

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 №____ від _____ року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ЛЕКЦІЇ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ЦИКЛУ СПЕЦІАЛІЗАЦІЯ ЗА ФАХОМ
«ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	Ведення вагітності і пологів у жінок із серцево-судинною патологією (код курсу 4.2.5.1.)
Курс	Піврічна спеціалізація
Спеціальність	Загальна практика – сімейна медицина

Кількість навчальних годин – 2 години.

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Сучасні дослідження стану здоров'я вагітних свідчать, що патологія перебігу вагітності в 60-70% обумовлена гострою або хронічною екстрагенітальною патологією. Екстрагенітальні захворювання можуть впливати на вагітність, пологи, перинатальну захворюваність. У свою чергу вагітність і пологи нерідко обтяжують перебіг основного захворювання. Такі захворювання органів дихання як бронхіальна астма, пневмонія часто приводять до розвитку дихальної недостатності і загрожують не лише здоров'ю, а і життю жінки. У вагітних можуть зустрічатися будь-які хвороби серця — від незначного пролапса мітрального клапана, який практично не впливає на перебіг та наслідки вагітності, до синдрому Ейзенменгера, за якого вкрай високим є ризик материнської смерті. Найчастішими клінічно значущими видами кардіологічної патології в акушерській практиці є: вроджені вади серця, набуті вади серця, кардіоміопатії, інфекційний ендокардит.

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

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

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

II. Навчальні цілі лекції

Донести до інтернів наступні знання:

1. Загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією.
2. Своєчасно виявляти протипоказання до виношування вагітності у жінок із серцево-судинною патологією.
3. Скільки разів протягом вагітності та в які терміни необхідно в плановому порядку госпіталізувати вагітну з екстрагенітальною патологією?
4. Які захворювання серцево-судинної системи найчастіше мають місце у вагітних?

5. Які особливості перебігу вагітності у жінок із захворюваннями органів серцево-судинної системи?
6. Які чинники впливають на перебіг вагітності у жінок із набутими вадами серця?
7. При яких набутих вадах серця вагітність протипоказана?
8. При яких вроджених вадах серця вагітність протипоказана?
9. Які особливості перебігу вагітності у жінок з оперованим серцем?
10. Які чинники впливають на перебіг вагітності у жінок із варикозним розширенням вен?
11. Які особливості перебігу вагітності у жінок з тромбофлебітом?
12. Які методи розродження застосовують у вагітних із захворюваннями органів серцево-судинної системи?

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

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

Перебіг вагітності на фоні екстрагенітальної патології потребує додаткового спостереження та обстеження, що потребує адекватної психологічної підготовки пацієнтки, що вимагає високої кваліфікації лікаря. При обстеженні вагітної дотримуватися принципів медичної етики та деонтології.

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

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
I. Попередні дисципліни Анатомія людини	Будову жіночих статевих органів, будову плоду в різні терміни розвитку	
Топографічна анатомія	Пошарова будова передньої черевної стінки	Виконати лапаротомію на трупі
II. Наступні дисципліни Педіатрія	Будову та розміри доношеного плода.	Уміти визначити зрілість новонародженого
Сімейна медицина	Перкусія, аускультация легень, серця.	Провести фізикальне обстеження вагітної
III. Внутрішньопредметна інтеграція Вагітність і екстрагенітальна патологія	Вибір методу розродження при даній патології.	Визначити біофізичний профіль плоду за даними УЗД, розшифрувати кардіотокограму

V. План та організаційна структура лекції

№ п/п	Основні елементи лекції та їхній зміст	Тип лекції. Засоби активізації слухачів. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
	<i>Підготовчий етап</i>		5 хв.

1.	Визначення актуальності теми Визначення навчальних цілей лекції Забезпечення позитивної мотивації	Навчально-методичне обґрунтування теми. Навчальні цілі лекції. Навчально-методичне обґрунтування теми.	
2.	<p>Основний етап</p> <p>Викладення лекційного матеріалу за планом:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією. 2. Протипоказання до виношування вагітності у жінок із серцево-судинною патологією. 3. В які терміни необхідно в плановому порядку госпіталізувати вагітну з екстрагенітальною патологією? 4. Які захворювання серцево-судинної системи найчастіше мають місце у вагітних? 5. Які особливості перебігу вагітності у жінок із захворюваннями органів серцево-судинної системи? 6. Які чинники впливають на перебіг вагітності у жінок із набутими вадами серця? 7. При яких набутих і вроджених вадах серця вагітність протипоказана? 8. Які особливості перебігу вагітності у жінок з оперованим серцем? 10. Які чинники впливають на перебіг вагітності у жінок із варикозним розширенням вен? 11. Які особливості перебігу вагітності у жінок з тромбофлебітом? 12. Які методи розродження застосовують у вагітних із захворюваннями органів серцево-судинної системи? 	Тематична клінічна лекція з елементами проблемності. Мультимедійний супровід.	75 хв.
1. 2. 3.	<p>Заключний етап</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Резюме лекції, загальні висновки 2. Відповіді на можливі запитання 3. Завдання для самопідготовки слухачів до наступної лекції. 	Перелік навчальної літератури ЗАПИТАННЯ	10 хв.

