

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 2017 року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ЦИКЛУ СПЕЦІАЛІЗАЦІЯ ЗА ФАХОМ
«ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»
(ДЛЯ ЛІКАРІВ ТЕРАПЕВТІВ-ДІЛЬНИЧНИХ ТА ЛІКАРІВ
ПЕДІАТРІВ-ДІЛЬНИЧНИХ)**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	Екстрагенітальна патологія у вагітних (код курсу 04.01.03.)
Курс	4 місяці навчання
Спеціальність	Загальна практика – сімейна медицина

Полтава

Кількість навчальних годин – 2 години.

I. Актуальність 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 заняття

Для опанування теми заняття курсант повинен знати:

1. Термінологію, класифікацію гіпертензивних станів.
2. Етіологію, патогенез гіпертензивних станів .
3. Фактори ризику щодо виникнення прееклампсії.
4. Ускладнення гіпертензивних станів.
5. Методи діагностики гіпертензивних станів .
6. Методи оцінки ступеня тяжкості гіпертензивних станів.
7. Методи лікування різних форм гіпертензивних станів.
8. Загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з ендокринною патологією.
9. Перебіг та ведення вагітності у жінок із цукровим діабетом.
10. Перебіг та ведення вагітності у жінок із гестаційним цукровим діабетом.
11. Перебіг та ведення вагітності у жінок із захворюваннями щитовидної залози.
12. Перебіг та ведення вагітності у жінок із захворюваннями наднирників.
13. Призначити і провести комплексне обстеження вагітних з патологією сечовивідних шляхів.
14. Своєчасно виявляти протипоказання до виношування вагітності у жінок з патологією сечовивідних шляхів.
15. Передбачити відхилення перебігу вагітності та пологів у жінок з патологією сечовивідних шляхів. Її вплив на стан вагітної, плода і новонародженого.
16. Деонтологічно пояснити вагітній з патологією сечовивідних шляхів про необхідність своєчасного обстеження і регулярного нагляду її в жіночій консультації, або в спеціалізованих закладах.
17. Деонтологічно та обґрунтовано переконати вагітну з патологією сечовивідних шляхів у необхідності переривання вагітності за показаннями у будь-який термін вагітності.

Завдяки проведеному заняттю курсант повинен вміти:

1. Оцінювати фактори ризику прееклампсії.
2. Проводити діагностику пізніх гестозів.
3. Визначати ступінь тяжкості гіпертензивних станів.
4. Розробляти оптимальний план динамічного спостереження вагітних із групи ризику прееклампсії.
5. Призначати лікування вагітним із гіпертензивними станасми різного ступеня тяжкості, включаючи еклампсію.

6. Скласти план розродження вагітної з гіпертензивними станами .
7. Проводити профілактику розвитку пре еклампсії.
8. Призначити і провести комплексне обстеження вагітних з ендокринною патологією.
9. Своєчасно виявляти протипоказання до виношування вагітності у жінок з ендокринною патологією.
10. Передбачити відхилення перебігу вагітності та пологів у жінок з цукровим діабетом, його вплив на стан вагітної, плода і новонародженого.
11. Деонтологічно пояснити вагітній з ендокринною патологією про необхідність своєчасного обстеження і регулярного нагляду її в жіночий консультації, або в спеціалізованих закладах.
12. Деонтологічно та обґрунтовано переконати вагітну з важкою формою цукрового діабету в необхідності переривання вагітності за показаннями у будь-який термін вагітності.
13. Призначити і провести комплексне обстеження вагітних з патологією органів сечовиділення.
14. Своєчасно виявляти протипоказання до виношування вагітності у жінок з патологією органів сечовиділення.
15. Передбачити відхилення перебігу вагітності та пологів у жінок з патологією органів сечовиділення, її вплив на стан вагітної, плода і новонародженого.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

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

Розвинути почуття відповідальності у лікарів-курсантів за правильність дій на етапах обстеження та лікування вагітних

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

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні:</i>		
1. Біологія	Формування механізмів імунологічного захисту організму в процесі еволюції.	
2. Фізіологія	Особливості гемоциркуляторних та адаптаційних змін в організмі вагітної. Механізми розвитку набрякового синдрому, види і ступені коагулопатій, ДВЗ-синдрому. Механізми регуляції водно-електролітного, вуглеводного, жирового, білкового обмінів, кислотно-лужного стану.	Вимірювати артеріальний тиск. Давати оцінку даним клініко-лабораторного дослідження.
<i>Наступні:</i>		

1. Неонатологія	Механізми розвитку гіпотрофії плода та синдрому СДР новонародженого.	Давати оцінку динаміці розвитку гіпотрофії і гіпоксії плода та асфіксії новонародженого.
2. Педіатрія	Віддалені наслідки пре еклампсії, цукрового діабету, ендокринної патології для немовлят.	

V. Зміст теми семінарського 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.

ГІПЕРТЕНЗІЯ 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

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

Транзиторна (минуца) 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 прееклампсією.

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.

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 □140/90 мм рт.ст. до вагітності та/або
- визначення АТ □140/90 мм рт.ст. у стані спокою двічі з інтервалом не менше 4 год. чи □160 □110 мм рт.ст. одноразово у терміні до 20 тижнів вагітності.

Вагітні з хронічною гіпертензією складають **групу ризику** щодо розвитку прееклампсії, 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.

Пр о т и п о к а з а н н я до виношування вагітності (до 12 тижнів):

- тяжка артеріальна гіпертензія (гіпертензія 3 ступеня за ВООЗ) – АТ □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);
- злоякісний 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 підбер'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 **відмінюють**. Препарати, яким притаманний синдром відміни (β -адреноблокатори, клонідин), відмінюють поступово.

У подальшому за вагітною ретельно спостерігають та інформують її про необхідність щоденного самоконтролю АГ 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 периартеріітом, 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 прееклампсії.

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 β -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 короткодійним 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 препаратом (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.

Розродження.

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

У разі приєднання прееклампсії 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 > 160/110 мм рт.ст., причому бажано не знижувати АТ менше 130/90 мм рт.ст. Для лікування гіпертензії під час пологів використовують засоби, безпечні для плода і новонародженого.

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 легень 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.

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.

