

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО – НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
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 ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ
«Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	« Ведення вагітності при захворюваннях серцево-судинної системи» (код курсу 1.2.1)
Курс	ТУ «Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога»
Спеціальність	Акушерство та гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин – 2 години

I. Науково-методичне обґрунтування теми

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. Навчальні цілі лекції

Ознайомити курсантів з головними питаннями, що пов'язані з проблемами профілактики, діагностики та лікування ускладнень вагітності у жінок із серцево-судинною патологією. Виховати методологічний підхід до аналізу викладеного матеріалу, обґрунтування діагнозу, організації лікувальних та профілактичних заходів.

III. Цілі розвитку особистості фахівця

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

Посилити почуття відповідальності у лікарів-курсантів за правильність дій на етапах обстеження та лікування вагітних із серцево-судинною патологією та психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

I V. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні:</i>		
1. Біологія	Фізіологічний перебіг вагітності.	
2. Фізіологія	Формування компенсаторних механізмів організму при фізіологічній вагітності.	Визначати АТ, вислуховування тонів серця
<i>Наступні:</i>		
1. Перинатологія	Механізми розвитку перинатальних ускладнень у вагітних із серцево-судинною патологією	Давати оцінку причинам перинатальних ускладнень у вагітних із серцево-судинною патологією.

2. Терапія	Механізми порушення функції серцево-судинної системи під час вагітності та після пологів.	Визначати ступінь ризику виникнення можливих ускладнень під час вагітності та після пологів у вагітних із серцево-судинною патологією.
------------	---	--

V. План та організаційна структура лекції

№п/п	Основні етапи лекції та їх зміст	Тип лекції. Засоби активізації курсантів. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1.	Підготовчий етап (актуальність теми, мотивація її вивчення, мета)		5 хв.
2.	<p>Основний етап (викладення лекційного матеріалу).</p> <p>Визначення основних термінів. Короткі історичні відомості, роль вітчизняних вчених.</p> <p>Етіологія, патогенез розвитку виникнення можливих ускладнень під час вагітності та після пологів у вагітних із серцево-судинною патологією.</p> <p>Ведення вагітності і пологів у жінок із патологією серцево-судинної системи .</p> <p>Обстеження.</p> <p>Лікування.</p> <p>Профілактика та реабілітаційна терапія.</p>	<p>Клінічна лекція.</p> <p>Питання, ситуаційні задачі.</p> <p>Детальний клінічний розбір історії вагітності жінок із патологією серцево-судинної системи, демонстрація жінки з типовими проявами захворювання (по можливості).</p>	75 хв.
3.	<p>Заключний етап.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • резюме лекцій, загальні висновки; • відповіді на можливі питання; • завдання для самопідготовки курсантів. 	<p>Навчальна література.</p> <p>Завдання, питання.</p>	10 хв.

VI. Зміст лекційного матеріалу

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.

Класифікація МКХ-10

I05 — I09 Хронічні ревматичні хвороби серця (набуті клапанні вади)

I25 Ішемічна хвороба серця

I26 — I28 Легеневе серце і порушення легеневого кровообігу

I30 — I52 Інші хвороби серця

Прегравідарна підготовка

Прегравідарна підготовка кардіологічної хворої включає:

- комплексне обстеження з метою встановлення причини та ступеня ураження структур серця, стадії серцевої недостатності, функціонального класу пацієнтки (за NYHA), діагностики можливих ускладнень, визначення показань до хірургічного лікування;

- радикальне хірургічне лікування основного захворювання та/або його ускладнень (за наявності показань);
- адекватне медикаментозне лікування, спрямоване на ліквідацію причини захворювання та зменшення ступеня його ускладнень;
- корекцію станів, що обтяжують перебіг кардіологічної патології (анемія, порушення системи гемостазу, тиреоїдна дисфункція тощо);
- санацію вогнищ хронічної інфекції;
- нормалізацію маси тіла;
- підвищення толерантності до фізичних навантажень.