VI. Зміст лекційного 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 прееклампсії, гіпертонічних кризів, розвитку плацентарної недостатності);
- у разі захворювань печінки і нирок - в 22-26 тижнів (період максимального навантаження на ці органи, приєднання пізнього гестозу)
- у разі цукрового діабету та інших ендокринних захворювань - у 20-24 тижні (період частого розвитку декомпенсації і необхідності корекції дози інсуліну або інших гормональних препаратів).

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

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

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

A.1.8. Коротка епідемічна інформація.

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

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

Прегравідарна підготовка

Прегравідарна підготовка кардіологічної хворої включає:

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

- санацію вогнищ хронічної інфекції;
- нормалізацію маси тіла;
- підвищення толерантності до фізичних навантажень.

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

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

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

Тактика ведення вагітності

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

Кардіологічна патологія, залежно від характеру та ступеня структурного ураження серця, стану легеневої та системної гемодинаміки, наявності гіпоксемії, порушень серцевого ритму, коронарного кровотоку та низки інших клінічних чинників, може визначати 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:

- холтеровське моніторування ЕКГ;
- трансезофагальна ехокардіографія;
- доплерокардіографія;
- 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 (додаток 2, 3).

За стабільно задовільного стану хворої спостереження проводять амбулаторно.

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

Основні завдання амбулаторного етапу спостереження включають:

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

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

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

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

Протипоказання до санаторного оздоровлення:

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

Госпіталізація вагітної із захворюванням серця залежно від ступеня ризику здійснюється у плановому порядку 1–3 рази .

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 тіазидними препаратами (гідрохлортіазид).

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 аерозолію, 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 теofilін (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 хворой 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, необхідною є 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 хворой жінки. Питання щодо переривання вагітності може бути обговорене лише після купірування явищ гострої СН і стійкої нормалізації стану вагітної.

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

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

Антиаритмічна терапія

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

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

Електрична кардіоверсія та дефібриляція під час вагітності не протипоказані.

Лікування фібриляції передсердь (миготливої аритмії)

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

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

Лікування пароксизмальних надшлуночкових тахіаритмій

а). Ліквідація:

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

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

Лікування шлуночкової тахікардії

а). З порушенням гемодинаміки:

- прекардіальний удар,
- дефібриляція.

б). Без порушення гемодинаміки:

- прекардіальний удар,
- лідокаїн,

прокаїнамід,
пропафенон.

в). Попередження рецидивів:

- етацизин,
- β -блокатори,
- пропафенон,
- соталол;
- комбінація β -блокатор + пропафенон

Лікування брадіаритмій:

- атропіну сульфат,
- ізопреналін,
- електрокардіостимуляція.

Антикоагулянтна терапія

Антикоагулянтна терапія під час вагітності може проводитися у постійному режимі (штучні механічні клапани серця, див. нижче) або упродовж певного періоду (пароксизм фібриляції передсердь, що триває

більше 48 год., нестабільна стенокардія, інфаркт міокарда, дилатаційна кардіоміопатія, ін.). Антикоагулянти також застосовують профілактично перед абдомінальним розродженням у жінок з високим ризиком тромбоемболії легеневої артерії.

Безпечними для плода є стандартний гепарин та низькомолекулярні гепарини (еноксапарин, надропарин кальцію, далтепарин), що можуть застосовуватися без обмежень у будь-які терміни вагітності. Введення гепарину слід припинити за 4 год. до кесаревого розтину або з початком переймів і відновити через 6 год. після родів.

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

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

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

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

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

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

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

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

Особливі умови проведення хірургічного лікування під час вагітності:
проведення медикаментозної профілактики довільного переривання вагітності;
забезпечення ретельного спостереження за станом плода у післяопераційному періоді;
організація спільного нагляду хворої кардіохірургом та акушером-гінекологом.

