

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

**ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ.
ПЛАН ОБСТЕЖЕННЯ.
СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ
ТА ПРОФІЛАКТИКИ У ЖІНОК
ІЗ РОЗЛАДАМИ ФУНКЦІЇ
ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ**

*Методичні вказівки
для підготовки студентів VI курсу
до державної атестації*

Затверджено
вченою радою ХНМУ.
Протокол № 12 від 21.12.2017.

**Харків
ХНМУ
2018**

Ведення вагітності, пологів. План обстеження. Сучасні методи лікування та профілактики у жінок із розладами функції ендокринної системи : метод. вказ. для підготовки студентів VI курсу до державної атестації / упоряд. М. О. Щербина, О. П. Липко, І. Ю. Плахотна. – Харків : ХНМУ, 2018. – 24 с.

Упорядники М. О. Щербина
 О. П. Липко
 І. Ю. Плахотна

I. Ведення вагітності, пологів. План обстеження та сучасні методи лікування та профілактики у жінок із цукровим діабетом

Матеріальне та методичне забезпечення теми

Місце проведення заняття: палати відділення патології вагітних, кабінет функціональної діагностики, пологовий зал, навчальна кімната.

Обладнання: акушерські фантоми, ляльки, тази, таблиці, слайди, відеоплівки, дані УЗД. Проводиться клінічний розбір вагітних або породіль із цукровим діабетом. За відсутності таких вагітних вивчаються історії пологів.

Обґрунтування теми

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

Мета заняття

Планувати тактику ведення вагітності та пологів при ЦД; планувати та надавати акушерську допомогу при ускладненнях, спричинених цим захворюванням.

Знати:

- визначення ЦД, гестаційного діабету;
- взаємний вплив вагітності та ЦД;
- фактори ризику розвитку гестаційного діабету;
- визначення та ознаки діабетичної фетопатії;
- протипоказання до доношування вагітності на тлі ЦД;
- зміни обміну речовин при ЦД;
- скринінг на гестаційний діабет;
- принципи діагностики, лікування, інсулінотерапії ЦД;
- ведення вагітності у хворої на гестаційний діабет;
- ведення пологів у вагітних, хворих на гестаційний діабет та ЦД.

Вміти:

- виявляти жінок групи ризику щодо розвитку гестаційного діабету;
- проводити скринінг на гестаційний діабет;
- складати план ведення вагітних із групи ризику щодо розвитку гестаційного діабету;
 - складати план спостереження та догляду за вагітною із гестаційним діабетом, цукровим діабетом;
 - виявляти протипоказання до доношування вагітності на тлі цукрового діабету;
 - визначати показання до госпіталізації;
 - виявляти ускладнення ЦД;
 - надавати НД при розвитку ускладнень ЦД.

Оволодіти навичками:

- ставити попередній діагноз передгестаційного та гестаційного діабету;
- скласти план ведення вагітності та пологів при діабеті;
- виконувати та інтерпретувати результати акушерського дослідження;
- планувати та надавати акушерську допомогу при ускладненнях, спричинених ЦД.

Базові знання

Цукровий діабет (ЦД) – це ендокринне обмінне захворювання, в патогенетичній основі якого лежить абсолютна або відносна недостатність інсуліну, яка призводить до порушення вуглеводного, жирового та інших видів обміну речовин, ураження всіх органів і тканин.

Вплив ЦД на перебіг вагітності:

Класифікація

- 1) за типами:
 - тип I;
 - тип II;
- 2) за ступенем тяжкості:
 - легкий;
 - середній;
 - тяжкий;
- 3) за станом компенсації:
 - компенсація;
 - субкомпенсація;
 - декомпенсація.

Додатково до цього запропоновано виділяти дві форми ЦД, що спостерігаються при вагітності:

- передгестаційний (ПЦД I і II типу; наявний до вагітності);
- гестаційний (ГЦД, що розвивається під час вагітності).

Вплив ЦД на перебіг вагітності: високий ризик розвитку пізніх гестозів, збільшення частоти невиношування вагітності, багатоводдя, виникнення запальних захворювань сечових і статевих органів.

Вплив вагітності на перебіг ЦД: схильність до розвитку кетоацидотичних станів, виникнення гіпоглікемічних реакцій, прогресування діабетичної нефропатії, розвиток проліферативної ретинопатії, підвищення ризику діабетичної коми.

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

Протипоказання до доношування вагітності на тлі ЦД:

- наявність виражених судинних ускладнень;
- інсулінорезистентний діабет зі схильністю до кетоацидозу;
- ЦД у матері і батька одночасно;
- поєднання діабету та резус-сенсibiлізації в жінки;
- поєднання діабету та активного туберкульозу легень;
- наявність в анамнезі вагітних повторних випадків смерті плода або народження дітей із вадами розвитку;
- діабетична нефропатія IV або V стадії;
- прекоматозний стан у I триместрі;
- ювенільний ЦД, ускладнений ангіопатією.

Діабетична фетопатія – це комплекс негативних проявів у новонароджених, матері яких страждають на ЦД.

Ознаки діабетичної фетопатії:

- вроджені вади розвитку: нерівномірність розвитку різних органів і систем;
- гіпоглікемія, гіпербілірубінемія, поліцитемія;
- респіраторний дистрес-синдром;
- великі розміри тіла новонароджених;
- пастозність унаслідок збільшення вмісту жирів;
- збільшення розмірів внутрішніх органів;
- одутлість і повнокров'я обличчя;
- посилення рефлексів, тремтіння, підвищена збудливість протягом перших трьох діб життя, гіпотонія та загальмованість.

