

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»  
НАВЧАЛЬНО – НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ  
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2

**Затверджено:**  
на засіданні кафедри  
акушерства і гінекології №2  
протокол № 10 від 10 січня 2017 року  
Завідувач кафедри  
д.м.н., проф. \_\_\_\_\_ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНОГО  
ЗАНЯТТЯ**  
З ЛІКАРЯМИ - КУРСАНТАМИ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО  
УДОСКОНАЛЕННЯ «ВЕДЕННЯ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ.  
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ В ПРАКТИЦІ  
СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	<b>Ведення вагітності і пологів у жінок із серцево-судинною патологією</b> ( код курсу 6.1)
Курс	ТУ «Ведення фізіологічної вагітності. Актуальні питання акушерства і гінекології в практиці сімейної медицини»
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

## Полтава

Кількість навчальних годин: 2 годин.

### **I. Мета заняття**

Сучасні дослідження стану здоров'я вагітних свідчать, що патологія перебігу вагітності в 60-70% обумовлена гострою або хронічною екстрагенітальною патологією. Екстрагенітальні захворювання можуть впливати на вагітність, пологи, перинатальну захворюваність. У свою чергу вагітність і пологи нерідко обтяжують перебіг основного захворювання.

У вагітних можуть зустрічатися будь-які хвороби серця — від незначного пролапса мітрального клапана, який практично не впливає на перебіг та наслідки вагітності, до синдрому Ейзенменгера, за якого вкрай високим є ризик материнської смерті. Найчастішими клінічно значущими видами кардіологічної патології в акушерській практиці є: вроджені вади серця, набуті вади серця, кардіоміопатії, інфекційний ендокардит.

Вагітність у більшості випадків призводить до погіршення перебігу хвороб серця, виникнення ускладнень, яких не було до вагітності (серцева недостатність, аритмії). Кардіологічні ускладнення (аритмії, тромбоемболії, порушення мозкового кровообігу, розшарування аорти) інколи трапляються під час вагітності у раніше здорових жінок. Окрім того, вагітність може спричинити перипартальну кардіоміопатію, що проявляється серцевою недостатністю. Іноді хвороба, що раніше перебігала приховано, вперше клінічно проявляється і відтак діагностується у вагітної.

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

Варикозне розширення вен займає одне з перших місць у загальній структурі захворювань судинної системи і згідно даних літератури виявляється у 20-25% дорослого населення, причому у жінок зустрічається у 4 рази частіше, ніж у чоловіків. У 50-80% жінок варикозна хвороба вперше виникає під час вагітності, коли в їх організмі створюються умови для тромбоутворення: приплив крові до органів малого тазу, розширення вен і зниження їх тонусу, розвиток клапанної недостатності; здавлення маткою магістральних судин, підвищення гідростатичного тиску у венах нижніх кінцівок, уповільнення в них швидкості кровоплину; постійне збільшення рівню прогестерону і релаксину, які знижують тонус гладком'язових компонентів судин і підвищують у 2-2,5 рази судинну проникність.

Венозний тромбоз і тромбоемболія легеневої артерії у вагітних зустрічаються у 5-6 разів частіше, ніж поза вагітністю і становлять від 0,5 до 5%. При фізіологічному перебізі вагітності частота тромбоемболічних ускладнень (ТЕУ) становить 0,42%, після фізіологічних пологів – 3,5%, а після розродження шляхом операції кесарського розтину ризик ТЕУ зростає у 10-15 разів. Хронічна венозна недостатність і її прояви у вигляді варикозної хвороби вен нижніх кінцівок та зовнішніх статевих органів ускладнюють перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду і призводять до зростання материнської захворюваності і смертності.

### **II. Об'єм повторної інформації**

1. Фізіологічні зміни при вагітності.
2. Методи обстеження вагітних та роділь.
3. Клініка, діагностика і лікування захворювань органів серцево-судинної системи.
4. Перкусія, аускультация серця.
5. Клінічний перебіг та ведення фізіологічних пологів. Знеболення під час пологів.