Показання до планової операції на серці під час вагітності:

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

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

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

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

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

Розродження

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

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

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

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) (B) 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.

VII. Матеріали активізації студентів під час викладання лекції

Питання

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

Завдання для самостійної роботи по темі лекції

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

Тестові завдання

1. У вагітної 35 років з мітральним стенозом раптово вночі з'явилась задуха, тахікардія, різке збудження, пінисте харкотиння рожевого кольору. Яке ускладнення виникло у вагітної?
A (Набряк легень.
B Напад епілепсії.
C Стенокардія.
D Загострення бронхіальної астми.
E Напад еклампсії.
2. Вагітна 30 років, поступила з першою вагітністю 36-37 тижнів для визначення тактики розродження. В 5 річному віці проведена хірургічна корекція вродженої вади серця – дефект міжпередсердної перегородки. На даний час порушень з боку серцево-судинної системи не виявлено. Вкажіть тактику розродження.
A *Розродження через природні родові шляхи в терміні пологів.
B Кесарський розтин в терміні пологів.
C Кесарський розтин із стерилізацією.
D Пологи через природні родові шляхи з виключенням потужного періоду
E Термінове розродження.
3. У першовагітної жінки 25 років з метральним стенозом у 32 тижні вагітності з'явилися ознаки серцевої недостатності. Після проведеного курсу терапії в стаціонарі, явного поліпшення стану вагітної не відбулося. Яка тактика?

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

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

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

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

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

6. Першовагітна 24 років поступила в пологовий будинок з вагітністю терміном 36-37 тижнів і скаргами на задишку, серцебиття, швидко втому. В дитинстві часті ангіни, з 15 років страждає на ревматизм неактивну фазу, мітральний стеноз 2 ст, НК 2 А ст. Яка тактика проведення пологів у данному випадку?

- A** *Пологи проводити з виключенням 2 періоду.
- B** Стаціонарне лікування в умовах кардіологічного відділення.
- C** Дострокове проведення пологів в 36-37 тижнів.
- D** Консервативне лікування.
- E** Пологи виключенням 2-го періоду шляхом вакуум-екстракції плоду.

7. При якій з перерахованих супутніх патологій вагітність має бути перервана?

- A.** Дефект міжшлуночкової перетинки.
- B.** Дефект міжпередсердної перетинки.
- C.** *Синдром Ейзенменгера.
- D.** Відкрита артеріальна протока.
- E.** Аритмія Вольф-Паркінсон-Уайт (WPW-синдром).

8. У жіночу консультацію звернулась вагітна М., 37 років зі скаргами на болі в лівій нозі при ходьбі а також її набряк. Вагітність II, терміном 34 тиж. I вагітність 12 років тому закінчилась народженням живої дитини масою 3700 г, пологи перебігали без особливостей. Страждає варикозним розширенням вен нижніх кінцівок. При обстеженні ліва кінцівка набрякла, синюшна, різка болючість при пальпації по ходу поверхневої вени. Попередній діагноз?

- A** *Тромбофлебіт поверхневих вен.
- B** Тромбофлебіт глибоких вен.
- C** Флеботромбоз вен нижніх кінцівок.
- D** Неврит сідничного нерва.
- E** Тетанія вагітних.

9. Породілля 22 років на другий день після пологів відчула наростаючий біль та важкість в правій нозі. Об'єктивно: стан хворої середньої важкості. Пульс-100 за хв., температура-37,3С, тони серця приглушені, ритм синусовий, в легенях дихання везикулярне, 18-20 за хв.. Права нога на всій довжині набрякла, синюшна порівняно з лівою, місцева температура підвищена. Пульсація артерій правої ноги на всіх рівнях пальпується. Який найбільш імовірний діагноз?

- A.** Післяпологовий сепсис
- B.** Тромбоемболія легеневої артерії
- C.** Тромбоемболія стегнової артерії
- D.** Гострий ілеофemorальний флеботромбоз

Е. Гострий тромбоз поверхневих вен

10. У породіллі з тетрадою Фало виникли передчасні пологи. Профілактику яких післяпологових ушкоджень необхідно провести перш за все?

- А. *Тромбозів та тромбемболій
- В. Гнійно-септичних захворювань
- С. Гострої ниркової недостатності
- Д. Гострої надниркової недостатності

11. Пологи у вагітних із захворюваннями органів дихання і легеневою недостатністю бажано закінчити:

- 1. Акушерськими щипцями.
- 2. Вакуум-екстракцією плоду.
- 3. Кесаревим розтином.