Діагностику під час вагітності не проводять. Остаточний діагноз встановлюють до настання вагітності.

Ведення вагітності. У I триместрі вагітності детально ознайомлюються з історією хвороби, проводять огляд хворої, призначають комплексне обстеження (визначення глікемії натще та після їди, добової глюкозурії, ацетонурії, концентрації глікозильованого гемоглобіну A_{1C} ; показників функції нирок), здійснюють дослідження очного дна. Вирішують питання щодо можливості виношування вагітності до 12 тиж, при необхідності госпіталізують.

Вагітним із ЦД відмінюють пероральні цукрознижувальні засоби та інсулін тваринного походження і призначають людський інсулін. У II триместрі здійснюють планову госпіталізацію в терміні 22–24 тиж вагітності для корекції інсулінотерапії, виявлення ознак затримки внутрішньоутробного розвитку плода або діабетичної фетопатії, запобігання багатоводдю, прееклампсії, інфекційним ускладненням. Показаннями до госпіталізації є декомпенсація вуглеводного метаболізму: нормоглікемія натще (3,3–5,6 ммоль/л), нормоглікемія протягом доби (до 8,0 ммоль/л), прогресування судинних

ускладнень (артеріальна гіпертензія, ниркова недостатність), ускладнення перебігу вагітності (загроза переривання, багатоводдя, прееклампсія), порушення стану плода, ознаки діабетичної фетопатії (збільшення швидкості щотижневого приросту середнього діаметра живота, грудної клітки, підвищення погодинної екскреції сечі плодом, подвійний контур голівки, подвійний контур тулуба, багатоводдя, макросомія), ознаки гіпоксії плода. У 32 тиж часто приєднується пізній гестоз. У III триместрі показані моніторинг стану плода в стаціонарі: УЗД кожні 2 тиж, КТГ щотижня, актографія двічі на день. Оцінку зрілості легень плода здійснюють за потреби проведення передчасного розродження або розродження при незадовільній компенсації ЦД шляхом визначення співвідношень лецитин/сфінгомієлін, пальмітинова кислота/стеаринова кислота та за наявності фосфатидилгліцерину в навколоплідних водах, отриманих у результаті трансабдомінального амніоцентезу.

Показаннями до планового кесаревого розтину є крововиливи в сітківку ока, прееклампсія середнього ступеня тяжкості чи тяжкого ступеня, гіпоксія плода, тазове передлежання плода, маса тіла плода понад 4 000 г. Серед протипоказань до планового кесаревого розтину виділяють діабетичний кетоацидоз, прекоматозний стан, кому. У разі проведення розродження через природні пологові шляхи пологостимуляцію за умови достатньої зрілості шийки матки розпочинають з амніотомії і внутрішньовенного краплинного введення окситоцину (5 ОД) або простагландину E₂ (5 мг). Глікемію під час пологів варто контролювати щогодини. Знеболювання пологової діяльності виконують шляхом епідуральної анестезії. Здійснюють ретельний контроль за артеріальним тиском та його корекцію. Голівку плода виводять в інтервалі між потугами, щоб народження плечового пояса збіглося з наступною потугою.

Лікування. Маркером ефективності лікування ЦД під час вагітності є максимально повна і стійка компенсація вуглеводного метаболізму.

При адекватному лікуванні ЦД припустима глікемія натще становить до 6,1 ммоль/л, через годину після їди – до 8,5 ммоль/л. Призначають дієту (добова калорійність – 30–35 ккал на 1 кг маси тіла; якісний склад добового раціону: білки – 25–30 %, вуглеводи – 45–50 %, жири – 30 %; легкозасвоювані вуглеводи виключають; частота споживання їжі – 5–6 разів на день з інтервалами 2–3 год).

Інсулінотерапія: середня добова доза в I триместрі – 0,5–0,6 ОД/кг, у II – 0,7 ОД/кг, у III триместрі – 0,8 ОД/кг. Під час пологів варто підтримувати глікемію в межах 5,5–7,5 ммоль/л. Для корекції глікемії під час пологів або виконання операції кесаревого розтину вводять підшкірно чи внутрішньовенно інсулін короткої дії та інфузійно 10 % розчин глюкози.

Гестаційний діабет – це порушення толерантності до глюкози будь-якого ступеня, яке виникло (або вперше виявлено) під час вагітності.

Фактори ризику гестаційного цукрового діабету:

1. Ожиріння (маса тіла понад 90 кг або перевищує більше ніж на 15 % «ідеальну масу» до вагітності).
2. Наявність ЦД в родині.
3. Мертвонародження в анамнезі.
4. Пологи великим плодом (понад 4,5 кг) в анамнезі.
5. Наявність глюкозурії.
6. Смерть новонародженого з нез'ясованої причини в анамнезі.
7. Природжені аномалії (вади) розвитку.
8. Недоношеність в анамнезі.
9. Прееклампсія у жінок, що багато народжували, в анамнезі.
10. Багатоводдя.
11. В анамнезі травматичні пологи із супутніми неврологічними розладами в дитини.
12. Невиношування (більше ніж три спонтанних аборти у першому або другому триместрі) в анамнезі.
13. Артеріальна гіпертензія.
14. Рецидивний кандидоз тяжкого ступеня.
15. Повторна інфекція сечових шляхів.
16. Вік старше 30 років.
17. Симптоми ЦД під час попередньої вагітності.