### **III. Об'єм нової інформації**

1. Загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією.
2. Перебіг та ведення вагітності і пологів у жінок з ревматизмом.
3. Перебіг та ведення вагітності і пологів у жінок із вродженими в набутими вадами серця.
4. Перебіг та ведення вагітності і пологів у жінок із варикозним розширенням вен.
5. Перебіг та ведення вагітності і пологів у жінок з тромбофлебітом.
6. Протипоказання для виношування вагітності.
7. Особливості перебігу післяпологового періоду.

#### **IV. Умови для проведення заняття**

1. Учбова кімната.
2. Відділення патології вагітних.
3. Жіноча консультація.
4. Відділення сумісного перебування породіль і новонароджених.

#### **Методичні і ілюстративні матеріали**

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
3. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
4. Наказ №676 МОЗ України від 31.12.2004 р. "Про затвердження клінічних протоколів з акушерства та гінекології". 2004.
5. Добірка ситуаційних задач.
6. Історії пологів та історії розвитку новонароджених.

#### **V. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними**

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		озна	опан.	овол.
1.	Призначити і провести комплексне обстеження жінок із захворюваннями серцево-судинної системи.		+	+
2.	Своєчасно виявляти протипоказання до виношування вагітності у жінок із захворюваннями серцево-судинної системи.		+	+
3.	Передбачити відхилення перебігу вагітності та пологів у жінок із захворюваннями серцево-судинної системи, їх вплив на стан вагітної, плода і новонародженого.		+	
4.	Деонтологічно пояснити вагітній з історією захворюваннями серцево-судинної системи про необхідність своєчасного обстеження і регулярного нагляду її в жіночій консультації, спеціалізованих закладах.		+	
5.	Деонтологічно та обґрунтовано переконати вагітну з історією екстрагенітальними захворюваннями у необхідності переривання вагітності за показаннями у будь-який термін вагітності.		+	
6.	Вивчення карт вагітних, лабораторні обстеження, особливості диференціальної діагностики, виконання аналізів.		+	
7.	Визначення показань до переривання вагітності і тимчасового розродження при вищезгаданій патології.		+	

#### **VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ**

1. Перевірка базових знань за темою ( опитування, тестовий контроль).
2. Самоконтроль лікаря-курсанта.
3. Вирішення ситуаційних задач.
4. Комп'ютерний контроль.

### ***Питання***

1. Загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією.
2. Своєчасно виявляти протипоказання до виношування вагітності у жінок із серцевою патологією.
3. Скільки разів протягом вагітності та в які терміни необхідно в плановому порядку госпіталізувати вагітну з екстрагенітальною патологією?
4. Які захворювання серцево-судинної системи найчастіше мають місце у вагітних?
5. Які особливості перебігу вагітності у жінок із захворюваннями органів серцево-судинної системи?
6. Які чинники впливають на перебіг вагітності у жінок із набутими вадами серця?
7. При яких набутих вадах серця вагітність протипоказана?
8. При яких вроджених вадах серця вагітність протипоказана?
9. Які особливості перебігу вагітності у жінок з оперованим серцем?
10. Які чинники впливають на перебіг вагітності у жінок із варикозним розширенням вен?
11. Які особливості перебігу вагітності у жінок з тромбофлебітом?
12. Які методи розродження застосовують у вагітних із захворюваннями органів серцево-судинної системи?

### ***Завдання для самостійної роботи по темі заняття***

1. Призначити і провести комплексне обстеження вагітних із захворюваннями серцево-судинної системи.
2. Своєчасно виявляти протипоказання до виношування вагітності у жінок із захворюваннями серцево-судинної системи.
3. Передбачити відхилення перебігу вагітності та пологів у жінок із захворюваннями серця, їх вплив на стан вагітної, плода і новонародженого.
4. Деонтологічно пояснити вагітній з із ревматизмом, вадами серця про необхідність своєчасного обстеження і регулярного нагляду її в жіночий консультації, або в спеціалізованих закладах.
5. Деонтологічно та обґрунтовано переконати вагітну з важкими екстрагенітальними захворюваннями у необхідності переривання вагітності за показаннями у будь-який термін вагітності.
6. Курація хворих із серцево-судинною патологією.
7. Вивчення карт вагітних, лабораторні обстеження, особливості диференціальної діагностики, виконання призначень.
8. Визначення показань до переривання вагітності і передчасного розродження при вищезгаданій патології.

