини — 800 мл на добу. При змішаній і гіпертонічній формах прийом повареної солі обмежують до 5г, рідини -до 1000 мл, білка до 1 г/кг у добу. При латентній формі гломерулонефриту обмежень у дієті не встановлюють. Дефіцит білка відшкодовують парентеральним введенням свіжозамороженої плазми, альбуміну та інших білкових препаратів.

Ведення вагітності та пологів Збереження вагітності протипоказане при гіпертонічній і змішаній формах гломерулонефриту з типовим плином захворювання, а також при будь-якій його формі, що супроводжується азотемією і нирковою недостатністю. Показаннями для дострокового розродження жінок із гломерулонефритом являються загострення хронічного гломерулонефриту з порушенням функції нирок, наростанням азотемії, приєднання важких форм пізнього гестозу, відсутність ефекту від проведеного лікування, погіршення стану плода.

Сечокам'яна хвороба звичайно не виникає під час вагітності, але її клінічні прояви можуть загострюватися, якщо раніше захворювання перебігало латентно, обумовлено змінами водно-сольового обміну, порушеннями уродинаміки та вторинною інфекцією. Провідним патогенетичним фактором у розвитку сечокам'яної хвороби у жінок є пієлонефрит. При вагітності часто спостерігається сполучення пієлонефриту та нефролітіазу. Сечокам'яна хвороба проявляється наступними симптомами: ниркова коліка, гематурія, піурія, відходження каменів із сечею. Для каменів нирок характерна біль в попереку інтенсивного характеру, з ірадіацією по ходу сечоводів в піхвову ділянку, стегно, статеві губи. Нерідко біль супроводжується нудотою, блювотою, метеоризмом, затримкою стільця і газів, дизуричними явищами, позитивним симптомом Пастернацького. Діагноз встановлюють на підставі даних анамнезу, клінічної картини під час коліки, результатів аналізу сечі, УЗД нирок. Застосовують хромоцистоскопію, катетеризацію сечоводу для визначення ступеня оклюзії та рівня розташування каменів. Для оцінки ниркової функції застосовують комплекс досліджень, у який входить визначення сечовини або залишкового

азоту та креатиніну, електролітів у сироватці крові. Лікування, як правило, проводять консервативно. Для позбавлення ниркової коліки, що часто виникає при сечокам'яній хворобі, застосовують спазмолітичні та аналгетичні засоби (атропін, баралгін, промедол), а також паранефральну блокаду. При відсутності ефекту від лікарської терапії виникає необхідність у катетеризації сечоводу. Ниркова коліка досить часто закінчується спонтанним відходженням конкрементів. При сполученні сечокам'яної хвороби з пієлонефритом призначають антибактеріальну терапію з обов'язковим відновленням пасажу сечі. При неефективності комбінованого лікування, відтік сечі створюють шляхом піело- або нефротомії, тим самим вдається запобігти розвитку гнійного процесу в нирці.

Ведення вагітності і пологів. Питання про збереження вагітності варто вирішувати з урахуванням ряду моментів: тривалості захворювання, локалізації конкременту, функції нирок, ступеню і гостроти запального процесу. Вагітність, як правило, розвивається нормально при односторонньому нефролітіазі та задовільній функції контралатеральної нирки. Білатеральний нефролітіаз часто супроводжується нирковою недостатністю, що несприятливо позначається на організмі вагітних, і тому збереження вагітності в таких хворих небажано. Серйозною перешкодою до збереження вагітності є камені єдиної нирки. При відновленні в результаті лікування функції нирки вагітність зберігають. У тих випадках, коли ефект відсутній і розвивається ниркова недостатність, показано переривання вагітності.

ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ І ВАГІТНІСТЬ

Патологія щитоподібної залози У період гестації найчастіше зустрічаються: дифузійний токсичний зоб (гіпертрофія, гіперплазія і гіперфункція щитоподібної залози), гипотиреоз, ендемічний зоб, вузлуватий нетоксичний зоб, тиреоїди різного генезу. Ускладненнями вагітності при патології щитоподібної залози у жінок є невиношування (25-50%), преєклампсія, мертвородження, аномалії розвитку плода.