Преконцепційне консультування має на меті інформувати хвору, яка перебуває на диспансерному обліку, щодо таких питань:

- ступінь ризику майбутньої вагітності для здоров'я та життя жінки;
- необхідність продовження медикаментозного лікування під час вагітності і можливий негативний вплив його на плід;
- ризик уродженого захворювання серця у майбутньої дитини;
- очікувана тривалість життя жінки і здатність її здійснювати догляд за дитиною.

Після проведення прекоцепційного консультування хвора і лікар спільно приймають рішення щодо планування вагітності та проведення відповідної підготовки чи контрацепції.

Загальний алгоритм діагностики

Обстеження кардіологічної хворої під час вагітності обов'язково включає:

- 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;
- трансезофагальна ехокардіографія;
- доплерокардіографія;
- рентгенографія органів грудної клітки (обов'язково з екрануванням черевної порожнини, бажано після 12 тижнів);
- черезшкірна оксиметрія.

Мета амбулаторного спостереження — профілактика та раннє виявлення кардіологічних та акушерських ускладнень перебігу вагітності, порушень стану плода.

Основні завдання амбулаторного етапу спостереження включають:

- надання у доступній формі переконливої інформації щодо повноцінного раціонального харчування, кількості уживаної рідини, режиму праці та відпочинку, адекватних дозованих фізичних навантажень;
- попередження зумовлених вагітністю станів, що провокують погіршення перебігу основного захворювання: анемії, гіпотиреозу, гіпертензії/преклампсії;
- виявлення та санація вогнищ інфекції;
- забезпечення планової госпіталізації у відповідні терміни і до відповідного закладу охорони здоров'я;

- раннє виявлення декомпенсації/прогресування основного захворювання, розвитку ускладнень і екстрене скерування вагітної до стаціонару;
- моніторинг стану плода;
- психофізичну підготовку до родів.

Динамічне спостереження вагітної здійснюють, залежно від встановленого ступеня ризику, спільно акушер-гінеколог і терапевт або кардіолог. За необхідності вагітну консультує кардіохірург.

Санаторне оздоровлення — важливий етап ведення кардіологічної хворої під час вагітності, здійснюється у спеціалізованому відділенні для вагітних.

Тривалість курсу санаторного оздоровлення — не менше 24 днів, оптимальний термін — від 16 до 32 тижнів.

Протипоказання до санаторного оздоровлення:

- IV ступінь ризику;
- декомпенсація/прогресування основного захворювання, наявність гострих ускладнень;
- загроза викидня чи передчасних пологів;
- прееклампсія;
- термін вагітності більше 36 тижнів.

Госпіталізація вагітної із захворюванням серця залежно від ступеня ризику здійснюється у плановому порядку 1–3 рази.

Планова госпіталізація:

- у I триместрі (III і IV ступені ризику) — вирішення питання переривання вагітності в умовах кваліфікованого мультидисциплінарного забезпечення (за згоди хворої);
- у 26–32 тижні (II–IV ступені ризику) — забезпечення компенсації кровообігу;
- у пізньому терміні вагітності (I–IV ступені ризику) — підготовка і проведення розродження в умовах кваліфікованого мультидисциплінарного забезпечення.

Показання до екстреної госпіталізації:

- гостра серцева недостатність;
- поява або прогресування хронічної серцевої недостатності;
- виникнення чи частішішення пароксизмів гемодинамічно значущих порушень ритму, життєзагрожуючі аритмії;
- гостра коронарна патологія;
- інфекційний ендокардит;
- тромбоемболічні ускладнення;
- легенева кровотеча;

Екстрену госпіталізацію за переліченими вище кардіологічними показаннями здійснюють:

- до 22 тижнів — до профільного (кардіологічного, ревматологічного, кардіохірургічного) стаціонару;
- у 22–36 тижнів — до спеціалізованого відділення екстрагенітальної (серцево-судинної) патології акушерського стаціонару;
- після 36 тижнів — до спеціалізованого відділення екстрагенітальної (серцево-судинної) патології акушерського стаціонару.

Лікування

Під час вагітності та родів у кардіологічних хворих може виникнути необхідність медикаментозного та хірургічного ліку

Схема медикаментозного 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, що належать до категорії D за класифікацією FDA.

