

ВНЕСОК АКУШЕРІВ –ГІНЕКОЛОГІВ В ПОПЕРЕДЖЕННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ У ЖІНОК

ВАГІТНІСТЬ У ЖІНОК З КОМОРБІДНІСТЮ: ЩО МИ МОЖЕМО НА СЬОГОДНІ

Юлія Давидова

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології
ім. академіка О.М. Лук'янової НАМН України»

Маріуполь 2019

Saving Lives, Improving Mothers' Care

Дані конфіденційного аудиту материнської смертності Великої Британії та Ірландії за 2014-2016 рр.

В Україні, як і в провідних країнах світу, на окрему увагу заслуговують вагітні з наступними захворюваннями:

- група ризику розвитку тромбоемболічних ускладнень**
- група жінок з тяжкою серцево-судинною патологією**
- вагітні з онкологічними захворюваннями**
- вагітні з патологією ЦНС**



Необхідно індивідуально оцінювати переваги та ризику при вирішенні питання щодо виношування вагітності



За наявності коморбідності у пацієнтки слід враховувати: вплив вагітності на прогрес патології, вплив патології на прогресування вагітності, імовірність доношування вагітності до термінів 37+, модифікацію терапії та вплив цієї модифікації на стан матері та плода

Гіпертензивні ускладнення вагітності



Менеджмент серцево-судинної патології вагітних і розродження таких жінок (група середнього і високого ризику) - здійснюється в спеціалізованих центрах мультидисциплінарної командою лікарів, яка складається з, (як мінімум), кардіолога, анестезіолога, акушера!

2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy

The Task Force for the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC)

Endorsed by: the International Society of Gender Medicine (IGM), the German Institute of Gender in Medicine (DGesGM), the European Society of Anaesthesiology (ESA), and the European Society of Gynecology (ESG)

Authors/Task Force Members: Vera Regitz-Zagrosek* (Chairperson) (Germany), Jolien W. Roos-Hesselink* (Co-Chairperson) (The Netherlands), Johann Bauersachs (Germany), Carina Blomström-Lundqvist (Sweden), Renata Cifková (Czech Republic), Michele De Bonis (Italy), Bernard Jung (France), Mark Richard Johnson (UK), Ulrich Kintscher (Germany), Peter Kranke¹ (Germany), Irene Marthe Lang (Austria), Joao Morais (Portugal), Petronella G. Pieper (The Netherlands), Patrizia Presbitero (Italy), Susanna Price (UK), Giuseppe M. C. Rosano (UK/Italy), Ute Seeland (Germany), Tommaso Simoncini² (Italy), Lorna Swan (UK), Carole A. Warnes (USA)

* Corresponding authors: Vera Regitz-Zagrosek, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Institute for Gender in Medicine, CFB, DZHK, european-ita Berlin, Marienke Str 3-4, 10115

Updated ESC Guidelines Introduce Concept of a Pregnancy Heart Team for Women With CVD

Multidisciplinary teams for women at risk for complications should include—at a

minimum—a cardiologist, anesthesiologist, and obstetrician.

The ESC is not responsible for screening, diagnosis, or treatment of cardiovascular disease. ESC Guidelines are not intended to be used as a substitute for the judgment of a qualified health professional. Health professionals are encouraged to take the ESC Guidelines fully into account when exercising their clinical judgment as well as in the determination and the implementation of preventive, diagnostic or therapeutic medical strategies. However, the ESC Guidelines do not override in any way whatsoever the individual responsibility of health professionals to make appropriate and timely decisions concerning each patient's health condition and in consultation with that patient and the patient's caregiver where appropriate and/or necessary. Nor do the ESC Guidelines exempt health professionals from taking careful and full consideration of the relevant official updated recommendations or guidelines issued by the competent public health authorities in order to manage each patient's case in light of the scientifically accepted data pursuant to their respective ethical and professional obligations. It is also the health professional's responsibility to verify the applicable rules and regulations relating to drugs and medical devices at the time of prescription.

© The European Society of Cardiology and The European Society of Hypertension 2018. All rights reserved. For permissions please email: journals.permissions@oup.com.

2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy

The Task Force for the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC)

2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension

The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH)

8.9.1.1 Definition and classification of hypertension in pregnancy

The definition of hypertension in pregnancy is based on office BP values, SBP ≥ 140 mmHg and/or DBP ≥ 90 mmHg,^{436,437} and is classified as mild (140–159/90–109 mmHg) or severe ($\geq 160/110$ mmHg), in contrast to the conventional hypertension grading.

