

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

Затверджено:

на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № 10 від 10 січня 2017 року

Завідувач кафедри

д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РЕКОМЕНДАЦІЯ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ
ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ ЗА ФАХОМ
« ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА - СІМЕЙНА МЕДИЦИНА »**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	Екстрагенітальна патологія у вагітних (код курсу 3.2.)
Курс	Передатестаційний цикл
Спеціальність	Загальна практика- сімейна медицина

Полтава

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Мета заняття

Сучасні дослідження стану здоров'я вагітних свідчать, що патологія перебігу вагітності в 60-70% обумовлене схованою або хронічною екстрагенітальною патологією. Екстрагенітальні та супутні гінекологічні захворювання можуть впливати на вагітність, пологи, перинатальну захворюваність. У свою чергу вагітність і пологи нерідко обтяжують перебіг основного захворювання. У зв'язку із цим відомості про перебіг вагітності та пологів при різних захворюваннях дозволяють правильно вести вагітність, зберегти здоров'я жінки та одержати здорову дитину. У цей час завдяки впровадженню в медицину нових технологій, удосконалюванню лікарських препаратів показання до збереження вагітності при екстрагенітальній патології розширилися. Однак лікарський контроль за вагітною з тим або іншим захворюванням повинен проводитися особливо ретельно.

II. Об'єм повторної інформації

Будову жіночих статевих органів

Методи діагностики гіпертензивних станів .

Деонтологі і етика у роботі лікаря.

III. Об'єм нової інформації

1. Оцінювати фактори ризику прееклампсії.
2. Проводити діагностику пізніх гестозів.
3. Визначати ступінь тяжкості гіпертензивних станів.
4. Передбачити відхилення перебігу вагітності та пологів у жінок з цукровим діабетом, його вплив на стан вагітної, плода і новонародженого.
5. Деонтологічно пояснити вагітній з ендокринною патологією про необхідність своєчасного обстеження і регулярного нагляду її в жіночій консультації, або в спеціалізованих закладах.
6. Деонтологічно та обґрунтовано переконати вагітну з важкою формою цукрового діабету в необхідності переривання вагітності за показаннями у будь-який термін вагітності.
7. Призначити і провести комплексне обстеження вагітних з патологією органів сечовиділення.
8. Своєчасно виявляти протипоказання до виношування вагітності у жінок з патологією органів сечовиділення.
9. Передбачити відхилення перебігу вагітності та пологів у жінок з патологією органів сечовиділення, її вплив на стан вагітної, плода і новонародженого.

IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування згідно теми по учбовим питанням.	25
3.	Опанування практичних навичок.	30
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	10
5.	Оцінка знань і навичок по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Жіноча консультація.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач.

3. Історії хвороб з наявністю екстрагенітальної патології.
4. Обладнання і інструменти для обстеження вагітних.

VI. Перелік практичних навичок та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Зібрати і оцінити анамнез жінки. Бімануальне обстеження жінки		+	
2.	Оцінити результати лабораторних досліджень		+	
3.	Оцінити результати УЗД		+	

VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-інтерна.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Оцінювати фактори ризику прееклампсії.
2. Проводити діагностику пізніх гестозів.
3. Визначати ступінь тяжкості гіпертензивних станів.
4. Скласти план розродження вагітної з гіпертензивними станами .
5. Призначити і провести комплексне обстеження вагітних з ендокринною патологією.
6. Своєчасно виявляти протипоказання до виношування вагітності у жінок з ендокринною патологією.
7. Передбачити відхилення перебігу вагітності та пологів у жінок з цукровим діабетом, його вплив на стан вагітної, плода і новонародженого.
8. Деонтологічно пояснити вагітній з ендокринною патологією про необхідність своєчасного обстеження і регулярного нагляду її в жіночій консультації, або в спеціалізованих закладах.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Оцінювати фактори ризику прееклампсії.
2. Визначати ступінь тяжкості гіпертензивних станів.
3. Розробляти оптимальний план динамічного спостереження вагітних із групи ризику прееклампсії.
4. Призначати лікування вагітним із гіпертензивними станами різного ступеня тяжкості, включаючи еклампсію.
5. Скласти план розродження вагітної з гіпертензивними станами .
6. Проводити профілактику розвитку пре еклампсії.
7. Призначити і провести комплексне обстеження вагітних з ендокринною патологією.

Тестові завдання

1. Вагітна, 35 років, в терміні 35 тижнів, скаржиться на головний біль. АТ 160/100. Аналіз сечі в нормі. набряків немає. З 16 років відмічає підвищення артеріального тиску.
Діагноз?

A Гіпертонічна хвороба

B Прееклампсія легкого ступеню

C Прееклампсія середнього ступеню

D Епілепсія

E Астено-невротичний синдром

2. Вагітна К. 29 років, поступила в пологовий будинок із скаргами на головний біль, біль

в епігастральній ділянці, порушення зору, набряки. Вагітність перша, термін 30 тижнів. В минулому лікувала гіпертонічну хворобу. Загальний стан тяжкий, бліда, пульс 120 за 1 хв, АТ 200/140 мм рт. ст., виражені набряки. Пологова діяльність відсутня. Висота дна матки 26 см, обвід живота – 86 см.

Серцебиття глухе. Сеча при кип'ятінні мутна. Який діагноз?

A Прееклампсія на фоні гіпертонічної хвороби.

B Гіпертонічний криз.

C Гіпертензія у вагітних важкого ступеня.

D Приступ еклампсії.

E Прееклампсія легкого ступеня.

3. Вагітна К. 29 років, поступила в пологовий будинок із скаргами на головний біль, біль в епігастральній ділянці, порушення зору, набряки. Вагітність перша, термін 30 тижнів. В минулому лікувала гіпертонічну хворобу. Об'єктивно: загальний стан тяжкий, бліда, пульс 120/хв, АТ 200/140 мм рт.ст., виражені набряки. Пологова діяльність відсутня.

Висота дна матки 26 см, обвід живота – 86 см. Положення плода поздовжнє. Серцебиття глухе. Сеча при кип'ятінні мутна. Який діагноз?

A Поєднаний гестоз.

B Гіпертонічний криз.

C Гіпертензія у вагітних важкого ступеня.

D Приступ еклампсії.

E Прееклампсія легкого ступеня.

4. Вагітна у терміні 37 тиж. скаржиться на погіршення зіру, біль у епігастральній ділянці.

Об'єктивно: АТ 150/100 мм рт.ст; 140/90 мм рт.ст., пульс 82/хв. Набряки кінцівок, передньої черевної стінки. Аналіз крові клінічний – норма, в сечі – білок 0,3 г/л, лейкоцити 1-2 в п/зр., цукор 0,002/л, циліндри – гіалінові – 3-5 в полі зору. Який вірогідний діагноз?

A Прееклампсія.

B Апендицит.

C Панкреатит.

D Нефрит.

E Гостре респіраторне захворювання.

5. Вагітна 32 років, 35-36 тижнів гестації, доставлена швидкою допомогою зі скаргами на біль в животі, кров'янисті скудні виділення з статевих шляхів, бліда, набряки гомілок та рук, білок сечі – 0,9 г/л, пульс – 90/хв., АТ- 150/100 мм рт.ст., 160/110 мм.рт.ст., серцебиття плоду 100-110/хв., при УЗД – відшарування 1/3 плаценти. Яка патологія призвела до відшарування плаценти?

A Прееклампсія.

B Артеріальна гіпертензія.

C Передчасні пологи.

D Гломерулонефрит.

E Набряки вагітних.

Ситуаційні задачі :

1. Вагітність 37 тижнів. Генералізовані набряки, АТ 170/120 мм.рт.ст. протеїнурія 4 г/л. При ультразвуковому дослідженні ознаки плацентарної недостатності та гіпотрофії плода. Який діагноз, план обстеження та лікування?

2. Вагітна 28 років доставлена в акушерський стаціонар в коматозному стані. Вагітність перша, 34 тижні. Зі слів чоловіка у вагітної був приступ судом з наступною втратою свідомості. При огляді: свідомість відсутня, обличчя набрякле, ціанотичне. Значні набряки ніг і передньої черевної стінки. АТ 180/110 мм рт ст. Матка в нормотонусі. Положення

плода поздовжнє, голівка рухома над входом в малий таз. Серцебиття плода глухе, 160 уд/хв. Встановити діагноз . Яка тактика ведення вагітності ?