Блокатори рецепторів до ангіотензину II в експерименті виявили такі самі негативні дії на плід, що й інгібітори АПФ, клінічного досвіду їхнього застосування немає.

Непрямі антикоагулянти — похідні кумарину — є тератогенами і у разі застосування в період між 6 і 9-им тижнями вагітності спричиняють тяжкий специфічний симптомокомплекс — кумаринову (варфаринову) ембріопатію (гіпоплазія носа, атрезія хоан, хондродисплазія, атрезія зорових нервів, гідроцефалія, розумова відсталість). Легко проникають крізь плаценту, накопичуються в організмі плода і можуть призводити до внутрішньочерепних крововиливів у новонароджених.

Аміодарон у разі тривалого застосування може спричинити тяжку дисфункцію щитовидної залози у новонародженого (найчастіше — гіпотиреоз, рідше — гіпертиреоз, зоб).

Медикаментозне лікування хронічної серцевої недостатності (СН) залежить від її варіанту.

За систолічного варіанту СН використовують діуретики, дигоксин, периферичні вазодилататори.

а). Серед сечогінних засобів перевагу віддають петльовим діуретикам (фуросемід, етакринова кислота), але у разі помірних циркуляторних порушень достатній ефект може бути досягнутий тiazидними препаратами (гідрохлортiazид).

Досвіду застосування під час вагітності торасеміду немає, калійзберігаючі діуретики (спіронолактон) протипоказані.

Тривалий прийом сечогінних засобів може призводити до гіпокаліємії та істотного зниження плацентарно-плодової перфузії.

б). Дигоксин обов'язково призначають усім хворим з фібриляцією передсердь. Хворим із синусовим ритмом препарат показаний у період прогресування СН (декомпенсації) одночасно із сечогінними засобами.

Основна небезпека систематичного вживання дигоксину — розвиток глікозидної інтоксикації. Ризик останньої збільшується у разі гіпокаліємії, гіпомагніємії, при гіпотиреозі, нирковій недостатності.

в). Вагітним з гемодинамічно стабільною хронічною СН систолічного варіанту може бути призначений β -блокатор. Найчастіше у вагітних застосовують метопролол (краще метопрололу сукцинат) та бісопролол. Можливе застосування карведилолу та небівололу, проте досвіду застосування цих препаратів в акушерстві немає. Лікування починають з мінімальної дози і поступово збільшують її кожні 2 тижні до такої, що не викликає гіпотензію та/або брадикардію.

г). 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), ізосорбїду динітрат, ізосорбїду мононітрат, молсидомін (звичайна та ретардна форми).

д). У вагітних із систолічним варіантом СН слід, за можливості, уникати призначення нестероїдних протизапальних препаратів, глюкокортикоїдів, антиаритмічних засобів I класу, антагоністів кальцію (за винятком амлодипіну та фелодипіну).

Лікування діастолічного варіанту хронічної СН передбачає у першу чергу призначення β-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.

При низькому АТ можливе введення глюкокортикоїдів (преднізолон 90–120 мг або еквівалентні дози інших препаратів) внутрішньовенно болусно.

У деяких клінічних ситуаціях, коли гостра СН спричинена такими кардіологічними причинами, що можуть бути усунені, виникає нагальна потреба у специфічних етіотропних заходах.

а). Набряк легенів, рефрактерний до медикаментозного лікування, у хворої з мітральним стенозом є показанням до негайної мітральної комісуротомії.

б). У разі тампонади серця показаний перикардіоцентез з наступним кардіохірургічним втручанням.

в). Якщо набряк легенів розвинувся внаслідок пароксизму шлуночкової тахікардії або надшлуночкових тахіаритмій з високою частотою проведення імпульсу, необхідно є електрична кардіоверсія.

г). У лікуванні набряку легенів, що розвинувся на фоні гіпертензивного кризу або тяжкої прееклампсії, вирішальне значення має відносно швидке, упродовж 30–60 хв. зниження АТ на 30–40% вихідного рівня, але не нижче 120 і 80 мм рт.ст. Якщо цього не вдалося досягти інфузією нітрогліцерину (див. п. 9.1.5.3), або ізосорбїду динітрату, застосовують гангліоблокатори.