### ***Тестові завдання***

1. У вагітної 35 років з мітральним стенозом раптово вночі з'явилась задуха, тахікардія, різке збудження, пінисте харкотиння рожевого кольору. Яке ускладнення виникло у вагітної?  
**A** (Набряк легень.  
**B** Напад епілепсії.  
**C** Стенокардія.  
**D** Загострення бронхіальної астми.  
**E** Напад еклампсії.

2. Вагітна 30 років, поступила з першою вагітністю 36-37 тижнів для визначення тактики розродження. В 5 річному віці проведена хірургічна корекція вродженої вади серця – дефект міжпередсердної перегородки. На даний час порушень з боку серцево-судинної системи не виявлено. Вкажіть тактику розродження.

- A** \*Розродження через природні родові шляхи в терміні пологів.
- B** Кесарський розтин в терміні пологів.
- C** Кесарський розтин із стерилізацією.
- D** Пологи через природні родові шляхи з виключенням потужного періоду
- E** Термінове розродження.

3. У першовагітної жінки 25 років з метральним стенозом у 32 тижні вагітності з'явилися ознаки серцевої недостатності. Після проведеного курсу терапії в стаціонарі, явного поліпшення стану вагітної не відбулося. Яка тактика?

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

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

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

5. В жіночу консультацію звернулась молода жінка з приводу вагітності 4 – 5 тижні. Вагітність бажана. З анамнезу встановлено, що в дитинстві перенесла ревматизм, має комбіновану мітральну ваду серця з перевагою недостатності мітрального клапану. В якій терміні вагітності потребує стаціонарного лікування?

- A** 8 – 12 тижні, 28 – 32 тижні, 37 тижнів.
- B** 6 – 7 тижні, 16 тижнів, 38 тижнів.
- C** 16 тижнів, 34 тижні, 39 – 40 тижнів.
- D** 10 – 12 тижнів, 24 тижні, 37 – 38 тижнів.
- E** 12 – 16 тижнів , 27 – 28 тижнів, 37 – 38 тижнів.

## **VII. Методичні матеріали до практичного заняття**

### **Загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією**

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

*Перша планова госпіталізація* проводиться у ранній термін вагітності (до 12 тижнів) для уточнення діагнозу, обстеження, вирішення питання про можливість доношування вагітності (якщо немає умов для вирішення цього питання амбулаторно)..

*Друга планова госпіталізація* у відділення екстрагенітальної патології (ЕГП) проводиться з метою обстеження, комплексного лікування та профілактики ускладнень у «критичні» для кожного захворювання періоди:

- у разі серцево-судинної патології та захворювань органів дихання у 28-32 тижні вагітності (період максимального гемодинамічного навантаження та найтяжчих умов для функції зовнішнього дихання і легеневого кровообігу);
- у разі гіпертонічної хвороби - у 22-26 тижнів (період частого розвитку прееклампсії, гіпертонічних кризів, розвитку плацентарної недостатності);
- у разі захворювань печінки і нирок - в 22-26 тижнів (період максимального навантаження на ці органи, приєднання пізнього гестозу)
- у разі цукрового діабету та інших ендокринних захворювань - у 20-24 тижні (період частого розвитку декомпенсації і необхідності корекції дози інсуліну або інших гормональних препаратів).

*Третя планова госпіталізація* виконується у відділення ЕГП в 37-38 тижнів для підготовки до пологів та розродження, у разі цукрового діабету - на 33-34 тижні вагітності. План ведення пологів вирішується колективом лікарів за участю відповідного спеціаліста (терапевта, ендокринолога, нефролога тощо).

*Екстрена госпіталізація* у відділення ЕГП вагітних проводиться у разі погіршення стану здоров'я матері та плода.

