

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:

на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № 10 від 10 січня 2017 року

Завідувач кафедри

д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ЛЕКЦІЇ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ
ЗА ФАХОМ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	Гіпертензивні розлади під час вагітності (код курсу 7.1.)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин – 2 години.

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Гіпертензивні розлади при вагітності залишаються однією з найактуальніших проблем сучасного акушерства, багато в чому визначаючи структуру материнської та перинатальної смертності. В Україні цю патологію називають також пізнім гестозом.

Частота вагітностей і пологів, ускладнених; пізнім гестозом, в Україні коливається від 10 до 15%. Існує очевидна тенденція до збільшення частоти важких форм гестозів, що визначають структуру материнської та перинатальної смертності.

З часу затвердження принципів доказової медицини підходи до класифікації, діагностики, тактики ведення та лікування гіпертензивних розладів у вагітних, зокрема прееклампсії, істотно переглянуто.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування умінь курсант повинен знати:

1. Термінологію, класифікацію прееклампсії.
2. Етіологію, патогенез гіпертензивних розладів.
3. Фактори ризику щодо виникнення прееклампсії.
4. Клініку прееклампсії різного ступеня тяжкості.
5. Ускладнення гіпертензивних розладів.
6. Методи діагностики прееклампсії.
7. Методи оцінки ступеня тяжкості прееклампсії.
8. Методи лікування різних форм прееклампсії.
9. Акушерську тактику при різних ступенях тяжкості прееклампсії.
10. Клініку, діагностику, лікування, акушерську тактику при HELLP-синдромі.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження вагітних та виконанні лікарських маніпуляцій.

Розродження вагітних з кровотечею потребує адекватної психологічної підготовки пацієнтки, що вимагає високої кваліфікації лікаря. При обстеженні вагітної дотримуватися принципів медичної етики та деонтології.

Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні:</i>		
1. Терапія	Особливості ведення вагітності з гіпертензивними розладами.	
2. Патологічна фізіологія	Вплив гіпертензивних розладів на вагітність та їх наслідки.	Визначати ступінь ризику гіпертензивних розладів.
<i>Наступні:</i>		
1. Неонатологія	Механізми розвитку патологічних процесів у	Давати оцінку динаміці розвитку патологічних процесів у

	новонародженого, внаслідок наявності гіпертензивних розладів у вагітної.	новонародженого, які пов'язані з впливом гіпертензивних розладів під час вагітності.
2. Педіатрія	Віддалені наслідки гіпертензивних розладів у новонародженого.	

V. План та організаційна структура лекції

№ п/п	Основні елементи лекції та їхній зміст	Тип лекції. Засоби активізації слухачів. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1.	Підготовчий етап Визначення актуальності теми Визначення навчальних цілей лекції Забезпечення позитивної мотивації	Навчально-методичне обґрунтування теми. Навчальні цілі лекції. Навчально-методичне обґрунтування теми.	5 хв.
2.	Основний етап Викладення лекційного матеріалу за планом: 1. Термінологію, класифікацію прееклампсії. 2. Етіологію, патогенез гіпертензивних розладів. 3. Фактори ризику щодо виникнення прееклампсії. 4. Клініку прееклампсії різного ступеня тяжкості. 5. Ускладнення гіпертензивних розладів. 6. Методи діагностики прееклампсії. 7. Методи оцінки ступеня тяжкості прееклампсії. 8. Методи лікування різних форм прееклампсії. 9. Акушерську тактику при різних ступенях тяжкості прееклампсії. 10. Клініку, діагностику, лікування, акушерську тактику при HELLP-синдромі.	Тематична клінічна лекція з елементами проблемності. Мультимедійний супровід.	75 хв.
	Заключний етап		10 хв.

1.	Резюме лекції, загальні висновки	Перелік навчальної літератури ЗАПИТАННЯ
2.	Відповіді на можливі запитання	
3.	Завдання для самопідготовки слухачів до наступної лекції.	

VI. Зміст лекційного матеріалу

ГІПЕРТЕНЗИВНІ РОЗЛАДИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Шифри МКХ-10: O10–O16

ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1. Визначення

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 із інтервалом не менше 4 годин або підвищення артеріального тиску 160/110 мм рт.ст. одноразово.