д). У разі поєднання проявів гострої СН з брадіаритмією застосовують атропін (0,1% розчин 0,5–1 мл, за необхідності повторно через 5 хв.), ізопреналін (2,5–5 мг сублінгвально), а за неефективності терміново розпочинають тимчасову електрокардіостимуляцію.

а). Якщо набряк легенів розвинувся під час вагітності, незалежно від її терміну зусилля лікарів мають бути спрямовані на ліквідацію цього життєзагрозливого стану. Екстрене переривання вагітності чи екстрене розродження у будь-який спосіб є небезпечним і може призвести до смерті хворої жінки. Питання щодо переривання вагітності може бути обговорене лише після купірування явищ гострої СН і стійкої нормалізації стану вагітної.

б). У разі, коли набряк легенів розвинувся на початку I періоду родів, пологову діяльність не слід підсилювати. Якщо проводили родостимуляцію, інфузію утеротонічного засобу (окситоцин, простагландини) необхідно терміново припинити.

в). Якщо гостра СН настала наприкінці I або у II періоді родів, необхідно пришвидшити розродження, не припиняючи інтенсивну кардіальну терапію. За необхідності пологову діяльність обережно підсилюють і, коли з'являються умови для накладання акушерських щипців, виконують цю операцію.

Антиаритмічна терапія

Аритмії, що трапляються під час вагітності частіше, ніж поза вагітністю, нерідко не зумовлюють небезпеки для здоров'я матері та дитини, а отже не потребують лікування. Питання щодо доцільності призначення антиаритмічних препаратів або інших методів терапії вирішує кардіолог.

Лікування фібриляції передсердь (миготливої аритмії)

а). Постійна форма — контроль частоти серцевих скорочень за допомогою дигоксину, β -блокаторів, верапамілу, або комбінацій дигоксин + β -блокатор чи дигоксин + верапаміл.

б). Пароксизм — відновлення синусового ритму за допомогою ліків (прокаїнамід, пропафенон) або електричної кардіоверсії, попередження рецидиву за допомогою антиаритмічних засобів I класу (етацізин, пропафенон), β -блокаторів, соталолу.

Лікування пароксизмальних надшлуночкових тахіаритмій

а). Ліквідація:

- вагусні проби (масаж каротидних синусів, натискання на очні яблука, прийом Вальсальви, подразнення кореня язика),
- верапаміл внутрішньовенно,
- аденозин внутрішньовенно,
- пропафенон або флекаїнід внутрішньовенно,
- черезстравохідна кардіостимуляція або електрична кардіоверсія.

б). Попередження — верапаміл, β -блокатори, інвазивні методи лікування (хірургічна чи катетерна абляція).

Лікування шлуночкової тахікардії

а). З порушенням гемодинаміки:

- прекардіальний удар,
- дефібриляція.

б). Без порушення гемодинаміки:

- прекардіальний удар,
- лідокаїн,

прокаїнамід,

пропафенон.

в). Попередження рецидивів:

- етацизин,
- β -блокатори,
- пропафенон,
- соталол;
- комбінація β -блокатор + пропафенон

Лікування брадіаритмій:

- атропіну сульфат,
- ізопреналін,
- електрокардіостимуляція.

Антикоагулянтна терапія

Антикоагулянтна терапія під час вагітності може проводитися у постійному режимі (штучні механічні клапани серця, див. нижче) або упродовж певного періоду (пароксизм фібриляції передсердь, що триває більше 48 год., нестабільна стенокардія, інфаркт міокарда, дилатаційна кардіоміопатія, ін.). Антикоагулянти також застосовують профілактично перед абдомінальним розродженням у жінок з високим ризиком тромбоемболії легеневої артерії.

Введення гепарину слід припинити за 4 год. до кесаревого розтину або з початком переймів і відновити через 6 год. після родів.