Скринінг на гестаційний діабет

Обстеженню на гестаційний діабет підлягають усі вагітні жінки. Вагітним, у яких немає чинників ризику гестаційного діабету, проводять 2-годинний пероральний тест толерантності до глюкози (ПТТГ) у терміні 24–28 тиж. Вагітним, які мають один чи більше чинників ризику гестаційного діабету, ПТТГ проводять відразу після першого звернення з приводу вагітності. У разі негативного результату ПТТГ повторюють у терміні 24–28 тиж.

Фактори ризику гестаційного діабету:

1. ЦД у родичів першого ступеня.
2. Ожиріння.
3. Гестаційний діабет під час попередньої вагітності.
4. Макросомія попередньої дитини (маса новонародженого понад 4 000 г).
5. Мертвонародження в анамнезі.

ПТТГ проводять у ранковий час після 8-годинного утримання від їжі за умови відсутності гострих захворювань, травм чи оперативних втручань. Глікемію визначають у плазмі венозної крові лабораторним методом (не за допомогою експрес-аналізатора!). Після забору крові натще вагітній дають випити упродовж 3–5 хв 75 г глюкози, яку розчинено у 300 мл води (можна додати сік свіжого лимона). Повторний забір крові здійснюють через 2 год. Упродовж цього часу вагітна має перебувати у стані спокою, їй дозволяють пити негазовану воду, не дозволяють їсти і палити.

Нормативи глікемії при проведенні ПТТГ: натще < 5,1 ммоль/л, через дві год після навантаження < 8,5 ммоль/л. Тест вважається позитивним, якщо глікемія натще та/або після навантаження перевищує нормативні показники (відповідно > 5,5 ммоль/л і \geq 7,8 ммоль/л). У разі позитивного результату ПТТГ слід повторити наступної доби. При підтвердженні позитивного результату діагноз гестаційного діабету вважається встановленим, і вагітну в подальшому спостерігають спільно акушер-гінеколог і ендокринолог.

Дієтотерапія та лікування

Калорійність добового раціону – 30–35 ккал/кг ідеальної маси (2 000–2 400 ккал/доб). У разі ожиріння (> 120 % ідеальної маси тіла) – 25 ккал/кг/доб, при недостатній масі (< 80 %) – 40 ккал/кг/доб.

Якісний склад харчового раціону:

- вуглеводи – 45–50 % добового калоражу;
- білки – 20–30 %;
- жири – 25–30 %.

Повністю виключають легкозасвоювані вуглеводи (моносахариди).

Рекомендують вживання продуктів, багатих на клітковину.

Режим харчування:

- сніданок – 25 % добового калоражу;
- другий сніданок – 25 %;
- обід 35 %;
- вечеря 15 %.

Окрім чотирьох основних прийомів їжі призначають один-два малокалорійних додаткових в інтервалах між ними.

Інсулінотерапія

Призначення здійснюють лише в стаціонарі, використовують лише людський інсулін у картриджній формі (вводять шприц-ручкою). До першого введення проводять внутрішньошкірну пробу. Хвору навчають самоконтролю глікемії. Починають з призначення малих доз інсуліну короткої дії (2–4 ОД) за 20 хв перед основними прийомами їжі. Контролюють глікемію натще та постпрандіальну (через 1 год), коригуючи дози інсуліну. Якщо глікемія натще утримується у плазмі венозної крові 5,83 ммоль/л (або у капілярній крові 5,0 ммоль/л), призначають додатково ін'єкцію інсуліну середньої тривалості (напівдобовий інсулін) перед сном. Критеріями ефективності терапії гестаційного діабету (компенсації) є нормоглікемія натще та упродовж доби, у тому числі після їжі, відсутність кетозу та епізодів гіперглікемії.

Алгоритм діагностики гестаційного діабету



Тактика ведення вагітності і пологів

За необхідності корекції інсулінотерапії та відсутності акушерських ускладнень хвору слід госпіталізувати до ендокринологічного відділення. У разі розвитку ускладнень (гіпертензія вагітних, преєклампсія, багатоводдя, дистрес плода) лікування проводять у спеціалізованому відділенні екстрагенітальної патології вагітних. Найбільш адекватними методами моніторингу стану плода є актографія та визначення біофізичного профілю. Актографія – підрахунок вагітною кількості рухів плода упродовж години вранці та ввечері. Біофізичний профіль плода – визначення під час ультразвукового дослідження та кардіотокографії (нестресовий тест) рухів плода, тонів серця, реактивності, дихання та об'єму амніотичної рідини. За необхідності розродження хворої у терміні менше 37 тиж слід проводити оцінку зрілості легенів плода. За необхідності передпологової підготовки шийки матки це слід проводити за допомогою препаратів простагландину E₂ місцево.

Алгоритм лікування хворої на гестаційний діабет



Орієнтована карта роботи студентів:

- критерії діагнозу з перевіркою їх біля ліжка хворого;
- вибір найбільш інформованих тестів, лабораторних та інструментальних досліджень (по можливості виконаних студентами), які підтверджують діагноз;
- призначення лікування; виписування рецептів (знання механізму дії ліків);
- вибір методу фізіотерапевтичного лікування;
- визначення прогнозу та працездатності хворого;
- визначення групи інвалідності;
- профілактика захворювання.

Перераховане студент оформляє письмово з відображенням кожного пункту (діагноз, лікування та ін.).

Це враховується при визначенні ступеня засвоєння матеріалу та визначенні оцінки за темою.

Ситуаційні завдання для визначення начального рівня знань

1. Гормональна діяльність плаценти може зумовити все перелічене, крім:
 - A. *Порушення толерантності до вуглеводів.*
 - B. *Ниркової глюкозурії.*
 - C. *Зниження ліпідів.*
 - D. *Збільшення кетонових тіл.*
 - E. *Порушення розвитку плоду.*
2. Вагітність при ЦД може ускладнитися всім переліченим, крім:
 - A. *Загрози переривання вагітності на ранніх термінах.*
 - B. *Пізнього гестозу.*
 - C. *Багатоводдя.*
 - D. *Загибелі плоду.*
 - E. *Маловоддя.*
3. Переривання вагітності при ЦД на ранніх термінах може бути обумовлено всім перерахованим, крім:
 - A. *Погіршення компенсації ЦД.*
 - B. *Кетоацидозу.*
 - C. *Урогенітальної інфекції.*
 - D. *Дисфункції яєчників.*
 - E. *Нормоглікемії.*
4. Пізній гестоз вагітних у хворих на діабет проявляється всім перерахованим, крім:
 - A. *Вираженої гіпертензії.*
 - B. *Наростання набряків.*
 - C. *Ниркової недостатності.*
 - D. *Гіпертензії.*
 - E. *Гіпотензії.*
5. Велика маса тіла дитини при діабеті обумовлена всім переліченим, крім:
 - A. *Гіперінсулінізму плода.*
 - B. *Надлишкової кількості глюкози, що проникає через плацентарний бар'єр.*
 - C. *Високого рівня плацентарного лактогену.*
 - D. *Підвищеного ліпогенезу*
 - E. *Зниженого ліпогенезу.*
6. Діабетична фетопатія характеризується всім перерахованим, крім:
 - A. *Великої маси тіла народженої дитини.*
 - B. *Множинних вад розвитку плоду.*
 - C. *Ускладнення перебігу періоду новонародженості (часті респіраторні порушення).*
 - D. *Загрози для життя дитини під час пологів (асфіксія, травма голови, гіпоксія, гіпоглікемія).*
 - E. *Нормально адаптованого функціонально зрілого плода.*

Правильна відповідь в усіх ситуаційних завданнях: E.

Завдання для самостійної роботи

Матеріали для позааудиторної самостійної роботи

1. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>1. Попередні (забезпечуючі) дисципліни</i>		
Патофізіологія	Механізм і причини розвитку ЦД та його ускладнень	-
<i>2. Внутрішньопредметна інтеграція</i>		
Методи дослідження	Визначення глікемії натще та після їди, добової глюкозурії, ацетонурії, концентрації глікозильованого гемоглобіну А _{1с} , показників функції нирок; дослідження очного дна	Діагностувати передгестаційний та гестаційний діабет

2. Питання для індивідуального усного опитування:

1. Назвіть класифікацію ЦД, дайте визначення терміну «гестаційний цукровий діабет».
2. Назвіть жінок групи ризику щодо розвитку гестаційного ЦД.
3. Назвіть особливості перебігу вагітності на тлі ЦД.
4. Опишіть вплив ЦД на вагітність та вагітності на ЦД.
5. Назвіть методи діагностики та опишіть скринінг для виявлення гестаційного ЦД.
6. Опишіть особливості ведення вагітності та післяпологового періоду на тлі ЦД.
7. Назвіть ускладнення ЦД, причини їх розвитку.
8. Назвіть принципи невідкладної допомоги при розвитку гіпоглікемічної, кетоацидотичної, гіперосмолярної коми. Роль акушерки.

Матеріали для аудиторної самостійної роботи

1. Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати на практичному занятті:

1. Навчитись ставити попередній діагноз передгестаційного та гестаційного діабету.
2. Скласти план ведення вагітності та пологів при діабеті.

2. Професійні алгоритми:

№ пор.	Завдання	Вказівки
1	Діагностика	Вагітним, у яких немає чинників ризику гестаційного діабету, проводять 2-годинний пероральний тест толерантності до глюкози (ПТТГ) у терміні 24–28 тиж. Вагітним, які мають один чи більше чинників ризику гестаційного діабету, проводять ПТТГ відразу після першого звернення з приводу вагітності. У разі негативного результату ПТТГ повторюють у терміні 24–28 тиж

№ пор.	Завдання	Вказівки
2	Ведення вагітності	Визначають глікемію натще та після їди, добову глюкозурію, ацетонурию, концентрацію глікозильованого гемоглобіну A _{1c} ; показники функції нирок), здійснюють дослідження очного дна. У II триместрі – планова госпіталізація в терміні 22–24 тиж для корекції інсулінотерапії, оцінки стану плода та вагітної. Показаннями до госпіталізації є: нормоглікемія натще (3,3–5,6 ммоль/л), нормоглікемія протягом доби (до 8,0 ммоль/л), прогресування судинних ускладнень, ускладнення перебігу вагітності, порушення стану плода. У III триместрі показані моніторинг стану плода в стаціонарі: УЗД кожні 2 тиж, КТГ щотижня, актографія двічі на день

Ситуаційні задачі для визначення кінцевого рівня знань

- Особливості перебігу ЦД у вагітних жінок проявляються всім перерахованим, крім:
 - Першої половини вагітності (до 20 тиж), яка характеризується звичайним перебігом ЦД.
 - Підвищеної потреби в інсуліні в першій половині вагітності.
 - Погіршення перебігу діабету з 22–28-го тижня вагітності (зростання потреби в інсуліні, схильність до кетоацидозу).
 - Більш стабільного перебігу діабету, починаючи з 35–36-го тижня вагітності (зменшення потреби в інсуліні).
 - Потреби в інсуліні, яка змінюється залежно від терміну вагітності.
- Вагітним жінкам з порушенням толерантності до вуглеводів призначають:
 - Діету з повним виключенням легко засвоюваних вуглеводів.
 - Бігуаніди.
 - Пероральні цукрознижувальні препарати I генерації.
 - Пероральні цукрознижувальні препарати II генерації.
 - Інсулінотерапію.
- Потреба в інсуліні у вагітних жінок з інсулінозалежною формою діабету змінюється залежно від термінів вагітності наступним чином, крім:
 - В перші 3–4 міс вагітності доза інсуліну істотно не змінюється або знижується.
 - На 22–24-му тижні вагітності зростає.
 - На 35–36-му тижні зазвичай знижується.
 - На 20–24-му тижні знижується.
 - Після пологів потреба в інсуліні залишається такою ж, як і до вагітності.

4. Показаннями для дострокового переривання вагітності консервативним шляхом є все перераховане, крім:
- A. Пізнього гестозу.*
 - B. Наростаючого багатоводдя.*
 - C. Порушення життєдіяльності плода.*
 - D. Повторної гіпоглікемії у матері.*
 - E. Наростання ознак діабетичної нефропатії.*
5. Показанням для дострокового переривання вагітності оперативним шляхом є все перераховане, крім:
- A. Наростання симптомів ретинопатії (свіжі множинні крововиливи).*
 - B. Наростання симптомів діабетичної нефропатії з розвитком ниркової недостатності.*
 - C. Кровотечі (відшарування плаценти).*
 - D. Порушення життєдіяльності плода (прогресуюча гіпоксія, ослаблення рухливості та ін.).*
 - E. Наростання багатоводдя.*
6. Критеріями компенсації ЦД при вагітності являються всі перераховані, крім:
- A. Відсутності скарг.*
 - B. Відсутності гіпоглікемічних станів і кетоацидозу.*
 - C. Збереження працездатності.*
 - D. Нормалізації цукру в крові натще з коливаннями протягом доби, що не перевищують 10 ммоль/л.*
 - E. Глікемії натщесерце і перед їжею менше 5,3 ммоль/л.*

Правильна відповідь в усіх ситуаційних завданнях: **D.**

II. Ведення вагітності, пологів. План обстеження та сучасні методи лікування та профілактики у жінок із патологією щитоподібної залози

Матеріальне та методичне забезпечення теми

Місце проведення заняття: палати відділення патології вагітних, кабінет функціональної діагностики, пологовий зал, навчальна кімната.

Обладнання: акушерські фантоми, ляльки, тази, таблиці, слайди, відеоплівки, дані УЗД.

Проводиться клінічний розбір вагітних або породіль із патологією щитоподібної залози, за відсутності таких вагітних вивчаються історії пологів.

Обґрунтування теми

У період гестації переважно розвиваються дифузний токсичний зоб (гіпертрофія, гіперплазія і гіперфункція щитоподібної залози), гіпотиреоз, ендемічний зоб, вузловий нетоксичний зоб, тиреоїдити різного генезу.

Ускладненнями вагітності при патології щитоподібної залози є невиношування вагітності (25–50 %), прееклампсія, мертвонародження, аномалії розвитку плода.

Мета заняття

Планувати тактику ведення вагітності та пологів при захворюваннях щитоподібної залози; планувати та надавати акушерську допомогу при ускладненнях, спричинених захворюваннями щитоподібної залози.

Знати:

- вплив захворювання щитоподібної залози на вагітність;
- особливості перебігу та ведення вагітності у жінок із дифузним токсичним зобом;
- особливості перебігу та ведення вагітності у жінок із гіпотиреозом;
- особливості перебігу та ведення вагітності у жінок з аутоімунним тиреоїдитом.

Вміти:

- зібрати анамнез, провести загальне та спеціальне обстеження вагітної із захворюваннями щитоподібної залози;
- призначити додаткові методи обстеження;
- виявляти протипоказання до доношування вагітності на тлі патології щитоподібної залози;
- визначати показання до госпіталізації.

Оволодіти навичками:

- ставити попередній діагноз;
- складати план спостереження та догляду за вагітною із захворюваннями щитоподібної залози;
- виконувати та інтерпретувати результати акушерського дослідження;
- оцінювати результати лабораторних досліджень;
- провести оцінку функціонального стану плода;
- надавати необхідну допомогу при розвитку ускладнень.

Базові знання

Дифузний токсичний зоб і вагітність

Клінічна картина. Скарги на стомлюваність, дратівливість, пітливість, екзофтальм. У першій половині вагітності відзначають тахікардію, зниження артеріального тиску, підвищення пульсового тиску, субфебрилітет, ЕКГ-ознаки тиреотоксичної дистрофії міокарда. У другій половині вагітності стан хворих покращується завдяки збільшенню вмісту гормонозв'язувальних білків крові. При тяжкому тиреотоксикозі в 28–30 тиж вагітності виникає серцево-судинна недостатність, визначають тахікардію до 120–140 за 1 хв, миготливу аритмію.

Серед ускладнень вагітності при гіпертиреозі – мимовільні аборти, передчасні пологи, нудота, блювання, можливий розвиток серцевої недостатності, миготливої аритмії.

До **діагностичних критеріїв** гіперфункції щитоподібної залози у вагітних зараховують збільшення щитоподібної залози, почастішання пульсу під час сну, тахікардію, що перевищує функціонально припустиму у вагітних, екзофтальм, аномальне зниження маси тіла, значне підвищення рівня тироксину в плазмі крові.

Лікування

При гіпертиреозі легкого ступеня призначають:

- дейодтирозин по 0,05 мг 2 рази на день;
- екстракт валеріани;
- вітамінотерапію.

При гіпертиреозі середнього і важкого ступеня призначають:

- мерказоліл, починаючи з ранніх термінів вагітності, під контролем за рівнем тиреоїдних гормонів у крові;
- хірургічне лікування за відсутності ефекту від консервативного.

Ведення вагітності і пологів полягає в госпіталізації в терміні до 12 тиж для вирішення питання щодо збереження вагітності; проведенні обстеження, що включає вимірювання пульсу, артеріального тиску, виконання ЕКГ, визначення рівня ТТГ у крові кожні 5 тиж, консультування фахівців (терапевта й ендокринолога); ужитті оздоровчих заходів за рекомендаціями ендокринолога; застосуванні вичікувальної тактики ведення пологів з контролюванням діяльності серцево-судинної системи.

Відзначають стрімкий перебіг пологів з можливим розвитком дистрес-синдрому плода та пологовим травматизмом. У післяпологовий період можливі гіпогалактія, загострення тиреотоксикозу, що може бути показанням до пригнічення лактації.

Гіпотиреоз і вагітність

Клінічна картина. Основні скарги: загальна слабкість, сонливість, погіршення пам'яті, сухість шкіри, випадіння волосся, ламкість нігтів, тривалі запори, озноб, біль у м'язах, кровоточивість ясен, руйнування зубів. Відзначають блідість і набряклість шкіри, уповільнення мовлення, рухів, захриплість голосу. ЧСС – 52–60 за 1 хв.

Діагностика. Виявляють зниження рівня ТТГ при низькому або нормальному рівні тиреоїдних гормонів.

До ускладнень вагітності і пологів належать:

- прееклампсія, еклампсія важкого ступеня;
- тиреоїдна анемія;
- антенатальна загибель плода;
- аномалії розвитку плода;

- слабкість пологової діяльності;
- атонія матки в третій період пологів і ранній післяпологовий період;
- гіпогалактія.

Лікування. У першій половині вагітності призначають тиреоїдин по 0,1 мг 2 рази на день і трийодтироксин по 25 мкг 2 рази на день. Якщо вагітність настає при первинному гіпотиреозі на тлі замісної терапії, то дозу тиреоїдину не змінюють до кінця вагітності.

У другій половині вагітності дозу тиреоїдину можна знизити за рахунок функціонування щитоподібної залози плода, контролюючи вміст тиреоїдних гормонів у крові вагітної.

Ведення вагітності і пологів. Вагітність не протипоказана при легких формах гіпотиреозу; природжені, середньої тяжкості та тяжкі форми гіпотиреозу є показаннями до переривання вагітності. Хворих госпіталізують у I триместрі вагітності для визначення клінічного стану. Під час пологів своєчасно виявляють і усувають слабкість пологової діяльності шляхом стимуляції пологів і профілактики атонічних кровотеч у третій період пологів та ранній післяпологовий період.

Тиреоїдний криз є життєво небезпечним ускладненням і характеризується гіперметаболічним станом, лихоманкою, змінами ментального статусу. Він частіше трапляється у жінок із некоригованим захворюванням. Криз може розвиватися під час пологів або кесаревого розтину, нерідко у зв'язку з допологовою або післяпологовою інфекцією. Тиреоїдний криз може спостерігатися при гестаційній трофобластичній хворобі.

Аутоімунний тиреоїдит і вагітність

Аутоімунний тиреоїдит (тиреоїдит Хасімото) є основною причиною спонтанного гіпотиреозу. Аутоімунні захворювання виникають при нездатності імунної системи відрізнити тканини власного організму від "чужих", при цьому в організмі утворюються аутоантитіла до тканин щитоподібної залози (антитіла до тиреоїдної пероксидази і тиреоглобуліну).

При аутоімунному тиреоїдиті, коли щитоподібна залоза вражена аутоімунним процесом, її додаткова фізіологічна стимуляція, яка відбувається під час вагітності, може не досягти своєї мети і, як в ситуації з йодним дефіцитом, у жінок не відбувається підвищення продукції тиреоїдних гормонів, яке необхідно для адекватного розвитку плода в першій половині вагітності. Більше того, гіперстимуляція зміненої щитоподібної залози при аутоімунному тиреоїдиті може привести до маніфестації гіпотиреозу на тлі вагітності. Однак не завжди підвищення рівня антитіл до тиреоїдної пероксидази свідчить про наявність аутоімунного тиреоїдиту та існуючий ризик розвитку гіпотироксинемії. У загальній популяції на кожні 10–30 дорослих жінок припадає один випадок захворювання на аутоімунний тиреоїдит. Якщо частота клінічно явного аутоімунного тиреоїдиту

становить 1–13,8 %, то наявність антитіл до пероксидази виявляють у 10 % випадків у практично здорових жінок. За останні роки дослідниками встановлено, що аутоімунні механізми притаманні не тільки хронічному аутоімунному тиреоїдиту, а й іншим видам тиреоїдитів, описаним раніше як самостійні захворювання.

Клінічна картина. В еутиреоїдній фазі і фазі субклінічного гіпотиреозу симптоми відсутні. В окремих, відносно рідкісних випадках на перший план ще в еутиреоїдній фазі виступає збільшення обсягу щитоподібної залози (зоб), яке досить рідко досягає значних ступенів.

Діагностика аутоімунного тиреоїдиту при вагітності:

- підвищення рівня антитіл до тиреоїдної пероксидази;
- збільшення рівня ТТГ на ранніх термінах вагітності більше 2 мОД/л;
- збільшення обсягу щитоподібної залози понад 18 мл за даними УЗД.

Діагностика гіпотиреозу під час вагітності буває ускладнена, тому що і при нормальному її перебігу жінки часто відзначають відчуття холоду, дратівливість або депресію, випадання волосся. Для діагностики принципове значення мають аналізи крові на рівень ТТГ, тиреоїдних гормонів, антитіл до щитоподібної залози.

Ведення вагітності. У зв'язку з тим, що носійство антитіл до тиреоїдної пероксидази не має клінічних проявів, необхідно проводити скринінг на дану патологію до 12 тиж вагітності. При виявленні підвищеного рівня антитіл до тиреоїдної пероксидази без інших ознак аутоімунного тиреоїдиту необхідна динамічна оцінка функції щитоподібної залози під час вагітності (в кожному триместрі). Як зазначалося вище, для ранніх термінів вагітності в нормі характерний низький рівень ТТГ. Якщо рівень ТТГ у носительок антитіл до тиреоїдної пероксидази становить 2 мОД/л, призначення L-тироксину не показано. Рівень ТТГ більше 2 мОД/л на ранніх термінах вагітності у жінок-носіїв цих антитіл побічно свідчить про зниження функціональних резервів щитоподібної залози і підвищений ризик розвитку відносної гіпотироксинемії, і для таких пацієнок доцільно розглядати питання щодо призначення превентивної терапії L-тироксину. Якщо рівень ТТГ перевищує 4 мОД/л незалежно від наявності або відсутності антитіл, то у пацієнтки з високою ймовірністю є гіпотиреоз. Цим жінкам показана терапія L-тироксином протягом усієї вагітності, і вона проводиться за принципами, описаним вище. У жінок, які мають підвищений рівень антитіл до тиреоїдної пероксидази, навіть без порушень функції щитоподібної залози, є підвищений ризик спонтанного переривання вагітності на ранніх термінах. Патогенез переривання вагітності на сьогоднішній день залишається нез'ясованим. Вірогідно, антитиреоїдні антитіла є маркером генералізованої аутоімунної дисфункції, внаслідок якої і відбувається викидень.

Основні положення рекомендацій Асоціації ендокринологів з діагностики аутоімунного тиреоїдиту

Діагноз аутоімунного тиреоїдиту не може бути встановлений тільки на підставі даних пальпації щитоподібної залози, а також після виявлення збільшення або зменшення її обсягу.

"Великими" діагностичними ознаками, поєднання яких дозволить встановити діагноз аутоімунного тиреоїдиту, є наступні:

- первинний гіпотиреоз (маніфестний або стійкий субклінічний);
- наявність антитіл до тканини щитоподібної залози або ультразвукові ознаки аутоімунної патології.

За відсутності хоча б однієї з "великих" діагностичних ознак діагноз аутоімунного тиреоїдиту має лише імовірний характер.

Лікування аутоімунного тиреоїдиту при вагітності

Специфічного лікування не розроблено, і на сьогоднішній день відсутні ефективні і безпечні методи впливу на аутоімунний процес, що розвивається в щитоподібній залозі, які могли б запобігти прогресуванню аутоімунного тиреоїдиту до гіпотиреозу. При розвитку гіпотиреозу показана замісна терапія левотироксином.

Орієнтована карта роботи студентів

- а) критерії діагнозу з перевіркою їх біля ліжка хворого;
 - б) вибір найбільш інформованих тестів, лабораторних і інструментальних досліджень (по можливості виконаних студентами), які підтверджують діагноз;
 - в) призначення лікування; виписування рецептів (знання механізму дії ліків);
 - г) вибір методу фізіотерапевтичного лікування;
 - д) визначення прогнозу та працездатності хворого;
 - ж) визначення групи інвалідності;
- з) профілактика захворювання.

Перераховане студент оформляє письмово з відображенням кожного пункту (діагноз, лікування та ін.). Це враховується при визначенні ступеня засвоєння матеріалу та визначенні оцінки за темою.

Ситуаційні завдання

1. Вагітна 27 років страждає на гіпотиреоз протягом 25 років. Отримує лікування тиреоїдином. Спостерігається в жіночій консультації з терміну 8 тиж вагітності. Визначіть тактику лікаря.

- A. Лікування тиреоїдином під контролем рівня гормонів щитоподібної залози.
- B. Лікування в ендокринологічному відділенні.
- C. Лікування в гінекологічному відділенні.
- D. Сцинтиграфія щитоподібної залози.
- E. Переривання вагітності.

2. Вкажіть ознаки гіпотиреозу:
- A. Зниження основного обміну на 50 %, низьке поглинання ^{131}I щитоподібною залозою після прийому його індикаторних доз, зниження рівня йоду, пов'язаного з білком.
 - B. Помірне зниження маси тіла до 10 %, тахікардія до 100 уд/хв, основний обмін не перевищує +30 %.
 - C. Втрата маси тіла до 20 %, ЧСС – 100–120 уд/хв, основний обмін підвищений від +30 до +60 %.
 - D. Прогресуюче зниження маси тіла на 30 % і більше, тахікардія більше 120 уд/хв, основний обмін підвищений більше ніж на 60 %.
3. При якому ступені збільшення щитоподібну залозу чітко видно при ковтанні?
- A. I.
 - B. II.
 - C. III.
 - D. IV.
 - E. V.
4. Якому ступеню відповідає помітне на око збільшення щитоподібної залози – "товста шия"?
- A. I.
 - B. II.
 - C. III.
 - D. IV.
 - E. V.
5. Для гіпотиреозу характерні всі лабораторні ознаки, крім:
- A. Зниження синтезу білка.
 - B. Помірної гіпоглікемії.
 - C. Гіперхолестеринемії.
 - D. Гіпохолестеринемії.
6. Для якого захворювання щитоподібної залози характерно підвищення рівня тироксину (T_4) і трийодтироніну (T_3) з одночасним зниженням рівня тиреотропного гормону?
- A. Гіпотеріоз.
 - B. Дифузний токсичний зоб.
 - C. Еутиреоїдний зоб.
7. Для гіпотиреозу характерні всі ЕКГ-ознаки, крім:
- A. Підвищення вольтажу.
 - B. Зниження вольтажу.
 - C. Уповільнення провідності.
 - D. Синусової брадикардії.

Правильні відповіді:

	1	2	3	4	5	6	7
Тест 1	A	A	B	C	D	B	A

Завдання для самостійної роботи

Матеріали для позааудиторної самостійної роботи

1. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>1. Попередні (забезпечуючі) дисципліни</i>		
Внутрішні хвороби	Клініка, діагностика і лікування захворювань ендокринної систем	-
<i>2. Внутрішньопредметна інтеграція</i>		
Акушерство	Діагностика вагітності у ранні та пізні терміни. Оцінка стану плода. Механізми регуляції водно-електролітного, вуглеводного, білкового обміну, кислотно-лужного стану. Фізіологічні зміни при вагітності	-
Методи дослідження	Вимірювання пульсу, артеріального тиску, виконання ЕКГ, визначення рівня ТТГ у крові	Діагностувати гіпер- та гіпофункцію щитоподібної залози

2. Питання для індивідуального усного опитування

1. Які загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним із захворюваннями щитоподібної залози?
2. Скільки разів протягом вагітності та в які терміни необхідно в плановому порядку госпіталізувати вагітну із захворюваннями щитоподібної залози?
3. Яка патологія щитоподібної залози зустрічається найчастіше?
4. Опишіть вплив захворювань щитоподібної залози на вагітність та вагітності на перебіг захворювань щитоподібної залози.
5. Назвіть методи діагностики та опишіть скринінг для виявлення захворювань щитоподібної залози.
6. Опишіть особливості перебігу та ведення вагітності у жінок із захворюваннями щитоподібної залози.
7. Які особливості перебігу та ведення вагітності у жінок із дифузним токсичним зобом?
8. Які особливості перебігу та ведення вагітності у жінок із гіпотиреозом?

Матеріали для аудиторної самостійної роботи

1. Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати на практичному занятті:

1. Навчитись ставити попередній діагноз.
2. Скласти план ведення вагітності та пологів при гіпотиреозі.

2. Професійні алгоритми

№ пор.	Завдання	Вказівки
1	Діагностика дифузного зоба	До діагностичних критеріїв гіперфункції щитоподібної залози у вагітних зараховують збільшення щитоподібної залози, почастищення пульсу під час сну, тахікардію, що перевищує функціонально припустиму у вагітних, екзофтальм, аномальне зниження маси тіла, значне підвищення рівня тироксину в плазмі крові
2	Діагностика гіпотиреозу	Виявляють зниження рівня ТТГ при низькому або нормальному рівні тиреоїдних гормонів
3	Ведення вагітності при дифузному токсичному зобі	Ведення вагітності і пологів полягає в госпіталізації в терміні до 12 тиж для вирішення питання про збереження вагітності; проведенні обстеження, що включає вимірювання пульсу, артеріального тиску, виконання ЕКГ, визначення рівня ТТГ у крові кожні 5 тиж, консультування фахівців (терапевта й ендокринолога); ужитті оздоровчих заходів за рекомендаціями ендокринолога; застосуванні вибіркової тактики ведення пологів з контролюванням діяльності серцево-судинної системи
4	Ведення вагітності при гіпотиреозі	Вагітність не протипоказана при легких формах гіпотиреозу. Природжені, середньої тяжкості та тяжкі форми гіпотиреозу є показаннями до переривання вагітності

ЛІТЕРАТУРА

Основна:

Акушерство и гинекология : в 2 кн. / под ред. В. И. Грищенко, Н. А. Щербины. – Кн. 2 : Гинекология : учебник. – Киев : ВСИ "Медицина", 2012. – 372 с.

Допоміжна:

1. Самойленко Н. П. Фізіологічне акушерство : підручник / Н. П. Самойленко, Н. П. Муштенко, І. Г. Шембелев; за ред. П. М. Баскакова. – Київ : ВСВ "Медицина", 2012. – С. 105–107.

2. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 N 417. Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні. Додаток 13. Скринінг на гестаційний діабет.

3. Наказ МОЗ України від 15.12.2003 № 582. Клінічні протоколи з акушерської та гінекологічної допомоги. Ведення вагітності у хворих на гестаційний діабет.

Навчальне видання

**ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ.
ПЛАН ОБСТЕЖЕННЯ.
СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ
ТА ПРОФІЛАКТИКИ У ЖІНОК
ІЗ РОЗЛАДАМИ ФУНКЦІЇ
ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ**

***Методичні вказівки
для підготовки студентів VI курсу
до державної атестації***

Упорядники Щербина Микола Олександрович
 Липко Оксана Петрівна
 Плахотна Ірина Юріївна

Відповідальний за випуск Кузьміна О. О.



Редактор Є. В. Рубцова
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 1,5. Зам. № 18-33572.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.

**ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ.
ПЛАН ОБСТЕЖЕННЯ.
СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ
ТА ПРОФІЛАКТИКИ У ЖІНОК
ІЗ РОЗЛАДАМИ ФУНКЦІЇ
ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ**

***Методичні вказівки
для підготовки студентів VI курсу
до державної атестації***