У вагітних можуть зустрічатися будь-які хвороби серця — від незначного пролапса мітрального клапана, який практично не впливає на перебіг та наслідки вагітності, до синдрому Ейзенменгера, за якого вкрай високим є ризик материнської смерті. Найчастішими клінічно значущими видами кардіологічної патології в акушерській практиці є: вроджені вади серця, набуті вади серця, кардіоміопатії, інфекційний ендокардит. Вагітність у більшості випадків призводить до погіршення перебігу хвороб серця, виникнення ускладнень, яких не було до вагітності (серцева недостатність, аритмії). Кардіологічні ускладнення (аритмії, тромбоемболії, порушення мозкового кровообігу, розшарування аорти) інколи трапляються під час вагітності у раніше здорових жінок. Окрім того, вагітність може спричинити перипартальну кардіоміопатію, що проявляється серцевою недостатністю. Іноді хвороба, що раніше перебігала приховано, вперше клінічно проявляється і відтак діагностується у вагітної.

Розповсюдженість органічних хвороб серця серед вагітних становить 10–20 на 1000.

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.

Тактика ведення вагітності

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 визначити чотири ступені ризику (додаток 1).

Дані, необхідні для адекватної оцінки ступеня ризику вагітності, отримують з медичної документації хворої (амбулаторна карта або докладна виписка з неї, виписки зі стаціонарних історій хвороби) та на підставі обстеження.

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:

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

Інвазивні та радіоізотопні методи дослідження під час вагітності застосовують лише за життєвими показаннями у випадках підготовки до кардіохірургічної операції.

Після обстеження, отримання інформації з попередньої медичної документації та уточнення діагнозу вирішується питання щодо можливості виношування вагітності. За стабільно задовільного стану хворої спостереження проводять амбулаторно.

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/пreeклампсії;
- 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;
- пreeклампсія;
- термін вагітності більше 36 тижнів.

Госпіталізація вагітної із захворюванням серця залежно від ступеня ризику здійснюється у плановому порядку 1–3 рази (див. додаток 2).

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 почастішання 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.

У стаціонарі хворій забезпечують постійне спостереження і надання допомоги акушером-гінекологом і терапевтом (кардіологом).

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.

Інгібітори АПФ спричиняють маловоддя, затримку росту плода, контрактури кінцівок, деформацію обличчя, гіпоплазію легенів, інколи антенатальну загибель плода. Препарати цієї групи більш небезпечні у II половині вагітності, тому, якщо хвора завагітніла, приймаючи інгібітор АПФ, і продовжувала лікування в I триместрі, ризик ушкодження дитини є низьким і питання про переривання вагітності не ставлять.

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.

Протипоказаннями до призначення β-блокаторів є: бронхообструктивний синдром, частота серцевих скорочень < 60/хв., артеріальна гіпотензія (систоличний тиск < 90 мм рт.ст.), атріовентрикулярна блокада II–III ст., синдром слабкості синусового вузла, виражена декомпенсація кровообігу, що потребує активної сечогінної терапії та/або внутрішньовенного введення симпатоміметиків.

Побічні ефекти β-блокаторів під час вагітності — затримка росту плода, брадикардія у плода.

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).

Лікування здійснюють шляхом внутрішньовенної інфузії (на початковому етапі вираженої декомпенсації), сублінгвальним прийомом, букальним застосуванням аерозолу, вживанням таблеток тривалої дії per os.

Основним побічним ефектом, окрім головного болю, є гіпотензія, що може призводити до дистресу плода.

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.

Хворій надають положення сидячи, ноги мають звисати з ліжка униз. Забезпечують постійний доступ до вени.

Призначають інгаляцію зволоженого 100% кисню через маску з додатковим позитивним тиском на видиху (10–15 мм водн.ст.). У разі розгорнутої клінічної картини альвеолярного набряку легенів дихальні шляхи механічно звільняють від пінистої рідини, а кисень пропускають крізь 40% етиловий спирт.

Вводять венулярні вазодилататори. Нітрогліцерин 0,5–1 мг (1–2 табл.) дають сублінгвально 3–4 рази з інтервалом 5 хв. і водночас розпочинають внутрішньовенну інфузію зі швидкістю 0,3–0,5 мкг/кг/хв. Для цього 20 мг нітрогліцерину розчиняють у 200 мл фізіологічного розчину і вводять спочатку по 5–7 крапель/хв., збільшуючи швидкість кожні 3–5 хв. до досягнення стійкого клінічного ефекту (зменшення ціанозу, задишки,

кількості вологих хрипів). Збільшення швидкості слід припинити, якщо систолічний АТ знизився нижче 100 мм рт.ст. або діастолічний — нижче 60 мм рт.ст. Внутрішньовенно болюсно вводять фуросемід 40 мг. За необхідності введення повторюють (по 20–40 мг кожні 30 хв. до загальної дози 100–180 мг).

За наявності сильного кашлю, гіпервентиляції, больових відчуттів вводять морфін 3–5 мг внутрішньовенно повільно (впродовж 3 хв.), повторюючи за необхідності ще 1–2 рази з інтервалами 15 хв. Протипоказаннями до введення морфіну є бронхіальна астма, хронічне легеневе серце, крововилив у мозок.

У разі неефективності проведеного лікування за умови зниженого АТ призначають інотропні засоби групи симпатоміметиків (допамін, добутамін). Інфузію починають з невеликою швидкістю (2–3 мкг/кг/хв.), повільно збільшуючи її до появи клінічного ефекту. Побічна дія симпатоміметиків (більшою мірою допаміну) проявляється тахікардією, аритмією, надмірною гіпертензією, які змушують зменшити швидкість чи припинити інфузію.

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

У випадках, коли набряк легенів поєднується з вираженим бронхоспазмом (сухі хрипи, «свист» у грудній клітці, подовження видиху), вводять теофілін (200–400 мг) внутрішньовенно повільно (10–12 хв.).

Збереження явної гіпоксемії попри проведену терапію є показанням до інтубації трахеї і здійснення штучної вентиляції легенів.

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 хворі 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 електрична кардіоверсія.

У випадках, коли гостра СН супроводжується фібриляцією передсердь, іншими гемодинамічно значущими порушеннями ритму, внутрішньовенно вводять аміодарон (300 мг упродовж 30 хв. з подальшою інфузією до загальної дози 1200 мг/доб).

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 нітроглицерину (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.

Ефективне лікування гострої СН у вагітної чи роділлі можливе лише за умови обрання адекватної лікарської тактики.

а). Якщо набряк легенів розвинувся під час вагітності, незалежно від її терміну зусилля лікарів мають бути спрямовані на ліквідацію цього життєзагрозливого стану. Екстремне переривання вагітності чи екстремне 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. Після повної ліквідації кардіологічного ускладнення, залежно від акушерської ситуації вирішують питання щодо подальшого введення родів. У більшості подібних випадків доцільним є кесарів розтин.