Непрямі антикоагулянти (варфарин, аценокумарол, феніндіон), попри їх несприятливу дію на плід, застосовують для постійної антикоагулянтної терапії у вагітних зі штучними клапанами серця, підтримуючи міжнародне нормалізоване відношення 2,5-3,0 або протромбіновий індекс 50-60%. Непрямі антикоагулянти доцільно відмінити у період від 5 до 13 тижнів вагітності та обов'язково за 2-3 тижні до очікуваного терміну родів, призначивши нефракціонований гепарин або низькомолекулярний гепарин (НМГ).

Після родів продовжують введення стандартного гепарину або НМГ, а починаючи з третьої доби призначають непрямий антикоагулянт. Упродовж трьох діб (3-5-а доба післяпологового періоду) одночасно вводять прямий і непрямий антикоагулянти. Досягнувши цільового рівня міжнародного нормалізованого відношення (3,0-3,5) або протромбінового індексу ($\approx 50\%$), прямий антикоагулянт відмінюють.

Планову операцію на серці проводять у період між 16 та 26 тижнями вагітності. Цей оптимальний термін характеризується безпечністю для плода, найменшим ризиком переривання вагітності та залишає достатньо часу для реабілітації хворої до настання родів.

Показання до планової операції на серці під час вагітності:

- мітральний стеноз,
- клапанний стеноз легеневої артерії,
- стеноз устя аорти,
- коарктація аорти,
- відкрита артеріальна протока,

- констриктивний перикардит,
- порушення ритму та провідності серця.

Розродження

Розродження вагітних групи I ступеня ризику проводять у родопомічному закладі II рівня акредитації; II ступеня — у закладі III рівня, III та IV ступенів — у спеціалізованому закладі.

Вагітні груп I та II ступенів ризику народжують у фізіологічному терміні після спонтанного початку пологової діяльності.

Хворі груп III та IV ступенів ризику нерідко потребують планової індукції родів, аби медичну допомогу їм надавала мультидисциплінарна бригада найдосвідченіших і кваліфікованих спеціалістів. Термін розродження таких хворих визначають індивідуально залежно від характеру патології та наявності ускладнень у матері і стану плода.(D)

Показання до дострокового розродження з боку матері:

- прогресування хронічної серцевої недостатності за неефективності медикаментозної терапії;
- прогресування коронарної патології;
- розшарування аорти;
- приєднання прееклампсії, що обтяжує перебіг основного захворювання.

Показання до дострокового розродження в інтересах плода:

- наявність ціанозу (вроджені вади серця синього типу);
- легенева гіпертензія крайнього ступеня (синдром Ейзенменгера);
- затримка утробного росту, незалежно від характеру основного захворювання.

В усіх випадках, коли немає акушерських або спеціальних кардіологічних показань до кесаревого розтину, роди починають вести через природні родові шляхи.

Роділлей групи II ступеня ризику, окрім лікар-акушера-гінеколога, спостерігає лікар-терапевт, груп III та IV ступенів — лікар-кардіолог та лікар-анестезіолог.

Упродовж усього родового акту у хворих високого та вкрай високого ризику проводять моніторинг артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, ЕКГ; мобілізують периферичну вену.

Знеболення пологової діяльності може здійснюватися різними немедикаментозними та медикаментозними засобами у тому числі наркотичними анальгетиками.

Оптимальний спосіб знеболення родової діяльності у кардіологічних хворих — епідуральна анестезія.

Специфічними кардіологічними протипоказаннями до епідуральної анестезії є: обструкція вихідного тракту лівого шлуночка; стеноз устя аорти.

Оптимальне положення роділлі — на лівому боці (дозволяє зменшити величину різниці між гемодинамічними параметрами під час переймів і потуг та в інтервалах між ними) (В) або напівсидячи.

За показаннями проводять профілактику інфекційного ендокардиту.

Показання до профілактики інфекційного ендокардиту.

Обов'язкові: штучний механічний клапан серця; інфекційний ендокардит в анамнезі.

Можливі: вади серця та кардіоміопатії, що зумовлюють високий або вкрай високий ризик.