Огляд терапевтом повинен проводитись до 28 тижнів вагітності не рідше одного разу на місяць. За умов захворювань органів серцево-судинної системи, цукрового діабету та іншої важкої патології - не рідше одного разу на 2 тижні, а після 28 тижнів - не рідше одного разу на тиждень.

## **ЗАХВОРЮВАННЯ СЕРЦЯ І ВАГІТНІСТЬ**

У вагітних можуть зустрічатися будь-які хвороби серця, розповсюдженість органічних хвороб серця вагітних становить 10-20 на 1000. Вагітність у більшості випадків призводить до погіршення перебігу хвороб серця, виникнення ускладнень, яких не було до вагітності (серцева недостатність, аритмії). Іноді хвороба, що раніше перебігала приховано, вперше клінічно проявляється і діагностується при вагітності.

Найчастіше у вагітних трапляються такі захворювання серцево-судинної системи:

- ревматизм і ревматичні (набуті) вади серця
- уроджені вади серця
- кардіоміопатії
- інфекційний ендокардит
- опероване серце

### **Ревматизм**

Ревматизм - системне захворювання сполучної тканини з поразкою серцевої системи, викликається  $\beta$ -гемолітичним стрептококом групи А. У патогенезі захворювання мають значення алергійні та імунологічні фактори. З урахуванням клінічних проявів і лабораторних даних розрізняють активну та неактивну фази і 3 ступені активності процесу: 1-мінімальна, 2-середня і 3- максимальний ступінь.

### **Клініка та діагностика**

Мають значення труднощі діагностики активності ревматизму під час вагітності, тому що типові клінічні ознаки (субфебрилітет, задишка при фізичному навантаженні, слабкість, стомлюваність, тахікардія, аритмія) і лабораторні дані (лейкоцитоз і прискорення ШОЕ) можуть бути і при фізіологічному перебігу вагітності. І в той же час ревматизм під час вагітності може перебігати під маскою анемії та порушення кровообігу. Тому в діагностиці ревматизму під час вагітності мають значення анамнез (ревматизм в анамнезі в минулому), наявність факторів, що сприяють рецидиву (переохолодження, інфекція лор-органів, перевтома та ін.), ЕКГ - ознаки (у кожної другої жінки синусова тахікардія або брадикардія, порушення передсердно-шлуночкової провідності,

атріовентрикулярна блокада, екстрасистоли), миготлива аритмія і порушення коронарного кровотоку, певну діагностичну цінність мають цитологічний та імунофлюоресцентний методи. Особливість ревмокардиту у вагітних - латентний, хвилеподібний перебіг. Критичні періоди загострення - 14 тижнів вагітності, період між 20 та 32 тижнями і післяпологовий період. Характерним для цього строку в клініці загострення ревматизму є недостатність кровообігу.

### **Набуті ревматичні вади серця**

Придбані ревматичні вади серця становлять 75-90 % всіх поразок серця у вагітних. Для прогнозування виходів вагітності і пологів при придбаних вадах мають значення активність ревматичного процесу, форма та стадія розвитку вади, компенсація або декомпенсація кровообігу, ступінь легеневої гіпертензії, порушення серцевого ритму, приєднання акушерської патології. Із всіх форм ревматичних вад серця найчастіше спостерігаються мітральні вади у вигляді сполучення недостатності та стенозу лівого атріовентрикулярного отвору, тобто у вигляді комбінованої мітральної вади, або мітральної хвороби. Однак у клінічній картині захворювання звичайно переважають ознаки або мітрального стенозу, або недостатності клапану. Аортальні вади зустрічаються значно рідше, ніж мітральні і переважно сполучаються із іншими вадами. Найчастіше виявляється перевага недостатності аортального клапану і рідше стеноз. Прогноз при аортальному стенозі більш сприятливий, ніж при недостатності аортального клапану.