VIII. Зміст навчального матеріалу

Загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією

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

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

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

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

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

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

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

ГІПЕРТЕНЗІЯ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

1. Визначення

Артеріальна гіпертензія – підвищення систолічного артеріального тиску до 140 мм рт.ст. чи вище та/або діастолічного артеріального тиску до 90 мм рт.ст. чи вище при двох вимірюваннях у стані спокою із інтервалом не менше 4 годин або підвищення артеріального тиску 160/110 мм рт.ст. одноразово.

3. Класифікація ГІПЕРТЕНЗИВНІ РОЗЛАДИ У ВАГІТНИХ

Хронічна гіпертензія

Гестаційна гіпертензія

Транзиторна

Хронічна

Гіпертензія неуточнена

3. Термінологія

Хронічна гіпертензія – гіпертензія, що спостерігалася до вагітності або виникла (вперше виявлена) до 20 тижнів вагітності.

Гестаційна гіпертензія – гіпертензія, що виникла після 20 тижнів вагітності і не супроводжується протеїнурією аж до пологів.

Прееклампсія – гіпертензія, що виникла після 20 тижнів вагітності, у поєднанні з протеїнурією.

Протеїнурія – вміст білка 0,3 г/л у середній порції сечі, зібраній двічі з інтервалом 4 години чи більше, або екскреція білка 0,3 г за добу.

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

Транзиторна (минуца) гестаційна гіпертензія – нормалізація артеріального тиску у жінки, яка перенесла гестаційну гіпертензію, упродовж 12 тижнів після пологів (ретроспективний діагноз).

Хронічна гестаційна гіпертензія – гіпертензія, що виникла після 20 тижнів вагітності та зберігається через 12 тижнів після пологів.

Еклампсія – судомний напад (напади) у жінки з прееклампсією.

Гіпертензія неуточнена – гіпертензія, виявлена після 20 тижнів вагітності, за умови відсутності інформації щодо артеріального тиску (АТ) до 20 тижнів вагітності.

Гіпертензію, пов'язану з вагітністю, діагностують та оцінюють за ступенем тяжкості на підставі діастолічного тиску, який більше характеризує периферичний судинний опір і залежно від емоційного стану жінки менше змінюється, ніж систолічний. Для визначення об'єму лікування та як мету антигіпертензивної терапії (цільовий рівень АТ) також використовують діастолічний тиск.

4. Вимоги до вимірювання діастолічного АТ

Пацієнтка має перебувати у стані спокою щонайменше 10 хв., рука вільно лежить на твердій поверхні, манжетка розташована на рівні серця і обгорнута навколо плеча не менше, ніж на три чверті. Якщо окружність верхньої частини плеча перевищує 32 см, використовують нестандартну манжетку більшого розміру (у разі окружності 33–41 см манжетка 15x33 см, >41 см – спеціальна стегова манжетка). Бажано застосовувати ртутний сфігмоманометр. Вимірювання АТ повторюють двічі, а у разі розбіжності результатів – тричі або більше. Для визначення діастолічного тиску

використовують V тон за Коротковим (не IV, як раніше), беручи точку повного зникнення артеріальних шумів.

5. Експрес-тест на наявність білка у сечі

Середню разову порцію сечі доводять до кипіння у скляній пробірці з додаванням 2% оцтової кислоти. Поява стійкого осаду свідчить про наявність білка у сечі, кількість осаду корелює із вираженістю протеїнурії.

ХРОНІЧНА ГІПЕРТЕНЗІЯ

1. Класифікація

1.1. За рівнем артеріального тиску (ВООЗ-МТГ*, 1999)

Артеріальна гіпертензія	Систолічний АТ, мм рт. ст.	Діастолічний АТ, мм рт. ст.
1 ступеня (м'яка)	140–159	90–99
2 ступеня (помірна)	160–179	100–109
3 ступеня (тяжка)	□180	□110
Ізольована систолічна	□140	□90

* МТГ – Міжнародне товариство гіпертензії

1.2. За ураженням органів-мішеней (ВООЗ, 1996 з корективами Українського товариства кардіологів, 1999)

I стадія	Об'єктивні ознаки органічного ураження органів-мішеней відсутні
II стадія	Є об'єктивні ознаки органічного ураження органів-мішеней без клінічних симптомів з їхнього боку або порушення функції: <ul style="list-style-type: none"> - гіпертрофія лівого шлуночка (за даними ЕКГ, ЕхоКГ, рентгенографії); - генералізоване чи фокальне звуження артерій сітківки; - мікроальбумінурія, або протеїнурія, або невелике збільшення концентрації креатиніну у плазмі крові (до 177 мкмоль/л).
III стадія	Є об'єктивні ознаки органічного ураження органів-мішеней за умови наявності клінічних симптомів з їхнього боку або порушення функції: <ul style="list-style-type: none"> - серця – інфаркт міокарда, серцева недостатність ПА стадії чи вище; - мозку – мозковий інсульт, транзиторні ішемічні атаки, гіпертензивна енцефалопатія, судинна деменція; - сітківки – крововиливи та ексудати у сітківці з набряком диску зорового нерва або без нього; - нирок – концентрація креатиніну у плазмі крові > 177 мкмоль/л; - судин – розширююча аневризма аорти

Діагностику хронічної гіпертензії під час вагітності проводять на підставі:

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

Вагітні з хронічною гіпертензією складають **групу ризику** щодо розвитку преєклампсії, передчасного відшарування плаценти, затримки росту плода, а також інших материнських та перинатальних ускладнень.

Питання щодо можливості виношування вагітності вирішується спільно акушером-гінекологом та терапевтом (кардіологом) з урахуванням даних обстеження та інформації про попередній перебіг основного захворювання..

Інформацію про основне захворювання отримують з медичної документації територіальних (відомчих) закладів охорони здоров'я.

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

- тяжка артеріальна гіпертензія (гіпертензія 3 ступеня за ВООЗ) – АТ \geq 180/110 мм рт.ст.;
- спричинені артеріальною гіпертензією тяжкі ураження органів-мішеней:
 - серця (перенесений інфаркт міокарда, серцева недостатність),
 - мозку (перенесений інсульт, транзиторні ішемічні напади, гіпертензивна енцефалопатія);
 - сітківки ока (геморагії та ексудати, набряк диска зорового нерва);
 - нирок (ниркова недостатність);
 - судин (розширююча аневризма аорти);
- злоякісний перебіг гіпертензії (діастолічний АТ > 130 мм рт.ст., зміни очного дна за типом нейроретинопатії).

Головною метою медичної допомоги вагітним із хронічною гіпертензією є попередження виникнення поєднаної преєклампсії або якомога раннє встановлення цього діагнозу.

Приєднання преєклампсії до хронічної артеріальної гіпертензії у вагітної значно погіршує прогноз закінчення вагітності, збільшує ризик материнських та перинатальних ускладнень.

Профілактика розвитку преєклампсії :

- ацетилсаліцилова кислота 60–100 мг/доб, починаючи з 20 тижнів вагітності;
- препарати кальцію 2 г/доб (у перерахунку на елементарний кальцій), починаючи з 16 тижнів вагітності;
- включення до раціону харчування морських продуктів із високим вмістом поліненасичених жирних кислот;

Не слід обмежувати вживання кухонної солі та рідини.

Постійна антигіпертензивна терапія не попереджує розвиток поєднаної преєклампсії, але може зменшувати вираженість останньої, а також частоту материнських ускладнень.

Основним шляхом **раннього** (своєчасного) **виявлення** приєднання преєклампсії є ретельне спостереження за вагітною.

Ознаки приєднання преєклампсії:

- поява протеїнурії \geq 0,3 г/доб у другій половині вагітності (вірогідна ознака);
- прогресування гіпертензії та зниження ефективності попередньої антигіпертензивної терапії (імовірна ознака);
- поява генералізованих набряків;
- поява загрозливих симптомів (сильний стійкий біль голови, порушення зору, біль у правому підребер'ї або/та епігастральній ділянці живота, гіперрефлексія, олігурія).

Спостереження за станом вагітної.

Огляд у жіночій консультації з вимірюванням АТ проводиться у першій половині вагітності 1 раз на 3 тижні, з 20 до 28 тижнів – 1 раз на 2 тижні, після 28 тижнів – щотижня.

Визначення добової протеїнурії рекомендується при першому відвідуванні жіночої консультації, з 20 до 28 тижнів – 1 раз на 2 тижні, після 28 тижнів – щотижня.

Вагітна повинна проводити щоденний самоконтроль АТ у домашніх умовах з письмовою фіксацією результатів.