2. Класифікація (ISSHP*, 2000)

ГІПЕРТЕНЗИВНІ РОЗЛАДИ У ВАГІТНИХ

Хронічна гіпертензія (O10)

Гестаційна гіпертензія (O13)

Транзиторна
Хронічна

Прееклампсія/еклампсія

Легка (O13)
Середньої тяжкості (O14.0)
Тяжка (O14.1)

Еклампсія (O15)

Поєднана прееклампсія (O11)

Гіпертензія неуточнена (O16)

У дужках наведено шифри за МКХ-10

* Міжнародне товариство з вивчення гіпертензії у вагітних

3. Термінологія

Хронічна гіпертензія – гіпертензія, що спостерігалася до вагітності або виникла (вперше виявлена) до 20 тижнів вагітності.

Гестаційна гіпертензія – гіпертензія, що виникла після 20 тижнів вагітності і не супроводжується протеїнурією аж до пологів.

Прееклампсія – гіпертензія, що виникла після 20 тижнів вагітності, у поєднанні з протеїнурією.

Протеїнурія – вміст білка 0,3 г/л у середній порції сечі, зібраній двічі з інтервалом 4 години чи більше, або екскреція білка 0,3 г за добу.

Поєднана преєклампсія – поява протеїнурії після 20 тижнів вагітності на фоні хронічної гіпертензії.

Транзиторна (минуща) гестаційна гіпертензія – нормалізація артеріального тиску у жінки, яка перенесла гестаційну гіпертензію, упродовж 12 тижнів після пологів (ретроспективний діагноз).

Хронічна гестаційна гіпертензія – гіпертензія, що виникла після 20 тижнів вагітності та зберігається через 12 тижнів після пологів.

Еклампсія – судомний напад (напади) у жінки з преєклампсією.

Гіпертензія неуточнена – гіпертензія, виявлена після 20 тижнів вагітності, за умови відсутності інформації щодо артеріального тиску (АТ) до 20 тижнів вагітності.

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.

4. Вимоги до вимірювання діастолічного АТ

Пацієнтка має перебувати у стані спокою щонайменше 10 хв., рука вільно лежить на твердій поверхні, манжетка розташована на рівні серця і обгорнута навколо плеча не менше, ніж на три чверті. Якщо окружність верхньої частини плеча перевищує 32 см, використовують нестандартну манжетку більшого розміру (у разі окружності 33–41 см манжетка 15x33 см, >41 см – спеціальна стегова манжетка). Бажано застосовувати ртутний сфигмоманометр. Вимірювання АТ повторюють двічі, а у разі розбіжності результатів – тричі або більше. Для визначення діастолічного тиску використовують V тон за Коротковим (не IV, як раніше), беручи точку повного зникнення артеріальних шумів.

5. Експрес-тест на наявність білка у сечі

Середню разову порцію сечі доводять до кипіння у скляній пробірці з додаванням 2% оцтової кислоти. Поява стійкого осаду свідчить про наявність білка у сечі, кількість осаду корелює із вираженістю протеїнурії.

ХРОНІЧНА ГІПЕРТЕНЗІЯ

Шифр МКХ-10: O10

1. Класифікація

1.1. За рівнем артеріального тиску (ВООЗ-МТГ*, 1999)

Артеріальна гіпертензія	Систолічний АТ, мм рт. ст.	Діастолічний АТ, мм рт. ст.
1 ступеня (м'яка)	140–159	90–99
2 ступеня (помірна)	160–179	100–109
3 ступеня (тяжка)	□180	□110
Ізольована систолічна	□140	□90

* МТГ – Міжнародне товариство гіпертензії

1.2. За ураженням органів-мішеней (ВООЗ, 1996 з корективами Українського товариства кардіологів, 1999)