***Стеноз лівого передсердно-шлуночкового отвору (мітральний стеноз).*** Приблизно в 85 % вагітних з мітральним стенозом відзначаються ознаки серцевої недостатності, у зв'язку з перенаповненням малого кола кровообігу. Найчастіше вони з'являються або починають наростати з 12-20-й тижня вагітності. Відновлення гемодинаміки у породіль починається лише через 2 тижні після пологів. Клінічними проявами вираженого мітрального стенозу є серцева недостатність, тахікардія, тахіпное, застійні хрипи в легенях, збільшення печінки, є небезпека розвитку набряку легенів.

***Недостатність лівого передсердно-шлуночкового клапану (мітральна недостатність).*** Вагітність і пологи при цій патології перебігають без істотних ускладнень. При надмірно вираженій мітральній недостатності із значною регургітацією крові та різким збільшенням лівого шлуночка вагітність перебігає важко і може ускладнюватися розвитком гострої лівошлуночкової недостатності.

***Стеноз устя аорти (аортальний стеноз).*** Вагітність і пологи можна допустити лише під час відсутності виражених ознак гіпертрофії лівого шлуночка і симптомів недостатності кровообігу, оскільки компенсація вади відбувається за рахунок гіпертрофії м'яза лівого шлуночка та потовщення його стінки. У випадку важкого перебігу аортального стенозу, коли необхідна хірургічна корекція вади (заміна ураженого клапану протезом), питання про можливість виношування вагітності вирішують після операції.

***Недостатність клапану аорти (аортальна недостатність).*** У порівнянні з аортальним стенозом аортальна недостатність є менш важкою вадою, тому що при ній тривалий час зберігається компенсація кровообігу. Однак у зв'язку зі змінами гемодинаміки внаслідок вагітності і частим приєднанням прееклампсії перебіг аортальної недостатності може бути більш важким.

### **Вроджені вади серця**

Існує 50 різних форм вроджених аномалій розвитку серцево-судинної системи, з них близько 15-20 форм - це вади, з якими хворі доживають до репродуктивного віку. Найчастіше зустрічаються три групи вадів:

- зі скиданням крові зліва направо «білі» вади (дефект міжпередсердної перегородки, відкрита артеріальна протока, дефект міжшлуночкової перегородки);
- зі скиданням крові справа наліво та артеріальною гипоксемією, «сині» вади (тетрада Фалло, транспозиція магістральних судин, синдром гіпоплазії лівого серця);
- з перешкодою кровотоку (стеноз легеневої артерії, стеноз устя аорти, коарктація аорти).

Вагітність припустима при оперованій відкритій артеріальній протоці; ізольованому стенозі легеневої артерії з невеликим звуженням, що перебігає без значного навантаження на праві відділи серця; коарктації аорти I ступеня (при стабілізації АТ в межах 160/90 мм рт.ст.); низько розташованому дефекті (у м'язовому відділі) міжшлуночкової перегородки і невеликому ізольованому дефекті міжпередсердної перегородки. Вагітність і пологи несуть великий ризик при вадах з минушим ціанозом, при значному стенозі легеневої артерії, великому дефекті міжсерцевої перегородки, коарктації аорти II-III ступеня (АТ вище 160/100 мм рт.ст.), з вадами "синього" типу.

Своєчасне (у дитинстві) хірургічне лікування вроджених вад серця є найбільш ефективним методом лікування і профілактики ускладнень Жінки, які перенесли операцію корекції уродженої вади серця звичайно виношують вагітність і пологи без особливостей.

### **Кардіоміопатії**

Розрізняють гіпертрофічну та ділятаційну кардіоміопатії. При гіпертрофічній кардіоміопатії характерним є гіпертрофія міокарду лівого шлуночка з виникненням його обструкції під час систоли. Під час вагітності стан хворої не погіршується, завдяки тому, що зниження периферичного судинного опору у вагітних компенсується підвищенням ОЦК. Ділятаційна кардіоміопатія супроводжується розширенням порожнин серця, систолічною та діастолічною дисфункцією лівого шлуночку та схильністю до тромбоемболії. При вагітності підвищується ризик зростання тяжкості серцевої недостатності, виникнення тромботичних ускладнень.

