

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2

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

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ЛЕКЦІЇ
для лікарів-курсантів циклу тематичного
удосконалення
«Невідкладні стани в акушерстві і гінекології»

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Вагітність і пологі при захворюваннях серцево-судинної системи. (код курсу 4.1)
Курс	Тематичне удосконалення
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

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 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 тону, 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 курсантів 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</i>		
1.Анатомія людини	Будову жіночих статевих органів, будову плоду в різні терміни розвитку	
2.Топографічна анатомія	Пошарова будова передньої черевної стінки	Виконати лапаротомію на трупі
<i>Наступні</i>		
1.Педіатрія	Будову та розміри доношеного плода.	Уміти визначити зрілість новонародженого
2.Сімейна медицина	Перкусія, аускультация легень, серця.	Провести фізикальне обстеження вагітної

V. План та організаційна структура лекції

№ п/п	Основні елементи лекції та їхній зміст	Тип лекції. Засоби активізації слухачів. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1.	<i>Підготовчий етап</i> Визначення актуальності теми	Навчально-методичне обґрунтування теми.	5 хв.

	Визначення навчальних цілей лекції Забезпечення позитивної мотивації	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? 	<p>Тематична клінічна лекція з елементами проблемності. Мультимедійний супровід.</p>	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. 	<p>Перелік навчальної літератури</p> <p>ЗАПИТАННЯ</p>	10 хв.

VI. Зміст лекційного матеріалу.

ЗАХВОРЮВАННЯ СЕРЦЯ І ВАГІТНІСТЬ

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

Найчастіше у вагітних трапляються такі захворювання серцево-судинної системи:

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

Ревматизм

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

Клініка та діагностика

Мають значення труднощі діагностики активності ревматизму під час вагітності, тому що типові клінічні ознаки (субфебрилітет, задишка при фізичному навантаженні, слабкість, стомлюваність, тахікардія, аритмія) і лабораторні дані (лейкоцитоз і прискорення ШОЕ) можуть бути і при фізіологічному перебігу вагітності. І в той же час ревматизм під час вагітності може перебігати під маскою анемії та порушення кровообігу. Тому в діагностиці ревматизму під час вагітності мають значення анамнез (ревматизм в анамнезі в минулому), наявність факторів, що сприяють рецидиву (переохолодження, інфекція лор-органів, ревматоїдизм та ін.), ЕКГ - ознаки (у кожної другої жінки синусова тахікардія або брадикардія, порушення передсердно-шлуночкової провідності, атріовентрикулярна блокада, екстрасистоли), миготлива аритмія і порушення коронарного кровотоку, певну діагностичну цінність мають цитологічний та імунофлюоресцентний методи. Особливість ревмокардиту у вагітних - латентний, хвилеподібний перебіг. Критичні періоди загострення - 14 тижнів вагітності, період між 20 та 32 тижнями і післяпологовий період. Характерним для цього строку в клініці загострення ревматизму є недостатність кровообігу.

Набуті ревматичні вади серця

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

Стеноз лівого передсердно-шлуночкового отвору (мітральний стеноз). Приблизно в 85 % вагітних з мітральним стенозом відзначаються ознаки серцевої недостатності, у зв'язку з перенаповненням малого кола кровообігу. Найчастіше вони

з'являються або починають наростати з 12-20-й тижня вагітності. Відновлення гемодинаміки у породіль починається лише через 2 тижні після пологів. Клінічними проявами вираженого мітрального стенозу є серцева недостатність, тахікардія, тахіпноє, застійні хрипи в легенях, збільшення печінки, є небезпека розвитку набряку легенів.

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

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

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

Вроджені вади серця

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

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

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

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

Кардіоміопатії

Розрізняють гіпертрофічну та ділятаційну кардіоміопатії. При гіпертрофічній кардіоміопатії характерним є гіпертрофія міокарду лівого шлуночка з виникненням його обструкції під час систоли. Під час вагітності стан хворої не погіршується, завдяки тому, що зниження периферичного судинного опору у вагітних компенсується підвищенням ОЦК. Ділятаційна кардіоміопатія супроводжується розширенням порожнин серця,

систоличною та діастолічною дисфункцією лівого шлуночку та схильністю до тромбоемболії. При вагітності підвищується ризик зростання тяжкості серцевої недостатності, виникнення тромботичних ускладнень.