I стадія	Об'єктивні ознаки органічного ураження органів-мішеней відсутні
II стадія	Є об'єктивні ознаки органічного ураження органів-мішеней без клінічних симптомів з їхнього боку або порушення функції: <ul style="list-style-type: none"> - гіпертрофія лівого шлуночка (за даними ЕКГ, ЕхоКГ, рентгенографії); - генералізоване чи фокальне звуження артерій сітківки; - мікроальбумінурія, або протеїнурія, або невелике збільшення концентрації креатиніну у плазмі крові (до 177 мкмоль/л).
III стадія	Є об'єктивні ознаки органічного ураження органів-мішеней за умови наявності клінічних симптомів з їхнього боку або порушення функції: <ul style="list-style-type: none"> - серця – інфаркт міокарда, серцева недостатність ІА стадії чи вище; - мозку – мозковий інсульт, транзиторні ішемічні атаки, гіпертензивна енцефалопатія, судинна деменція; - сітківки – крововиливи та ексудати у сітківці з набряком диску зорового нерва або без нього; - нирок – концентрація креатиніну у плазмі крові > 177 мкмоль/л; - судин – розшаровуюча аневризма аорти

Діагностику хронічної гіпертензії під час вагітності проводять на підставі:

- анамнестичних даних щодо підвищення АТ $\geq 140/90$ мм рт.ст. до вагітності та/або
- визначення АТ $\geq 140/90$ мм рт.ст. у стані спокою двічі з інтервалом не менше 4 год. чи $\geq 160/110$ мм рт.ст. одноразово у терміні до 20 тижнів вагітності.

Вагітні з хронічною гіпертензією складають **групу ризику** щодо розвитку преєклампсії, передчасного відшарування плаценти, затримки росту плода, а також інших материнських та перинатальних ускладнень.

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

Інформацію про основне захворювання отримують з медичної документації територіальних (відомчих) закладів охорони здоров'я.

Протипоказання до виношування вагітності (до 12 тижнів):

- тяжка артеріальна гіпертензія (гіпертензія 3 ступеня за ВООЗ) – АТ $\geq 180/110$ 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 (розшаровуюча аневризма аорти);
- злякисний перебіг гіпертензії (діастолічний АТ > 130 мм рт.ст., зміни очного дна за типом нейроретинопатії).

Головною метою медичної допомоги вагітним із хронічною гіпертензією є попередження виникнення поєднаної преєклампсії або якомога раннє встановлення цього діагнозу.

Приєднання преєклампсії до хронічної артеріальної гіпертензії у вагітної значно погіршує прогноз закінчення вагітності, збільшує ризик материнських та перинатальних ускладнень.

Профілактика розвитку преєклампсії :

- ацетилсаліцилова кислота 60–100 мг/доб, починаючи з 20 тижнів вагітності;
- препарати 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;

Не слід обмежувати вживання кухонної солі та рідини.

Постійна антигіпертензивна терапія не попереджує розвиток поєднаної преєклампсії, але може зменшувати вираженість останньої, а також частоту материнських ускладнень.

Основним шляхом **раннього** (своєчасного) **виявлення** приєднання преєклампсії є ретельне спостереження за вагітною.

Ознаки приєднання преєклампсії:

- поява протеїнурії $\geq 0,3$ г/доб у другій половині вагітності (вірогідна ознака);
- прогресування гіпертензії та зниження ефективності попередньої антигіпертензивної терапії (імовірна ознака);
- поява генералізованих набряків;
- поява загрозливих симптомів (сильний стійкий біль голови, порушення зору, біль у правому підребер'ї або/та епігастральній ділянці живота, гіперрефлексія, олігурія).

Спостереження за станом вагітної.

Огляд у жіночій консультації з вимірюванням АТ проводиться у першій половині вагітності 1 раз на 3 тижні, з 20 до 28 тижнів – 1 раз на 2 тижні, після 28 тижнів – щотижня.

Визначення добової протеїнурії рекомендується при першому відвідуванні жіночої консультації, з 20 до 28 тижнів – 1 раз на 2 тижні, після 28 тижнів – щотижня.

Вагітна повинна проводити щоденний самоконтроль АТ у домашніх умовах з письмовою фіксацією результатів.

Огляд окуліста з офтальмоскопією призначають при першому відвідуванні жіночої консультації, у 28 та 36 тижнів вагітності. У разі необхідності огляд очного дна може проводитися частіше та в інші терміни (визначається нашаруванням преєклампсії).

ЕКГ проводять при першому відвідуванні жіночої консультації, у 26–30 тижнів та після 36 тижнів вагітності.

Біохімічне дослідження крові (загальний білок, сечовина, креатинін, глюкоза, калій, натрій, фібриноген, фібрин, фібриноген В, протромбіновий індекс) проводять при першому відвідуванні жіночої консультації та після 36 тижнів вагітності. При другому дослідженні додатково визначають концентрацію білірубину та активність АлАТ і АсАТ.

Моніторинг стану плода.

Ультразвукове дослідження плода (ембріона) і плаценти (хоріона) – 9–11 тижнів, 18–22, 30–32 тижні.

Актографія (тест рухів плода) – щодня після 28 тижнів вагітності з відміткою у щоденнику.

Дослідження клітинного складу вагінального мазка (гормональна кольпоцитологія) – I, II та III триместри.

Кардіотокографія (після 30 тижнів), доплерографія матково-плацентарно-плодового кровотоку, екскреція естріолу – за показаннями.

Показання до госпіталізації:

- приєднання прееклампсії;
- 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 родопомічних закладів II та III рівня згідно з наказом МОЗ України №620 від 29.12.2003 р. у термінах вагітності до 22 тижнів, за умови відсутності акушерських ускладнень вагітна може бути госпіталізована до кардіологічного (терапевтичного) відділення.

Питання щодо необхідності *переривання вагітності у пізньому терміні* вирішується консилиумом лікарів за участю кардіолога, окуліста та, за необхідності, інших фахівців.

Показання до переривання вагітності у пізньому терміні :

- злоякісний перебіг артеріальної гіпертензії;
- розшаровуюча аневризма аорти;
- гостре порушення мозкового або коронарного кровообігу (тільки після стабілізації стану хворої);
- раннє приєднання прееклампсії, яка не піддається інтенсивній терапії.

Способом *переривання* вагітності у пізньому терміні за переліченими вище показаннями є абдомінальний кесарів розтин .

Лікування артеріальної гіпертензії.

Вагітним з м'якою чи помірною первинною артеріальною гіпертензією (АГ), які до вагітності отримували постійну антигіпертензивну терапію, медикаментозне лікування після встановлення діагнозу вагітності *відміняють*. Препарати, яким притаманний синдром відміни (□-адреноблокатори, клонідин), відміняють поступово.

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 періартеріїтом, системною склеродермією, цукровим діабетом та 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 □100 мм рт.ст.

Якщо хронічна АГ характеризується підвищенням переважно систолічного АТ (ізольована 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 вдень 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 (за показаннями);
- лікувальну фізкультуру (за показаннями).

Не рекомендується:

- обмеження споживання кухонної солі та рідини,
- зменшення зайвої маси тіла до завершення вагітності,
- фізичні навантаження.

Корисність ліжкового режиму не доведено, навіть у випадках приєднання преєклампсії.

Медикаментозне лікування (табл. 1).

Препаратом вибору антигіпертензивної терапії під час вагітності є α -метилдофа через доведену безпечність для плода, у т.ч. і у I триместрі.

Лабеталол має істотні переваги перед іншими α -блокаторами завдяки наявності β -блокуючих властивостей (судинорозширювальний ефект), незначному проникненню крізь плаценту. У жодного новонародженого від матерів, що почали лікування лабеталолом між 6 і 13 тижнем, не зафіксовано вроджених вад розвитку. Найчастіші побічні реакції – біль голови і тремор.

Ніфедипін може негативно впливати на стан плода у разі внутрішньовенного чи сублінгвального застосування або при великих дозах. Раптова або надмірна гіпотензія може призводити до зниження матково-плацентарно-плодової перфузії, а отже до дистресу плода. Побічні дії (набряки гомілок, біль голови, відчуття припливу крові до голови, гіперемія шкіри, особливо обличчя, тахікардія, запаморочення) більше притаманні короткодіючим формам препарату і спостерігаються, зазвичай, на початку лікування. Слід пам'ятати, що одночасне застосування ніфедипіну і сульфату магнію може призвести до неконтрольованої гіпотензії, небезпечного пригнічення нервово-м'язової функції.

Бета-адреноблокатори негативно впливають на стан плода та новонародженого рідко. Проявами цього впливу є затримка утробного росту, брадикардія, гіпотензія, гіпоглікемія, пригнічення дихання. Жоден з β -блокаторів не виявляє тератогенності. Частота затримки утробного росту і народження дітей з малою масою для гестаційного віку тим вища, чим у меншому терміні починається лікування. Перевагу віддають β_1 -селективним блокаторам (менше впливають на β_2 -рецептори міометрія) та гідрофільним препаратам (менше проникають крізь плаценту). Основні побічні ефекти з боку матері – брадикардія, бронхоспазм, диспептичні явища, шкірно-алергічні реакції, підвищення скоротливої активності матки та інші. Характерним є синдром відміни.

Клонідин не можна вважати тератогенним, а його застосування у III триместрі не асоціюється з несприятливими фетальними або неонатальними наслідками. Проте, клонідин може спричинити синдром відміни у новонародженого, що проявляється підвищеним збудженням, порушенням сну у перші 3–5 діб після народження. У разі застосування наприкінці вагітності у великих дозах можливе пригнічення ЦНС у новонародженого. Побічні

ефекти з боку матері – сухість у роті, сонливість, пригніченість, депресія. Розвивається залежність, характерним є синдром відміни.

Гідралазин (дигідралазин) раніше дуже широко застосовували під час вагітності, особливо у разі тяжкої прееклампсії. Останнім часом з'являється все більше повідомлень про несприятливий вплив на новонароджених (тромбоцитопенія) та недостатню ефективність при хронічній гіпертензії, особливо у разі монотерапії. Не має тератогенної дії. Побічні ефекти – тахікардія, біль голови, набряк слизової оболонки носа, вовчакоподібний синдром.

Нітропрусид натрію використовують лише для швидкого зниження АТ у загрозованих випадках і за умови неефективності інших засобів. Максимальна тривалість інфузії – 4 години, оскільки в організмі утворюються ціаніди, концентрація яких після 4 годин може досягти токсичного для плода рівня.

Діуретики перешкоджають фізіологічній затримці рідини – процесу, притаманному нормальній вагітності. Таким чином вони призводять до зменшення ОЦК нижче оптимального. Особливо небезпечним це стає у разі нашарування прееклампсії, одним з основних патогенетичних механізмів якої є гіповолемія. Отже, як засоби базисної антигіпертензивної терапії діуретики під час вагітності не застосовують. Лише у хворих з АГ і серцевою недостатністю або нирковою патологією можливе призначення діуретиків (переважно тiazидних). Фуросемід у ранні терміни вагітності може діяти ембріотоксично. Калійзберігаючі діуретики вагітним зазвичай не призначають.

Категорично протипоказані вагітним інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту. Встановлено, що вони здатні пригнічувати екскреторну функцію нирок плода, викликати маловоддя, а згодом безводдя. Якщо хвора постійно приймала інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту і продовжила їх прийом на початку вагітності, це у жодному разі не є показанням до переривання вагітності, оскільки вищеописані побічні ефекти притаманні за умови застосування препарату у II та III триместрах вагітності. Проте хвору обов'язково “переводять” на інші антигіпертензивні засоби відразу ж після встановлення діагнозу вагітності (краще на етапі її планування).

Така сама тактика прийнята щодо блокаторів рецепторів ангіотензину II.

Сульфат магнію не є антигіпертензивним засобом, але знижує АТ завдяки загальноседативній дії. Застосовують при нашаруванні тяжкої прееклампсії або розвитку еклампсії для попередження/лікування судомних нападів (див. розділ Прееклампсія/ Еклампсія п. 5.6.7).

Таблиця 1. Медикаментозне лікування артеріальної гіпертензії під час вагітності

Фармакологічна група, підгрупа	Препарат	Категорія FDA	Режим застосування		Макс. добова доза (мг)	Примітки
			базисна терапія (per os)	швидке зниження АТ		
ЦЕНТРАЛЬНІ АЛЬФА ₂ -АДРЕНОАГОНІСТИ	Метилдофа	В	250–500 мг 3–4 рази	–	4000	Початкове лікування АГ (препарат вибору)
	Клонідин	С	0,075–0,2 мг 2–4 рази	0,15–0,2 мг під язик або 0,5–1 мл 0,01% р-ну в/м чи в/в	1,2	
БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРИ неселективні бета ₁ -селективні з властивостями бета-блокатора	Піндолол	С	5–15 мг 2 рази	–	60	
	Окспренолол	С	20–80 мг 2–3 рази	–	240	
	Атенолол	С	25–100 мг 1 раз	–	100	Частіше за інші β -блокатори спричиняє затримку утробного росту
	Метопролол	С	12,5–50 мг 2 рази	–	200	
	Лабеталол	С	100–400 мг 2–3 рази	10–20 мг в/в болюсно кожні 10 хв. (до 300 мг) або в/в краплинно 1–2 мг/хв.	2400	Як базисну терапію призначають за неефективності метилдофи (препарат другої лінії)