### **Вагітність та опероване серце**

Прогноз вагітності і пологів у жінок, що перенесли операцію на серці залежить від виду операції, її ефективності і тривалості, строку після зробленої операції. У цей час найчастіше зустрічаються вагітні після мітральної комісуротомії, протезування клапанів або корекції вроджених вадів.

Після мітральної комісуротомії, вагітність можна дозволити лише при гарних результатах операції не раніше чим через 6-12 місяців після неї, найбільш сприятливими є строки 2-5 років після операції.

Протипоказаннями до вагітності є бактеріальний ендокардит, загострення ревматичного процесу, неадекватне розширення передсердно-шлуночкового отвору, травматична недостатність мітрального клапану. Після неадекватної мітральної комісуротомії або при розвиненому рестенозі необхідно або переривати вагітність, або виконати повторну операцію на серці під час вагітності.

У випадку гарних результатів операції протезування клапанів серця після заміни одного клапана протезом сучасної конструкції з антитромботичним покриттям або біологічним трансплантатом з гарним результатом операції (нормалізація серцевого ритму, виражений гемодинамічний ефект) кардіохірурги дозволяють виношування вагітності. Цим хворим вагітність краще дозволяти через рік після хірургічної корекції, коли організм адаптується до нових умов гемодинаміки і відновиться працездатність.

Після багатоклапанного протезування вагітність варто вважати неприпустимою не тільки при задовільних, але і при гарних результатах операції.

До специфічних ускладнень, що виникають у вагітних з оперованим серцем, відносять системні артеріальні тромбоемболії (найчастіше судин головного мозку, у системі ниркових артерій) і тромбози протеза клапанів.

**Оцінка ступеня ризику вагітності при захворюваннях серця** дозволяє визначити прогноз перебігу та наслідку вагітності для матері, вирішити основні питання тактики ведення хворої. Кардіологічна патологія, залежно від характеру та ступеня структурного ураження серця, стану легеневої та системної гемодинаміки, наявності гіпоксемії, порушень серцевого ритму, коронарного кровотоку та низки інших клінічних чинників, може визначати чотири ступені ризику. При ризику 1-2 ступеня (серцева недостатність I стадії або клінічно відсутня, активність ревматизму 0-I ступеня, гіпертрофії та дилатації серця немає або вона початкова) вагітність є припустимою, хоча зумовлює певний ризик



погіршення стану хворої. При 3-4 ступені ризику (серцева недостатність ПА, ПБ чи III стадії, активність ревматизму II-III ступеня, гемодинамічно значущі порушення ритму, значна гіпертрофія, перевантаження та велика дилатація відділів серця, легенева гіпертензія крайнього ступеня, ціаноз, значна систолічна дисфункція лівого шлуночка, коронарна патологія із синдромом стенокардії чи без нього, аневризма аорти, інфекційний ендокардит) перебіг вагітності супроводжується багатьма кардіологічними та акушерськими ускладненнями, вагітність протипоказана і має бути перервана до 12 тижнів. Якщо характер захворювання припускає його хірургічне лікування, операція на серці є альтернативою перериванню вагітності. Висока імовірність материнської смерті при 4 ступені ризику обумовлює необхідність переривання вагітності як у ранні, так і у пізні терміни.

Згідно чинного законодавства вади мітрального, аортального та тристулкового клапанів IV-V стадії, уроджені вади серця при неможливості хірургічної корекції та неефективності терапії, хронічна ішемічна хвороба серця, первинна легенева гіпертензія, тяжкі форми ділатаційної та обструктивної гіпертрофічної кардіоміопатії, серцева недостатність III-Б-III ст незалежно від основного діагнозу є медичними підставами для переривання вагітності до 22 тижнів.

**Обстеження** кардіологічної хворої під час вагітності включає ретельне вивчення скарг і анамнезу хвороби, ЕКГ у 6 стандартних та 6 грудних відведеннях, трансторакальну двомірну ехокардіографію. За спеціальними показаннями згідно з рекомендаціями кардіолога можуть також бути проведені холтеровське моніторування ЕКГ, трансезофагальна ехокардіографія, доплерехокардіографія; рентгенографія органів грудної клітки (обов'язково з екрануванням черевної порожнини, бажано після 12 тижнів), черезшкірна оксиметрія.