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 аритмій під час вагітності та пологів у цілому не відрізняється від такого поза вагітністю. Проте, відсоток лікувальних невдач та ризик токсичних ефектів антиаритмічних засобів у вагітних вище. Тому призначення цих медикаментів має відбуватися за суворими показаннями, а контроль під час проведення лікування має бути максимально ретельним.

Електрична кардіоверсія та дефібриляція під час вагітності не протипоказані.

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 (етацизин, 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.

Безпечними для плода є стандартний гепарин та низькомолекулярні гепарини (еноксапарин, надропарин кальцію, далтепарин), що можуть застосовуватися без обмежень у будь-які терміни вагітності.

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

Побічні ефекти гепарину у разі тривалого застосування — тромбоцитопенія та остеопороз у матері.

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.

Хірургічне лікування хвороб серця під час вагітності застосовують у плановому (має великі переваги) або екстреному порядку.

Цілковито безпечними для плода та перебігу вагітності є кардіохірургічні втручання, що виконуються без застосування штучного (екстракорпорального) кровообігу. Операції, що потребують штучного кровообігу, часто призводять до самовільного переривання вагітності/передчасних родів або антенатальної загибелі плода.

Окрім торакотомічних операцій, під час вагітності широко застосовують малоінвазивні черезшкірні ендovasкулярні втручання (балонна дилатація, катетерна абляція тощо), імплантацію електрокардіостимулятора та інші прийоми «агресивної кардіології».

Якщо хвороба серця є операбельною, і операція не потребує штучного кровообігу, хірургічне лікування — найкраща альтернатива перериванню вагітності у пізньому терміні.

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.

Особливі умови проведення хірургічного лікування під час вагітності:

проведення медикаментозної профілактики довільного переривання вагітності;
забезпечення ретельного спостереження за станом плода у післяопераційному періоді;
організація спільного нагляду хворої кардіохірургом та акушером-гінекологом.

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.

Якщо операцію на серці проведено в оптимальні терміни, і ефект її гарний, вагітність пролонгують до фізіологічного строку родів і ведуть їх згідно з акушерською ситуацією без укорочення періоду потуг.

Екстрене кардіохірургічне втручання, що має на меті врятування життя хворої, проводять у будь-якому терміні вагітності та під час родів.

Якщо екстрену операцію на серці виконують під час родів, то розродження має бути проведено відразу після операції. Спосіб розродження залежить від акушерської ситуації, і за наявності умов до накладання акушерських щипців виконують цю операцію, за відсутності таких умов — кесарів розтин.

Одночасне проведення операції на серці та кесаревого розтину в плановому порядку не рекомендується. Якщо, з огляду на тяжкий стан хворої, існує високий ризик настання набряку легенів або інших гострих кардіологічних ускладнень, як виключення приймається рішення про одночасне проведення кардіохірургічної та розроджувальної операцій, першим виконують кесарів розтин, потім — операцію на серці.

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.

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 (врожені 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

Роділлеї 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.

Можливі варіанти антибактеріальної профілактики:

- ампіцилін 2 г плюс гентаміцин 1,5 мг/кг;
- цефазолін 2 г;
- цефотаксим 2 г;
- цефтриаксон 2г.

Окрім вищенаведених можуть бути застосовані й інші схеми з використанням різних напівсинтетичних пенцилінів або цефалоспоринів, або глікопептидів у поєднанні з аміноглікозидом, карбапенемів тощо.

Не слід застосовувати будь які антибіотики в комбінації з клавулановою кислотою у зв'язку з ризиком виникнення у дитини некротичного ентероколіту.(С)

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:

аневризма аорти будь-якого генезу;

коарктація аорти;

значна систолічна дисфункція лівого шлуночка (фракція викиду <40%);

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 (див. п. 8.3) 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 родів між теперішніми та наступними пологамі. Хворим груп III та IV ступенів ризику переконливо радять уникати вагітності в майбутньому, пояснюють доцільність постійної контрацепції.

Хворій рекомендують звернутися для індивідуального добору методу контрацепції до Центру планування сім'ї. Докладно пояснюють ризики застосування у разі серцево-судинних захворювань комбінованих оральних контрацептивів та комбінованих

ін'єкційних контрацептивів, депо-медроксипрогестерону ацетату та норетистерону енантату. Водночас пояснюють безпеку чисто прогестинових таблеток (міні-пілі), внутрішньоматкових засобів що містять мідь, бар'єрних методів та сперміцидів.

В процесі консультування також надають інформацію щодо механізму дії, надійності, переваг та недоліків рекомендованих методів контрацепції, можливих побічних ефектів та тривожних ознак. Висвітлюють можливу участь чоловіка/партнера у плануванні сім'ї.

Цукровий діабет і вагітність

Це захворювання, яке характеризується синдромом хронічної гіперглікемії, зумовленою абсолютною недостатністю інсуліну в організмі, коли підшлункова залоза виробляє замалу кількість гормону (цукровий діабет I типу), або відносною його недостатністю, коли знижена чутливість тканин до інсуліну, хоча секреторна функція підшлункової залози не порушена (цукровий діабет II типу). У вагітних можливе виникнення минушого порушення толерантності до глюкози, яке зникає по завершенню вагітності (гестаційний цукровий діабет). Інсулін впливає на всі види обміну речовин, оскільки є анаболічним гормоном, який сприяє утилізації глюкози і біосинтезу глікогену, ліпідів, білків. При інсуліновій недостатності порушується засвоєння тканинами глюкози, збільшується глюконеогенез, виникає гіперглікемія з порушенням усіх видів метаболізму, ураженням судин, нервів і багатьох інших тканин організму.

Під час фізіологічної вагітності вуглеводний обмін змінюється у відповідності до потреб плода в енергоматеріалі (головним чином у глюкозі):

- у I триместрі підвищується чутливість тканин до інсуліну, зменшується рівень глюкози в крові, що пов'язане із зростаючою потребою плода в глюкозі, це може призвести до розвитку гіпоглікемії; тому вагітним, хворим на цукровий діабет, дозу інсуліну зменшують на 1/3;
- з 13 тижня вагітності спостерігається погіршення перебігу хвороби: зростає гіперглікемія, що може призвести до кетоацидозу; потреба в інсуліні збільшується у зв'язку з контрінсулярним впливом плацентарних гормонів;
- з 32 тижня вагітності й до пологів знову можливе покращення перебігу діабету, що пов'язане з підвищенням вживання плодом глюкози, яка потрапляє до нього через плаценту з материнської крові;
- в пологах відбувається значне коливання рівня глюкози в крові, можуть розвиватися гіперглікемія і ацидоз під впливом емоційних впливів (біль, страх) або гіпоглікемія як наслідок фізичної роботи; після пологів рівень глюкози в крові на короткий період знижується, а потім поступово підвищується, сягаючи на 7–10 день післяпологового періоду рівня, який був у жінки до вагітності.