12. Чи потрібна планова госпіталізація при бронхіальній астмі у вагітних?

- 1. Ні.
- 2. Так.

13. Ваша тактика при розвитку гострої пневмонії і доношеній вагітності:

- 1. Негайне розродження.
- 2. Відстрочити розродження.

14. Яке з перерахованих захворювань дихальної системи не є медичним показанням до переривання вагітності?

- 1. Стеноз бронхів.
- 2. Важка форма бронхоектатической хвороби.
- 3. Важка форма бронх. астми.
- 4. Хронічний бронхіт.

15. У вагітної 37 тижнів, хворої на бронхіальну астму, з'явився напад ядухи, сухий кашель. Який препарат потрібно призначати в першу чергу?

- А *Інгаляція сальбутамолу
- В Таблетовані антигістамінні препарати
- С Ингаляція кортикостероїдів
- Д Ингаляція іпратропіуму броміда
- Е Введення еуфіліну в/в

16. У вагітної з бронхіальною астмою в терміні 30 тиж. після стресової ситуації раптово з'явилась задишка, шумне свистяче дихання, ціаноз обличчя. Аускультативно: дихання ослаблене, багато сухих свистячих хрипів; при перкусії – коробковий звук. Після нападу у жінки виділилась невелика кількість тягучого харкотиння. Ймовірний діагноз?

- А * Приступ бронхіальної астми.
- В Тромбоемболія легеневої артерії.
- С Обструктивний бронхіт.
- Д набряк легенів.
- Е Гостра пневмонія.

Ситуаційні задачі :

Задача 1. Першовагітна 19 років звернулась до жіночої консультації для постановки на облік. Термін вагітності 8 тижнів. При огляді терапевтом виявлено, що жінка має скарги на загальну слабкість, припухлість колінних суглобів, підвищення температури тіла до 37,8 град. З дитинства часто хворіла на ангіну. Заключення терапевта - ревматизм, активна фаза, ендокардит. Тактика ведення вагітної?

Задача 2. Повторновагітна 29 років поступила в пологовий будинок з доношеною вагітністю та скаргами на задишку, серцебиття, швидку втому. В дитинстві часті ангіни, з 15 років страждає на ревматизм неактивну фазу, мітральний стеноз 2 ст, недостатність кровообігу 2 А ст. Яка тактика проведення пологів у данному випадку?

Задача 3. На 4-у добу після пологів у жінки з'явилися скарги: розпираючий біль, набряк лівої нижньої кінцівки. Пологи були фізіологічними. Об'єктивно: загальний стан задовільний. Температура – 37,3, пульс-88 за 1 хв., А\Т – 125\75 мм рт ст. Молочні залози без патологічних змін. Живіт м'який, ВДМ на 10 см нижче пупка, матка щільна, не болюча. Лохії серозні. Ліві гомілка та стегно ціанотичні, обвід гомілки на 4 см, стегна – на 7 см більші чим справа. Пульс на лівій нижній кінцівці збережений на всіх рівнях, однак дещо ослаблений на ступні. Відмічається місцеве підвищення температури

шкіри на лівій нижній кінцівці у порівнянні з правою. Поставте діагноз. Призначте обстеження та лікування.

Задача 4. У породілі К., на 12 добу після 5 пологів з'явився гострий біль по внутрішній поверхні правої гомілки та нижній третині стегна. Протягом 10 років страждає на варикозне розширення поверхневих вен правої нижньої кінцівки. Температура 37,6 С. При огляді: на внутрішній поверхні гомілки та нижньої третини стегна справа, по ходу варикозно-розширених поверхневих вен спостерігається почервоніння шкіри, припухлість, яка болюча при пальпації, згинання кінцівки у колінному суглобі обмежена, чутливість збережена. Пульсація відмічається на всіх рівнях нижніх кінцівок. Матка безболісна, нормальних розмірів, зовнішнє вічко закрите.

Про яке ускладнення післяпологового періоду можна думати? Яка тактика лікування?

Задача 5. У вагітної 25 років з обтяженим алергологічним анамнезом (поліноз) в терміні вагітності 28 тиж після стресової ситуації раптово з'явилося шумне свистяче дихання, задишка, ціаноз обличчя. При аускультатії: над легенями дихання ослаблене, багато сухих свистячих хрипів; при перкусії – коробковий звук. Після нападу у жінки віділилась невелика кількість тягучого харкотиння. Який найбільш ймовірний діагноз? Невідкладні дії?