**Тактика ведення вагітності та пологів вагітних із захворюваннями серця** вирішується від встановленого ступеня ризику. При ризику 1-2 ступеня планову госпіталізацію проводять у 28-32 тижні, пологи ведуть згідно з акушерською ситуацією під спостереженням терапевта. У разі кардіологічних ускладнень - укорочення II періоду, лактація не протипоказана, виписка із стаціонару здійснюється від 3-5 до 6-7 доби.

При ризику 3-4 ступеня планову госпіталізацію проводять у I триместрі, в 28-32 тижні та 36 тижнів вагітності до спеціалізованого стаціонару під спостереження кардіолога та кардіохірурга. Пологи ведуть з обов'язковим укороченням II періоду за

допомогою акушерських щипців або вакуум-екстракції. Такі хворі нерідко потребують планової індукції родів, термін розродження визначають індивідуально залежно від характеру патології та наявності ускладнень у матері і стану плода. Показаннями до дострокового розродження є прогресування хронічної серцевої недостатності за неефективності медикаментозної терапії, прогресування коронарної патології, розшарування аорти, приєднання прееклампсії, наявність ціанозу (вроджені вади серця синього типу); легенева гіпертензія крайнього ступеня (синдром Ейзенменгера), затримка росту плода, незалежно від характеру основного захворювання. Упродовж усього родового акту у хворих високого ризику проводять моніторинг артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, ЕКГ; мобілізують периферичну вену. Оптимальний спосіб знеболення родової діяльності у кардіологічних хворих - епідуральна анестезія.

Кардіологічними показаннями до планового кесаревого розтину є аневризма аорти, коарктація аорти, значна систолічна дисфункція лівого шлуночка. Рішення щодо планового розродження абдомінальним шляхом приймають також у випадках відсутності умов до вкорочення потуг (сідничне передлежання, вузький таз, ін.) у хворих 3 та 4 ступенів ризику, а також за необхідності дострокового розродження у разі недостатньої зрілості шийки матки.

## Лікування

Під час вагітності та родів у кардіологічних хворих може виникнути необхідність медикаментозного та хірургічного лікування. Медикаментозне лікування проводять за суворими показаннями посиндромно. Показання до призначення та склад лікарських засобів визначає кардіолог. Серед суто кардіологічних препаратів вагітним протипоказані: інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (АПФ), блокатори рецепторів до ангіотензину II, непрямі антикоагулянти - антагоністи вітаміну К та аміодарон.

За систолічного варіанту СН використовують діуретики, дигоксин, периферичні вазодилататори. Серед сечогінних засобів перевагу віддають петльовим діуретикам (фуросемід, етакринова кислота), але у разі помірних циркуляторних порушень достатній ефект може бути досягнутий тiazидними препаратами (гідрохлортiazид, хлорталідон). Калійзберігаючі діуретики (спіронолактон, тріамтерен) протипоказані. Найчастіше у вагітних застосовують метопрололу сукцинат та бісопролол. У разі вираженого застою у малому колі кровообігу та лівосерцевої недостатності на короткий термін (до 10-12 днів) можна призначати венулярні вазодилататори: нітрогліцерин (короткої та пролонгованої дії), ізосорбїду динітрат, ізосорбїду мононітрат, молсидомін (звичайна та ретардна форми).

Лікування діастолічного варіанту хронічної СН передбачає у першу чергу призначення бета-блокаторів. З обережністю застосовують сечогінні та периферичні вазодилататори (можливість зменшення серцевого викиду), не використовують дигоксин. За необхідності можуть бути призначені антагоністи кальцію.