Огляд окуліста з офтальмоскопією призначають при першому відвідуванні жіночої консультації, у 28 та 36 тижнів вагітності. У разі необхідності огляд очного дна може проводитися частіше та в інші терміни (визначається нашоуванням прееклампсії).

ЕКГ проводять при першому відвідуванні жіночої консультації, у 26–30 тижнів та після 36 тижнів вагітності.

Біохімічне дослідження крові (загальний білок, сечовина, креатинін, глюкоза, калій, натрій, фібриноген, фібрин, фібриноген В, протромбіновий індекс) проводять при першому відвідуванні жіночої консультації та після 36 тижнів вагітності. При другому дослідженні додатково визначають концентрацію білірубину та активність АЛАТ і АсАТ.

Моніторинг стану плода.

Ультразвукове дослідження плода (ембріона) і плаценти (хоріона) – 9–11 тижнів, 18–22, 30–32 тижні.

Актографія (тест рухів плода) – щодня після 28 тижнів вагітності з відміткою у щоденнику.

Дослідження клітинного складу вагінального мазка (гормональна кольпоцитологія) – I, II та III триместри.

Кардіотокографія (після 30 тижнів), доплерографія матково-плацентарно-плодового кровотоку, екскреція естріолу – за показаннями. **Показання до госпіталізації:**

- приєднання прееклампсії;
- неконтрольована тяжка гіпертензія, гіпертензивний криз;
- поява або прогресування змін на очному дні;
- порушення мозкового кровообігу;
- коронарна патологія;
- серцева недостатність;
 - порушення функції нирок;
- затримка росту плода;
- загроза передчасних пологів.

Госпіталізація хворих здійснюється до родопомічних закладів II та III рівня згідно з наказом МОЗ України №620 від 29.12.2003 р. у термінах вагітності до 22 тижнів, за умови відсутності акушерських ускладнень вагітна може бути госпіталізована до кардіологічного (терапевтичного) відділення.

Питання щодо необхідності ***переривання вагітності у пізньому терміні*** вирішується консилиумом лікарів за участю кардіолога, окуліста та, за необхідності, інших фахівців.

Показання до переривання вагітності у пізньому терміні:

- злюкисний перебіг артеріальної гіпертензії;
- розшаровуюча аневризма аорти;
- гостре порушення мозкового або коронарного кровообігу (тільки після стабілізації стану хворої);
- раннє приєднання прееклампсії, яка не піддається інтенсивній терапії.

Способом переривання вагітності у пізньому терміні за переліченими вище показаннями є абдомінальний кесарів розтин.

Лікування артеріальної гіпертензії.

Вагітним з м'якою чи помірною первинною артеріальною гіпертензією (АГ), які до вагітності отримували постійну антигіпертензивну терапію, медикаментозне лікування після встановлення діагнозу вагітності **відмінюють**. Препарати, яким притаманний синдром відміни (β -адреноблокатори, клонідин), відмінюють поступово.

У подальшому за вагітною ретельно спостерігають та інформують її про необхідність щоденного самоконтролю АТ у домашніх умовах. Не виключається можливість повернення до постійної антигіпертензивної терапії препаратами, припустимими до застосування під час вагітності.

Хворим з тяжкою АГ, вазоренальною АГ, синдромом Кушінга, вузликосим периартерітом, системною склеродермією, цукровим діабетом та з тяжкими ураженнями органів-мішеней **продовжують** постійну антигіпертензивну терапію під час вагітності. Якщо до вагітності лікування проводилося інгібітором ангіотензинперетворювального ферменту або блокатором рецепторів ангіотензину II, або сечогінним засобом, хвору "переводять" на інший (інші) препарат, застосування якого (яких) безпечно для плода.

Показанням до призначення постійної антигіпертензивної терапії під час вагітності хворій з хронічною АГ є діастолічний тиск >100 мм рт.ст.

Якщо хронічна АГ характеризується підвищенням переважно систолічного АТ (ізольована систолічна; атеросклеротична; гемодинамічна, спричинена недостатністю аортального клапана або відкритою артеріальною протокою), показанням до антигіпертензивної терапії є його рівень >150 мм рт.ст.

Мета антигіпертензивної терапії під час вагітності – стійке підтримання діастолічного АТ 80–90 мм рт.ст. У вагітних з гіпертензією, яка характеризується переважним підвищенням систолічного АТ метою лікування є стабілізація останнього на рівні 120–140 мм рт.ст. (не нижче 110!).

Немедикаментозні засоби лікування вагітних з хронічною АГ включають:

- охоронний режим (виключення значних психологічних навантажень, підтримка родини, раціональний режим праці та відпочинку, двогодинний відпочинок вдень у положенні лежачи, бажано на лівому боці, після 30 тижнів);
- раціональне харчування (добовий калораж до 20 тижнів 2500–2800, після 20 тижнів – 2900–3500 ккал, підвищений вміст білка та поліненасичених жирних кислот, обмеження тваринних жирів, холестерину, продуктів, що викликають спрагу);
- психотерапію (за показаннями);
- лікувальну фізкультуру (за показаннями).

Не рекомендується:

- обмеження споживання кухонної солі та рідини,
- зменшення зайвої маси тіла до завершення вагітності,
- фізичні навантаження.

Корисність ліжкового режиму не доведено, навіть у випадках приєднання прееклампсії.

Медикаментозне лікування

Препаратом вибору антигіпертензивної терапії під час вагітності є α -метилдофа через доведену безпечність для плода, у т.ч. і у I триместрі.

Лабеталол має істотні переваги перед іншими β -блокаторами завдяки наявності β -блокуючих властивостей (судинорозширювальний ефект), незначному проникненню крізь плаценту. У жодного новонародженого від матерів, що почали

лікування лабеталолом між 6 і 13 тижнем, не зафіксовано вроджених вад розвитку. Найчастіші побічні реакції – біль голови і тремор.

Ніфедипін може негативно впливати на стан плода у разі внутрішньовенного чи сублінгвального застосування або при великих дозах. Раптова або надмірна гіпотензія може призводити до зниження матково-плацентарно-плодової перфузії, а отже до дистресу плода. Побічні дії (набряки гомілок, біль голови, відчуття припливу крові до голови, гіперемія шкіри, особливо обличчя, тахікардія, запаморочення) більше притаманні короткодійним формам препарату і спостерігаються, зазвичай, на початку лікування. Слід пам'ятати, що одночасне застосування ніфедипіну і сульфату магнію може призвести до неконтрольованої гіпотензії, небезпечного пригнічення нервово-м'язової функції.

Бета-адреноблокатори негативно впливають на стан плода та новонародженого рідко. Проявами цього впливу є затримка утробного росту, брадикардія, гіпотензія, гіпоглікемія, пригнічення дихання. Жоден з β -блокаторів не виявляє тератогенності. Частота затримки утробного росту і народження дітей з малою масою для гестаційного віку тим вища, чим у меншому терміні починається лікування. Перевагу віддають β_1 -селективним блокаторам (менше впливають на β_2 -рецептори міометрія) та гідрофільним препаратам (менше проникають крізь плаценту). Основні побічні ефекти з боку матері – брадикардія, бронхоспазм, диспептичні явища, шкірно-алергічні реакції, підвищення скоротливої активності матки та інші. Характерним є синдром відміни.

Клонідин не можна вважати тератогенним, а його застосування у III триместрі не асоціюється з несприятливими фетальними або неонатальними наслідками. Проте, клонідин може спричинити синдром відміни у новонародженого, що проявляється підвищеним збудженням, порушенням сну у перші 3–5 діб після народження. У разі застосування наприкінці вагітності у великих дозах можливе пригнічення ЦНС у новонародженого. Побічні ефекти з боку матері – сухість у роті, сонливість, пригніченість, депресія. Розвивається залежність, характерним є синдром відміни.

Гідралазин (дигідралазин) раніше дуже широко застосовували під час вагітності, особливо у разі тяжкої прееклампсії. Останнім часом з'являється все більше повідомлень про несприятливий вплив на новонароджених (тромбоцитопенія) та недостатню ефективність при хронічній гіпертензії, особливо у разі монотерапії. Не має тератогенної дії. Побічні ефекти – тахікардія, біль голови, набряк слизової оболонки носа, вовчакоподібний синдром.

Нітропрусид натрію використовують лише для швидкого зниження АТ у загрозливих випадках і за умови неефективності інших засобів. Максимальна тривалість інфузії – 4 години, оскільки в організмі утворюються ціаніди, концентрація яких після 4 годин може досягти токсичного для плода рівня.