Розрізняють 3 ступені тяжкості цукрового діабету:

- 1 ст. (легкий) – гіперглікемія не перевищує 7,7 ммоль/л (норма – 5,5 ммоль/л), немає ознак кетозу; нормалізація рівня глюкози в крові може бути досягнута за допомогою дієти;
- 2 ст. (середній) – гіперглікемія <12,7 ммоль/л, немає ознак кетозу; потрібне лікування інсуліном у дозах, які не перевищують 60 ОД/добу;
- 3 ст. (тяжкий) – гіперглікемія >12,7 ммоль/л, кетоацидоз, мікроангіопатії, для нормалізації глюкози в крові доза інсуліну – більше 60 ОД/добу.

Можливі ускладнення вагітності при цукровому діабеті

Під час вагітності – передчасне переривання вагітності (зустрічається в 15–30% випадків), преєклампсія (30–50% випадків), багатоводдя (20–30%), запальні захворювання сечовивідних шляхів (до 16%), плацентарна недостатність.

З боку плода – аномалії розвитку (8%), великий та гігантський плід, дистрес плода, антенатальна смерть плода (24%), високий рівень ранньої дитячої смертності (до 10%).

Ускладнення в пологах: передчасний розрив плодових оболонок, слабкість пологової діяльності, клінічно вузький таз, травми пологових шляхів, дистрес плода, акушерські кровотечі; в післяпологовому періоді – підвищений рівень післяпологових септичних захворювань.

Лікування цукрового діабету під час вагітності

Мета лікування цукрового діабету під час вагітності – максимально повна і стійка компенсація вуглеводного метаболізму. За лабільного перебігу діабету припускається глікемія наще – до 6,1 ммоль/л, через годину після їди – до 8,5 ммоль/л.

В основі лікування лежить дієта та інсулінотерапія:

- дієта: добова калорійність раціону – 30–35 ккал/кг ідеальної маси тіла; якісний склад добового раціону: білки 25–30% калорійності; вуглеводи – 45–50%; жири – 30%.
- інсулінотерапія: середня добова доза: I триместр – 0,5–0,6 ОД/кг, II триместр – 0,7 ОД/кг, III триместр – 0,8 ОД/кг.

Доношування вагітності допустиме при неускладненому перебігу вагітності й відсутності ознак дистресу плода. Розродження – з 36 до 38 тижнів вагітності. Вибір методу розродження залежить від перебігу цукрового діабету, стану матері, стану плода і його розмірів.

Розродження

Ведення пологів через природні пологові шляхи є оптимальним варіантом, але при цьому необхідно враховувати розміри таза і плода (може виникати клінічна невідповідність), можливість значних травм пологових шляхів матері і плода (переломи ключиці, внутрішньочерепні травми). Пологи слід вести в присутності ендокринолога, з адекватним знеболенням, корекцією пологової діяльності при виникненні слабкості пологових сил, не форсувати виведення плечиків, профілактика кровотечі в III і ранньому післяпологовому періодах, профілактика післяпологових інфекційних захворювань, лактаційного маститу та гіпогалакції.

Показання до планового кесаревого розтину:

- "свіжі" крововиливи у сітківку;
- прееклампсія середньої тяжкості чи тяжка;
- дистрес плода;
- тазове передлежання;
- маса плода >4000 г.

Захворювання наднирників і вагітність

Під час вагітності підвищується функція наднирникових залоз, але велику роль в обміні стероїдних гормонів під час вагітності відіграють наднирникові залози плода, які утворюються на 31 день ембріогенезу. До 16 тижнів вагітності наднирникові залози досягають найбільших розмірів і переважають розміри нирок. АКТГ починає виділятися гіпофізом з 9-11 тижнів вагітності. Вже в I триместрі вагітності розпочинається стероїдогенез в наднирникових залозах плода. Головним продуктом наднирників плода є дегідроепіандростерон, який використовується для біосинтезу естріолу в плаценті. Для цього плід споживає плацентарний прогестерон, а з нього в наднирникових залозах утворюються кортикостероїди, необхідні для гомеостазу плода.

При гіперфункції наднирникових залоз розвивається хвороба Іценко-Кушінга, при цьому гіпоталамус виділяє в підвищеній кількості кортикотропін релізінг фактор, що призводить до гіперпродукції гіпофізом АКТГ, який в свою чергу стимулює кору наднирників і збільшується секреція кортикостероїдів. Це часто виникає при базофільній аденомі гіпофізу. Захворювання досить важке. Буває і синдром Іценко-Кушінга, коли розвиваються пухлини кори наднирників: глюкостероми (пухлина пучкового шару), або глюкоандростероми (пучкового і сітчатого шарів). При цих захворюваннях підвищується секреція кортизолу, що призводить до зміни обмінних процесів (іде розщеплення білків, жирів, переводячи їх у вуглеводи, що призводить до розвитку стероїдного діабету, остеопорозу), вимиваються солі Са з кісток, атрофія шкіри та ін. Утворюється жирова

тканина, яка відкладається на череві, обличчі, плечовому поясі. Вагітність рідко настає при цій патології, але інколи ця хвороба проявляється під час вагітності і пов'язана з несприятливим перебігом вагітності (важкі форми нефропатії, кровотечі під час вагітності, при пологах, післяпологові інфекційні захворювання).

При загостренні хвороби вагітність несприятливо впливає на перебіг хвороби, шкодить здоров'ю матері і плоду. Вже в ранні терміни вагітності підвищується АТ, що призводить до розвитку ФПН і внутрішньоутробної загибелі плоду, а у вагітної розвиваються важкі ускладнення з боку серцево-судинної системи, крововиливи в життєво важливі органи. Лише при стійкій ремісії вагітність перебігає без ускладнень.

Ускладнення:

1. Передчасне переривання вагітності, особливо характерні викидні в 23-25 тижнів вагітності.
2. Гестози, особливо пізні, розвиваються рано у кожній третій вагітній і перебігають з вираженим гіпертензивним синдромом, протеїнурією, набряками.

При пологах розвивається слабкість пологової діяльності, яка погано піддається лікуванню, супроводжується виникненням прееклампсії, внутрішньоутробної гіпоксії плода і навіть викликає його інтранатальну загибель.