АНТАГОНІСТИ КАЛЬЦІЮ дигідропіридини	Ніфедипін	С	10–20 мг 3-4 рази	5–10 мг під язик чи розжувати або у формі крапель кожні 2–3 год	100	Не рекомендується одночасно з сульфатом магнію (небезпека надмірної гіпотензії, пригнічення нервово-м'язової функції, депресії міокарда, дистресу плода) —“—
	Ніфедипін пролонг. дії	С	20–40 мг 2 рази	—	—“—	
фенілалкіламіни	Верапаміл	В	40–80 мг 3–4 рази	—	480	Як базисний антигіпертензивний препарат у вагітних застосовується зрідка
МІОТРОПНІ ВАЗОДИЛАТАТОРИ Артеріолярні	Гідралазін	С	10–50 мг 2–3 рази	5–10 мг в/в болюсно кожні 20 хв або в/в краплинно 0,5- 1 мг/год чи 10–20 мг в/м	300	Менш ефективний ніж інші антигіпертензивні засоби. Застосовують усе рідше

артеріолярно- венулярні	Нітропрусид натрію	С	–	В/в інфузія 0,25–0,5 мкг/кг/хв	120 мкг/кг	Лише за відсутності гіпотензивного ефекту від інших засобів. Не можна вводити понад 4 годин
ДІУРЕТИКИ тіазидні	Гідрохлор- тіазид	С	12,5–50 мг 1 раз	–	100	Як базисна терапія – лише у випадках АГ із серцевою чи нирковою недостатністю. Категорично протипоказані за приєднання прееклампсії
Петльові	Фуросемід	С	–	В/в болюсно 40–100 мг	200	Лише у разі набряку легенів чи гострій нирковій недостатності
АЛЬФА- АДРЕНОБЛОКАТОРИ альфа1-блокатори	Празозин	С	0,5–4 мг 3–4 рази	–	20	Препарат третьої лінії. Застосовують рідко в комбінації з α -блокатором
неселективні блокатори	Пророксан	С	–	2–3 мл 1% р-ну в/м	90	У разі неускладненого гіпертензивного кризу з вегетативними порушеннями
ЗАСПОКІЙЛИВІ	Сульфат магнію	В	–	4 г в/в болюсно з подальшою безперервною інфузією 1–3 г/год	28 г	Знижує АТ, але застосовується виключно для попередження або лікування судомного нападу у разі приєднання прееклампсії/еклампсії

Розродження.

Якщо не розвинулася преєклампсія і гіпертензія є контрольованою, **вагітність продовжують до фізіологічного терміну пологів.**

У разі приєднання преєклампсії обирають тактику відповідно до її тяжкості. У переважній більшості випадків розродження проводять **через природні пологові шляхи.**

Під час пологів забезпечують *суворий контроль АТ* та серцевої діяльності роділлі, моніторинг стану плода.

Медикаментозну антигіпертензивну терапію починають, якщо АТ $\geq 160/110$ мм рт.ст. (А), причому бажано не знижувати АТ менше 130/90 мм рт.ст.

Для лікування гіпертензії під час пологів використовують засоби, безпечні для плода і новонародженого (див. п. 12.6).

Доцільним є *знеболення* пологової діяльності у I та II періодах пологів (ефективна профілактика прогресування гіпертензії). Метод вибору знеболення – епідуральна анестезія. У разі неможливості проведення епідуральної анестезії застосовують ненаркотичні аналгетики, седативні засоби, фентаніл.

Кесарів розтин у плановому порядку виконують за умови наявності:

- неконтрольованої тяжкої гіпертензії;
- ураження органів-мішеней (див. п. 4.3);
- затримки утробного росту плода тяжкого ступеня.

За умови необхідності розродження хворої у терміні до 34 тижнів вагітності проводять підготовку сурфактантної системи легенів плода глюкокортикостероїдами.

У разі спонтанного початку пологової діяльності до повних 34 тижнів вагітності план ведення пологів вирішується консилиумом лікарів з урахуванням стану роділлі, стану плода та акушерської ситуації.