Діуретики перешкоджають фізіологічній затримці рідини – процесу, притаманному нормальній вагітності. Таким чином вони призводять до зменшення ОЦК нижче оптимального. Особливо небезпечним це стає у разі нашарування прееклампсії, одним з основних патогенетичних механізмів якої є гіповолемія. Отже, як засоби базисної антигіпертензивної терапії діуретики під час вагітності не застосовують. Лише у хворих з АГ і серцевою недостатністю або нирковою патологією можливе призначення діуретиків (переважно тіазидних). Фуросемід у ранні терміни вагітності може діяти ембріотоксично. Калійзберігаючі діуретики вагітним зазвичай не призначають.

Категорично протипоказані вагітним інгібітори ангіотензин перетворювального ферменту. Встановлено, що вони здатні пригнічуват екскреторну функцію нирок плода, викликати маловоддя, а згодом безводдя. Якщо хвора постійно приймала інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту і продовжила їх прийом на початку вагітності, це у жодному разі не є показанням до переривання вагітності, оскільки вищеописані побічні ефекти притаманні за умови застосування препарату у II та III триместрах вагітності. Проте хвору обов'язково “переводять” на інші антигіпертензивні засоби відразу ж після встановлення діагнозу вагітності (краще на етапі її планування).

Така сама тактика прийнята щодо блокаторів рецепторів ангіотензину II.

Сульфат магнію не є антигіпертензивним засобом, але знижує АТ завдяки загальноседативній дії. Застосовують при нашаруванні тяжкої прееклампсії або розвитку еклампсії для попередження/лікування судомних нападів.

Розродження.

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

У разі приєднання прееклампсії обирають тактику відповідно до її тяжкості. У переважній більшості випадків розродження проводять **через природні пологові шляхи.**

Під час пологів забезпечують *суворий контроль АТ* та серцевої діяльності роділлі, моніторинг стану плода.

Медикаментозну антигіпертензивну терапію починають, якщо АТ > 160/110 мм рт.ст., причому бажано не знижувати АТ менше 130/90 мм рт.ст.

Для лікування гіпертензії під час пологів використовують засоби, безпечні для плода і новонародженого.

Доцільним є *знеболення* пологової діяльності у I та II періодах пологів (ефективна профілактика прогресування гіпертензії). Метод вибору знеболення – епідуральна анестезія. У разі неможливості проведення епідуральної анестезії застосовують ненаркотичні анагететики, седативні засоби, фентаніл.

Кесарів розтин у плановому порядку виконують за умови наявності:

- неконтрольованої тяжкої гіпертензії;
- ураження органів-мішеней (див. п. 4.3);
- затримки утробного росту плода тяжкого ступеня.

За умови необхідності розродження хворої у терміні до 34 тижнів вагітності проводять підготовку сурфактантної системи легенів плода глюкокортикостероїдами.

У разі спонтанного початку пологової діяльності до повних 34 тижнів вагітності план ведення пологів вирішується консиліумом лікарів з урахуванням стану роділлі, стану плода та акушерської ситуації.

Третій період пологів ведуть активно.

Застосування Ергометрину та його похідних у хворих на АГ протипоказано.

У *післяпологовому періоді* забезпечують ретельний нагляд терапевта (кардіолога), щоденний контроль АТ, огляд очного дна, визначення протеїнурії, дослідження крові на креатинін. Продовжують попереднє антигіпертензивне лікування.

Лактацію не виключають.

Протипоказаннями до лактації та грудного вигодовування:

- злаякісна гіпертензія,
- тяжкі ураження органів-мішеней.

Тимчасове протипоказання - неконтрольована гіпертензія.

Медикаментозна антигіпертензивна терапія матері *не перешкоджає* грудному вигодовуванню. Не бажано застосовувати в період лактації атенолол, клонідин, блокатори рецепторів ангіотензину II. З групи інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту віддають перевагу каптоприлу або еналаприлу, призначати їх не раніше, ніж через 1 місяць після пологів. Варто пам'ятати, що сечогінні засоби зменшують кількість грудного молока.

Після **виписки** з акушерського стаціонару хвору з хронічною АГ передають під нагляд дільничного терапевта (кардіолога) або сімейного лікаря.

У вагітних можуть зустрічатися будь-які хвороби серця — від незначного пролапса мітрального клапана, який практично не впливає на перебіг та наслідки вагітності, до синдрому Ейзенменгера, за якого вкрай високим є ризик материнської смерті.

Найчастішими клінічно значущими видами кардіологічної патології в акушерській практиці є: вроджені вади серця, набуті вади серця, кардіоміопатії, інфекційний ендокардит. Вагітність у більшості випадків призводить до погіршення перебігу хвороб

серця, виникнення ускладнень, яких не було до вагітності (серцева недостатність, аритмії). Кардіологічні ускладнення (аритмії, тромбоемболії, порушення мозкового кровообігу, розшарування аорти) інколи трапляються під час вагітності у раніше здорових жінок. Окрім того, вагітність може спричиняти перипартальну кардіоміопатію, що проявляється серцевою недостатністю. Іноді хвороба, що раніше перебігала приховано, вперше клінічно проявляється і відтак діагностується у вагітної. Розповсюдженість органічних хвороб серця серед вагітних становить 10–20 на 1000.

Прегравідарна підготовка

Прегравідарна підготовка кардіологічної хворої включає:

- комплексне обстеження з метою встановлення причини та ступеня ураження структур серця, стадії серцевої недостатності, функціонального класу пацієнтки (за NYHA), діагностики можливих ускладнень, визначення показань до хірургічного лікування;
- радикальне хірургічне лікування основного захворювання та/або його ускладнень (за наявності показань);
- адекватне медикаментозне лікування, спрямоване на ліквідацію причини захворювання та зменшення ступеня його ускладнень;
- корекцію станів, що обтяжують перебіг кардіологічної патології (анемія, порушення системи гемостазу, тиреоїдна дисфункція тощо);
- санацію вогнищ хронічної інфекції;
- нормалізацію маси тіла;
- підвищення толерантності до фізичних навантажень.

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

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

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

Тактика ведення вагітності

Оцінка ступеня ризику вагітності при захворюваннях серця дозволяє визначити прогноз перебігу та наслідку вагітності для матері, вирішити основні питання тактики ведення хворої.

Кардіологічна патологія, залежно від характеру та ступеня структурного ураження серця, стану легеневої та системної гемодинаміки, наявності гіпоксемії, порушень серцевого ритму, коронарного кровотоку та низки інших клінічних чинників, може визначити чотири ступені ризику (додаток 1).

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

Загальний алгоритм діагностики

Обстеження кардіологічної хворої під час вагітності обов'язково включає:

- вивчення скарг і анамнезу хвороби;
- ЕКГ у 6 стандартних та 6 грудних відведеннях;
- трансторакальну двомірну ехокардіографію.

За спеціальними показаннями згідно з рекомендаціями кардіолога можуть також бути проведені:

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

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

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

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

Основні завдання амбулаторного етапу спостереження включають:

- надання у доступній формі переконливої інформації щодо повноцінного раціонального харчування, кількості уживаної рідини, режиму праці та відпочинку, адекватних дозованих фізичних навантажень;
- попередження зумовлених вагітністю станів, що провокують погіршення перебігу основного захворювання: анемії, гіпотиреозу, гіпертензії/пreekлампсії;
- виявлення та санація вогнищ інфекції;
- забезпечення планової госпіталізації у відповідні терміни і до відповідного закладу охорони здоров'я;
- раннє виявлення декомпенсації/прогресування основного захворювання, розвитку ускладнень і екстрене скерування вагітної до стаціонару;
- моніторинг стану плода;
- психофізичну підготовку до родів.

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

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

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

Протипоказання до санаторного оздоровлення:

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

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

Планова госпіталізація:

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

Показання до екстреної госпіталізації:

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

Екстрену госпіталізацію за переліченими вище кардіологічними показаннями здійснюють:

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

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

Лікування

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

Схема медикаментозного лікування

Медикаментозне лікування проводять за суворими показаннями посиндромно.

Показання до призначення та склад лікарських засобів визначає кардіолог.

Серед суто кардіологічних препаратів вагітним протипоказані інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (АПФ), блокатори рецепторів до ангіотензину II, непрямі антикоагулянти — антагоністи вітаміну К та аміодарон, що належать до категорії D за класифікацією FDA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

г). У разі вираженого застою у малому колі кровообігу та лівосерцевої недостатності на короткий термін (до 10–12 днів) можна призначати венулярні вазодилататори: нітрогліцерин (короткої та пролонгованої дії), ізосорбїду динітрат, ізосорбїду мононітрат, молсидомін (звичайна та ретардна форми).

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

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

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

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

Лікування гострої серцевої недостатності (набряку легенів) передбачає проведення екстрених терапевтичних заходів у певній послідовності, а також обрання адекватної акушерської тактики, якщо набряк легенів розвинувся під час родів.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

б). У разі, коли набряк легенів розвинувся на початку I періоду родів, пологову діяльність не слід підсилювати. Якщо проводили родостимуляцію, інфузію утеротонічного засобу (окситоцин, простагландини) необхідно терміново припинити. Після повної ліквідації кардіологічного ускладнення, залежно від акушерської ситуації вирішують питання щодо подальшого введення родів. У більшості подібних випадків доцільним є кесарів розтин.

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

Антиаритмічна терапія

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

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

Електрична кардіоверсія та дефібриляція під час вагітності не протипоказані.

Лікування фібриляції передсердь (миготливої аритмії)

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

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

Лікування пароксизмальних надшлуночкових тахіаритмій

а). Ліквідація:

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

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

Лікування шлуночкової тахікардії

а). З порушенням гемодинаміки:

- прекардіальний удар,
- дефібриляція.

б). Без порушення гемодинаміки:

- прекардіальний удар,
- лідокаїн,

прокаїнамід,

пропафенон.

в). Попередження рецидивів:

- етацизин,
- β -блокатори,
- пропафенон,
- соталол;

- комбінація β-блокатор + пропафенон

Лікування брадіаритмій:

- атропіну сульфат,
- ізопреналін,
- електрокардіостимуляція.

Антикоагулянтна терапія

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

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

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

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

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

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

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

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

Окрім торакотомічних операцій, під час вагітності широко застосовують малоінвазивні черезшкірні ендоваскулярні втручання (балонна дилатація, катетерна абляція тощо), імплантацію електрокардіостимулятора та інші прийоми «агресивної кардіології». Якщо хвороба серця є операбельною, і операція не потребує штучного кровообігу, хірургічне лікування — найкраща альтернатива перериванню вагітності у пізньому терміні.

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

Особливі умови проведення хірургічного лікування під час вагітності:

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

Показання до планової операції на серці під час вагітності:

- мітральний стеноз,

- клапанний стеноз легеневої артерії,
- стеноз устя аорти,
- коарктація аорти,
- відкрита артеріальна протока,
- констриктивний перикардит,
- порушення ритму та провідності серця.

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

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

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

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

Розродження

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

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

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

Показання до дострокового розродження з боку матері:

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

Показання до дострокового розродження в інтересах плода:

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

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

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

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

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

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

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

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

За показаннями проводять профілактику інфекційного ендокардиту.

Показання до профілактики інфекційного ендокардиту.

Обов'язкові:

штучний механічний клапан серця;
інфекційний ендокардит в анамнезі.

Можливі:

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

Спосіб профілактики інфекційного ендокардиту.

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

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

Можливі варіанти антибактеріальної профілактики:

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

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

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

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

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

Кардіологічними показаннями до планового кесаревого розтину є:

аневризма аорти будь-якого генезу;

коарктація аорти;

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

констриктивний перикардит.

Рішення щодо планового розродження абдомінальним шляхом приймають також у випадках відсутності умов до вкорочення потуг (сідничне передлежання, вузький таз, ін.) у хворих III та IV ступенів ризику, а також за необхідності дострокового розродження (див. п. 8.3) у разі недостатньої зрілості шийки матки (алгоритм акушерської тактики ведення вагітності у жінок з хворобами серця).

Алгоритм профілактики

Післяродове консультування щодо контрацепції

Перед випискою породіллі зі стаціонару її консультують з питань планування сім'ї.

Хворим, які відносяться до груп I і II ступеня ризику пояснюють доцільність дотримання оптимального інтервалу 2-5 років між теперішніми та наступними пологами. Хворим груп III та IV ступенів ризику переконливо радять уникати вагітності в майбутньому, пояснюють доцільність постійної контрацепції.

Хворій рекомендують звернутися для індивідуального добору методу контрацепції до Центру планування сім'ї. Докладно пояснюють ризики застосування у разі серцево-судинних захворювань комбінованих оральних контрацептивів та комбінованих ін'єкційних контрацептивів, депо-медроксипрогестерону ацетату та норетистерону енантату. Водночас пояснюють безпеку чисто прогестинових таблеток (міні-пілі), внутрішньоматкових засобів що містять мідь, бар'єрних методів та сперміцидів.

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

ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ У ХВОРИХ НА ПЕРЕДГЕСТАЦІЙНИЙ ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Цукровий діабет – синдром хронічної гіперглікемії, зумовленої абсолютною чи відносною інсуліновою недостатністю, що призводить до порушення усіх видів метаболізму, ураження судин (ангіопатії), нервів (нейропатії), багатьох органів і тканин.

Класифікація:

1. Тип:

- тип 1;
- тип 2.

2. Ступінь тяжкості:

- легкий;
- середній;
- тяжкий.

3. Стан компенсації:

- компенсація;
- субкомпенсація;
- декомпенсація.

4. Ускладнення:

4.1. Гострі:

- кетоацидотична кома;
- гіперосмолярна кома;
- лактацидемична кома;
- гіпоглікемічна кома.

4.2. Хронічні (пізні):

Мікроангіопатії:

- нефропатія;

- ретинопатія;
- мікроангіопатія нижніх кінцівок.

Макроангіопатії:

- ішемічна хвороба серця;
- ішемічна хвороба мозку;
- макроангіопатія нижніх кінцівок;
- інші.

Нейропатії.

Ураження інших органів:

- діабетична катаракта;
- гепатопатія;
- ентеропатія;
- остеоартропатія;
- інші.

Діагностика. Під час вагітності не проводиться. Діагноз остаточно встановлено до вагітності.

Виділяють 3 стадії в перебігу цукрового діабету при вагітності:

1 ст. – з 10 тижнів вагітності і продовжується 2-3 місяці. В цей період необхідно знизити дозу інсуліну на 1/3, т.я. підвищується толерантність до глюкози.

2 ст. – на 24-28 тижні - зниження толерантності до глюкози, необхідність в підвищенні дози інсуліну.

3 ст. – пов'язана з пологами, при яких витрачається велика кількість глюкози для забезпечення енергетичних затрат. Цукор крові визначати кожних 4 години, проводити його корекцію. Вагітним і роділлям призначають лише інсулін не пролонгованої дії.

У випадку пролонгування вагітності - не допускати добового коливання цукру в межах 5,55-8,35 ммоль/л (100-150 мг%). Вагітні з цукровим діабетом повинні обов'язково пройти стаціонарне обстеження і тому госпіталізуються в ендокринологічні лікарні в ранні терміни вагітності (8-10 тижнів) з метою визначення ступеню важкості діабету, вибрати дозу інсуліну, в 20-24 тижні - для визначення лікувальної дози інсуліну і в 32-36 тижнів - у ВПВ для підготовки до пологів, визначення терміну і методу пологорозрішення.

Можливі ускладнення вагітності при цукровому діабеті: самовільне передчасне переривання вагітності (зустрічається в 15-31% випадків), частіше пізні викидні в 20-27 тижнів вагітності, гестози (30-50% випадків), багатоводдя (20-30%), запальні захворювання сечовивідних шляхів (16%) і гострий пієлонефрит у 16%, ФПН; збоку плода – аномалії розвитку (8%), гігантський плід, гіпоксія плода, антенатальна смерть плода (24%), рання дитяча смертність (до 10%). При пологах: несвоєчасний вилив навколоплідних вод, слабкість пологової діяльності, “клінічно” вузький таз, травми пологових шляхів, дистрес плода, кровотечі в III періоді і ранньому післяпологовому періоді; в післяпологовому періоді – інфекційні захворювання.

Доношування вагітності допустиме при неускладненому перебігу вагітності і відсутності ознак гіпоксії плоду. Більшість клініцистів рекомендують дострокове пологорозрішення з 36 до 38 тижнів вагітності. Вибір методу пологорозрішення залежить від перебігу цукрового діабету, стану матері, стану плода і його розмірів.

Спеціалізована медична допомога:

1. У першому триместрі вагітності:

1.1. Детально ознайомлюються з історією хвороби, спільно з ендокринологом проводиться огляд хворої, призначається комплексне обстеження: глікемія натще та після їжі, добова глюкозурія, ацетонурія, концентрація глікозильованого гемоглобіну A_{1c}; показники функції нирок, огляд очного дна.

1.2. Вирішується питання щодо можливості виношування вагітності.

1.2.1. Протипоказання до виношування вагітності (до 12 тижнів):

- діабетична нефропатія IV або V стадії за Mogensen;
- клінічні прояви діабетичної макроангіопатії (ішемічна хвороба серця, ішемічна хвороба мозку, ішемія нижніх кінцівок);
- кома або прекоматозний стан у I триместрі;
- концентрація глікозильованого гемоглобіну A_{1c} у I триместрі >10%.

1.3. Хворим з цукровим діабетом типу 2 відміняються пероральні цукрознижуючі засоби і призначається людський інсулін у картриджній формі.

1.4. Хворих з цукровим діабетом типу 1 “переводять” з інсуліну тваринного походження на людський інсулін, проводиться корекція (зазвичай, зменшення) дози.

1.5. Проводиться УЗД у 10–12 тижнів.

2. У другому триместрі :

2.1. Критерії компенсації вуглеводного метаболізму:

- нормоглікемія натще (3,3–5,6 ммоль/л);
- нормоглікемія упродовж доби (до 8,0 ммоль/л);
- відсутність гіпоглікемій;
- відсутність ацидозу.

2.2. Планова госпіталізація у 22–24 тижні вагітності для корекції інсулінотерапії, виявлення ознак затримки внутрішньоутробного розвитку плода або діабетичної фетопатії, попередження багатоводдя, прееклампсії, інфекційних ускладнень.

2.3. Показання до негайної госпіталізації:

- декомпенсація вуглеводного метаболізму;
- прогресування судинних ускладнень;
- артеріальна гіпертензія;
- ниркова недостатність;
- ускладнення перебігу вагітності (загроза переривання, багатоводдя, прееклампсія);

- порушення стану плода.

2.4. Ознаки діабетичної фетопатії:

- збільшення швидкості щотижневого приросту середнього діаметра живота до 3,6 мм чи більше;
- збільшення швидкості щотижневого приросту середнього діаметра грудної клітки до 3,4 мм чи більше;
- підвищення погодинної екскреції сечі плодом до 7,6 мл чи більше.

3. У третьому триместрі:

3.1. Моніторинг стану плода в стаціонарі – УЗД кожні 2 тижні; кардіотокографія щотижня, актографія двічі на день.

3.2. Ознаки діабетичної фетопатії:

- подвійний контур голівки;
- подвійний контур тулуба;
- багатоводдя;
- макросомія (при нормальних розмірах голівки).

3.3. Ознаки гіпоксії плода:

- зниження індексу дихальних рухів (відношення часу дихальних рухів плода до загальної тривалості дослідження, %) менше 25%;

- дихальні рухи за типом “задуха”, “гикавкоподібні” рухи, періоди апное (>100 с);

- прогресивне зниження індексу рухової активності (відношення часу рухів плода до загальної тривалості дослідження, %);

- базальна брадикардія;

- ареактивний тип кардіотокограми;

- спонтанні децелерації великої амплітуди;

- подовжені децелерації;

- зменшення у динаміці кількості рухів плода на п’ять і більше щодня за даними актографії.

3.4. Оцінка зрілості легенів плода проводиться за необхідності передчасного розродження або розродження хворої з поганою компенсацією діабету шляхом визначення співвідношення лецитин/сфінгомієлін, пальмітинова кислота/стеаринова кислота та наявності фосфатидилгліцерину у навколоплідних водах, отриманих трансабдомінальним амніоцентезом.

3.4.1. Критерії зрілості легенів плода:

- співвідношення лецитин/сфінгомієлін > 3:1;

- співвідношення пальмітинова кислота/стеаринова кислота > 4,5:1;

- фосфатидилгліцерин присутній.

3.5. Профілактика респіраторного дистрес-синдрому:

- жорстка компенсація вуглеводного метаболізму у III триместрі ;

- пролонгування вагітності до повних 37 тижнів чи більше;

- фосфатидилхолінові ліпосоми 10–15 мг/кг внутрішньовенно повільно або крапельно 10 днів;

- амброксол 1000 мг у 500 мл розчину натрію хлориду 0,9% внутрішньовенно крапельно (40–45 крап./хв.) 5 днів).

3.6. Підготовка шийки матки за необхідності проводиться препаратами простагландину E₂ (динопростон).

Розродження.

Ведення пологів через природні пологові шляхи є оптимальним варіантом, але при цьому враховувати розміри тазу і плода (може виникати клінічна невідповідність), значні травми пологових шляхів матері і плода (переломи ключиці, внутрішньочерепні травми). Пологи вести в присутності ендокринолога з адекватним знеболенням, корекцією пологової діяльності при виникненні слабкості пологових сил, не форсувати виведення плечиків (диспропорція між розмірами голівки і плечиків), профілактика кровотечі в III і ранньому післяпологовому періодах, профілактика післяпологових інфекційних захворювань, лактаційного маститу та гіпогалактії. Після народження дитини необхідно організувати спеціалізоване над ним спостереження, так як вони народжуються в стані гіпотонії, гіподинамії (зниження м’язевого тону), порушенням дихання (дистрес-синдром), боротьба з гіпоглікемією (вводять глюкозу) та ін.

Інтранатальна смертність досягає 25-30‰, постнатальна – 10‰, перинатальна – 10-20‰.

1. Показання до планового кесаревого розтину:
 - «свіжі» крововиливи у сітківку;
 - прееклампсія середньої тяжкості чи тяжкого ступеня;
 - дистрес плода;
 - тазове передлежання;
 - маса плода > 4000 г.
2. Протипоказаннями до планового кесаревого розтину є діабетичний кетоацидоз, прекоматозний стан, кома.
3. Родозбудження за достатньої зрілості шийки матки починається з амніотомії і проводиться внутрішньовенним краплинним введенням окситоцину (5 ОД) або простагландину E₂ (5 мг), розчинених у 500 мл 5% глюкози.
4. Контроль глікемії під час пологів проводиться щогодини.
5. Контроль стану плода здійснюється моніторним спостереженням.
6. Знеболення пологової діяльності – епідуральна анестезія.
7. Ретельний контроль та корекція артеріального тиску.
8. Виведення голівки проводиться в інтервалі між потугами, щоб народження плечового поясу співпало з наступною потугою.
9. У разі відсутності повного розкриття шийки матки упродовж 8 годин вирішується питання про закінчення пологів шляхом кесаревого розтину.

Лікування.

1. Мета лікування цукрового діабету під час вагітності – максимально повна і стійка компенсація вуглеводного метаболізму.

2. Критерії ефективності лікування – див. п. 4.2.1.

За лабільного перебігу діабету припускається глікемія натще до 6,1 ммоль/л, через годину після їжі – до 8,5 ммоль/л.

3. Дієта:

3.1. Добова калорійність раціону – 30–35 ккал/кг ідеальної маси тіла.

3.2. Якісний склад добового раціону:

- білки – 25–30% калорійності;
- вуглеводи – 45–50%;
- жири – 30%.

Легкозасвоювані вуглеводи виключають.

3.3. Їжу приймають 5–6 разів з інтервалами 2–3 години.

4. Інсулінотерапія:

4.1. Середня добова доза:

- I триместр 0,5–0,6 ОД/кг,
- II триместр 0,7 ОД/кг,
- III триместр 0,8 ОД/кг.

4.2. Режими інсулінотерапії:

4.2.1. Інтенсифікований – використовується лише інсулін короткої дії 4–5 разів на добу за умови обов'язкового самоконтролю вагітною глікемії індивідуальним глюкометром.

4.2.2. Базис-болусний – інсулін короткої дії (простий інсулін) вводять за 20–30 хв. перед трьома основними прийомами їжі, інсулін середньої тривалості дії (напівдобовий інсулін) – перед сніданком та ввечері перед сном.

- 2/3 добової дози (базис) забезпечується пролонгованим інсуліном, 1/3 (болус) – простим.

- 2/3 базис дози вводять зранку, 1/3 – ввечері.

Базис-дозу ділять на три частини, виходячи з кількості вуглеводів, що їх вживає вагітна на сніданок, обід та вечерю. Співвідношення кількості вуглеводів та дози інсуліну (г/ОД) таке:

сніданок	5:1
обід	7:1
вечеря	7:1.

4.3. Мета інсулінотерапії під час пологів – підтримання глікемії в межах 4,5–7,5 ммоль/л.

4.4. Для корекції глікемії під час пологів або операції кесаревого розтину застосовують інсулін короткої дії (підшкірно або внутрішньовенно) та інфузією 5% або 10% глюкози.

Лікування діабетичної коми: вводять інсулін 50-100 од на 20 мл 20% розчину глюкози в/в і 50 од п/ш, а потім по 25-50 од кожні 2 години під контролем цукру крові.

З метою боротьби з гіповолемією і гіпоглікемією вводять в/в крапельно 2-3 літри ізотонічного розчину хлориду натрію на добу і калій під контролем іонограми.

При інсулінорезистентному діабеті вводять кортикостероїди. Крім вищезазначеного проводиться симптоматична терапія – серцеві препарати, діуретики, гіпотензивні та ін.

ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ У ХВОРИХ НА ГЕСТАЦІЙНИЙ ДІАБЕТ

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

2. Діагностика (див. алгоритм):

2.1. Чинники ризику гестаційного діабету:

- діабет у родичів першого ступеня;
- гестаційний діабет за попередньої вагітності;
- ожиріння (>120% від ідеальної маси тіла);
- багатоводдя;
- обтяжений акушерський анамнез:
- крупний плід (> 4000 г);
- мертвонародження;
- вроджені вади розвитку плода.
- глюкозурія (встановлена двічі або більше).

2.2. Показанням до негайного обстеження на гестаційний діабет, окрім наявності чинників ризику, є глікемія натще: у плазмі венозної крові > 5,83 ммоль/л, у цільній капілярній крові >5,0 ммоль/л.

2.3. **Техніка годинного тесту толерантності до глюкози (ТТГ)** з навантаженням 50 г: у будь-який час, необов'язково натще, вагітній дається випити розчин 50 г глюкози у 200 мл води, через 1 годину визначається глікемія у плазмі венозної крові.

2.4. **Техніка тригодинного тесту толерантності до глюкози (ТТГ)** з навантаженням 100 г: вранці натще (останній прийом їжі не менше ніж за 12 годин) у периферичну вену встановлюється катетер і береться кров для визначення глікемії, дається випити розчин 100 г глюкози у 250 мл води з додаванням лимонного соку, кров

для визначення глікемії береться через 1, 2 та 3 години. Упродовж дослідження вагітна має перебувати у стані спокою (сидячи або лежачи) і не їсти, може пити воду.

2.5. Нормальні показники концентрації глюкози (ммоль/л) у плазмі венозної крові вагітних при тригодинному ТТГ з 100 г глюкози:

натще < 5,83;

1 год. < 10,55;

2 год. < 9,16;

3 год. < 8,05.

3. Лікування:

3.1. Дієтотерапія:

3.1.1. Калорійність добового раціону – 30–35 ккал/кг ідеальної маси (2000–2400 ккал/доб).

3.1.2. У разі ожиріння (>120% ідеальної маси тіла) – 25 ккал/кг/доб, при недостатній масі (< 80%) – 40 ккал/кг/доб.

3.1.3. Якісний склад харчового раціону:

- вуглеводи – 45–50% добового калоражу;

- білки – 20–30%;

- жири – 25–30%.

3.1.4. Повністю виключаються легкозасвоювані вуглеводи (моносахариди), рекомендується вживання продуктів, багатих на клітковину.

3.1.5. Режим харчування:

- сніданок – 25% добового калоражу;

- другий сніданок 25%;

- обід 35%;

- вечеря 15%.

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

3.2. Інсулінотерапія :

3.2.1. Призначення здійснюють лише в умовах стаціонару.

3.2.2. Використовується лише людський інсулін у картриджній формі (вводиться шприц-ручкою).

3.2.3. До першого введення проводиться внутрішньошкірна проба.

3.2.4. Хвору навчають самоконтролю глікемії.

3.2.5. Починають з призначення малих доз інсуліну короткої дії (2–4 ОД) за 20 хв. перед основними прийомами їжі. Контролюють глікемію натще та постпрандіальну (через 1 год.), коригуючи дози інсуліну. Якщо глікемія натще утримується у плазмі венозної крові > 5,83 ммоль/л (або у капілярній крові > 5,0 ммоль/л), призначається додатково ін'єкція інсуліну середньої тривалості (напівдобовий інсулін) перед сном.

3.2.6. Критеріями ефективності терапії гестаційного діабету (компенсації) є:

нормоглікемія натще та упродовж доби, у т.ч. після їжі, відсутність кетозу та епізодів гіперглікемії.

4. Тактика ведення вагітності і пологів .

4.1. За необхідності корекції інсулінотерапії та відсутності акушерських ускладнень хвору госпіталізують до ендокринологічного відділення.

4.2. У разі розвитку ускладнень (гіпертензія вагітних, преєклампсія, багатоводдя, гіпоксія плода) лікування проводиться у спеціалізованому відділенні екстрагенітальної патології вагітних.

4.3. Найбільш адекватними методами моніторингу стану плода є актографія та визначення біофізичного профілю.

4.3.1. Актографія – підрахунок вагітною кількості рухів плода упродовж години вранці та ввечері.

4.3.2. Біофізичний профіль плода – визначення під час ультразвукового дослідження та кардіотокографії (нестресовий тест) рухів плода, тонів серця, реактивності, дихання та об'єму амніотичної рідини.

4.4.3. За необхідності розродження хворої у терміні менше 37 тижнів проводиться оцінка зрілості легенів плода.

4.4.4. За необхідності передпологової підготовки шийки матки це проводиться за допомогою препаратів простагландину E₂ місцево.

Захворювання щитовидної залози і вагітність

При вагітності спостерігається підвищення функції щитовидної залози і підвищення секреції тиреоїдних гормонів в I триместрі. По мірі розвитку вагітності частина цих гормонів пов'язується з білками крові і стає біологічно неактивною, а концентрація активних фракцій залишається такою, яка була до вагітності.

Щитовидна залоза плода починає функціонувати рано - з 12-16 тижнів внутрішньоутробного розвитку; до пологів гіпофізарно-тиреоїдна система плода в функціонально-активному стані. Тиреотропний гормон через плаценту не переходить, а тироксин і трийодтиронін – проходять і від плода до матері, і від матері до плода.

Найчастіше вагітність поєднується з базедовою хворобою, при якій спостерігається гіперплазія, гіпертрофія і гіперфункція щитовидної залози. Ця патологія зустрічається від 0,19 до 8%.

Вагітні скаржаться на тахікардію, підвищену нервозність, втомлюваність, порушення сну, відчуття жару, підвищену пітливість, тремор рук, екзофтальм, збільшення ший. В II половині при легкій формі захворювання спостерігається ремісія захворювання і у деяких хворих спостерігається гіпотиреоїдний стан, за рахунок зв'язування гормонів з білками. При середній і важкій формах захворювання в II половині вагітності (з 28-30 тижнів вагітності) розвивається серцева недостатність (у зв'язку зі зміною гемодинаміки). Тахікардія досягає 120-140 уд/хв, частішає дихання, високий пульсовий тиск, інколи розвивається миготлива аритмія.

Ускладнення вагітності

1. Невиношування у 46% (деякі автори вважають, що підвищений синтез тироксину несприятливо впливає на імплантацію заплідненого яйця, що призводить до викидню).
2. Ранні гестози, що співпадає із загостренням хвороби і це пов'язують зі змінами в ЦНС і обмінних процесів. Гестоз при базедовій хворобі перебігає несприятливо, погано піддається лікуванню, в зв'язку з чим вагітність вимушені переривати.

В II половині вагітності розвиваються пізні гестози і частіше всього вони перебігають з гіпертензивним синдромом.

Пологи у більшості роділь проходять без ускладнень, часто відбуваються швидко, пологова діяльність активна.

В III періоді нерідко виникають кровотечі в зв'язку з порушенням гомеостазу. В перші дні після пологів спостерігається загострення базедової хвороби, симптоми якої посилюються з лактацією. Інколи лактацію призупиняють в зв'язку із загостренням хвороби і лікуванням хворої, так як препарати переходять в молоко і в організм дитини.

Лікування: настій валеріани, пустирника. Дійодтиронін по 0,05x2 рази на день при легкій формі тиреотоксикозу. При середньому ступені - 0,15-0,2 г/доб. і за 2-3 тижні до пологів припиняють прийом дійодтироніну. При веденні важких форм хвороби назначають мерказоліл 0,005 до 40 мг в день і по 60 мг в день – при тяжких. При досягненні еутиреоїдного стану дозу зменшують до 5 мг на день.

Вплив тиреоїдних гормонів на плід: впливають на ріст і розвиток плоду, розвиток легеневої тканини, на процеси мієлінізації головного мозку.

Вади у дітей спостерігаються у 19%, із них у 4% - вади розвитку мозку, у 0,8% - серцево-судинної системи, у 8,6% вади розвитку статевих органів, у 4% - киля, у 0,8% -

дефект м'якого піднебіння і у 0,8% хвороба Дауна.

У народжених дітей спостерігається зниження гормонів щитовидної залози, що пов'язують з пригніченням тиреоїдної функції гіпофізу плода материнськими тироксинами.

У 12% спостерігається гіпотиреоз. У дітей суха набрякла шкіра, пергаментність кісток черепа, збільшення язика, м'язева гіпотонія, гіпорексія, сповільнена перистальтика кишківника. Ці явища проходять в перші 2 тижні життя дитини, половина дітей потребує проведення замісної гормонотерапії.

Ведення вагітності

Вагітна знаходиться під наглядом акушера і ендокринолога. При важких формах базедової хвороби вагітність протипоказана, для цього вагітну необхідно госпіталізувати в ранні терміни вагітності, обстежити. При вузлових формах показано оперативне лікування в кінці I триместру. На протязі вагітності – контроль за рівнем гормонів і обов'язкове лікування. При загостренні хвороби – госпіталізація. В пологах проводити профілактику кровотечі в III періоді пологів. Новонароджені повинні бути під постійним наглядом і їм проводити адекватне лікування.

При гіпотиреозі вагітність рідко настає, але якщо і настає, то діти народжуються неповноцінними. Вагітність переривається навіть при субклінічних формах гіпотиреозу. Нерідко у вагітних розвивається залізодефіцитна анемія. При пологах розвивається слабкість пологових сил.

У вагітних стан може покращитися за рахунок гормонів плода. Новонароджені часто народжуються з ознаками гіпотиреозу, аномаліями розвитку мозку, хворобою Дауна.

Вагітні з гіпотиреозом відносяться до групи ризику, їм необхідно проводити лікування: тиреоїдін 0,1 № 50 по 1 таб. 2-3 рази на день; трийодтиронін 0,00002 по 1 таб. 1-2 рази на день на протязі всієї вагітності під контролем дослідження гормонів.

Захворювання наднирників і вагітність

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

При гіперфункції наднирникових залоз розвивається хвороба Іценко-Кушінга, при цьому гіпоталамус виділяє в підвищеній кількості кортикотропін релізінг фактор, що призводить до гіперпродукції гіпофізом АКТГ, який в свою чергу стимулює кору наднирників і збільшується секреція кортикостероїдів. Це часто виникає при базофільній аденомі гіпофізу. Захворювання досить важке. Буває і синдром Іценко-Кушінга, коли розвиваються пухлини кори наднирників: глюкостероми (пухлина пучкового шару), або глюкоандростероми (пучкового і сітчатого шарів). При цих захворюваннях підвищується секреція кортизолу, що призводить до зміни обмінних процесів (іде розщеплення білків, жирів, переводячи їх у вуглеводи, що призводить до розвитку стероїдного діабету, остеопорозу), вимиваються солі Са з кісток, атрофія шкіри та ін. Утворюється жирова тканина, яка відкладається на череві, обличчі, плечовому поясі. Вагітність рідко настає при цій патології, але інколи ця хвороба проявляється під час вагітності і пов'язана з несприятливим перебігом вагітності (важкі форми нефропатії, кровотечі під час вагітності, при пологах, післяпологові інфекційні захворювання).

При загостренні хвороби вагітність несприятливо впливає на перебіг хвороби, шкодить здоров'ю матері і плоду. Вже в ранні терміни вагітності підвищується АТ, що призводить до розвитку ФПН і внутрішньоутробної загибелі плоду, а у вагітної

розвиваються важкі ускладнення з боку серцево-судинної системи, крововиливи в життєво важливі органи. Лише при стійкій ремісії вагітність перебігає без ускладнень.

Ускладнення:

1. Передчасне переривання вагітності, особливо характерні викидні в 23-25 тижнів вагітності.
2. Гестози, особливо пізні, розвиваються рано у кожній третій вагітній і перебігають з вираженим гіпертензивним синдромом, протеїнурією, набряками.
При пологах розвивається слабкість пологової діяльності, яка погано піддається лікуванню, супроводжується виникненням прееклампсії, внутрішньоутробної гіпоксії плода і навіть викликає його інтранатальну загибель.

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

Ведення вагітності:

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

Дієта з обмеженням солі і вуглеводів, багато вітамінів.

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

Хронічна недостатність функції наднирникових залоз і вагітність

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

При даній патології знижена продукція кортизолу і альдостерону.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ЗАХВОРЮВАННЯ НИРОК І СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ І ВАГІТНІСТЬ

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

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

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

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

Клініка.

Симптоми: гострого пієлонефриту: підвищення температури тіла до 38-39°C, знобіння, загальна слабкість, аденамія, інтоксикація, пульс і дихання прискорені, біль у попереку, дізурія. При хронічній стадії всі ці ознаки менш виражені (тупий біль у поперековій ділянці, дизурія, субфебрильна температура, головний біль, загальна втомлюваність).

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

Діагностика: скарги вагітної, анамнез, об'єктивне обстеження і додаткові методи

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

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

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

Ведення вагітності

Визначають III ступені ризику:

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

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

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

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

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

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

Обстеження вагітних з захворюванням нирок:

1. Аналіз крові.
2. Аналіз сечі.
3. Проба Нечипоренко.
4. Проба Зимницького.
5. Бакзасів сечі і визначення чутливості флори до антибіотиків.
6. Креатинін крові.
7. Залишковий азот.
8. Білок і білкові фракції .
9. Хромоцистоскопічно.
10. Екскреторна урографія при необхідності.

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

Пологи ведуться per vias naturales.

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

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

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

Десенсибілізуючі засоби (димедрол, супрастин, піпольфен).

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

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

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

Гломерулонефрит

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

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

Гломерулонефрит розвивається через 10-15 днів після ангіни, скарлатини, стрептококової піодермії. Рідко зустрічається неінфекційний гломерулонефрит, який розвивається після прививок, вакцинацій.

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

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

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

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

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

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

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

Виділено 3 групи ризику вагітних хворих на гломерулонефрит.

До I групи ризику відносять вагітних з латентною формою гломерулонефриту.

До II групи ризику – вагітні з нефротичною формою.

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

Ведення вагітності

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

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

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

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

Симптоматичне лікування: гіпотензивні препарати, діуретики, білкові препарати.

Сечокам'яна хвороба

Зустрічається в 0,15-0,3% і під час вагітності частішають напади сечокам'яної коліки. Цьому сприяють розширення і гіпотонія ниркових мисок, сечоводів і сечового міхура, приєднання інфекції, сечові камінці починають міграцію і стан кожної третьої хворої під час вагітності погіршується.

Ускладнення перебігу вагітності:

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

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

Пологи у більшості роділь перебігають без ускладнень.

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

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

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

Гідронефроз і вагітність

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

Діагностика – УЗД, хромоцископ, катетеризація сечоводів.

Ускладнення під час вагітності:

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

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

Переривання вагітності показано:

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

ІХ. Основна література для опрацювання

1. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. - Н.Новгород. - Изд-во НГМА, 2005. - 64 с.
2. Венцовский Б.М. Поздний гестоз. - К., 2002. - 768 с.
3. Зильбер А.П. и др. Преэклампсия и эклампсия: Клинико-физиологические основы и алгоритмы диагностики: Учебн. пособ. -Петрозаводск, 2005.- 508 с.
4. Лихачев В.К. Поздний гестоз. Диагностика нарушений, влияние на течение беременности, патогенетическое лечение. - Полтава: Соломия, 2000. - 104с..
5. Лихачев В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
6. Мазорчук Б.Ф. Акушерство і гінекологія: в 2-х т.: підручник для сімейних лікарів. - К.: Просвіта, 2005. - 448 с.
7. Назарова І.Б. Невідкладні стани в акушерстві. Навч. посібник. - 2-е вид. - К.: Медицина, 2008. - 104 с.
8. Наказ МОЗ України № 676 від 31.12.04 р. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (гіпертензивні розлади під час вагітності).
9. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
10. Серов В.Н., Маркин С.А., Лубнин А.Ю. Эклампсия. Руководство для врачей. – М.: МИА, 2002. – 464 с.