Новонароджені діти знаходяться у важкому стані, так як біля 10% із них – глибоко недоношені, у 17% спостерігається вроджена гіпотрофія.

Ведення вагітності:

1. Вагітна повинна знаходитись під наглядом акушера і ендокринолога.
2. Вагітність можна дозволити лише при глибокій ремісії захворювання.

Дієта з обмеженням солі і вуглеводів, багато вітамінів.

При виникненні ускладнень – госпіталізація і їх лікування (гіпотензивні препарати, діуретики, протисудомні тв ін.).

Хронічна недостатність функції наднирникових залоз і вагітність

Розвивається при двохсторонньому видаленні наднирників, а також у жінок, які тривалий час вживали кортикостероїди (при бронхіальній астмі, склеродермії, захворюваннях крові).

При даній патології знижена продукція кортизолу і альдостерону.

Недостатність глюкокортикоїдів призводить до адинамії, серцево-судинних порушень, шлунково-кишкових розладів, до спонтанної гіпоглікемії. Недостатність альдостерону призводить до порушення сольового обміну, дегідратації і гіпотонії. Недостатність продукції кортизолу і альдостерону призводить до підвищення продукції АКТГ і меланостимулюючого гормону гіпофізу, що призводить до гіперпігментації шкіри, зменшення ваги, гіпотонії, нападів болі в череві, нервово-психічним розладами.

Несприятливим симптомом розвитку захворювання є виникнення адісонового кризу. Цьому сприяють інфекційні захворювання, інтоксикації, психічні травми, хірургічні втручання, вагітність і пологи. При цьому розвивається дегідратація, судинні колапси, порушення роботи нирок.

Материнська смертність при хронічній наднирниковій недостатності сягає 80%. При вагітності і хронічній наднирниковій недостатності визначають 3 критичних періоди:

I період – ранні терміни вагітності, коли загальний стан вагітної різко погіршується, нерідко у них розвивається ранній гестоз, який ускладнює перебіг захворювання.

II період – пологи, коли необхідно мобілізувати захисно-приспосовні механізми і виникає потреба в підвищенні секреції кортикостероїдів.

III період – ранній післяпологовий, коли з організму жінки виділяються плід і плацента, як активні гормональні комплекси. Крім того, в першу добу збільшується діурез, що призводить до втрати води і солі і тому нерідко в цей період розвивається адреналовий криз.

В II половині вагітності стан вагітної покращується завдяки функції надниркових залоз плоду, але можуть розвиватися пізні гестози, пов'язані з передозуванням стероїдних гормонів.

Вагітність при цьому захворюванні пролонгується на 10-12 днів, що пов'язують зі зниженням синтезу естрогенів.

При вагітності і хронічній наднирниковій недостатності дуже важливо проводити замісну гормональну терапію.

В I половині вагітності призначають преднізолон по 10-15 мг/добу і Докса по 5 мг в/м через 2 дні.

В II половині вагітності дозу преднізолону зменшують до 5 мг і відмінюють ін'єкції ДОКСА.

Дієта – сіль до 10,0 в день, обмеження солі К. Аскорбінова кислота до 1 г на добу.

Пологи вести консервативно, не допускати затяжних пологів, проводити знечулення, профілактику кровотечі. Оперативні втручання проводити лише за акушерськими показаннями.

В I періоді пологів преднізолон збільшити до 75 мг, ДОКСА – 5 мг, слідкувати за АТ. Преднізолон по 75 мг і ДОКСА вводити кожних 5-6 годин, при зниженні АТ до 110/70 мм.рт.ст. дозу гормональних препаратів збільшити.

В/в крапельно вводять 500 мл 0,9% розчину хлориду натрію, 1 мл 0,06% розчину корглікону і 10 мл 5% розчину аскорбінової кислоти.

В разі підготовки до операції за 1 добу назначити 50 мг гідрокортизону в/м 3 рази на протязі дня. Вранці, в день операції, в/м вводять 75 мг гідрокортизону, а в ході операції продовжують вводити 75-100 мг водорозчинного гідрокортизону.

В перші дні після пологів проводиться така ж терапія, як і під час пологів. Починаючи з 3 дня дозу гормональних препаратів зменшують (гідрокортизон по 50 мг через 8 годин і Докса 5 мг 1 раз в день).

На 5-6 день – гідрокортизон по 50 мг x 2 рази на день і преднізолон 10-15 мг.

На 7-8 день гідрокортизон 50 мг вранці і 10-15 мг преднізолону.

Новонародженим з ознаками надниркової недостатності призначають гідрокортизон по 5-7,5 мг в/м 2 рази на день. Доза гідрокортизону зменшується на 5-6 день, коли стан дітей нормалізується.

ЗАХВОРЮВАННЯ НИРОК І СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ І ВАГІТНІСТЬ

Захворювання нирок у вагітних зустрічається у 5,12% випадків (пієлонефрит у 10%, гломерулонефрит 0,5-0,1%, аномалії розвитку нирок і туберкульоз 0,1-0,5%).

Пієлонефрит – запальний процес з переважним ураженням інтерстиціальної тканини та ниркових мисочок. Під час вагітності розвивається гостра форма і може бути загострення хронічної форми, яка виникає в дитинстві або в період статевого дозрівання. Збудниками являються: кишкова паличка (30%), протей (20%), стафілокок непатогенний (27%), синьогнійна паличка (5-8%), асоціації мікробні (+ ентерококи, клабсієла (18%)). Шляхи інфікування: гематогенний, лімфогенний, при інструментальних втручаннях та каналікулярний.

Безсимптомна бактеріурія - наявність в 1 мл середньої порції сечі мікроб-них збудників у кількості $\geq 10^5$ (100 000) колоній утворюючих одиниць (КУО) за відсутності будь-яких клінічних проявів. Можлива також лейкоцитурія (не обов'язково).

Класифікація – гострий пієлонефрит, що розвивається під час вагітності; хронічний пієлонефрит, захворювання має місце до вагітності і найчастіше в дитинстві, інколи часто дає рецидиви в пубертатному періоді після початку статевого життя і під час вагітності; безсимптомна бактеріурія, що має місце у 5-10% вагітних, перебігає безсимптомно, але в сечі визначається більше 100000 бактерій в 1 мл сечі. Деякі розглядають цю форму, як передстадію пієлонефриту.

Клініка.

Симптоми: гострого пієлонефриту: підвищення температури тіла до 38-39°C,

знобіння, загальна слабкість, аденамія, інтоксикація, пульс і дихання прискорені, біль у попереку, дізурія. При хронічній стадії всі ці ознаки менш виражені (тупий біль у поперековій ділянці, дизурія, субфебрильна температура, головний біль, загальна втомлюваність).