Лікування гострої серцевої недостатності (набряку легенів) передбачає проведення екстрених терапевтичних заходів у певній послідовності, а також обрання адекватної акушерської тактики, якщо набряк легенів розвинувся під час родів. Хворій надають положення сидячи, проводять інгаляцію зволоженого 100% кисню, призначають нітрогліцерин, фуросемід, морфін. За умови зниженого АТ призначають інотропні засоби групи симпатоміметиків (допамін, добутамін), еуфілін (2,4% - 40-80 мг) внутрішньовенно. Збереження явної гіпоксемії попри проведену терапію є показанням до інтубації трахеї і здійснення штучної вентиляції легенів. Набряк легенів, рефрактерний до медикаментозного лікування, у хворой з мітральним стенозом є показанням до негайної мітральної комісуротомії.

## **ЗАХВОРЮВАННЯ ВЕН ТА ТРОМБОТИЧНІ УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ВАГІТНОСТІ**

### **Варикозна хвороба нижніх кінцівок**

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

### **Клініка**

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 тазу, 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**

Діагностика звичайно нескладна та ґрунтується на даних анамнезу і клінічній картині, флебографії, гемодинамічних функціональних проб. Комплексне ультразвукове

дослідження, що включає ангіосканування та доплерографію, дозволяє уточнити характер захворювання.

### **Лікування**

Лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок у вагітних як правило консервативне. Тактику та об'єм лікування визначають сумісно із 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 капель 3 рази на день), троксевазин(0,3 г 2-3 рази на день), детралекс(1-2 таблетки 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 віддавати 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 рефлюкса крові в них під час потуг.

У післяпологовому періоді породіллям рекомендують лікувальну фізкультуру, обов'язкову еластичну компресію обох ніг. У випадках оперативного пологорозрішення при наявності вираженої гіперкоагуляції призначають дезагрегантну терапію. При вираженій варикозній хворобі породіллю повинен оглянути хірург для рішення 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 - в 3-6 разів

### **Тромбофлебіт поверхневих вен**

Захворювання характеризується наявністю гіперемії шкіри, болю та ущільнення по ходу вени, локальною гіпертермією. Загальний стан пацієнток 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** тромбофлебіту 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 місцева терапія 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 акушерської ситуації з ретельним знеболюванням. Всім породіллям треба проводити еластичне бинтування обох ніг для зменшення венозного застою і попередження рефлюкса 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-день після пологів доцільно провести комплексне УЗД судин, що включає ангіосканування і доплерографію.

Після виписки із 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 в ікроножних м'язах, у підколінній ямці або на стегні та в паху по ходу судинного пучка. Обертають на себе увагу вегетативні симптоми: частий пульс, невідповідність частоти пульсу температурній кривій, озноби. Уражена кінцівка збільшується в обсязі, змінюється фарбування шкіри, відзначається локальне підвищення її температури.

Уточнення діагнозу та лікування необхідно проводити разом з 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 віддавати веденню пологів через природні пологові шляхи, проводячи дезагрегантну терапію.

У післяпологовому періоді всім породіллям повинні бути продовжені дезагрегантна терапія та еластична компресія нижніх кінцівок, рекомендована лікувальна фізкультура, спостереження у хірурга.

## **VIII. Основна література для опрацювання**

1. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
2. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
3. Наказ №676 МОЗ України від 31.12.2004 р. "Про затвердження клінічних протоколів з акушерства та гінекології". 2004.
4. Наказ МОЗ України від 27.01.2011 № 42 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Ведення вагітності та пологів у жінок з хворобами серця»
5. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии/ Под ред. В.Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2007. - 1027 с.
6. Лихачев В.К. Заболевания сердечно-сосудистой системы у беременных. – Полтава: Соломия, 2002. – 256с.
7. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
8. Медведь В.И. Введение в клинику экстрагенитальной патологии беременных. – К.: Авицена, 2004. – 168 с.
9. Сидорова И.С. Течение и ведение беременности по триместрам. -М.: ООО МИА, 2007. - 304 с.

10. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных.- М.: Триада-Х, 2003.- 816 с.

11. Патология внутренних органов и беременность: учеб. пособие для врачей-терапевтов и врачей общей практики / Б.А. Ребров. О.А. Реброва. Е.Б. Комарова, Р.М. Алешина и др.; под ред. Б.А. Реброва. - Донецк: Заславский А.Ю. 2010. - 321 с.