Вагітність та опероване серце

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

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

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

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

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

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

Оцінка ступеня ризику вагітності при захворюваннях серця дозволяє визначити прогноз перебігу та наслідку вагітності для матері, вирішити основні питання тактики ведення хворої. Кардіологічна патологія, залежно від характеру та ступеня структурного ураження серця, стану легеневої та системної гемодинаміки, наявності гіпоксемії, порушень серцевого ритму, коронарного кровотоку та низки інших клінічних чинників, може визначати чотири ступені ризику. При ризику 1-2 ступеня (серцева недостатність I стадії або клінічно відсутня, активність ревматизму 0-I ступеня, гіпертрофії та дилатації серця немає або вона початкова) вагітність є припустимою, хоча зумовлює певний ризик погіршення стану хворої. При 3-4 ступені ризику (серцева недостатність ПА, ПБ чи III стадії, активність ревматизму II-III ступеня, гемодинамічно значущі порушення ритму, значна гіпертрофія, перевантаження та велика дилатація відділів серця, легенева гіпертензія крайнього ступеня, ціаноз, значна систолічна дисфункція лівого шлуночка, коронарна патологія із синдромом стенокардії чи без нього, аневризми аорти, інфекційний ендокардит) перебіг вагітності супроводжується багатьма кардіологічними та акушерськими ускладненнями, вагітність протипоказана і має бути перервана до 12 тижнів. Якщо характер захворювання припускає його хірургічне лікування, операція на серці є альтернативою перериванню вагітності. Висока імовірність материнської смерті при 4 ступені ризику обумовлює необхідність переривання вагітності як у ранні, так і у пізні терміни.

Згідно чинного законодавства вади мітрального, аортального та тристулкового клапанів IV-V стадії, уроджені вади серця при неможливості хірургічної корекції та неефективності терапії, хронічна ішемічна хвороба серця, первинна легенева гіпертензія, тяжкі форми ділатаційної та обструктивної гіпертрофічної кардіоміопатії, серцева

недостатність III-Б-III ст незалежно від основного діагнозу є медичними підставами для переривання вагітності до 22 тижнів.

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

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

При ризику 3-4 ступеня планову госпіталізацію проводять у I триместрі, в 28-32 тижні та 36 тижнів вагітності до спеціалізованого стаціонару під спостереження кардіолога та кардіохірурга. Поводи ведуть з обов'язковим укороченням II періоду за допомогою акушерських щипців або вакуум-екстракції. Такі хворі нерідко потребують планової індукції родів, термін розродження визначають індивідуально залежно від характеру патології та наявності ускладнень у матері і стану плода. Показаннями до дострокового розродження є прогресування хронічної серцевої недостатності за неефективності медикаментозної терапії, прогресування коронарної патології, розшарування аорти, приєднання прееклампсії, наявність ціанозу (врожені вади серця синього типу); легенева гіпертензія крайнього ступеня (синдром Ейзенменгера), затримка росту плода, незалежно від характеру основного захворювання. Упродовж усього родового акту у хворих високого ризику проводять моніторинг артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, ЕКГ; мобілізують периферичну вену. Оптимальний спосіб знеболення родової діяльності у кардіологічних хворих - епідуральна анестезія.

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

Лікування

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

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

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

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

ЗАХВОРЮВАННЯ ВЕН ТА ТРОМБОТИЧНІ УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ВАГІТНОСТІ

Варикозна хвороба нижніх кінцівок

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

Клініка

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

Діагностика

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

Лікування

Лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок у вагітних як правило консервативне. Тактику та об'єм лікування визначають сумісно із судинним хірургом. Звичайно рекомендують періодично приймати горизонтальне положення з піднятими нижніми кінцівками та підтримування еластичної компресії (еластичні бинти, панчохи або колготки). Вагітним рекомендують лікувальну фізкультуру і самомасаж у сполученні із правильним режимом праці та відпочинку. Для підвищення тону судин призначають ескузан(12-15 капель 3 рази на день), троксевазин(0,3 г 2-3 рази на день), детралекс(1-2 таблетки на день), при наявності ознак гіперкоагуляції-- антикоагулянти

При вираженому розширенні вен, що супроводжується недостатністю клапанів підшкірних або комунікантних вен, варто порушувати питання про хірургічне лікування.

Ведення вагітності та пологів

Варикозна хвороба нижніх кінцівок не є протипоказанням до пролонгування вагітності.

Перевагу варто віддавати веденню пологів через природні пологові шляхи.

Пологи у вагітних з варикозною хворобою нерідко ускладнюються передчасним вилиттям навколоплідних від, слабкістю пологової діяльності, передчасним відшаруванням плаценти, кровотечею у послідовому і ранньому післяпологовому періодах. Обов'язковим заходом є еластичне бинтування обох ніг для попередження рефлюкса крові в них під час потуг.