Еталони відповідей:

Задача 1. Госпіталізація до терапевтичного відділення із спостереженням гінеколога.

Задача 2. Пологи через природні статеві шляхи з виключенням другого періоду пологів.

Задача 3. Діагноз: післяпологовий період 4 доба, ускладнений гострим ілеофemorальним флeботромбозом зліва. Обстеження: загально клінічні лабораторні, обов'язково розширена коагулограма, УЗД вен лівої нижньої кінцівки та тазу, консультація судинного хірурга.

Лікування: призначення прямих (під контролем загального аналізу крові, тромбоцитів, коагулограми (АЧТЧ збільшення не більше чим двічі)) та непрямих (під контролем МНВ в межах 2,0-3,0) антикоагулянтів.

Задача 4. Діагноз: післяпологовий період 12 доба, ускладнений гострим варикотромбофлебітом правої нижньої кінцівки.

Тактика: консультація судинного хірурга, для профілактики ТЕЛА – перев'язка гирла великої підшкірної вени справа.

Задача 5. Вагітність перша, 28 тижнів. Напад бронхіальної астми. Інгаляція сальбутамолу.

VIII. Матеріали для самопідготовки

А. По темі викладеної лекції «Вагітність і захворювання серцево-судинної системи»

1. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
2. Наказ МОЗ України від 27.01.2011 № 42 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Ведення вагітності та пологів у жінок з хворобами серця»
3. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
4. Наказ №676 МОЗ України від 31.12.2004 р. "Про затвердження клінічних протоколів з акушерства та гінекології". 2004.
5. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии/ Под ред. В.Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2007. - 1027 с.
6. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
7. Лихачев В.К. Заболевания сердечно-сосудистой системы у беременных. – Полтава: Соломия, 2002. – 256с.
8. Медведь В.И. Введение в клинику экстрагенитальной патологии беременных. – К.: Авицена, 2004. – 168 с.
9. Сидорова И.С. Течение и ведение беременности по триместрам. -М.: ООО МИА, 2007. - 304 с.
10. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных.- М.: Триада-Х, 2003.- 816 с.
11. Патология внутренних органов и беременность: учеб. пособие для врачей-терапевтов и врачей общей практики / Б.А. Ребров. О.А. Реброва. Е.Б. Комарова, Р.М. Алешина и др.; под ред. Б.А. Реброва. - Донецк: Заславский А.Ю. 2010. - 321 с.

Б. По темі наступної лекції «Гінекологія дитячого віку»

Питання

1. Класифікація розладів менструальної функції у дівчаток.
2. Етіологія та патогенез розладів менструальної функції у дівчаток.

3. Лікування розладів менструальної функції у дівчаток.
4. Класифікація вад розвитку статевих органів у дівчаток.
5. Етіологія та патогенез аномалій розвитку статевих органів у дівчаток.
6. Клініка та лікування аномалій розвитку статевих органів у дівчаток.

Рекомендована література по темі наступної лекції

1. Уварова Е.В. Гиперандрогенные проявления и основные пути их коррекции у девочек-подростков // Репродуктивное здоровье женщин. – 2003. – № 2. – С. 66 – 73.
2. Чайка В.К., Матьцина Л.А., Синенко Л.В. Тактика ведения девочек-подростков с пубертатными маточными кровотечениями // Методические рекомендации. – Донецк. – 2000. – 18 с.
3. Гинекология от пубертата до постменопаузы // Под ред. Е.К.Айламазян. - М. , 2006.
4. Гинекологическая диагностика и лечение // Под. общ. ред. Л.А.Суслопарова. - М.: 2006.
5. Лихачов В.К. Практическая гинекология/ В.К.Лихачов.- Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007.-664 с.
6. Наказ МОЗ України від 27.08.2010 № 728 «Про диспансеризацію населення».
7. Наказ МОЗ України № 417 від 15.07.2011 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
8. Клиническая визуальная диагностика / Под ред. В.Н. Демидова, Е.П. Затилян. – М.: Триада-Х, 2004. – 437с.
9. *Гинекология*: национальное руководство / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1072с.
10. Основы репродуктивной медицины: Практическое руководство / Под ред. профессора В.К. Чайки. – Донецк: ООО «Альматео», 2001. – 608 с.
11. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».