ЗМІСТ

Вступ 5

Ризики, які пов'язані з терапевтичною патологією у вагітних 8
Ірина Балашова, Ігор Лисий

Загальні принципи інструментального обстеження вагітних з кардіоваскулярною патологією 17
Микола Перепелюк, Вікторія Збітнєва

Медикаментозна терапія під час вагітності 30
Олена Волошина, Орест Абрагамович, Ольга Дукова

Артеріальна гіпертензія у вагітних 50
Валерія Марічереда, Вікторія Яблонська

Перипартальна кардіоміопатія у вагітних 71
Вікторія Бугерук, Вікторія Збітнєва, Лариса Ковальчук

Порушення ритму серця у вагітних 87
Вікторія Збітнєва, Вікторія Бугерук

Ревматична хвороба серця у вагітних 106
Наталя Железнякова, Людмила Пасієшвілі, Олександр Железняков

Особливості ведення вагітних із системними захворюваннями сполучної тканини 125
Леонід Холопов, Олена Хижняк, Вікторія Яблонська, Вікторія Баташова-Галінська

Цукровий діабет і вагітність 149
Олена Волошина, Ігор Лисий, Ірина Балашова

Хвороби щитоподібної залози та вагітність 166
Ольга Гончарова, Михайло Кирилюк
Хвороба Грейвса та вагітність 167
Автоімунний тиреоїдит, гіпотиреоз та вагітність 200

Анемія у вагітних 212
Тетяна Ніколаєнко-Камишова, Неонілла Чухрієнко

Рекомендації щодо застосування вітаміну D у вагітних жінок та при плануванні вагітності . . . 247
Лариса Ковальчук, Вікторія Бугерук, Ірина Балашова

Особливості ведення вагітних із бронхіальною астмою . . . 253
Вікторія Баташова-Галінська, Леонід Холопов, Олена Хижняк, Вікторія Яблонська

Пневмонії у вагітних . . . 268
Олена Найдьонова

Гастроезофагеальна хвороба у вагітних, особливості перебігу і лікування . . . 297
Василь Міщук, Наталя Губіна

Захворювання печінки у вагітних . . . 307
Василь Міщук, Наталя Губіна

Запальні захворювання кишечника і вагітність, особливості перебігу, тактика лікування . . . 322
Василь Міщук, Віталій Міщук

Запори у вагітних, підходи до діагностики і лікування . . . 335
Василь Міщук, Наталя Губіна

Біль у спині та суглобах у вагітних . . . 343
Ірина Балашова, Ольга Дукова

Інфекції сечовивідних шляхів у вагітних . . . 351
Лілія Бабінець, Ірина Махніцька

Укладачі посібника . . . 369

Видання укладачів посібника . . . 372

ВСТУП

Під час вагітності організм жінки зазнає різних змін, як фізіологічних, так і анатомічних, необхідних для задоволення збільшених метаболічних потреб з метою підтримки плоду, що зростає, для його гармонійного розвитку, а також для підготовки організму до пологів. Фізіологічні зміни, викликані вагітністю, як правило, добре переносяться здоровими жінками та повертаються до колишнього стану через кілька тижнів/місяців після вагітності, але деякі зміни, все ж таки, можуть посилити різні патології або викликати різні порушення, які можуть формуватись в конкретні терапевтичні захворювання. Поширеність медичних проблем під час вагітності зростає через складну взаємодію між демографічними факторами та факторами способу життя, а також тим, що нерідко жінки відкладають народження дитини на більш пізній вік. Жінки старші за 35–40 років частіше мають набуті захворювання, такі як гіпертензія та ожиріння; вони також мають більший ризик гестаційного діабету та венозної тромбоемболії. Крім того зростає частка жінок з наявною терапевтичною патологією (ТП), які змогли завагітнити завдяки екстракорпоральному запліднення [1].

Звіт MBRRACE (Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity) report (Конфіденційне розслідування материнської смерті та захворюваності) [1]. показав, що дві третини материнської смертності у 2011–2013 роках були у жінок з відомими супутніми захворюваннями, а 30 % померлих матерів страждали ожирінням. Крім того, на кожну материнську смерть припадає багато інших, які страждають від серйозних захворювань під час або незабаром після вагітності [2].