**Легка – 140-159/90-109
мм ртст
Тяжка - більш ніж
160/110 мм рт ст**

Гестаційні гіпертензивні ускладнення

- **Pre-existing hypertension:** precedes pregnancy or develops before 20 weeks of gestation. It usually persists for more than 42 days post-partum and may be associated with proteinuria.
- **Gestational hypertension:** develops after 20 weeks of gestation and usually resolves within 42 days post-partum.
- **Pre-eclampsia:** gestational hypertension with significant proteinuria (>0.3 g/24 h or ACR ≥ 30 mg/mmol). It occurs more frequently during the first pregnancy, in multiple pregnancy, in hydatidiform mole, in antiphospholipid syndrome, or with pre-existing hypertension, renal disease, or diabetes. It is often associated with foetal growth restriction due to placental insufficiency and is a common cause of prematurity. The only cure is delivery.³⁶³ As proteinuria may be a late manifestation of pre-eclampsia, it should be suspected when *de novo* hypertension is accompanied by headache, visual disturbances, abdominal pain, or abnormal laboratory tests, specifically low platelets and/or abnormal liver function.
- **Pre-existing hypertension plus superimposed gestational hypertension with proteinuria.**
- **Antenatally unclassifiable hypertension:** this term is used when BP is first recorded after 20 weeks of gestation and hypertension is diagnosed; re-assessment is necessary after 42 days post-partum.

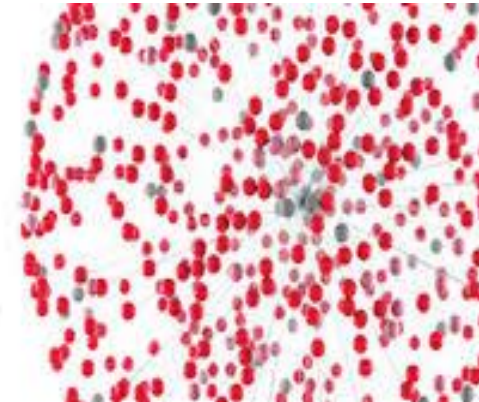
Передіснуюча гіпертензія
Гестаційна гіпертензія
Прееклампсія
Передіснуюча гіпертензія+
Поєднана гестаційна
гіпертензія
з протеїнурією
Гіпертензія, не класифікована
антенатально

2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension

ESC Congress
Munich 2018

25-29 August

Where the world of
cardiology comes together



Виокремити групу пацієнок з високим нормальним АТ» – **при преконцепційному консультуванні**

Преконцепційно замініти гіпотензивні препарати, заборонені при вагітності (інгібітори АПФ, блокатори рецептору ангіотензину) на дозволені (метілдофа)

	Европейская ассоциация кардиологов (2018)	Американская ассоциация кардиологов (2017)
< 120/80 мм рт ст	оптимальный	нормальный
120-129/80-84	нормальный	повышенный
130-139 / 85-89	высокий нормальный	АГ 1 степени
140-159/90-99	АГ 1 степени	
160-179/100-109	АГ 2 степени	АГ 2 степени
> 180	АГ 3 степени	

Most women with pre-existing hypertension and normal renal function will not have severe hypertension and are a low risk for developing complications during pregnancy. Indeed, some of these women may be able to withdraw their medication in the first half of pregnancy because of the physiological fall in BP. Despite the paucity of evidence, European Guidelines^{17,449,450} have recommended initiating drug treatment:

- (1) In all women with persistent elevation of BP $\geq 150/95$ mmHg;
- (2) In women with gestational hypertension (with or without proteinuria), pre-existing hypertension with the superimposition of gestational hypertension, or hypertension with subclinical HMOD, when BP is $>140/90$ mmHg.

Початок гіпотензивної терапії

- Постійний підйом АТ більш 150/95 мм рт ст**
- У жінок з гестаційною гіпертензією (з та без протеїнурії), передіснуючою гіпертензією, поєднаною прееклампсією, гіпертензією з субклінічним ураженням органів внаслідок гіпертензії, коли АТ більш 140/90 мм рт ст**

Клінічний випадок №1

- Вагітна К., 21 рік, В-2б П-1. 18 тижнів вагітності . Скарги на головний біль, АТ 160/100 мм рт ст на обох руках.
- Анамнез – в 1 пологах – прееклампсія в 39 тижнів вагітності, зміни ФПП (функціональні печінкові проби), АТ 170/11 мм ртст. Кесарів розтин після невдалої спроби індукції пологів.
- Після виписки АТ не контролювала.
- Сімейний анамнез – немає проблем з патологією ССС у батьків та сестер. Не палить.

Гіпотези?

- Прееклампсія
- Передіснуюча гіпертензія
- Гіпертензія, не класифікована антенатально
- Інші варіанти

Огляд

- ЧСС 100/хв, АТ 160/100 мм рт ст, тони серця гучні, ритмічні.
- Аналізи крові – гемоглобін 83 г/л, глюкоза натще 3,8 ммоль/л, тромбоцити 346000. ФПП – без патології.
- Аналіз сечі -сліди білку.
- Діагноз ??????
- Дії ???????