Спосіб профілактики інфекційного ендокардиту.

Один чи два антибіотики вводять в активній фазі I періоду родів або за 30 хв. до початку планової операції кесаревого розтину і повторюють введення через 8 годин.

Антибіотики вводять внутрішньовенно. Якщо використовують два антибіотики, обидва вводять внутрішньовенно або один — внутрішньовенно, другий — внутрішньом'язово.

Як утеротонічний засіб використовують окситоцин. Похідні ергометрину кардіологічним хворим протипоказані.

Хворі групи I ступеня ризику народжують самостійно. Питання щодо необхідності укорочення другого періоду у хворих II ступеня ризику вирішує терапевт залежно від стану роділлі. У разі III чи IV ступеня ризику потуги обов'язково вкорочують за допомогою акушерських щипців або вакуум-екстракції.

Кардіологічними показаннями до планового кесаревого розтину є:

1. аневризма аорти будь-якого генезу;
2. коарктація аорти;
3. значна систолічна дисфункція лівого шлуночка (фракція викиду <40%);
4. констриктивний перикардит.

Рішення щодо планового розродження абдомінальним шляхом приймають також у випадках відсутності умов до вкорочення потуг (сідничне передлежання, вузький таз, ін.) у хворих III та IV ступенів ризику, а також за необхідності дострокового розродження у разі недостатньої зрілості шийки матки (алгоритм акушерської тактики ведення вагітності у жінок з хворобами серця).

Алгоритм профілактики

Післяродове консультування щодо контрацепції

Перед випискою породіллі зі стаціонару її консультують з питань планування сім'ї. Хворим, які відносяться до груп I і II ступеня ризику пояснюють доцільність дотримання оптимального інтервалу 2-5 років між теперішніми та наступними пологами. Хворим груп III та IV ступенів ризику переконливо радять уникати вагітності в майбутньому, пояснюють доцільність постійної контрацепції.

VII. Матеріали активізації курсантів під час викладання лекції

Перелік питань внесених на підсумковий контроль:

1. Тактика ведення вагітності у жінок із патологією серцево-судинної системи.
2. Протипоказання до виношування вагітності у жінок із патологією серцево-судинної

системи.

3. Визначення груп ризику виникнення ускладнень у жінок із патологією серцево-судинної системи.
4. Лікування серцевої недостатності.
5. Проведення анти аритмічної терапії.
6. Тактика ведення пологів у жінок із патологією серцево-судинної системи.
7. Показання до кесарського розтину у вагітних із патологією серцево-судинної системи.
8. Профілактика прееклампсії у жінок із патологією серцево-судинної системи.
9. Особливості пре концепційної підготовки жінок із патологією серцево-судинної системи.
10. Невідкладна допомога при набряку легень.
11. Профілактика тромбоемболічних ускладнень у жінок із патологією серцево-судинної системи.

Завдання для самостійної роботи по темі лекції

1. Складіть план обстеження вагітної із патологією серцево-судинної системи.
2. Визначте тактику ведення пологів у вагітної із патологією серцево-судинної системи.
3. Визначте тактику ведення вагітності у пацієнтки із патологією серцево-судинної системи.
4. Визначте тактику ведення пологів у вагітної із компенсованою вродженою вадю серця.
5. Наведіть показання для кесарського розтину у жінки з із патологією серцево-судинної системи.
6. Складіть план післяпологового спостереження за жінкою із патологією серцево-судинної системи.

Тестові завдання

1. У вагітної 35 років з мітральним стенозом раптово вночі з'явилась задуха, тахікардія, різке збудження, пінисте харкотиння рожевого кольору. Яке ускладнення виникло у вагітної?
A набряк легень.
B Напад епілепсії.
C Стенокардія.
D Загострення бронхіальної астми.
E Напад еклампсії.
2. Вагітна 30 років, поступила з першою вагітністю 36-37 тижнів для визначення тактики родорозв'язання. В 5 річному віці проведена хірургічна корекція вродженої вади серця – дефект міжпередсердної перегородки. На даний час порушень з боку серцево-судинної системи не виявлено. Вкажіть тактику родорозв'язання.
A * Родородження через природні родові шляхи в терміні родів.
B Кесарський розтин в терміні родів
C Кесарський розтин із стерилізацією
D Пологи через природні родові шляхи з виключенням потужного періоду
E Термінове родородження
3. У першовагітної жінки 25 років з метральним стенозом у 32 тижні вагітності з'явилися ознаки серцевої недостатності. Після проведеного курсу терапії в стаціонарі, явного поліпшення стану

вагітної не відбулося. Яка тактика?