Третій період пологів ведуть активно.

Застосування Ергометрину та його похідних у хворих на АГ протипоказано (В).

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

Лактацію не виключають.

Протипоказаннями до лактації та грудного вигодовування:

- злаякісна гіпертензія,
- тяжкі ураження органів-мішеней.

Тимчасове протипоказання - неконтрольована гіпертензія.

Медикаментозна антигіпертензивна терапія матері *не перешкоджає* грудному вигодовуванню. Не бажано застосовувати в період лактації атенолол, клонідин, блокатори рецепторів ангіотензину II. З групи інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту віддають перевагу каптоприлу або еналаприлу, призначати їх не раніше, ніж через 1 місяць після пологів. Варто пам'ятати, що сечогінні засоби зменшують кількість грудного молока.

Після **виписки** з акушерського стаціонару хвору з хронічною АГ передають під нагляд дільничного терапевта (кардіолога) або сімейного лікаря.

VII. Матеріали активізації студентів під час викладання лекції

Питання

1. Які захворювання вагітних зводяться до гестозів?
2. Які захворювання відносяться до ранніх токсикозів вагітних?
3. Які захворювання відносяться до пізніх гестозів?
4. Які захворювання об'єднуються у групу "рідкі форми гестозів"?
5. Поясніть механізм виникнення ранніх токсикозів.
6. Класифікація гіпертензивних розладів під час вагітності.
7. Преєклампсія: етіологія, патогенез.
8. Як підвищується вага вагітних при нормальному її перебігу?
9. На підставі чого виставляється діагноз преєклампсія вагітних?
10. Класифікація преєклампсії залежно від тяжкості її перебігу.
11. Лікування вагітних з преєклампсією.
12. Якими ознаками характеризується преєклампсія?
13. Який механізм виникнення симптомів преєклампсії?
14. Невідкладна допомога при преєклампсії.
15. Ознаки еклампсії.
16. Послідовність розвитку припадку еклампсії.
17. В якому разі виникають припадки еклампсії після пологів?
18. Сучасна методика лікування вагітних з еклампсією.
19. Невідкладна допомога при еклампсії.
20. Акушерська тактика при пізньому гестозі.
21. Принципи ведення пологів при пізньому гестозі.
22. Профілактика пізнього гестозу.

Завдання для самостійної роботи по темі лекції

1. Оцінювати фактори ризику преєклампсії.
2. Проводити діагностику пізніх гестозів.
3. Визначати ступінь тяжкості преєклампсії.
4. Розробляти оптимальний план динамічного спостереження вагітних із групи ризику преєклампсії, включаючи HELLP-синдром
5. Призначати лікування вагітним з пізніми гестозами тяжкого ступеня тяжкості.
6. Складати план розродження вагітної з HELLP-синдромом.
7. Проводити медичну реабілітацію жінок, які перенесли преєклампсію.

Тестові завдання

1. На черговому огляді у терапевта жіночої консультації у вагітної К. в 30 тижнів вагітності, виникли судоми з короткочасною втратою свідомості. АТ 170/100 мм рт.ст., генералізовані набряки. В аналізі сечі тиждень тому визначався білок в сечі 3 г/л, гіалінові циліндри.

Який найбільш ймовірний діагноз?

- A. Еклампсія*
- B. Епілепсія
- C. Гіпертензія вагітних
- D. Преєклампсія.

2. На прийомі в жіночій консультації вагітна 37 тижнів поскаржилася на різкий головний біль, погіршення зору, біль у ділянці сонячного сплетіння. Об'єктивно: артеріальний тиск 170/110 мм. рт. ст., набряки нижніх кінцівок.

Яку першу невідкладну допомогу слід надати у жіночій консультації?

- A. Введення магнею сульфату 25% розчину - 20,0, сибазону 0,02 в/в, госпіталізація до акушерського стаціонару*
- B. Введення анальгін 50% розчину - 2,0; госпіталізація до акушерського стаціонару
- C. Введення лазіксу 40 мг в/в; госпіталізація до акушерського стаціонару
- D. Госпіталізація до акушерського стаціонару.