Об'єктивно: блідість шкіряних покривів, язик сухий, пульс прискорений, температура підвищена, позитивний симптом Пастернацького.

Діагностика: скарги вагітної, анамнез, об'єктивне обстеження і додаткові методи обстеження: аналіз крові – лейкоцитоз нейтрофільний, зсув вліво лейкоцитарної формули, аналіз сечі: лейкоцитоурія (кількість лейкоцитів більше 8 в п/з), піурія – лейкоцити на все поле зору, сеча каламутна; бактеріурія – нейтрофільні лейкоцити, якщо при бактеріологічному дослідженні знаходять 100000 мікробних тіл в 1 мл і немає клінічних проявів, то це безсимптомна бактеріурія і в 40% вагітних вона переходить в клінічно виражений пієлонефрит. При хронічному пієлонефриті рано порушується концентраційна функція нирок, що розпізнається при проведенні проби Зимницького, розвивається гіпостенурія (відносна щільність сечі менше 1015). В таких випадках слід в сечі визначати рівень сечовини в крові, так як хронічний пієлонефрит може призвести до уремії. Хронічний пієлонефрит тривалого перебігу призводить до розвитку нефрогенної гіпертонії, в тому числі і до злоякісної. Загострення спостерігається на 22-28 тижні вагітності. Клінічна картина може нагадувати грип, апендицит, холецистит.

Ускладнення вагітності: пізні гестози (40%). Передчасні пологи (30%), інфікування плоду (везикульоз, гнійно-септичні захворювання). Перинатальна смертність 150-190‰.

Ускладнення при пологах: несвоєчасний вилів навколоплідних вод, слабкість пологової діяльності, гіпертензивний синдром, кровотечі в III і ранньому післяпологовому періоді; після пологів – інфекційно-септичні захворювання (метроендометрит, пельвіоперитоніт, мастити, післяпологові виразки).

Ведення вагітності

Визначають III ступені ризику:

I ступінь ризику - пієлонефрит, який виникає під час вагітності.

II ступінь ризику – хронічний пієлонефрит, який був до вагітності.

III ступінь ризику – пієлонефрит з гіпертензією, азотемією, пієлонефрит однієї нирки. При III ступені ризику вагітність протипоказана.

Вагітним в I і II групи ризику можна дозволити виношування вагітності, вони повинні бути на обліку у нефролога і перинатолога, контроль сечі кожних 2 тижні, а в період між 22 і 28 тижнями – 1 раз на тиждень.

Вагітних з загостренням пієлонефриту обов'язково госпіталізувати в стаціонар (нефрологію чи у ВПВ) незалежно від терміну. При хронічному навіть без загострення – планова госпіталізація в нефрологію до 10 тижнів вагітності з метою обстеження (аналіз сечі, проба Зимницького, Нечипоренко чи Аддіс-Каковського, сечовина, креатинін крові та ін.). При пробі Нечипоренко в 1 мл сечі визначається лейкоцитів більше 4000, еритроцитів більше 1000, циліндри (по Аддіс-каковського в 1 мл/доб). Лейкоцитів більше 300000, еритроцитів більше 2000000, циліндрів більше 2000. Якщо в сечі лейкоцитів 15-20 при нейтральній реакції необхідно зробити засів сечі і якщо мікробів більше 10⁵ в 1 мл – провести курс протизапальної терапії.

Друга планова госпіталізація в 22-28 тижні вагітності і обов'язкове обстеження нефрологом, окулістом. Третя госпіталізація за 2-3 тижні до пологів з метою підготовки її до пологів у ВПВ.

Обстеження вагітних з захворюванням нирок:

1. Аналіз крові.
2. Аналіз сечі.
3. Проба Нечипоренко.
4. Проба Зимницького.
5. Бакзасів сечі і визначення чутливості флори до антибіотиків.

6. Креатинін крові.
7. Залишковий азот.
8. Білок і білкові фракції .
9. Хромоцистоскопічно.
10. Екскреторна урографія при необхідності.

Лікування: в I триместрі – пеніцилін по 800000-1000000 од через 6 годин; або ампіцилін 500 мг в/м 4 рази в день; З II триместру можна призначати – пеніцилін, ампіцилін, цефтріаксон по 1,0 двічі на добу на протязі 7-10 днів. Невіграмон по 2 капсули 4 рази в день 4 дні, потім неграм по 1 капсулі 4 рази в день. Фурагін 0,1 4 рази в день, потім по 0,1x3 рази в день 10 днів. Уросульфан 0,5 3-4 рази в день 12-14 днів. Пити екстракт з клюкви (в ньому багато бензоната Na, який під впливом гліцина переходить в гіпурову кислоту, виділяється нирками). Канефрон по 2 табл. тричі на добу незалежно від терміну вагітності.

Пологи ведуться *per vias naturales*.

В післяпологовому періоді призначають ті препарати, що і під час вагітності за виключенням еритроміцину, який переходить в молоко.

За показаннями (блок нирки) проводять катетеризацію нирки (stent) і подовжують антибактеріальну терапію. Якщо катетеризація не дає ефекту, стан вагітної не покращується – операція, об'єм якої вирішується на операційному столі – декапсуляція нирки, резекція її чи нефректомія. Переривання вагітності в будь-якому терміні вагітності не покращує перебіг гострого пієлонефриту.

При вираженій інтоксикації вводять білкові препарати (альбумін, протеїн, сорбілакт, реосорбілакт).

Десенсибілізуючі засоби (димедрол, супрастин, піпільфен).

Спазмолітики (баралгін по 5 мл в/м, авісан по 0,05 *per os*, цистенал по 3-4 краплі, но-шпа по 2 мл, або папаверин 2% по 2 мо в/м)

Клінічне значення наявності безсимптомної бактеріурії у вагітної та можливість попередження/лікування її наслідків

Інфекція	Клінічні прояви у вагітної	Клінічна значущість для плода/новонародженого	Тактика лікаря при веденні вагітної
Безсимптомна бактеріурія	Проявів немає. Можливий перехід в маніфестну інфекцію сечових шляхів – гострий цистит, гострий пієлонефрит. Високий ризик передчасних пологів.	Затримка росту плода Недоношеність Мала маса новонародженого	Скринінг усіх вагітних при взятті на облік – бактеріологічне або двократне мікроскопічне дослідження сечі або визначення нітритів в сечі. Антибіотикотерапія пероральною однократною дозою (фосфоміцину трометамол) або упродовж трьох днів (напівсинтетичні пеніциліни, цефалоспорини, нітрофураетолін). Контроль бактеріурії – через 1 місяць.

Гломерулонефрит

Зустрічається рідко у 0,1-0,2% вагітних, але являється найбільш небезпечним захворюванням, так як ускладнення при цьому зустрічаються дуже часто.

Гломерулонефрит – це інфекційно-алергічне захворювання з враженням клубочків і каналців нирок, визивається β-гемолітичним стрептококом гр. А 12 типу.

Гломерулонефрит розвивається через 10-15 днів після ангіни, скарлатини, стрептококової

підермії. Рідко зустрічається неінфекційний гломерулонефрит, який розвивається після прививок, вакцинацій.

Класифікація. Гломерулонефрити бувають гострі і хронічні, але частіше зустрічаються хронічні форми.

Клініка захворювання розвивається поступово: виникає слабкість, головна біль, пастозність м'яких тканин, підвищення артеріального тиску, з'являється гематурія, підвищується рівень антистрептолізину, антигіалуронидази.

Перебіг гломерулонефриту під час вагітності: настає загострення хронічного гломерулонефриту, що можливо пов'язано з підвищенням глюкокортикоїдів під час вагітності. Хронічний гломерулонефрит може перебігати в таких формах:

1. Гіпертонічна: підвищення АТ, гематурія, протеїнурія, зміна очного дна (у 7%).
2. Нефротична: протеїнурія 10-30 г/л, набряки, гіперемія.
3. Змішана: гіпертонія, протеїнурія 1-3-6 г/л, підвищення АТ, набряки, може бути еклампсія.
4. Латентна – мікропротеїнурія, мікрогематурія, циліндри, нормальний АТ, набряків немає, інколи при цій формі спостерігається макрогематурія, тоді приходиться проводити диференційний діагноз з пухлиною нирок.

Всі форми рано чи пізно переходять в термінальну стадію – хронічну уремію.

Перебіг вагітності при гломерулонефриті. Вагітність для таких хворих дуже небезпечна, по-перше загострюється саме захворювання, по – друге майже у 40% при вагітності розвивається пізній гестоз, який важко перебігає, погано піддається лікуванню, часто бувають напади еклампсії і внутріутробна смерть плода. Передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти з коагулопатичними кровотечами, що нерідко призводить до гибелі породілі. У 1/7 вагітних пологи розпочинаються передчасно. Гіпотрофія плода.

Особливо несприятливі для вагітності – гіпертонічна хвороба і змішана форма гломерулонефриту і найбільш сприятлива – латентна форма.

Виділено 3 групи ризику вагітних хворих на гломерулонефрит.

До I групи ризику відносять вагітних з латентною формою гломерулонефриту.

До II групи ризику – вагітні з нефротичною формою.

До III групи ризику – вагітні з гіпертонічною і змішаною формою, з гострим і загостреним хронічним гломерулонефритом, а також з якою формою, яка перебігає з нирковою недостатністю.

Ведення вагітності

Вагітні з гломерулонефритом повинні до 12 тижнів вагітності бути госпіталізовані в нефрологічне відділення, для ретельного обстеження вирішування питання про можливість зберегти вагітність. Вагітність можна дозволити хворим з латентною формою (2/3 вагітних). Пізні гестози у них виникають в 20%, але піддаються лікуванню.

При нефротичній формі спостерігаються сильні набряки, їх лікують сечогінними препаратами, вливанням білкових препаратів. Вони 3 рази повинні бути в стаціонарі за час вагітності. Якщо набряки, протеїнурія і гематурія зменшуються, то вагітність можна продовжувати.

При III ступені ризику вагітність протипоказана, так як нерідко вже під час вагітності може розвинути ниркова недостатність, не кажучи про такі ускладнення, які виникають як важка форма нефропатії, нерідко прееклампсія і еклампсія, передчасне відшарування плаценти, антенатальна смерть плода.

Лікування. Дієта: білкова, при нефротичній формі її треба збільшити до 2г/кг, зменшити прийом NaCl до 5 г, води до 800 мг за день.

Симптоматичне лікування: гіпотензивні препарати, діуретики, білкові препарати.

Сечокам'яна хвороба

Зустрічається в 0,15-0,3% і під час вагітності частішають напади сечокам'яної коліки. Цьому сприяють розширення і гіпотонія ниркових мисок, сечоводів і сечового

мішура, приєднання інфекції, сечові камінці починають міграцію і стан кожної третьої хворої під час вагітності погіршується.

Ускладнення перебігу вагітності:

1. Попередує переривання вагітності.
2. Виникнення пієлонефриту за рахунок травми слизової оболонки сечовивідних шляхів і приєднання інфекції.
3. Пізній гестоз.
4. Перинатальна смертність досягає 50%.
5. Гідронефроз, якщо спостерігається повна перекриття сечовода великим камінцем.

Неускладнена сечокам'яна хвороба не впливає на перебіг вагітності. Переривання вагітності показано лише при нирковій недостатності, або при поєднанні з важкою формою гестозу.

Пологи у більшості роділь перебігають без ускладнень.

Лікування: відварене м'ясо, риба 2-3 рази в тиждень, яблука, абрикоси, кавуни, відвари чорної смородини. Спазмолітики: папаверин 2% по 2 мл, но-шпа по 2 мл, платифілін 0,2% по 2 мл, баралгін по 5 мл в/в, атропін, промедол, морфій не бажано. В деяких випадках коліку вдається купувати препаратами, які вибірково розширюють мускулатуру сечовода (цистеналом по 20 крапель на кусок цукру під язик, а при повторних нападах по 20 крапель 3 рази в день під час їжі, або після їжі); авісан 0,1 по 2 таб. підся їжі, або по 0,05-0,1, 3-4 рази в день, канефрон по 2 табл. тричі на добу до 3 тижнів.

Теплі ванни і грілки при вагітності протипоказані. Якщо напади коліки не купуються медикаментозними препаратами то проводять катетеризацію нирки (stent), якщо катетер не можливо провести в сечоводи – ставиться питання про оперативне лікування. Показання для операції:

1. Анурія, визвана закупоренням сечовода.
2. Септичний стан хворої при пальпульозному пієлонефриті.
3. При пієонефрозі.

Гідронефроз і вагітність

Інколи розвивається гідронефроз, коли сечовід здавлюється вагітною маткою, але частіше гідронефроз буває до вагітності і перебігає безсимптомно. Вагітні скаржаться на тупі болі в попереку, в зв'язку з венозним застоєм часто виникає гематурія, інколи ниркові коліки (якщо камінець перекриває відток сечі), інколи піїурія, бактеріурія, зміни формули крові.

Діагностика – УЗД, хромоцископ, катетеризація сечоводів.

Ускладнення під час вагітності:

1. Збільшена нирка може заважати нормальним пологам.
2. Може розірватися нирка під час пологів.
3. Запалення гідронефротичної нирки.
4. Ниркова недостатність при двосторонньому ураженні.
5. Ускладнення гідронефрозу пієлонефритом або пієонефрозом.
6. Пізні гестози у 10-15%.
7. Перинатальна смертність 0,5%, незрілі діти народжуються у 15%.

Якщо гідронефроз з'являється під час вагітності, то непотрібно спішити з її перериванням, необхідно вагітну обстежити.

Переривання вагітності показано:

1. При двохсторонньому гідронефрозі.
2. Гідронефроз однієї нирки, якщо навіть функція її збережена.
3. При односторонньому гідронефрозі, що супроводжується азотемією, або пієлонефритом, який погано піддається лікуванню.

VI. План та організаційна структура семінарського заняття

№ п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1. 2. 3. 4.	<p>Підготовчий етап</p> <p>1. Організаційні заходи.</p> <p>2. Визначення актуальності теми.</p> <p>3. Визначення навчальних цілей.</p> <p>4. Забезпечення позитивної мотивації.</p>	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	<p>Основний етап</p> <p>Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом:</p> <p>1. Особливості ведення жінок з екстрагенітальною патологією</p> <p>2. Гіпертензивні розлади</p> <p>3. Класифікація, діагностика, лікування, ведення вагітності під час гіпертензивних розладів</p> <p>4. Класифікація, діагностика, лікування, ведення вагітності під час ендокринних розладів</p>	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.
1. 2. 3.	<p>Заключний етап</p> <p>1. Підбиття підсумків, загальні висновки</p> <p>2. Відповіді на можливі запитання.</p> <p>3. Завдання до наступного семінару.</p>	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	10 хв.

VII. Матеріали методичного забезпечення

Місце проведення заняття: навчальна кімната, палата патології вагітних, кабінет функціональної діагностики.

Оснащення: Для проведення заняття підготувати 3-5 вагітних з різними формами екстрагенітальної патології, історії вагітності і пологів, необхідні аналізи, таблиці

Рекомендована література(навчальна,наукова)

1. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
2. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
3. Наказ №676 МОЗ України від 31.12.2004 р. "Про затвердження клінічних протоколів з акушерства та гінекології". 2004.
4. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии/ Под ред. В.Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2007. - 1027 с.
5. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.

6. Сидорова И.С. Течение и ведение беременности по триместрам. -М.: ООО МИА, 2007. - 304 с.
7. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных.- М.: Триада-Х, 2003.- 816 с.
8. 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.

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. Цукровий діабет – патологія вуглеводного обміну.
4. Діагностика, клініка і лікування цукрового діабету у вагітних.
5. Протипокази до продовження вагітності у хворих цукровим діабетом.
6. Акушерські ускладнення у вагітних з цукровим діабетом.
7. Гіпертиреоз, гіпотиреоз і вагітність.
8. Які ускладнення вагітності і пологів при гіпер і гіпотиреозі.
9. Ведення вагітності і пологів при захворюваннях щитовидної залози.
10. Особливості перебігу вагітності і пологів при хворобі Іценко-Кушінга, та хронічній наднирниковій недостатності.
11. Особливості ведення пологів при наднирниковій патології.
12. Дати визначення: пієлонефриту, гломерулонефриту, сечокам'яної хвороби.
13. Етіологія: пієлонефриту, гломерулонефриту, гідронефрозу.
14. Класифікація захворювання нирок у вагітних.
15. Клініка: пієлонефриту (різних форм), гломерулонефриту (різних форм), сечокам'яної хвороби, гідронефрозу.
16. Визначення групи ризику: при пієлонефриті, гломерулонефриті.
17. Особливості перебігу захворювання нирок у вагітних.
18. Особливості перебігу вагітності при захворюваннях нирок.
19. Особливості перебігу пологів при захворюванні нирок.
20. Особливості ведення вагітності, пологів, післяпологового періоду, періоду новонародженості при захворюваннях нирок.
21. Лікування захворювання нирок при вагітності і в післяпологовому періоді.

Тестові завдання:

1 Під час вагітності з боку кишечника відмічається гіпотонія. Так чи ні?

А Так.

Б Ні.

2 На який із ендокринних органів зменшується навантаження у другій половині вагітності?

А Гіпофіз.

Б Надниркові залози.

В Щитовидна залоза.

Г Яєчники

Д Немає правильної відповіді.

3 Чим пояснюється печія при вагітності?

А Езофагітом.

Б Гострим гастритом.

В Затримкою випорожнення шлунка.

Г Гастродуоденальним рефлюксом.

Д Немає правильної відповіді.

4 Під час фізіологічної вагітності концентрація цукру в крові:

А Залишається незмінною.

Б Знижується.

В Підвищується.

5 Вуглеводи від матері до плода потрапляють у вигляді:

А Глікогену.

Б Глюкози.

В Немає правильної відповіді.

Ситуаційні задачі:

Скласти план профілактики ускладнень та реабілітації при гіпертензії у вагітної. . У вагітної 23 років в термін 15 тижнів скарги на млявість, сонливість, зниження пам'яті, сухість шкіри, випадання волосся, ламкість нігтів, завзяті запори, мерзлякуватість, біль у м'язах, кровоточивість ясен, руйнування зубів. Відзначається блідість шкіри, набряклість, уповільнена мова, повільність рухів, хрипкий голос, ЧСС -52-60 уд за хвилину.

Який попередній діагноз? Яке обстеження треба призначити?

5 тижнів. Гіпотиреоз? Призначити - визначення рівня ТТГ, тиреоїдних гормонів та антитиреоїдних антитіл в крові..

Вагітна 24 років, вагітність I, 39-40 тижнів, головне передлежання. I період пологів.

Загострення хронічного пієлонефриту. Акушерська ситуація: шийка матки згладжена, розкриття 5 см, плодовий міхур цілий. Голівка плода притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плоду ясне, ритмічне, 145-150 уд. за хв.

Який оптимальний метод розродження?

Методичну рекомендацію семінарського заняття підготувала ас. кафедри акушерства і гінекології № 2 Тарановська О.О.

5.01.2017

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

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

Методична рекомендація переглянута; доповнення та зміни внесені „_____” _____201__р.