При лікуванні ТП під час вагітності треба враховувати, що рівні гормонів, об'єм рідини, серцевий викид, швидкість клубочкової фільтрації, концентрація білка та ферментів, що метаболізують ліки, суттєво відрізняються під час вагітності порівняно з невагітним

станом. Зміни фармакокінетичних параметрів можуть у свою чергу вплинути на ефективність і токсичність препарату [3].

Нирковий, шкірний та молочний кровотік також збільшується. За останній рік, за який є дані, 93,9 % вагітних жінок приймали принаймні один препарат (за винятком вітамінів) у певний момент під час вагітності [4; 5].

У загальнонаціональному дослідженні в Сполучених Штатах протягом 33 років поширеність використання рецептурних ліків вагітними жінками в першому триместрі зросла на 62,5 % між першими 2 роками дослідження та останніми 2 роками [6].

З огляду на широку поширеність ТП під час вагітності, лікарям різних спеціальностей: акушерам гінекологам, терапевтам, сімейним лікарям та іншим спеціалістам, які мають бути включені до мультидисциплінарної групи спеціалістів, необхідно своєчасно діагностувати супутню патологією, оцінювати ризики її фармакологічного лікування під час вагітності, планувати пологи.

У цьому посібнику висвітлено найчастішу ТП, яка зустрічається у вагітних жінок, описано методи діагностики і лікування цієї терапевтичної патології під час вагітності з урахуванням сучасних національних та міжнародних Настанов та Рекомендацій.

ЛІТЕРАТУРА

1. Narayan B, Nelson-Piercy C. Medical problems in pregnancy. Clin Med (Lond). 2017 Jun;17(3):251–257. DOI: 10.7861/clinmedicine.17-3-251. PMID: 28572227; PMCID: PMC6297557.

2. Knight M. Tuffnell D. Kenyon S, et al. Saving lives, improving mothers' care: surveillance of maternal deaths in the UK 2011–13 and lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2009–13. Oxford: University of Oxford; 2015 [Google Scholar][Ref list].

3. Pinheiro EA, Stika CS. Drugs in pregnancy: Pharmacologic and physiologic changes that affect clinical care. Semin Perinatol. 2020 Apr;44(3):151221. DOI: 10.1016/j.semperi.2020.151221. Epub 2020 Jan 25. PMID: 32115202; PMCID: PMC8195457.

4. Nelson-Piercy C. Handbook of obstetric medicine. 5th edn. Boca Raton, FL: CRC Press; 2015.

5. Flint J. Panchal S. Hurrell A, et al. BSR and BHPR guideline on prescribing drugs in pregnancy and breastfeeding-Part I: standard and biologic disease modifying anti-rheumatic drugs and corticosteroids. Rheumatology. 2016;55:1693–7. DOI: 10.1093/rheumatology/kev404.

6. Mitchell AA, Gilboa SM, Werler MM, et al. Medication use during pregnancy, with particular focus on prescription drugs: 1976–2008. Am J Obstet Gynecol. 2011;205(1):51.e1–51.e8.

РИЗИКИ, ЯКІ ПОВ'ЯЗАНІ З ТЕРАПЕВТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ У ВАГІТНИХ

Ірина Балашова, Ігор Лисий

Умовні скорочення
АГ – артеріальна гіпертензія
АТ – артеріальний тиск
ССЗ – серцево-судинні захворювання
ЦД – цукровий діабет
NYHA – New York Heart Association (Нью Йоркська Асоціація Серця)

Поширеність медичних проблем під час вагітності зростає через складну взаємодію демографічних та соціально-економічних факторів, а також досягнень сучасної медицини. Материнська смертність і захворюваність, викликані такими медичними станами, як венозна тромбоемболія, епілепсія, аутоімунні захворювання тощо, залишаються поширеними, попри помітне зниження загальної материнської смертності. Вкрай важливим є отримання лікарями різних спеціальностей базових знань та розуміння медичних проблем під час вагітності. Це включає в себе заходи до вагітності, такі як консультування та оптимізація медичної терапії, а також багатопрофільне ведення під час вагітності та у післяпологовому періоді [1; 2].

Виділяють дві групи причин щодо материнської смертності: прямі (акушерські) та непрямі (медичні). Медичні стани, домінують у списку основних причин материнської смертності. Непрямі причини визначають як смерть внаслідок захворювання, яке раніше існувало або захворювання, яке розвинулося під час вагітності і не було результатом прямих акушерських причин, але було

посилено фізіологічними ефектами вагітності. Прикладами є серцево-судинні захворювання, неврологічні розлади, негенітальні інфекції та психіатричні причини [2].