Ситуаційні задачі :

1. Вагітність 37 тижнів. Генералізовані набряки, АТ 170/120 мм.рт.ст. протеїнурія 4 г/л. При ультразвуковому дослідженні ознаки плацентарної недостатності та гіпотрофії плода.

Який діагноз, план обстеження та лікування?

2. Вагітна 28 років доставлена в акушерський стаціонар в коматозному стані. Вагітність перша, 34 тижні. Зі слів чоловіка у вагітної був приступ судом з наступною втратою свідомості. При огляді: свідомість відсутня, обличчя набрякле, ціанотичне. Значні набряки ніг і передньої черевної стінки. АТ 180/110 мм рт ст. Матка в нормотонусі. Положення плода поздовжнє, голівка рухома над входом в малий таз. Серцебиття плода глухе, 160 уд/хв..

Встановити діагноз . Яка тактика ведення вагітності ?

Еталони відповідей на ситуаційні задачі:

Задача 1.

Преeklampsія тяжкого ступеня, плацентарна недостатність, затримка розвитку плода. Показане переривання вагітності методом кесарського розтину.

Задача 2.

Екklampsія. Провести розродження методом кесарського розтину.

VIII. Матеріали для самопідготовки

А. По темі викладеної лекції «Гіпертензивні розлади під час вагітності»

- 1.Абрамченко В.В. Фармакотерапія гестоза.-СПб:СпецЛит, 2005.-477с.
- 2.Венцківський Б.М., Запорожан В.Н., Семчук А.Я. «Гестози вагітних».- К., 2002.-112с.
- 3.Лихачев В.К. Поздний гестоз. Диагностика нарушених, влияние на течение беременности, патогенетическое лечение. - Полтава: Соломия, 2000. - 104с.. Мерей Энкин, Марк Кейре с соавт.
- 4.Наказ МОЗ України №676 від 27.12.2006. Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги (Гіпертензивні розлади під час вагітності).
- 5.Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
- 6. Абрамченко В.В. Фармакотерапія гестоза.-СПб:СпецЛит, 2005.-477с.
- 7. Венцківський Б.М., Запорожан В.Н., Семчук А.Я. «Гестози вагітних».- К., 2002.-112с.

8. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.

Б. По темі наступної лекції «Дисфункціональні маткові кровотечі»

Питання:

1. Які маткові кровотечі називають дисфункціональними?
2. Що таке персистенція і атрезія фолікула?
3. Як виникає кровотеча при персистенції фолікула?
4. Як виникає кровотеча при атрезії фолікула?
5. Які виділяють форми двофазних маткових кровотеч?
6. Як діагностувати порушення менструального циклу при двофазних кровотечениях?
7. Як діагностувати скорочення лютеїнової фази?
8. Як діагностувати подовження лютеїнової фази?
9. Як діагностувати відсутність овуляції?
10. Який результат гістологічного дослідження ендометрію при геморагічній метроррагії Шредера?
11. Лікування хворих з матковими кровотечениями у різному віці.
12. Що таке естрогенний гемостаз?

Рекомендована література по темі наступної лекції

1. Гінекологія: підручник для ВНЗУ III-IV рівнів-В.І.Грищенко М.О., Щербига Б.М., Венцківський та ін./-Медицина,2007.
2. Лихачов В.К. Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей.-М.: Медицинское информационное агенство, 2013.-840 с.
3. Лихачов В.К. Гормональная диагностика в практике акушера-гинеколога: Руководство для врачей. –Киев, 2012. _154 с.
4. Гинекология./Под ред.. Г.М.Савельевой/.-М.,2004.
5. Гормонодиагностическая патология репродуктивной системы. Руководство для врачей./С.В.Зяблицев,Е.А.Бочерова/.-Донецк ,Каштан,2009.
6. Ліхачев В.К. Громова А.М. Методи обстеження та принципи лікування гінекологічних хворих в умовах ЖК.-Полтава,2000.
7. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
8. Наказ МОЗ України від 15.12.2003 № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (дисфункціональні маткові кровотечі у жінок репродуктивного та перименопаузального віку).
9. Лихачов В.К. Практическая гинекология:- Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007.-664 с.

Методичну розробку практичного заняття підготував к.мед.н доцент кафедри акушерства і гінекології № 2 Добровольська Л. М.

17.10.2016

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 10 від 10 січня 2017 року

Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____ 201__р.