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

Тромбофлебіти, тромбози вен

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

Тромбофлебіт поверхневих вен

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

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

Лікування проводять сумісно із судинним хірургом. Консервативна терапія включає місцевий і загальний вплив на патологічний процес. Як місцева терапія використовують холод протягом перших 2—3 днів, мазеві аплікації, еластичну компресію нижніх кінцівок й їхнє піднесення під час сну.

Загальна терапія включає призначення наступних ліків: протизапальних та десенсибілізуючих препаратів, дезагрегантів, препаратів, що поліпшують мікроциркуляцію та мають флебодинамічну дію.

Ведення пологів згідно акушерської ситуації з ретельним знеболюванням. Всім породіллям треба проводити еластичне бинтування обох ніг для зменшення венозного застою і попередження рефлюкса крові під час потуг. У післяпологовому періоді повинна бути продовжена еластична компресія обох нижніх кінцівок. Рекомендується лікувальна фізкультура. У всіх породіль необхідно щодня оглядати обидві ноги, пальпувати підшкірні вени, на 3-4-день після пологів доцільно провести комплексне УЗД судин, що включає ангіосканування і доплерографію.

Після виписки із стаціонару всім пацієнткам рекомендують еластичну компресію нижніх кінцівок, обмеження статичних навантажень, а також спостереження у хірурга.

Тромбоз глибоких вен

Ранніми клінічними проявами глибокого венозного тромбозу є болі, що виникають в ікроножних м'язах, у підколінній ямці або на стегні та в паху по ходу судинного пучка. Обертають на себе увагу вегетативні симптоми: частий пульс, невідповідність частоти пульсу температурній кривій, озноби. Уражена кінцівка збільшується в обсязі, змінюється фарбування шкіри, відзначається локальне підвищення її температури.

Уточнення діагнозу та лікування необхідно проводити разом з хірургом.

Ведення вагітності та пологів. При пологах у хворих, що перенесли тромбоз глибоких вен, потрібно враховувати, з одного боку, ступінь активності тромботичного процесу, пологи можуть бути проведені як через природні пологові шляхи, так і шляхом кесарева розтину, залежно від акушерської ситуації. Оскільки операція викликає набагато більше виражені зміни в системі гемостазу, перевагу варто віддавати веденню пологів через природні пологові шляхи, проводячи дезагрегантну терапію.

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

VII. Матеріали активізації курсантів 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 та дихальної систем.
2. Своєчасно виявляти протипоказання до виношування вагітності у жінок із захворюваннями серцево-судинної та дихальної систем.
3. Передбачити відхилення перебігу вагітності та пологів у жінок із захворюваннями серця, легень, 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 легеневим 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.

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 хворла 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'явилось шумне свистяче дихання, задишка, ціаноз обличчя. При аускультації: над легеньми 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 ілеофеморальним флеботромбозом 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 вдвічі)) 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 гірла 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 пологи при захворюваннях 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 «Цукровий діабет у вагітних»

Питання

1. Які 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. Яка патологія ендокринної системи зустрічається найчастіше
4. Які особливості перебігу та ведення вагітності у жінок із захворюваннями органів ендокринної системи?

5. Які ускладнення вагітності спостерігають у жінок із цукровим діабетом?
6. При яких ускладненнях цукрового діабету протипоказана вагітність?
7. Які фактори впливають на вибір часу та методу розродження у випадку цукрового діабету?
8. Як впливають захворюваннями щитоподібної залози на вагітність?
9. Які особливості перебігу та ведення вагітності у жінок із дифузним токсичним зобом?
10. Які особливості перебігу та ведення вагітності у жінок з гіпотиреозом?

Рекомендована література по темі наступної лекції

«Цукровий діабет у вагітних»

1. Медведь В.И. Введение в клинику экстрагенитальной патологии беременных. – К.: Авиценна, 2004. 0 164 с.
2. Медведь В.И., Авраменко Т.В. Сахарный диабет беременных // Doctor. – 2003. – № 5. – С. 47-49.
3. Наказ МОЗ України № 676 від 31.12.2004. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги. – Київ, 2004. – 185 с.
4. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.: Триада-Х, 1999. – 816 с.і
5. Степанківська Г.К., Михайленко О.Т. Акушерство. — К., 2000.
6. Акушерство/Під редакцією Грищенка В.І. — Харків, 2000.
7. Лихачев В.К. Практическое акушерство с неотложными состояниями. – М.: МИА, 2011.

Методичну розробку лекції підготував к.мед.н ас.кафедри акушерства і гінекології № 2 Макаров О.Г.

5.01.2017

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 10 від 10 січня 2017 року

Методична розробка переглянута; доповнення та зміни внесені „_____” _____ 201__р.