- A** *Дострокове розродження .
- B** Оперативне втручання на серці
- C** Дослідження на ревматизм
- D** Зберігати вагітність та кардіальна терапія
- E** Призначити естрогенний фон

4.Першовагітна 26 років поступила у відділення патології вагітних зі строком вагітності 32 тижні, скаргами на серцебиття, загальну слабкість, задуху. Стоїть на диспансерному обліку з дитинства з приводу ревматизму, мітрального стенозу. Об'єктивно: на нижніх кінцівках набряки, АТ – 140/90 мм рт.ст., дефіцит пульсу. Аускультативно: систолічний шум над верхівкою, хлопаючий I тон, акцент II тона над легеневим стовбуром. ЕКГ – пароксизм миготливої аритмії, тахисистолічна форма. Який з симптомів обумовлений суто серцевою недостатністю ?

- A** Аритмія
- B** Набряк нижніх кінцівок
- C** Систолічний шум
- D** Задуха
- E** Підвищена дихальна активність

5.Першовагітна 24 років поступила в пологовий будинок з вагітністю терміном 36-37 тижнів і скаргами на задишку, серцебиття, швидку втому. В дитинстві часті ангіни, з 15 років страждає на ревматизм неактивну фазу, мітральний стеноз 2 ст, НК 2 А ст. Яка тактика проведення пологів у данному випадку?

- A** *Пологи проводити з виключенням 2 періоду
- B** Стационарне лікування в умовах кардіологічного відділення
- C** Дострокове проведення пологів в 36-37 тижнів
- D** Консервативне лікування
- E** Пологи виключенням 2-го періоду шляхом вакуум-екстракції плоду

VIII. Матеріали для самопідготовки

A. По темі викладеної лекції «Ведення вагітності при захворюваннях серцево-судинної системи»

1. В.К.Лихачов Практическое акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей / В.К.Лихачев. – М.:ООО «Медицинское информационное агенство», 2010. – 720 с.
2. Патология внутренних органов и беременность: учеб. пособие для врачей-терапевтов и врачей общей практики / Б.А. Ребров. О.А. Реброва. Е.Б. Комарова, Р.М. Алешина и др.; под ред. Б.А. Реброва. - Донецк: Заславский А.Ю.. 2010. - 321 с.
3. Мерей Энкин, Марк Кейре с соавт. «Руководство по эффективной помощи при рождении ребенка» перевод с англ. Под ред. А.В. Михайлова. С.-Петербург. «Пертополис».
4. Наказ МОЗ України № 42 від 27.01.2011р. «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Ведення вагітності та пологів у жінок з хворобами серця»

Б. По темі наступної лекції «Прееклампсія/еклампсія. Особливості ведення вагітності»

Контрольні запитання

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

Рекомендована література по темі наступної лекції

1. В.К.Лихачов Практическое акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей / В.К.Лихачев. – М.:ООО «Медицинское информационное агенство», 2010. – 720 с.
2. В.К.Лихачов Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей / В.К.Лихачев. – М.:ООО «Медицинское информационное агенство», 2013. – 840 с.
3. Лихачев В.К. Поздний гестоз. Диагностика нарушений, влияние на течение беременности, патогенетическое лечение. - Полтава: Соломия, 2000. - 104с..
4. Мерей Энкин, Марк Кейре с соавт. «Руководство по эффективной помощи при рождении ребенка» перевод с англ. Под ред. А.В. Михайлова. С.-Петербург.«Пертополис».
5. Наказ МОЗ України №676 від 27.12.2006. Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності».