

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

**ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА
У ВАГІТНИХ, РОДІЛЬ ТА ПОРОДІЛЬ
ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ
СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ,
ЗАХВОРЮВАННЯМИ КРОВІ
ТА ТРОМБОТИЧНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ**

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

Затверджено
вченою радою ХНМУ.
Протокол № 12 від 21.12.2017.

**Харків
ХНМУ
2018**

Лікувальна тактика у вагітних, роділь та породіль із захворюваннями серцево-судинної системи, захворюваннями крові та тромботичними ускладненнями / упоряд. М. О. Щербина, О. П. Липко, О. О. Диннік, О. М. Аралов. – Харків : ХНМУ, 2018. – 28 с.

Упорядники М. О. Щербина
 О. П. Липко
 О. О. Диннік
 О. М. Аралов

Розділ 1. Лікувальна тактика у вагітних та породіль із захворюваннями серцево-судинної системи

Матеріальне та методичне забезпечення теми

Засоби навчання: банк тестових завдань, обладнання та інструментарій пологового блоку, мультимедійний проектор, фантоми й муляжі для відпрацювання прийомів обстеження та допомоги вагітним.

Обладнання: методичні вказівки для студентів VI курсу для підготовки до державної атестації.

Обґрунтування теми. У вагітних вади серця зустрічаються в 2–5 %. Набуті вади серця частіше є наслідком захворювання на ревматизм. Діагностика активності ревматичного процесу у вагітних складна в зв'язку з тим, що вагітність сприяє виникненню позитивних проб на запальний процес (лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, позитивна реакція антистрептококових антитіл і С-реактивного білка, підвищення кількості фібриногену тощо).

Несприятливими факторами для матері та плода при вагітності є такі:

- активність ревматичного процесу;
- поєднання вади серця та віку вагітної більше 35 років;
- значна гіпертрофія лівого, правого шлуночків та лівого передсердя;
- поява екстрасистол III–V градацій;
- виникнення ознак серцевої недостатності (СН).

При імплантованих штучних клапанах серця існує загроза виникнення тромбоемболії.

Загострення ревмопроцесу у вагітних відбувається частіше в першому триместрі та в післяпологовому періоді.

Порушення гемодинаміки спостерігається в 24–32 тиж у зв'язку зі значним збільшенням ОЦК.

Мета заняття:

Загальна – сформувати вміння самостійного вивчення клінічної картини, діагностики та тактики ведення вагітних та породіль при захворюваннях серцево-судинної системи та захворюваннях крові.

Конкретні цілі

Студент повинен знати:

1. Організацію спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією: спеціалізовані диспансери (кабінети), підліткові кабінети, дільничні педіатри, терапевти територіальних поліклінік, жіночі консультації, відділення ЕГП вагітних.
2. Перебіг та ведення вагітності і пологів у жінок із захворюваннями серцево-судинної системи.
3. Перебіг та ведення вагітності і пологів у жінок із захворюваннями крові.

Студент повинен уміти:

1. Призначити і провести комплексне обстеження вагітних із різними захворюваннями.
2. Передбачити відхилення перебігу вагітності та пологів у жінок з екстрагенітальною патологією, можливі ускладнення та вплив їх на стан плода, стан здоров'я і життя матері.
3. Своєчасно виявляти протипоказання до виношування вагітності у жінок з екстрагенітальною патологією.

Практичні навички:

1. Проводити диференційну діагностику.
2. Оцінювати результати комплексного обстеження вагітних із захворюваннями серцево-судинної системи та захворюваннями крові.
3. Розробляти план ведення вагітності у жінок із захворюваннями серцево-судинної системи та захворюваннями крові.
4. Розробляти план ведення пологів та післяпологового періоду у жінок із захворюваннями серцево-судинної системи та захворюваннями крові.

Тести для контролю початкового рівня знань

1. У роділлі з вадою мітрального клапана серця СН II А стадії в 2-му періоді пологів з'явилась клініка набряку легенів. Тактика?

- A. Зробити перидуральну анестезію та накласти акушерські щипці.*
- B. Загальна анестезія та кесарів розтин.*
- C. Почати лікування набряку легенів та продовжити розродження.*
- D. Проводити лікування набряку легенів, зробити загальну анестезію та накласти акушерські щипці.*
- E. Почати лікування набряку легенів та накласти акушерські щипці під місцевою анестезією.*

2. Першовагітна 19 років, ріст 168 см, маса 62 кг, вагітність 36 тиж. Під час консультації терапевта скаржить на серцебиття, дратівливість, плаксивість, зниження маси тіла. Об'єктивно: шкіра та слизові оболонки звичайного кольору. АТ – 115/70 мм рт. ст, пульс – 108 уд/хв, вислуховується систолічний шум. Межі серця не змінені, ЕКГ: вертикальне положення ЕОС, синусова тахікардія, незначна гіпертрофія міокарда лівого шлуночка. Клінічні аналізи крові та сечі без патологічних змін. Діагноз?

- A. Набута вада серця.*
- B. Адаптація до вагітності.*
- C. Активна фаза ревматичного процесу.*
- D. Вроджена вада серця.*
- E. Захворювання щитоподібної залози.*

3. Роділля 35 років, другі своєчасні пологи. Скарги на головний біль, запаморочення. Із анамнезу: 2 роки тому відмічено підвищення АТ до 150/90 мм рт. ст. Під час вагітності АТ постійно 140/90 мм рт. ст. Об'єктивно: АТ – 150/90 мм рт. ст. на правій руці, 155/90 мм рт. ст. на лівій. Межі серця

розширено вліво, акцент другого тону над аортою. Набряків немає. На очному дні сосочки зорового нерва бліді, артерії звужені, вени без змін. Аналіз сечі: білок відсутній, питома вага 1,018, лейкоцити 2–5 у полі зору. Діагноз?

- A. Гіпертонічна хвороба III ст.
- B. Гіпертонічна хвороба I ст.
- C. Гіпертонічна хвороба II ст.
- D. Легка прееклампсія.
- E. Тяжка прееклампсія.

4. Першовагітна 24 років поступила у пологовий будинок в першому періоді своєчасних пологів. Перебіг вагітності без ускладнень. Розміри таза: 26-28-30-20. Передлежить голівка плоду, притиснута до входу до малого тазу. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 136 уд/хв. Півтора роки тому перенесла операцію на серці – мітральна комісуротомія. СН О. Тактика подальшого ведення?

- A. Виключення II періоду пологів.
- B. Кесарів розтин.
- C. Консервативне розродження.
- D. Рання амніотомія.
- E. Вакуум-екстракція.

5. Першовагітна, 21 рік, в 15 років перенесла гостру атаку ревматизму. В 18 років було діагностовано ваду серця. Під час обстеження встановлено вагітність 9 тиж. Ревматизм, активна фаза. Ендоміокардит. Комбінована мітральна вада. СН II Б. Тактика?

- A. Переривання вагітності.
- B. Пролонгація вагітності.
- C. Пролонгація вагітності на тлі лікування ревматизму.
- D. Пролонгація вагітності на тлі оперативного лікування вади серця.
- E. Лікування активної фази ревматизму з наступним перериванням вагітності.

Відповіді

1	2	3	4	5
D	B	C	A	E

Орієнтована карта роботи студентів:

- а) критерії діагнозу з перевіркою їх біля ліжка хворого;
 - б) вибір найбільш інформованих інструментальних досліджень, які підтверджують діагноз;
 - в) визначення прогнозу перебігу пологів.
- Перераховане студент оформляє письмово з відображенням кожного пункту.

Терміни госпіталізації вагітних із захворюванням серця

Всіх жінок із захворюваннями внутрішніх органів необхідно протягом вагітності госпіталізувати у плановому порядку тричі.

I госпіталізація – до 12 тиж для уточнення діагнозу та вирішення питання можливості пролонгування вагітності.

II госпіталізація – в терміні 24–26 тиж для підтримки і визначення насосної функції серця.

III госпіталізація – в терміні 37–38 тиж для підготовки до пологів та вироблення тактики їх ведення.

Після обстеження встановлюються протипоказання до виношування вагітності.

Екстрена госпіталізація у відділення екстрагенітальної патології вагітних проводиться у разі погіршення стану здоров'я матері чи плода.

Під час третьої планової госпіталізації у відділення ЕГП проводиться додаткове обстеження та підготовка, індивідуально визначається час і метод розродження.

Методи розродження можуть бути наступними:

- 1) через природні пологові шляхи;
- 2) через природні пологові шляхи з виключенням II періоду пологів, тобто накладання акушерських щипців або кесарів розтин.

План ведення пологів вирішується консилиумом лікарів за участю відповідального спеціаліста (терапевта, кардіохірурга та ін.). При цьому враховується наявність не тільки екстрагенітальної, але й акушерської патології.

У післяпологовому періоді проводиться реабілітація матері з екстрагенітальною патологією за участю суміжних спеціалістів. Після пологів у разі лактації визначальним чинником у виборі препарату і його дози є здатність ліків проникати у грудне молоко і таким чином впливати на стан народженої дитини.

Вагітність при захворюваннях серцево-судинної системи (набуті та вроджені вади серця, опероване серце, порушення ритму серця)

Хвороби серцево-судинної системи та вагітність

Найчастіше у вагітних спостерігаються такі захворювання серцево-судинної системи:

- 1) ревматизм і ревматичні (набуті) вади серця;
- 2) інші набуті вади серця (наслідок інфекційних, аутоімунних захворювань, травм);
- 3) вроджені вади серця;
- 4) опероване серце;
- 5) гіпертонічна хвороба;
- 6) гіпотензивні стани;
- 7) хвороби міокарда.

Прогресуюча серцева недостатність є провідною і безпосередньою причиною смерті вагітних, роділь і породіль з кардіальною патологією.

На фоні серцевої недостатності значно частіше (в 2–3 рази) розвиваються «чисто» акушерські ускладнення (пізній гестоз, невиношування, кровотечі, післяпологові гнійно-септичні ускладнення), які різко погіршують прогноз, сприяють зростанню серцевої недостатності, розвитку набряку легень, тромбоемболій та інших ускладнень.

При визначенні ступеня декомпенсації кровообігу слід користуватись класифікацією М. Д. Стражеска, В. Х. Василенка (I-IIA; IIБ; III стадії серцевої недостатності).

Протипоказання до виношування вагітності

1. Активна стадія ревматичного процесу або якщо з моменту останнього загострення пройшло не більше 1 року.
2. Будь-яка вада серця з ознаками декомпенсації.
3. Стеноз мітрального клапана або комбінована вада з перевагою стенозу (III, IV, V ст. за Бакулевім).
4. Значна коарктація аорти.
5. Стан після мітральної комісуротомії більше 3–5 років або при наявності рестенозу в більш ранній термін.
6. Миготлива аритмія в поєднанні з мітральним стенозом.
7. Значна легенева гіпертензія при будь-якій ваді серця.
8. Поєднання кардіальної патології з іншими екстрагенітальними патологіями.
9. Вроджені вади серця (сині вади серця – тріада, тетрада Фалло, пентада Фалло синдром Ейзенмейгера, комплекс Лютембаше та ін.).

Показання для переривання вагітності у терміні 12–22 тиж:

- вади трикуспідального клапана;
- гіпертонічна хвороба III стадії;
- вторинна артеріальна гіпертензія тяжкого ступеня;
- хронічна ішемічна хвороба серця (окрім гострих форм та періоду загострення);
- первинна легенева гіпертензія;
- кіфосколіотична хвороба серця, тяжка форма;
- хронічне легеневе серце з серцевою недостатністю IIБ та III стадії;
- констриктивний перикардит ("панцирне серце") у випадках відмови вагітної від хірургічного лікування;
- дилатаційна кардіоміопатія з фракцією викиду лівого шлуночка менше 40 %;
- гіпертрофічна кардіоміопатія, обструктивна форма у випадках прогресування декомпенсації та неефективності лікування;
- інші кардіоміопатії, тяжкі форми;
- серцева недостатність II Б та III стадії або IV функціонального класу за NYHA;
- аневризма та розшарування аорти (тільки одночасно або після кардіохірургічної операції);
- вроджені вади розвитку системи кровообігу з серцевою недостатністю II Б та III стадії або з високою легеневою гіпертензією;
- комбіновані некориговані аортально-мітральні вади.

Показання до виключення II періоду пологів за допомогою акушерських щипців:

- септичний ендокардит;
- ендокардит;
- недостатність кровообігу ІА (клас II);
- аритмії.

Показання до кесаревого розтину

Як правило, кесарів розтин проводиться за акушерськими показаннями, а також при наступних станах:

- ХСН ПБ – III стадії;
- ревмокардит II–III ступеня активності;
- коарктація аорти при наявності АГ або ознак початку розшарування аорти;
- тахіаритмічна форма миготіння передсердь із великим дефіцитом пульсу.

Класифікація СН за Стражеско та Василенко

I стадія: ядуха, серцебиття, втомлення тільки при фізичному навантаженні.

II А стадія: застій у малому колі кровообігу, ціаноз, ядуха в спокої, хрипи в легенях.

II Б стадія: застій у великому колі кровообігу, збільшення печінки, набряки, асцит, гідроторакс, зниження швидкості кровообігу.

III стадія: незворотні зміни внутрішніх органів (дистрофія).

Класифікація недостатності кровообігу (міжнародна)

I клас: безсимптомний перебіг, без обмеження фізичної активності.

II клас: симптоми захворювання слабо виражені, незначна обмеженість фізичної активності.

III клас: симптоми захворювання виражені, значна обмеженість фізичної активності.

IV клас: дискомфорт при будь-якому фізичному навантаженні.

Симптоми, що можуть виникнути у вагітних без захворювання серця:

- систолічні функціональні шуми;
- посилення дихальної активності, іноді задишка;
- набряки нижніх кінцівок у другій половині вагітності.

Критерії діагностики хвороби серця під час вагітності:

- діастолічний, пресистолічний або постійні шуми в серці;
- явне збільшення розмірів серця;
- грубий систолічний шум, особливо в поєднанні з тремтінням;
- значна аритмія.

Ведення вагітних із захворюваннями серця

Вагітним із СН I–II класів або I–IIА стадії за Стражеско–Василенко не протипоказано виношування вагітності, але необхідно слідкувати за можливими ознаками розвитку серцевої недостатності.

Початкові симптоми серцевої недостатності:

- початок може бути стертим;
- кашель, хрипи при фізикальному обстеженні;
- неможливість виконувати повсякденну домашню роботу;
- наростаюча задишка при навантаженні.

Захворювання серця III класу. В однієї третини жінок під час вагітності настає декомпенсація. Розродження будь-яким методом може закінчитись летально, тому рекомендується переривання вагітності до 12 тиж.

Великої уваги потребує **III період пологів**, оскільки в цей час відбувається швидка зміна гемодинаміки, і нерідко відразу після пологів раптово розвивається порушення кровообігу. Якщо вада супроводжується збільшеним серцевим викидом (артеріальна недостатність, мітральна недостатність), то після пологів необхідно покласти вантаж на живіт для зменшення депонування крові та забезпечення притоку крові до серця, щоб запобігти гіповолемії, гіпоксії мозку та колапсу.

Ревматизм у вагітних. Під час вагітності спостерігається рецидив ревматичного ендоміокардиту. Загострення ревматизму у більшості випадків розпочинається у перші 3 міс або в останні 2 міс вагітності, може виникнути також після пологів.

Ревматичні вади серця зустрічаються у 6–10 % вагітних. Вони складають більше 80 % всіх захворювань серцево-судинної системи у вагітних.

Вирішуючи питання про можливість вагітності у хворих з набутими вадами серця, треба враховувати не тільки форму вади, а й стадію її розвитку, фазу, ступінь активності ревматичного процесу, виразність недостатності кровообігу, стан легеневого і коронарного кровообігу, скоротливу здатність міокарда, наявність і тяжкість аритмії, наявність тромбоемболії та інших ускладнень в анамнезі, супровідні захворювання і ускладнення вагітності.

Найчастіше у вагітних зустрічаються такі ревматичні вади серця:

1. **Недостатність мітрального клапана.** Прогноз для вагітності та пологів при цій ваді серця сприятливий. Декомпенсація серця спостерігається порівняно рідко, звичайно внаслідок загострення ревматичного процесу.

2. **Комбінована вада серця з переважанням стенозу лівого передсердно-шлуночкового отвору** є найбільш небезпечною для жінки під час вагітності та пологів (так само, як «чистий» мітральний стеноз). У разі цієї вади серця кров збирається в малому колі кровообігу. Гіперволемія, притаманна вагітності, поглиблює застій крові у легенях. Тому декомпенсація у вагітних зі стенозом лівого передсердно-шлуночкового отвору розвивається частіше і буває більш важкою, ніж при інших вадах серця. Миготлива аритмія, що часто виникає у випадку стенозу лівого передсердно-шлуночкового отвору, викликає тяжке порушення кровообігу, що погано піддається лікуванню.

3. *Аортальні вади серця (недостатність клапанів аорти, стеноз устя аорти або комбінована аортальна вада серця)* багато років залишаються компенсованими, оскільки адаптація до змінених умов гемодинаміки здійснюється лівим шлуночком серця. Однак, якщо декомпенсація виникає, відновити кровообіг буває важко. При декомпенсованих поза періодом вагітності або під час неї аортальних вадах серця вагітність протипоказана.

4. *Аортально-мітральні вади серця*, як правило, ускладнюються під час вагітності декомпенсацією кровообігу, яка буває неоднаково вираженою і залежить від характеру ураження клапанів; прогноз погіршується у разі стенозу лівого передсердно-шлуночкового отвору або устя аорти.

5. *Недостатність або стеноз трикуспідального клапана серця* – рідкісна органічна вада серця, яка супроводжується застійними явищами у великому колі кровообігу. Вагітність у разі цієї вади серця протипоказана.

Виникнення серцевої недостатності пов'язано з тривалістю вади серця.

Так, за наявності вади протягом 20 років серцева недостатність виникає у 5 разів частіше, ніж у разі нещодавно сформованих уражень. Частіше спостерігається декомпенсація і серед жінок віком понад 35 років.

Уроджені вади серця складають 2–5 % всіх захворювань серцево-судинної системи. Вроджені вади поділяються на «сині» та «білі», а також вади з перешкодами кровотоку.

У разі "синіх" вад, для яких характерна виражена синюшність внаслідок недостатньої артеріалізації крові в легенях, часткового змішування артеріальної та венозної крові, виникає компенсаторна поліцитемія і розвивається недостатність серцевої діяльності. У зв'язку зі хронічною гіпоксією, що шкідливо позначається на здоров'ї матері і плода, вагітність у разі "синіх" вад протипоказана. До цієї групи вад належать тріада, тетрада та пентада Фалло.

Кращим є прогноз у випадках вроджених "білих" вад. До них належать незрощення артеріальної протоки, дефект міжшлуночкової перетинки, стеноз легеневого стовбура, стеноз (коарктація) аорти. Проте іноді й у випадках деяких "білих" вад перебіг вагітності може бути несприятливим, а прогноз негативним. Загалом, якщо наявні ознаки порушення кровообігу у разі будь-якої вродженої вади серця, вагітність протипоказана.

Вагітність і пологи у жінок, що перенесли операцію на серці.
Прогноз вагітності у жінок з оперованим серцем здебільшого залежить від стадії вади та функціонального стану життєво важливих органів до хірургічного лікування, ефективності проведеної операції і тривалості терміну після виконання операції і до настання вагітності.

Перебіг вагітності у оперованих жінок переважно залежить від виду перенесеного втручання. Тому в кардіо-акушерській клініці з практичною метою зручно виділяти 3 групи хворих після:

- 1) мітральної комісуротомії;
- 2) протезування клапанів;
- 3) корекції вроджених вад.

Після комісуротомії вагітність допустима не раніше ніж через 1 рік після операції. Найсприятливіший період – між 1-м і 2-м роком після операції. У жінок із корегованими вадами питання вирішується залежно від гемодинамічних показників. У хворих зі штучними клапанами вагітність протипоказана.

Артеріальна гіпотонія у вагітних характеризується систолічним тиском, який не перевищує 100 мм рт. ст., і діастолічним тиском менше 60 мм рт. ст. Артеріальна гіпотензія може бути конституціональною особливістю або симптомом захворювання. При цьому виникають скарги на запаморочення, головний біль, слабкість, втому. Хворі часто непритомніють, іноді трапляються колаптоїдні стани. Характерними є м'язова слабкість, схильність до анемії, гіпоглікемія, адинамії.

Артеріальна гіпотонія у більшості випадків не є протипоказанням до збереження вагітності. У I триместрі вагітності для лікування гіпотензії призначають настоянки шавлії, елеутерококу, китайського лимоннику).

Гіпертонічна хвороба у вагітних. Гіпертонічною хворобою (ГХ) (первинною артеріальною гіпертензією, есенційною гіпертонією) називають захворювання, що характеризується підвищенням артеріального тиску (АТ), зумовленого порушенням центральних механізмів регуляції вазомоторної системи з подальшим залученням до патологічного процесу гуморальних факторів.

Гіпертонічну хворобу відрізняють від вторинних гіпертоній, або симптоматичних, при яких підвищення АТ є наслідком ураження тих чи інших органів: нирок, ендокринних залоз, серця і великих артеріальних судин, органічних змін центральної нервової системи.

Класифікація гіпертонічної хвороби

Зараз, згідно з рекомендаціями ВООЗ та Міжнародного товариства боротьби з артеріальною гіпертензією пропонується використовувати класифікації артеріальної гіпертензії залежно від ураження органів.

Стадія I. Об'єктивні ознаки ушкодження органів відсутні.

Стадія II. Є хоча б одна із таких ознак ураження органів:

- гіпертрофія лівого шлуночка (за даними ЕКГ, ЕхоКГ, рентгенографії);
- генералізоване чи локальне звуження артерій сітківки.

Стадія III. Мають місце пошкодження органів:

- *серце* – серцева недостатність;
- *мозок* – інсульт, транзиторні ішемічні атаки, гіпертензивна енцефалопатія;
- *очне дно* – крововиливи та ексудати у сітківці з набряком диску зорового нерва або без нього.

При гіпертонічній хворобі дуже часто спостерігаються ускладнення вагітності пологів: пізній гестоз (20–90 %), невиношування (пізні аборти і передчасні пологи), передчасне відшарування нормально розташованої

плаценти, внутрішньоутробна гіпоксія і гіпотрофія плода. Перинатальна смертність складає близько 200%.

Причини такого несприятливого перебігу вагітності у жінок із гіпертонічною хворобою і, зокрема, частий розвиток у них тяжких форм пізнього гестозу й порушень стану плода значною мірою бувають зумовлені особливостями нейрогуморальної регуляції кровообігу та змінами гемодинаміки, які призводять до порушень матково-плацентарного комплексу.

Виділяють три типи гемодинаміки у хворих на артеріальну гіпертензію: гіперкінетичний, нормо- або еукінетичний та гіпокінетичний.

Лікування вагітних з гіпертонічною хворобою включає наступне:

- 1) лікувально-охоронний режим;
- 2) рухові режими та комплекси ЛФК;
- 3) лікувальне харчування;
- 4) гіпотензивні та інші препарати, дія яких направлена на нормалізацію кровообігу;
- 5) засоби профілактики пізнього гестозу і порушень стану плода.

Враховуючи вплив препаратів на організм матері і плода, вагітним із ГХ рекомендують для тривалого використання метилдофу, клонідину гідрохлорид та ніфедипін.

Терапію призначають диференційовано, з урахуванням центрального кровообігу. Класифікують типи гемодинаміки залежно від значення серцевого індексу (СІ) ($СІ = \text{хвилинний об'єм крові/поверхню тіла, л/м}^2$). При *гіперкінетичному* типі гемодинаміки (СІ більш 4,2 л/хв/м², ЗПО < 2500) лікування передбачає підвищення стійкості ЦНС до впливу негативних факторів і зменшення її функціональних розладів. Для цього використовують седативні препарати та спазмолітики, α - та β -блокатори (препаратом вибору, особливо при явищах дієнцефального синдрому, може бути також піроксан по 0,015г 3 рази на день всередину, пропранолол 2 мг/кг).

При *нормокінетичному* типі кровообігу (СІ = 2,5–4,2 л/хв/м², ЗПО 1500–2000) лікування спрямоване на зменшення загального периферичного судинного опору (ЗПО). Вагітні з таким типом гемодинаміки потребують тривалого призначення гіпотензивної терапії, до якої входять α -адреноміметики (метилдопа), антагоністи Са (клонідину гідрохлорид, ніфедипін). При значному підвищенні АТ можливе використання седативних засобів.

При *гіпокінетичному* типі гемодинаміки (СІ < 2 л/хв/м², ЗПО \geq 1500) необхідно не тільки знижувати АТ за рахунок зменшення ЗПО, а й нормалізувати хвилинний об'єм (ХО), покращувати органний кровотік і мікроциркуляцію. Для цього використовують α -блокатори (клонідину гідрохлорид) в поєднанні з антагоністами Са (ніфедипін) та спазмолітиками, реополіглокін (400 мл внутрішньовенно краплинно повільно) в поєднанні з гепарином (2500 ОД), дипіридамом по 25–75 мг 3 рази на день.

При гіпертонічній хворобі третьої стадії вагітність протипоказана. Після того, як встановлено, що у вагітної є захворювання серцево-судинної системи, слід прийняти рішення про можливість продовження вагітності.

Протипоказання до збереження вагітності у жінок із захворюваннями серцево-судинної системи:

- 1) ревматичний ендокардит;
- 2) затяжний або підгострий септичний ендокардит;
- 3) недостатність кровообігу будь-якої стадії, що виникла до вагітності або розвинулася у перші 12 тиж вагітності;
- 4) стеноз лівого передсердно-шлуночкового отвору, особливо з вираженими ознаками легеневої гіпертензії;
- 5) мітрально-аортальні вади серця, особливо поєднання стенозу лівого передсердно-шлуночкового отвору й недостатності клапанів аорти;
- 6) аортальні вади серця з декомпенсацією серцевої діяльності у минулому;
- 7) вади тристулкового клапана;
- 8) стан після мітральної комісуротомії, якщо операція виявилася неефективною і якщо діагностується рестеноз або неадекватна комісуротомія, при виражених змінах міокарда, високій легеневій гіпертензії, миготливій аритмії, загостренні ревматизму;
- 9) після протезування клапанів серця;
- 10) гіпертонічна хвороба III ст.;
- 11) вроджені вади серця та судин "синього" типу;
- 12) вроджені вади серця з ознаками легеневої гіпертензії або порушення кровообігу;
- 13) поєднання кількох захворювань серця та судин:
 - вада серця та гіпертонічна хвороба;
 - вада серця та хронічний неврит;
 - стеноз лівого передсердно-шлуночкового отвору і тиреотоксичне серце;
 - стеноз лівого передсердно-шлуночкового отвору і кіфосколіоз тощо.

У тому разі, коли жінка завагітніла і якщо наявні зазначені вище протипоказання з боку серцево-судинної системи, вагітність рекомендується перервати у перші 12 тиж.

Питання про необхідність переривання вагітності за медичними показаннями при терміні вагітності понад 12 тиж має бути розв'язане тільки у стаціонарному відділенні екстрагенітальної патології в індивідуальному порядку.

Підготовці до пологів передують насамперед обстеження функціонального стану кровообігу, уточнення характеру ураження серця, виявлення активності тематичного процесу. У відділенні екстрагенітальної патології вагітних має бути проведено лікування виявлених функціональних пору-

шень (ліквідація недостатності кровообігу, лікування загострення ревматичного процесу, нормалізація артеріального тиску тощо), а також визначено метод розродження відповідно до стану вагітності.

Способи розродження

I. Самостійне розродження природними пологовими шляхами припустиме при таких станах:

1) недостатності лівого передсердно-шлуночкового клапана у стадії компенсації кровообігу;

2) комбінованій мітральній ваді серця з переважанням стенозу лівого венозного устя у стадії компенсації кровообігу;

3) стенозі устя аорти у стадії компенсації кровообігу;

4) вроджених вадах серця "білого" типу без порушення кровообігу;

5) гіпертонічній хворобі I чи II стадії, хорошій корекції АТ (коливання АТ у межах норми – граничної зони);

6) недостатності кровообігу I стадії, що спостерігалася під час вагітності й ліквідованої до терміну пологів (припустиме тільки у жінок, що народжують повторно).

II. Виключення потуг шляхом операції накладання акушерських щипців показане при таких станах:

1) недостатності кровообігу I та II А стадії під час вагітності у першороділь і II А стадії у повторнороділь, незалежно від захворювання серця, що викликало декомпенсацію, навіть якщо до пологів кровообіг відновлено;

2) недостатності кровообігу II Б стадії, що спостерігалася під час вагітності й перейшла до терміну пологів у I і II А стадію;

3) порушенні кровообігу під час пологів;

4) нападах коронарної недостатності під час вагітності або під час пологів;

5) міокардиті (ревмокардиті, з недостатністю кровообігу I–II А стадії).

III. Розродження шляхом кесаревого розтину показано в разі:

1) недостатності кровообігу II Б – III стадії, що збереглася до терміну пологів, незалежно від захворювання, що викликало декомпенсацію серцевої діяльності;

2) ревмокардиту з важким порушенням кровообігу (II Б – III стадії);

3) септичного ендокардиту;

4) миготливої аритмії;

5) легеневої гіпертензії з високим рівнем тиску;

6) гіпертонічної хвороби III ст.;

7) поєднання серцевої та іншої акушерської патології (треба враховувати тяжкість кожної з них).

Бажано, щоб вибір методу розродження проводив акушер-гінеколог разом із терапевтом та анестезіологом.

Розділ 2. Хвороби кровотворних органів та вагітність

Найчастішою клінічною формою патології крові при вагітності є анемія. Анемії вагітних поділяються на дві основні групи:

1. Анемії, які виникають під час вагітності або внаслідок вагітності: гіпохромна або залізодефіцитна анемія та гіперхромна або перніціозна (мегалобластна) анемія.

2. Анемії, що існували ще до вагітності: апластична або гіпопластична, гемолітична, автоімунна гемолітична та анемії, пов'язані з порушенням продукції глобіну.

Захворювання крові, при яких протипоказане виношування вагітності

1. Гемолітична анемія.
2. Апластична і гіпопластична анемія.
3. Лейкози.
4. Лімфогранулематоз.
5. Мієломна хвороба.
6. Ідіопатична тромбоцитопатична пурпура (хвороба Верльгофа) у стадії загострення.

7. Дезагрегаційні тромбоцитопатії з геморагічним синдромом.

8. Геморагічні діатези (хвороба Шенлейн–Геноха та ін.) з частими загостреннями.

Анемія у вагітних

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

Класифікація

1. За етіологією (ВООЗ, 1992)

Анемії, пов'язані з харчуванням:

- залізодефіцитна;
- В₁₂-дефіцитна;
- фолієводефіцитна;
- інші, пов'язані з харчуванням.

Гемолітичні анемії:

- внаслідок ферментних порушень;
- таласемія;
- серпоподібні порушення;
- інші спадкові гемолітичні анемії;
- набута гемолітична анемія

Апластичні анемії:

- набута чиста червоноклітинна аплазія (еритробластопенія);
- інші апластичні анемії;
- гостра постгеморагічна анемія

Анемії при хронічних хворобах

- новоутвореннях;
- інших хронічних хворобах

Інші анемії

2. За ступенем тяжкості* (ВООЗ, 1991)

Ступінь тяжкості	Концентрація гемоглобіну (г/л)	Гематокрит (%)
Легкий	109–90	37–31
Середній	89–70	30–24
Тяжкий	69–40	23–13
Дуже тяжкий	< 40	< 13

*Наведені критерії тяжкості анемії рекомендовані виключно для вагітних жінок. Переважна більшість випадків анемії у вагітних – це залізодефіцитна анемія (90 %), половина з них має поєднаний залізо- і фолієводефіцитний генез. Решта видів анемії зустрічається у вагітних відносно рідко.

Залізодефіцитна анемія (ЗДА)

Чинники ризику

1. Недостатнє або неповноцінне харчування.
2. Гіперполіменорея.
3. Інтервал після попередніх пологів менше 2 років.
4. Багатоплідна вагітність.
5. Четверо чи більше пологів у минулому.
6. Кровотечі під час вагітності (маткові, носові, з травного тракту, гематурія тощо), геморагічні діатези.
7. Хвороби з порушенням всмоктування заліза (стан після гастректомії або субтотальної резекції шлунка, стан після резекції значної частини тонкого кишечника, синдром мальабсорбції, хронічний ентерит, амілоїдоз кишечника), постійний прийом антацидних препаратів.
8. Хвороби з перерозподілом заліза (системні захворювання сполучної тканини, гнійно-септичні стани, хронічні інфекції, туберкульоз, злоякісні пухлини).
9. Паразитарні та глистяні інвазії.

Клінічні прояви.

Ознаки анемічної гіпоксії (власне анемічний синдром):

- блідість шкіри та слизових оболонок;
- тахікардія;
- скарги на загальну слабкість, запаморочення, болі у ділянці серця тощо;
- задишка при фізичних навантаженнях.

Ознаки дефіциту заліза (сидеропенічний синдром):

- втомлюваність;
- погіршення пам'яті;
- спотворення смаку;
- випадіння, ламкість волосся;
- ламкість нігтів;
- "заїди";
- блакитні склери (зрідка, за тяжкої анемії);
- сухість шкіри;
- гіпо- чи антацидність.

Діагностика

Для призначення адекватного лікування з'ясовують генез анемії. Зниження концентрації гемоглобіну не є доказом залізодефіциту, тому проводять додаткове обстеження.

Лабораторні ознаки залізодефіциту:

- мікроцитоз еритроцитів (зазвичай у поєднанні з анізо- та пойкилоцитозом);
- гіпохромія еритроцитів (колірний показник $< 0,86$);
- зниження середнього вмісту гемоглобіну в еритроциті (< 27 пг);
- зниження середньої концентрації гемоглобіну в еритроциті (< 33 %);
- зниження середнього об'єму еритроцитів (< 80 мкм³);
- зниження сироваткового заліза ($< 12,5$ мкмоль/л);
- зменшення концентрації феритину сироватки (< 13 мкг/л);
- підвищення загальної залізов'язувальної здатності сироватки (> 85 мкмоль/л);
- зниження насичення трансферину залізом (< 15 %);
- підвищення вмісту протопорфіринів у еритроцитах (< 90 мкмоль/л).

Залежно від можливостей лабораторії закладу охорони здоров'я, в якому спостерігається вагітна, додаткове обстеження для виявлення залізодефіциту може включити від двох до десяти з перерахованих вище тестів. Обов'язковими є визначення кольорового показника та виявлення мікроцитозу у мазку крові (найпростіші та найдоступніші методи). Бажаючи також визначити концентрацію сироваткового заліза.

Рекомендації щодо харчування.

Основним джерелом заліза для вагітної жінки є м'ясо.

З метою поліпшення всмоктування заліза до раціону корисно включати фрукти, ягоди, зелені овочі, соки та морси, мед (темні сорти).

Вживання м'яса та продуктів, які сприяють найповнішому всмоктуванню заліза з нього, слід розділити за часом з чаєм, кавою, консервованими продуктами, зерновими, молоком та молочними продуктами, які містять сполуки, що пригнічують абсорбцію заліза.

У разі наявності анемії рекомендовані відвари або настої плодів шипшини, бузини, чорної смородини, листя суниці, череди, кропиви.

Лікування

Основою лікування ЗДА є призначення препаратів заліза. Показання до призначення препаратів заліза під час вагітності (С) – середній, тяжкий та дуже тяжкий ступені анемії.

Принципи феротерапії: по можливості усунути причину залізодефіциту (кровотечі шлункові, кишкові, носові, з пологових шляхів, гематурию, порушення системи згортання крові тощо). Препарати заліза, незалежно від ступеня тяжкості анемії, призначати *per os*. Винятковими є лише випадки, коли внутрішнє вживання залізовмісних препаратів протипоказане.

Пероральні препарати заліза поділяються на іонні та неіонні. Серед перших слід надавати перевагу тим, що містять двовалентне залізо, біодоступність якого значно вища, ніж тривалентного.

Серед сполук двовалентного заліза найкраще всмоктуються (у порядку зменшення): сульфат, глюконат, хлорид, фумарат. Лікувальна добова доза заліза елементарного при пероральному застосуванні має складати 2 мг/кг маси тіла (у середньому 100–200 мг/доб).

Застосовувати препарати з високим вмістом заліза (1–2 табл відповідають добовій потребі) і сповільненим його вивільненням (ретардні форми, slow release), що дозволяє стабільніше підтримувати достатню концентрацію заліза сироватки та зменшити кількість гастроінтестинальних побічних ефектів.

Доцільно застосовувати комбіновані препарати, додаткові компоненти яких перешкоджають окисленню двовалентного заліза у тривалентне (аскорбінова, янтарна, щавлева кислоти); сприяють всмоктуванню заліза в кишечнику (амінокислоти, поліпептиди, фруктоза); попереджують подразнювальну дію іонів заліза на слизову оболонку травного тракту (мукопротеоза); зменшують прооксидантну дію двовалентного заліза в організмі (аскорбінова кислота, інші антиоксиданти); підтримують щіткову кайму слизової оболонки тонкого кишечника в активному стані (фолієва кислота).

Протипоказання до прийому препаратів заліза per os:

- непереносимість заліза (постійна нудота, блювання, діарея);
- стан після резекції тонкого кишечника;
- ентерит;
- синдром мальабсорбції;
- загострення виразкової хвороби, неспецифічного виразкового коліту або хвороби Крона.

За наявності протипоказань до прийому заліза per os призначають парентеральні препарати, які містять тривалентне залізо. У разі парентерального застосування добова доза заліза елементарного не повинна перевищувати 100 мг. При проведенні феротерапії, особливо парентеральними препаратами, слід ретельно стежити за можливими побічними ефектами залізовмісних засобів.

Побічні ефекти пероральних препаратів заліза:

- нудота;
- біль в епігастральній ділянці;
- діарея;
- запор;
- нетяжкі алергічні реакції (шкірні висипи тощо).

Побічні дії парентеральних препаратів заліза:

- артеріальна гіпотензія;
- артралгія;
- збільшення лімфатичних вузлів;

- лихоманка;
- головний біль;
- запаморочення;
- інфільтрати на місці ін'єкцій;
- анафілактоїдні реакції, анафілактичний шок.

У випадках резистентної до монотерапії залізом ЗДА додатково призначають людський рекомбінантний еритропоетин. Якщо у пізньому терміні вагітності (≥ 37 тиж) має місце тяжка симптомна анемія, розглядається питання щодо трансфузії еритроцитарної маси або відмитих еритроцитів.

Тактика ведення вагітності та пологів.

ЗДА не впливає на тактику ведення вагітності та пологів.

Фоліодефіцитна анемія

Чинники ризику

1. Гемоліз будь-якого генезу.
2. Багатопліддя.
3. Постійний прийом протисудомних препаратів.
4. Стан після резекції значної частини тонкого кишечнику.

Профілактика

Прийом фолієвої кислоти по 3–5 мг/добу показаний усім вагітним, починаючи з самих ранніх термінів. Вживання у достатній кількості Еф-руктів та овочів, багатих на фолієву кислоту (шпинат, спаржа, салат, броколі, капуста, картопля, помаранчі, диня тощо) у сирому вигляді (оскільки під час термічної обробки більша частина фолатів втрачається). Прийом великої дози фолієвої кислоти (до 6 мг/добу) проводиться упродовж усієї вагітності, якщо жінка постійно приймає антиконвульсанти або інші антифолієві засоби (сульфасалазин, тріамтерен, зидовудин та ін.).

Діагностика

Виявлення макроцитів, анізо- та поїкілоцитозу у мазку крові.

Встановлення дефіциту фолієвої кислоти в еритроцитах

Лікування

Призначення фолієвої кислоти 1–5 мг/добу.

Потреба у фолієвій кислоті від самого початку вагітності зростає у 2,5–3 рази і сягає 0,6–0,8 мг/добу.

Додатковий прийом фолієвої кислоти під час вагітності зменшує частоту дефіциту фолатів та анемії, але не впливає на перебіг вагітності, пологів, стан плода і новонароджених.

Додатковий прийом фолієвої кислоти жінками у преконцепційному періоді та у I триместрі вагітності веде до зниження частоти вроджених вад розвитку ЦНС у 3,5 рази порівняно з загальнопопуляційною. Прийом фолієвої кислоти, розпочатий після 7 тиж вагітності, не впливає на частоту дефектів невральної трубки.

Інші види анемії

B₁₂-дефіцитна анемія

Причина – недостатність синтезу внутрішнього фактора Касла, необхідного для всмоктування вітаміну B₁₂ (це спостерігається після резекції або видалення шлунка, при автоімунному гастриті); порушенням процесів всмоктування у клубовій кишці (неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона, гельмінтози, стан після резекції клубової кишки); недостатнім вмістом вітаміну B₁₂ у їжі (відмова від тваринних продуктів). B₁₂-дефіцитна анемія є макроцитарною, гіперхромною і супроводжується неврологічною симптоматикою.

Діагностика базується на визначенні вмісту вітаміну B₁₂ (знижується до 50 пг/мл і нижче) за наявності в крові гіперхромних макроцитів.

Лікування. Призначають ціанокобаламін 1000 мкг внутрішньом'язово 1 раз на тиждень упродовж 5–6 тиж або 200 мкг внутрішньом'язово щоденно.

Таласемія

Спадково обумовлена (аутосомно-рецесивний тип) кількісна недостатність синтезу α - або β -ланцюга молекули гемоглобіну. В Україні зустрічається надзвичайно рідко.

У разі легкої форми α -таласемії вагітність перебігає без ускладнень, лікування не проводять. Тяжкі форми вимагають призначення препаратів заліза per os, нерідко трансфузії еритроцитарної маси.

Особлива форма α -таласемії, що розвивається за умов мутації усіх чотирьох α -глобінних генів, майже завжди призводить до водянки плода і зрештою до його внутрішньоутробної загибелі. Ця форма також асоціюється з частим розвитком прееклампсії.

Якщо α -таласемія супроводжується спленомегалією, розродження проводять шляхом кесаревого розтину, в усіх інших випадках – через природні родові шляхи.

Легкі форми β -таласемії зазвичай не перешкоджають виношуванню вагітності. Остання перебігає без ускладнень. Лікування передбачає призначення фолієвої кислоти, інколи виникає необхідність у трансфузії еритроцитарної маси. Хворі з тяжкою β -таласемією не доживають до дитородного віку.

Гемолітичні анемії

Зумовлені посиленням руйнування еритроцитів, яке не компенсується активацією еритропоезу. До них відносяться серпоподібноклітинна анемія, що є проявом спадково обумовленої структурної аномалії β -ланцюга молекули гемоглобіну; спадковий мікросфероцитоз – аномалія структурного білка мембран еритроцитів – спектрину; анемії, обумовлені вродженими ферментативними порушеннями, найчастіше недостатністю глюкозо-6-фосфатдегідрогенази еритроцитів.

Вагітні з гемолітичними анеміями в усіх випадках потребують кваліфікованого ведення спеціалістом-гематологом. Рішення щодо можливості

виношування вагітності, характеру лікування, терміну і способу розродження вирішує гематолог.

Призначення препаратів заліза протипоказане.

Апластична анемія

Трапляється у вагітних досить рідко, причина у більшості випадків залишається невідомою. Діагноз встановлюють на підставі морфологічного дослідження пунктату кісткового мозку.

Вагітність протипоказана і підлягає перериванню як у ранньому, так і у пізньому терміні. У разі розвитку або виявлення апластичної анемії після 22 тиж вагітності показане дострокове розродження.

Хворі складають групу високого ризику щодо геморагічних та септичних ускладнень. Високою є материнська смертність, дуже часті випадки антенатальної загибелі плода.

Завдання для самостійної роботи

1. Які захворювання серцево-судинної системи найчастіше зустрічаються у вагітних?
2. Що потрібно враховувати, вирішуючи питання про допустимість вагітності у хворих із набутими (ревматичними) вадами серця?
3. Назвіть протипоказання до збереження вагітності у разі набутих вад серця.
4. Назвіть особливості перебігу вагітності і пологів у хворих зі вродженими вадами серця та протипоказання до продовження вагітності у цьому випадку.
5. Вагітність і пологи у жінок, що перенесли операцію на серці (мітральну комісуротомію, протезування клапанів, корекцію вроджених вад серця).
6. Дайте характеристику первинної артеріальної гіпертензії вагітних. Розкажіть класифікацію гіпертонічної хвороби залежно від ураження органів. Укажіть ускладнення перебігу вагітності.
7. Які три типи гемодинаміки виділяють у хворих на артеріальну гіпертензію?
8. Назвіть протипоказання до виношування вагітності у хворих на гіпертонічну хворобу.
9. Назвіть особливості перебігу вагітності у разі артеріальної гіпотензії.
10. Розкажіть про вибір методу розродження у жінок із хворобами серцево-судинної системи:
 - а) самостійне розродження природнимипологовими шляхами;
 - б) скорочення потужного періоду шляхом операції накладання акушерських щипців;
 - в) розродження шляхом кесаревого розтину.
11. Назвіть протипоказання до збереження вагітності у жінок із захворюваннями крові.

Ситуаційні задачі для визначення кінцевого рівня знань

1. Пологи I, своєчасні, тривають 8 год. З анамнезу: стеноз мітрального отвору III ст. Роділля сидить на ліжку, опутивши ноги. Скарги на задишку, дихає відкритим ротом, обличчя і верхня частина тіла вкриті краплями поту, ціаноз. На відстані чутні хрипи, а з рота виділяється пінисте, з домішками крові, мокротиння. Ps 130–150/хв. Яке ускладнення настало під час пологів?
 - A. Хронічна серцева недостатність.
 - B. Напад бронхіальної астми.
 - C. Пароксизмальна тахікардія.
 - D. Миготлива аритмія.
 - E. набряк легенів.
2. У хворой з тетрадою Фалло, яка оперативно не коригувалася, вагітність 8 тиж. Якою має бути тактика лікаря відносно виношування вагітності?
 - A. Кесарів розтин у терміні 34 тиж.
 - B. Переривання в терміні 28 тиж.
 - C. Виношування вагітності протипоказано.
 - D. Переривання тільки при виникненні серцево-судинної декомпенсації.
 - E. Переривання вагітності до 12 тиж.
3. Повторновагітна, 25 років, поступила в гінекологічне відділення з діагнозом: вагітність 8 тиж. Ревматизм в активній фазі, поєднаний мітральний порок з переважанням стенозу, недостатність кровообігу 2А ст. Протягом останнього року – чотири ревматичні атаки, нестійка компенсація з незначним ефектом лікування в стаціонарі. Яка тактика ведення вагітної?
 - A. Лікування недостатності кровообігу, пролонгування вагітності та кесарів розтин у 36–37 тиж.
 - B. Лікування недостатності кровообігу, пролонгування вагітності, під час пологів – акушерські щипці.
 - C. Пролонгування вагітності і цілеспрямована терапія основного захворювання.
 - D. Лікування недостатності кровообігу, пролонгування вагітності та кесарів розтин у 38 тиж.
 - E. Переривання вагітності за медичними показаннями і лікування основного захворювання.
4. Вагітна 30 років, надійшла з першою вагітністю 36–37 тиж для визначення тактики розродження. У 5-річному віці проведена хірургічна корекція вродженої вади серця – дефект міжпередсердної перегородки. В даний час порушень з боку серцево-судинної системи не виявлено. Вкажіть тактику розродження.
 - A. Кесарів розтин зі стерилізацією.
 - B. Кесарів розтин у терміні пологів.
 - C. Розродження через природні пологові шляхи в терміні пологів.
 - D. Пологи через природні пологові шляхи зі виключенням потужного періоду.
 - E. Термінове розродження.

5. До жіночої консультації звернулася жінка 23 років астеничної статури з ціанозом губ і носо-губного трикутника. Страждає на природжену ваду серця синього типу – тетраду Фалло. Менструації з 17 років, нерегулярні, через 3–4 міс. При бімануальному дослідженні: матка збільшена до 7 тиж вагітності, м'якої консистенції, склепіння вільні, придатки не визначаються. Діагноз: Вагітність 7 тиж. Вроджена вада серця. Яка тактика лікаря?

- A. Госпіталізація у відділення патології вагітності ранніх строків для збереження вагітності.
- B. Госпіталізація в терапевтичне відділення для обстеження і вирішення питання про можливість виношування вагітності.
- C. Переривання вагітності за медичними показаннями.
- D. Доношування вагітності під диспансерним наглядом лікаря жіночої консультації.
- E. Рекомендувати оперативне лікування вади серця під час вагітності.

6. Вагітна 35 років, у терміні 35 тиж, скаржиться на головний біль. АТ – 160/100. Аналіз сечі в нормі. Набряків немає. З 16 років відзначає підвищення артеріального тиску. Діагноз?

- A. Гіпертонічна хвороба.
- B. Преєклампсія середнього ступеня.
- C. Астено-невротичний синдром.
- D. Епілепсія.
- E. Преєклампсія легкого ступеня.

7. Вагітна 21 року, поступила зі скаргами на періодичні носові кровотечі, петехіальні висипання на шкірі. Об'єктивно: матка в нормальному тонусі, положення плода поздовжнє, голівка плода рухома над входом у малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 140 уд/хв. Лабораторні дані: тромбоцити – $10,0-10^9$ /л, Нв – 118 г/л, еритроцити – $3,6-10^{12}$ /л, плазмові фактори згортання не змінені. Встановлено діагноз: вагітність I, 37 тиж, тромбоцитопенія. Вкажіть тактику ведення вагітної:

- A. Почати пологозбудження, пологи вести консервативно.
- B. Підготовка вагітної до пологів, пологи вести через природні родові шляхи з профілактикою кровотечі.
- C. Провести кесарів розтин ближче до терміну пологів.
- D. Негайно розродити шляхом кесаревого розтину.
- E. Провести кесарів розтин одночасно зі спленектомією.

Відповіді

1	2	3	4	5	6	7
E	E	E	C	C	A	B

Розділ 3. Тромботичні ускладнення під час вагітності

Матеріальне та методичне забезпечення теми

Засоби навчання: банк тестових завдань, мультимедійний проектор, фантоми й муляжі для відпрацювання прийомів обстеження та допомоги в пологах.

Обладнання: методичні вказівки.

Місце проведення: навчальна кімната, приймальне відділення акушерського стаціонару, палата акушерського відділення, пологовий зал.

Обґрунтування теми. Тема «Тромботичні ускладнення під час вагітності» є однією з базових в акушерстві. Сучасні дослідження стану здоров'я вагітних свідчать, що патологія перебігу вагітності в 60–70 % обумовлена прихованою 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 та удосконаленню лікарських препаратів показання до збереження вагітності при екстрагенітальній патології розширилися. Однак лікарський контроль за вагітною з тим або іншим захворюванням повинен проводитися особливо ретельно.

Мета заняття

Загальна – навчити студентів знанням клінічного перебігу та веденню вагітності і пологів у жінок з тромботичними ускладненнями.

Конкретні цілі

Студент повинен знати:

1. Загальні принципи ведення вагітності у жінок з тромботичними ускладненнями.
2. Загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з тромботичними ускладненнями.
3. Особливості ведення I періоду пологів у роділь з тромботичними ускладненнями.
4. Особливості ведення II періоду пологів у роділь з тромботичними ускладненнями.
5. Особливості ведення III періоду пологів у роділь з тромботичними ускладненнями.
6. Ведення післяпологового періоду у роділь з тромботичними ускладненнями.

Студент повинен уміти:

1. Призначити і провести комплексне обстеження вагітних з тромботичними ускладненнями.
2. Своєчасно виявляти протипоказання до виношування вагітності у жінок із тромботичними ускладненнями.
3. Передбачити відхилення перебігу вагітності та пологів у жінок із тромботичними ускладненнями, їх вплив на стан вагітної, плода і новонародженого.
4. Деонтологічно пояснити вагітній з тромботичними ускладненнями про необхідність своєчасного обстеження і регулярного спостереження в жіночій консультації, або в спеціалізованих закладах.
5. Деонтологічно та обґрунтовано переконати вагітну з важкими тромботичними ускладненнями у необхідності переривання вагітності за показаннями у будь-який термін вагітності.

Практичні навички

1. Оцінка показників коагулограми.
2. Ведення пологів у жінок з тромботичними ускладненнями.
3. Ведення післяпологового періоду у жінок з тромботичними ускладненнями.

Захворювання вен та тромботичні ускладнення при вагітності

Варикозна хвороба нижніх кінцівок

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

Клінічна картина залежить від локалізації, форми і стадії захворювання. Найчастіше зустрічається варикозна хвороба підшкірних вен нижніх кінцівок, а також зовнішніх статевих органів, піхви, прямої кишки, органів малого таза, шкіри живота, молочних залоз, сідниць. Розрізняють дві форми варикозної хвороби: неускладнену та ускладнену (кровотечею, тромбофлебітом підшкірних вен, гострим тромбозом глибоких вен, алергійним дерматитом, екземою, лікарською алергією, запаленням, варикозною виразкою). Скарги на біль, стомлюваність при ходьбі, набряки. При розширенні вен в ділянці статевих губ, піхви виникають болі та відчуття розпирання в ділянці статевих органів.

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

Лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок у вагітних звичайно консервативне. Тактику та об'єм лікування визначають сумісно з судинним хірургом. Звичайно рекомендують періодично приймати горизонтальне положення з піднятими нижніми кінцівками та підтримування еластичної компресії (еластичні бинти, панчохи або колготки). Вагітним рекомендують лікувальну фізкультуру і самомасаж у сполученні із правильним режимом праці та відпочинку. Для підвищення тону судин призначають ескузан (12–15 крапель 3 рази на день), троксевазин (0,3 г 2–3 рази на день), детралекс (1–2 табл на день), при наявності ознак гіперкоагуляції – антикоагулянти. При вираженому розширенні вен, що супроводжується недостатністю клапанів підшкірних або комунікантних вен, варто порушувати питання про хірургічне лікування.

Ведення вагітності та пологів. Варикозна хвороба нижніх кінцівок не є протипоказанням до пролонгування вагітності. Перевагу варто надавати веденню пологів через природні пологові шляхи. Пологи у вагітних з варикозною хворобою нерідко ускладнюються передчасним вилиттям навколоплідних від, слабкістю пологової діяльності, передчасним відшаруванням плаценти, кровотечею у послідовому і ранньому післяпологовому періодах. Обов'язковим заходом є еластичне бинтування обох ніг для попередження рефлюксу крові в них під час потуг. У післяпологовому періоді породіллям рекомендують лікувальну фізкультуру, обов'язкову еластичну компресію обох ніг. У випадках оперативного розродження при наявності вираженої гіперкоагуляції призначають дезагрегантну терапію. При вираженій варикозній хворобі породіллю повинен оглянути хірург для вирішення питання про подальше лікування.

Тромбофлебіти, тромбози вен

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

Тромбофлебіт поверхневих вен. Захворювання характеризується наявністю гіперемії шкіри, болю та ущільнення по ходу вени, локальною гіпертермією. Загальний стан пацієнок задовільний, температура тіла частіше субфебрильна, у багатьох хворих спостерігається сходинкоподібне наростання пульсу (симптом Малера), у крові – незначні зміни або помірний лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитарної формули вліво, ШОЕ трохи підвищена.

Діагностика тромбозу поверхневих вен звичайно нескладна, труднощі можуть виникнути при висхідній формі захворювання. Визначити проксимальний рівень тромбозу і виключити безсимптомний тромбоз глибоких вен можна на підставі результатів комплексного ультразвукового дослідження судин нижніх кінцівок, що включає ангіосканування та доплерографію.

Лікування проводять сумісно із судинним хірургом. Консервативна терапія включає місцевий і загальний вплив на патологічний процес. Як місцеву терапію використовують холод протягом перших 2–3 днів, мазеві аплікації, еластичну компресію нижніх кінцівок й їхнє піднесення положення під час сну. Загальна терапія включає призначення наступних ліків: протизапальних та десенсибілізуючих препаратів, дезагрегантів, препаратів, що поліпшують мікроциркуляцію та мають флебодинамічну дію. Ведення пологів згідно з акушерською ситуацією з ретельним знеболюванням. Всім породіллям треба проводити еластичне бинтування обох ніг для зменшення венозного застою і попередження рефлюксу крові під час потуг. У післяпологовому періоді повинна бути продовжена еластична компресія обох нижніх кінцівок. Рекомендується лікувальна фізкультура. У всіх породіль необхідно щодня оглядати обидві ноги, пальпувати підшкірні вени, на 3–4-й день після пологів доцільно провести комплексне УЗД судин, що включає ангіосканування і доплерографію. Після виписки зі стаціонару всім пацієнткам рекомендують еластичну компресію нижніх кінцівок, обмеження статичних навантажень, а також спостереження у хірурга.

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

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

Завдання та уміння, які необхідно виконати

1. Зібрати анамнез, провести загальне та спеціальне акушерське обстеження вагітної з тромботичними ускладненнями.
2. На підставі отриманих даних та аналізу результатів лабораторного або іншого обстеження встановити попередній діагноз.
3. Призначити додаткові методи обстеження вагітних із тромботичними ускладненнями.
4. Виявляти протипоказання до виношування вагітності у жінок із тромботичними ускладненнями (за даними історій вагітності за відсутності вагітних з важкою патологією).
5. Прогнозувати відхилення перебігу вагітності та пологів у жінок із тромботичними ускладненнями, їх вплив на стан вагітної, плода і новонародженого.
6. Скласти план ведення вагітності в умовах жіночої консультації.
7. Скласти план ведення пологів у вагітних із тромботичними ускладненнями.
8. Провести співбесіду з вагітною з метою пояснення необхідності своєчасного обстеження і регулярного нагляду в жіночій консультації, або в спеціалізованих закладах.
9. Разом з викладачем деонтологічно та обґрунтовано переконати вагітну з важкими тромботичними ускладненнями у необхідності переривання вагітності за показаннями у будь-який термін вагітності (при наявності протипоказань до виношування вагітності).

ЛІТЕРАТУРА

Основна:

Акушерство и гинекология : в 2 кн. / под. ред. В. И. Грищенко, Н. А. Щербины. – Кн. 1. Акушерство. – Киев : ВСИ "Медицина", 2012. – 416 с.

Допоміжна:

1. Акушерство : учебник для вузов / Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, Л. Г. Сичинава и др. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 656 с.
2. Бодяжина В. И. Акушерство / В. И. Бодяжина, К. Н. Жмакин, А. П. Кирющенков. – Москва : Медицина, 1998.
3. Медведь В. І. Екстрагенітальна патологія вагітних. Про головне : лекції для лікарів / В. І. Медведь. – Київ : ТОВ "Гідромакс", 2011. – 52 с.
4. Железодифицитная анемия: современные подходы к диагностике и лечению : пособие для врачей / С. Н. Гайдукова, С. В. Выбыборец, Л. А. Сивак и др. – Киев, 2003. – 32 с.
5. Cardiac Disease and Pregnancy / Royal College of Obstetricians and Gynaecologists / Good Practice No.13 June 2011.
6. Наказ МОЗ України № 676 від 31.12.2004 "Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги".
7. Наказ МОЗ України від 02.11.2015 № 709 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при залізодифицитній анемії».
8. Наказ МОЗ України від 27.01.2011 № 42 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Ведення вагітності та пологів у жінок з хворобами серця».

Навчальне видання

**ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА
У ВАГІТНИХ, РОДІЛЬ ТА ПОРОДІЛЬ
ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ
СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ,
ЗАХВОРЮВАННЯМИ КРОВІ
ТА ТРОМБОТИЧНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ**

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

Упорядники Щербина Микола Олександрович
 Липко Оксана Петрівна
 Диннік Олександра Олексіївна
 Аралов Олег Миколайович

Відповідальний за випуск О. О. Кузьміна



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

Формат А5. Ум. друк. арк. 1,8. Зам. № 18-33576.

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

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

**ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА
У ВАГІТНИХ, РОДІЛЬ ТА ПОРОДІЛЬ
ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ
СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ,
ЗАХВОРЮВАННЯМИ КРОВІ
ТА ТРОМБОТИЧНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ**

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