Цукровий діабет Хворі із цукровим діабетом (ЦД) у період вагітності є групою високого ризику з перинатальної і материнської патології. Вагітність є діабетогенним фактором і сприяє прогресуванню захворювання. ЦД викликає ускладнений плин вагітності та пологів, впливає на розвиток плода, призводить до важких ускладнень у вагітних, а також до високої частоти вад розвитку плода, захворюваності та смертності немовлят.

В класифікації ЦД, запропонованій ВОЗ (1985), виділені інсулінозалежний цукровий діабет (ІЗЦД; тип I), інсулінонезалежний цукровий діабет (ИНЦД; тип II), гестаційний цукровий діабет (ГЦД). Додатково до цього К.Магге запропонував виділяти дві форми цукрового діабету, що спостерігається під час вагітності: передгестаційний (ПЦД I й II типу, наявний у жінки до вагітності) і гестаційний (ГЦД, що розвивається під час вагітності).

Передгестаційний цукровий діабет (ПЦД) - синдром хронічної гіперглікемії, зумовленої абсолютною чи відносною інсуліновою недостатністю, що призводить до порушення усіх видів метаболізму, ураження судин (ангіопатії), нервів (нейропатії), багатьох органів і тканин.

Класифікація:

1. Тип: тип 1, тип 2.
2. Ступінь тяжкості: - легкий, середній, важкий.
3. Стан компенсації: - компенсація, субкомпенсація, декомпенсація.

Ускладнення передгестаційного діабету: кетоацидотична, гіперосмолярна, лактацидемічна, гіпоглікемічна кома та хронічні мікроангіопатії (нефропатія, ретинопатія, мікроангіопатія нижніх кінцівок), макроангіопатії (ішемічна хвороба серця, мозку, макроангіопатія нижніх кінцівок), нейропатії, ураження інших органів (діабетична катаракта, гепатопатія, ентеропатія, остеоартропатія, інші.)

Лікування. Маркером ефективності лікування цукрового діабету є максимально повна й стійка компенсація вуглеводного метаболізму. За лабільного перебігу діабету припускається глікемія натще до 6,1 ммоль/л, через час після їжі - до 8,5 ммоль/л. Призначається дієта: добова калорійність раціону -30-35 ккал/кг ідеальної маси тіла; якісний склад добового раціону - білки - 25-30%, вуглеводи - 45-50%, жири - 30%, легкозасвоювані вуглеводи виключають, їжу приймають 5-6 разів з інтервалами 2-3 години..

Інсулінотерапія. Середня добова доза інсуліну: I триместр - 0,5-0,6 ОД/кг, II триместр - 0,7 ОД/кг, III триместр - 0,8 ОД/кг, під час пологів - підтримання глікемії в межах 4,5-7,5 ммоль/л, для корекції глікемії під час пологів або операції кесаревого розтину застосовують інсулін короткої дії (підшкірно або внутрішньовенно) та інфузію 5% або 10% розчину глюкози.

Спеціалізована медична допомога під час вагітності і пологів: У першому триместрі вагітності детально ознайомлюються з історією хвороби, спільно з ендокринологом проводять огляд хворої, призначають комплексне обстеження: глікемія натще та після їжі, добова глюкозурія, ацетонурія, концентрація глікозильованого гемоглобіну A_{1C} ; показники функції нирок, огляд очного дна. Вирішують питання щодо можливості виношування вагітності. Протипоказання до виношування вагітності (до 12 тижнів): діабетична нефропатія IV або V стадії, клінічні прояви діабетичної макроангіопатії, прекоматозний стан в I триместрі. Вагітним з цукровим діабетом відмінюють пероральні цукрознижуючі засоби та інсулін тваринного походження й призначають людський інсулін.