Поняття ризику в загальному розумінні визначається як «імовірність небезпеки, втрати, травми або інших несприятливих наслідків», можливість або ймовірність заподіяння шкоди. Таким чином, коли медичні працівники використовують термін «вагітність високого ризику», вони зазвичай описують ситуацію, в якій вагітна жінка, плід або обидва мають підвищену ймовірність або ймовірність виникнення ускладнень вагітності, несприятливих подій або поганих результатів під час або після вагітності або пологів порівняно з неускладненою вагітністю або вагітністю «низького ризику» [1; 3].

Важливо зазначити, що точного визначення «вагітності високого ризику» немає, оскільки цьому терміну бракує концептуальної точності в області материнства. Вагітність ніколи не буває без ризику, однак більшість досліджень використовують відсутність визначених факторів ризику для поганих результатів як порівняння. Також варто зазначити, що ризик під час вагітності та ризик під час пологів – це окремі поняття. Жінка може мати фактори ризику вагітності, такі як ожиріння або артеріальна гіпертензія (АГ), але мати неускладнені пологи і навпаки. Не всі фактори ризику є однаково значущими. Вік, наприклад, є незалежним фактором ризику, але створює ризики, не подібні до ризиків, наприклад, при еклампсії, тим не менш, обидва однаково позначені як такі, що представляють «вагітність високого ризику» [1; 3; 4].

Підвищена ймовірність несприятливої події, асоційованої з ризиком, може бути пов'язана зі структурним або екологічним впливом, спадковими, вродженими захворюваннями, хронічними захворюваннями, такими як цукровий діабет (ЦД), АГ, інфекціями, ускладненнями від попередньої вагітності, ризикованою поведінкою або іншими проблемами, які можуть несподівано виникнути під час вагітності. Крім того, ці фактори ризику можуть взаємодіяти та перетинатися. Наприклад, вік матері, хронічні захворювання (ЦД, АГ) з несприятливими результатами, такими як мертвонародження. Ризик під час вагітності

та пологів може виникати з багатьох джерел, як клінічних, так і соціальних [1; 4–7].

В епідеміологічному плані ризик враховує не тільки ймовірність шкоди, але й вплив або наслідки несприятливої події. Частота ЦД, АГ, ожиріння та похилого віку матері серед жінок репродуктивного віку зростає. І хоча ці вагітності можуть не закінчитися несприятливими подіями, вони вимагають додаткового спостереження та моніторингу прогресування захворювання та ураження плода у жінок із медичним, соціальним чи акушерським анамнезом, що підвищує ризик несприятливого результату вагітності. У цьому контексті критично важливою є належна оцінка ризику, щоб підібрати вагітним жінкам найбільш відповідне медичне забезпечення та соціальне середовище для надання їм допомоги під час вагітності та пологів [5–7]. Це включає розгляд ризиків, притаманних різним умовам, включаючи ятрогенні травми в лікарнях, а також ризик втручань, яких можна уникнути. Оскільки все більше жінок бажають і обирають інші умови пологів, ніж лікарні, розуміння, скринінг і моніторинг медичних, акушерських і психосоціальних факторів ризику, які впливають на потреби жінок у догляді, стають все більш важливими. У той же час, непередбачені надзвичайні ситуації, пов'язані або з процесом пологів, або з нерозпізнаним станом, можуть вимагати негайного кваліфікованого втручання з боку вагітної, плода або новонародженого, включаючи кесарів розтин або реанімацію новонародженого [1–3]. Наприклад, після народження новонароджена дитина може зіткнутися з труднощами адаптації до середовища, страждати від наслідків порушення кровотоку чи нестачі кисню під час процесу пологів або мати проблеми, пов'язані з вродженою аномалією. Можливість негайного доступу до медичної допомоги вищого рівня має вирішальне значення для безпеки жінки, плоду та новонародженого. Крім того, оскільки ризик не є статичним і може швидко змінюватися під час вагітності та під час пологів, оцінка ризику має бути постійною. Забезпечення того, щоб жінки отримували відповідний до ризику догляд, сприяє якості та безпеці всієї системи догляду за вагітними [4–6].