В другому триместрі: планова госпіталізація в 22-24 тижні вагітності для корекції інсулінотерапії, виявлення ознак затримки розвитку плода або діабетичної фетопатії, попередження багатоводдя, прееклампсії, інфекційних ускладнень. Показаннями до негайної госпіталізації є декомпенсація вуглеводного метаболізму (нормоглікемія натще -3,3-5,6 ммоль/л); нормоглікемія упродовж доби (до 8,0 ммоль/л), прогресування судинних ускладнень (артеріальна гіпертензія, ниркова недостатність), ускладнення перебігу вагітності (загроза переривання, багатоводдя, прееклампсія), порушення стану плода, ознаки діабетичної фетопатії (збільшення швидкості щотижневого приросту середнього діаметра живота та грудної клітки, підвищення погодинної екскреції сечі плодом, подвійний контур голівки. подвійний контур тулуба, багатоводдя, макросомія), ознаки дистресу плода:

У третьому триместрі: моніторинг стану плода в стаціонарі - УЗД кожні 2 тижні, кардіотокографія щотижня, актографія (підрахування рухів плода за 1 годину самою вагітною) двічі на день. Оцінка зрілості легенів плода проводиться за необхідності передчасного розродження або розродження хворої з поганою компенсацією діабету шляхом визначення співвідношення лецитин/сфінгомієлін, пальмітинова кислота/стеаринова кислота та наявності фосфатидилгліцерину в навколоплідних водах, отриманих трансабдомінальнимамніоцентезом.

Розродження. Показаннями до планового кесаревого розтину є "свіжі" крововиливи в сітківку; прееклампсія середньої тяжкості чи тяжкого ступеню; гіпоксія плода; тазове передлежання; маса плода > 4000 г. Протипоказаннями до планового кесаревого розтину є діабетичний кетоацидоз, прекоматозний стан, кома. У разі пологів природним шляхом родозбудження за достатньої зрілості шийки матки починається з амніотомії і проводиться внутрішньовенним краплинним введенням окситоцину (5 ОД) або простагландину E_2 (5 мг), розчинених в 500 мл 5% глюкози. Контроль глікемії під час пологів проводиться щогодини. Контроль стану плода здійснюється моніторним спостереженням. Знеболення пологової діяльності - епідуральна анестезія. Проводиться ретельний контроль та корекцією артеріального тиску. Виведення голівки проводиться в інтервалі між потугами, щоб народження плечового поясу співпало з наступною потугою.

Гестаційний діабет - ГД - порушення толерантності до глюкози будь-якого ступеня, яке виникло (або вперше виявлено) під час вагітності. Чинниками ризику гестаційного діабету є: діабет у родичів першого типу; гестаційний діабет за попередньої вагітності; ожиріння (>120% від ідеальної маси тіла); багатоводдя; обтяжений акушерський анамнез (великий плід >4000 г, мертво народження, вроджені вади розвитку плода), глюкозурія (встановлена двічі або більше). Показанням до негайного обстеження на гестаційний діабет, окрім наявності чинників ризику, є глікемія натще (у плазмі венозної крові 5,83 ммоль/л, у цільній капілярній крові 5,0 ммоль/л).

Лікування Дієтотерапія (добова калорійність раціону - 30-35 ккал/кг ідеальної маси тіла, якісний склад добового раціону - білки - 25-30%, вуглеводи - 45-50%, жири -30%, легкозасвоювані вуглеводи виключають, їжу приймають 5-6 разів з інтервалами 23 години). Інсулінотерапію починають з призначення малих доз інсуліну короткої дії (2-4 ОД) за 20 хв.

перед основними прийомами їжі. Контролюють глікемію натще та через 1 годину, коригуючи дози інсуліну. Якщо глікемія натще утримується в плазмі венозної крові 5,83 ммоль/л (або в капілярній крові 5,0 ммоль/л), призначається додатково ін'єкція інсуліну середньої тривалості (напівдобовий інсулін) перед сном.

Тактика ведення вагітності й пологів полягає в ретельному спостереженні за вагітною та плодом за такими принципами, що і при передгестаційному діабеті.

VIII. Основна література для опрацювання

1. Лихачов В.К. Гормональная диагностика в практике акушера-гинеколога руководство для врачей/В.К.Лихачевю –Киев, 2012.
2. Наказ МОЗ України № 417 від 15.07.2011 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
3. Наказ МОЗ України №42 від 27.01.2011 «Ведення пологів та вагітності у жінок з хворобами серця»