Існують медичні та акушерські фактори, які можуть збільшити ризик несприятливого перебігу вагітності для жінки, включаючи

характеристики матері та плода, а також фактори ризику, що впливають на прийняття рішень. Важливо зазначити, що багато з факторів ризику є результатом структурних умов і суспільних тенденцій. Демографічні тенденції, такі як збільшення віку першої вагітності та збільшення використання методів лікування безпліддя, можуть сприяти підвищенню ризику вагітності. Соціальні детермінанти здоров'я також впливають на такі існуючі захворювання, як ожиріння, ЦД та АГ у жінок репродуктивного віку [5–7].

У вагітної може бути ЦД I або II типу (існуючий) або гестаційний діабет та пов'язані з цим патологічним станом ризики та наслідки для матері та новонародженого. ЦД, який погано контролюється під час вагітності, може збільшити ризик виникнення вроджених вад та аномалій, макросомії, неонатальної гіпоглікемії, прееклампсії, викиднів та мертвонародження. Клінічні наслідки: жінкам з ЦД, які завагітніли, рекомендується самостійно контролювати рівень глюкози в крові, щоб досягти глікемічного контролю [7–9].

Наслідки для матері та новонародженого пов'язані з гестаційним діабетом: підвищений неонатальний ризик: макросомія, гіпоглікемія, передчасні пологи, інструментальні втручання, ризик розвитку ЦД II типу та надмірної вага/ожиріння в майбутньому, мертвонародження та викидень. Підвищений ризик для матері: прееклампсія, кесарів розтин, ЦД II типу (розвиток після вагітності). Клінічні наслідки: жінкам, у яких під час вагітності розвивається гестаційний ЦД, рекомендується: самоконтроль рівня глюкози в крові для досягнення глікемічного контролю, модифікація способу життя [8; 9].

Наявна АГ у вагітної спричиняє певні ризики та наслідки для матері та новонародженого: підвищений ризик прееклампсії та її негативних наслідків. Клінічні наслідки: вагітним жінкам з АГ може знадобитися додаткове спостереження перед пологами [5; 6; 10].

Гіпертензивні захворювання вагітних (гестаційна гіпертензія, прееклампсія та еклампсія) мають такі причинні фактори, як: прееклампсія або еклампсія в анамнезі, попередні несприятливі наслідки вагітності, супутні захворювання матері (зокрема, наявна АГ, гестаційний діабет, ЦД I або II типу, захворювання нирок,

тощо), багатоплідна вагітність. Наслідки для матері та новонародженого: викликання пологів, судоми, інсульт, ниркова недостатність, розрив печінки, серцева недостатність, смерть [6; 10; 11].

За оцінками, 10–20 % жінок відчувають ускладнення вагітності, такі як підвищення артеріального тиску (АТ), гестаційний діабет та/або передчасні пологи (пологи до 37 тижнів). Ці ускладнення часто виникають через метаболічні та судинні зміни під час вагітності. Несприятливі результати вагітності стають все більш поширеними і вважаються значними факторами ризику для майбутніх віддалених ускладнень, включаючи підвищений ризик серцево-судинних захворювань (ССЗ), серцевої недостатності, інсульту, хронічної хвороби нирок або судинної деменції протягом життя [5; 10; 11].

Високий АТ є найпоширенішим серцево-судинним захворюванням під час вагітності, і за останні два десятиліття спостерігалося збільшення на 25 % прееклампсії, стану, що характеризується високим кров'яним тиском і високим рівнем білка в сечі під час вагітності. Жінки, які мають високий АТ під час вагітності, мають у два-чотири рази вищий ризик розвитку хронічної гіпертензії між 2–7 роками після пологів порівняно з жінками з нормальним артеріальним тиском під час вагітності [3; 11; 12].

Жінки, які мали гестаційний діабет, мають у вісім разів більше шансів захворіти на ЦД 2 типу порівняно з жінками, які не мали гестаційного діабету. Попередній гестаційний діабет також пов'язаний з рецидивом гестаційного діабету під час майбутніх вагітностей [8; 9].

Жінки з одним або кількома несприятливими наслідками вагітності в анамнезі перенесли інфаркт та інсульт у більш молодому віці порівняно з жінками, які не мали ускладнень вагітності [13].

Ожиріння підвищує ризик високого кров'яного тиску під час вагітності, гестаційного діабету та серцевих захворювань у майбутньому. Ожиріння також пов'язане зі стійким високим кров'яним тиском після вагітності [14; 15].

Оцінка та стратифікація ризиків ССЗ під час вагітності. ССЗ під час вагітності асоціюється з вищими показниками перинатальної захворюваності та смертності. Рання діагностика та/або