Проведіть диференціальний діагноз

- Прееклампсія
- Есенціальна гіпертензія
- Стеноз ниркової артерії
- Гломерулопатія
- Захворювання ниркової паренхіми
- Первинний гіперальдостеронізм (аденома Конна або двостороння гіперплазія надниркових залоз)
- Синдром Кушинга
- Феохромоцитома
- Коарктація аорти

Додаткове обстеження

- Виявлено, що рівень катехоламіну в 24-годинних аналізах сечі помітно підвищений. Екскреція сечового норадреналіну була помітно підвищеною при 5,659 нмоль, 8,225 нмоль і 9,601 нмоль / день при повторних зборах на 21-й тиждень гестації (нормальний діапазон 63–416 нмоль / день). Екскреція адреналіну в сечі була нормальною.
- Попередній діагноз - феохромоцитома, що ускладнює вагітність

Нове в діагностиці та диференціальній діагностиці гестаційних гіпертензивних ускладнень

- Альбумін/креатинин <30 мг/ммоль
- Білок в сечі >2 г/л – моніторинг
- УЗД наднирників, метанефрін в плазмі крові та в сечі
- Допплер УЗД маткових артерій після 20 тижнів вагітності
- sFIT1/PIGF <38

Management of hypertension in pregnancy

Recommendations	Class ^a	Level ^b
In women with gestational hypertension, pre-existing hypertension superimposed by gestational hypertension, or with hypertension and subclinical organ damage or symptoms, initiation of drug treatment is recommended when SBP is ≥ 140 mmHg or DBP ≥ 90 mmHg.	I	C
In all other cases, initiation of drug treatment is recommended when SBP is ≥ 150 mmHg or DBP is ≥ 95 mmHg.	I	C
Methyldopa, labetalol, and CCBs are recommended as the drugs of choice for the treatment of hypertension in pregnancy. ^{447,448}	I	B (methyldopa)
	I	C (labetalol or CCBs)
ACE inhibitors, ARBs, or direct renin inhibitors are not recommended during pregnancy.	III	C
SBP ≥ 170 mmHg or DBP ≥ 110 mmHg in a pregnant woman is an emergency, and admission to hospital is recommended.	I	C
In severe hypertension, drug treatment with i.v. labetalol, oral methyldopa, or nifedipine is recommended.	I	C
The recommended treatment for hypertensive crisis is i.v. labetalol or nicardipine and magnesium.	I	C
In pre-eclampsia associated with pulmonary oedema, nitroglycerin given as an i.v. infusion is recommended.	I	C
In women with gestational hypertension or mild pre-eclampsia, delivery is recommended at 37 weeks. ⁴⁵³	I	B
It is recommended to expedite delivery in pre-eclampsia with adverse conditions, such as visual disturbances or haemostatic disorders.	I	C

ACE = angiotensin-converting enzyme; ARB = angiotensin receptor blocker; CCB = calcium channel blocker; DBP = diastolic blood pressure; i.v. = intravenous; SBP = systolic blood pressure.

^aClass of recommendation.

^bLevel of evidence.

- Магнітно-резонансна томографія (МРТ) від шиї до тазу, без гадолінію, проводилася в 24 тижні гестації: утворення 4,2 см в області середньої черевної аорто-кавальної області, в той час як обидві наднирники без патології. були непримітними. В інших досліджених ділянках не спостерігалось ектопічних уражень.
- Діагноз: парагангліома надниркових залоз, що призводить до гіпертензії.
- Лікування: пропранолол+амлодипин
- В 38 тижнів -кесарів розтин.
- Через 2 місяці -видалення пухлини (парагангліома)

**Пацієнтка Н., 23 р, В-2 П-0, 16 тижнів вагітності АТ 160/110,
160/110 мм рт ст**

- В віці 3 років була підозра на стеноз легеневої артерії, консультована кардіологом, діагноз не підтвердився**
- В 20 р. вагітність 8 тижнів, missed**
- Палить 10 сигарет на день**

- В 12 тижнів запаморочення, головний біль, АТ 150/100 мм рт ст
- Сімейний лікар призначив папазол
- В 16 тижнів головний біль, слабкість, підвищення АТ до 160/110 мм ртст

Ваши дії?

- Алгоритм обстеження ?????
- Чому ????
- Додаткове обстеження????
- Діагноз ?????

АТ на нижніх кінцівках

ЕхоКГ

ЕКГ

Антигіпертензивна терапія

Діагноз – коарктація аорти

Стентування в 18 тижнів вагітності

Плановий КР (акушерські показання) в 38 тижнів

Ризики прееклампсії

Високий ризик

- Гіпертонічна хвороба під час попередньої вагітності
- Хронічна хвороба нирок
- Аутоімунні захворювання, (системний червоний вовчак, антифосфоліпідний синдром)
- Діабет типу 1 або типу 2
- Хронічна гіпертензія

Помірний ризик

- Перша вагітність
- Вік > 40 років
- Інтервал проміж вагітностей > 10 років
- ІМТ > 35 кг / м² при першому відвідуванні
- Сімейний анамнез з прееклампсією
- Багатоплідна вагітність

100–150 мг аспірину з 12 до 36 тижнів

33 р. 1 вагітність
ІМТ 26,4
29 тижнів вагітності
140/90, 140/90 мм ртст
Протеїнурія 1,0 г/л в разовій порції

Діагноз?

УЗД – маловоддя
ПМП-680 г
РІ маткова артерія 1,78
Лівобічна вирізка

Діагноз?

Дії ?

**29 р.
1 вагітність
26 тижнів
Вперше встановлений
діагноз СЧВ в 16 тижнів
вагітності**

**АТ 140/85 мм ртст
Тромбоцити 67000
Протеїнурія 2,5 г/л разова
порція
Кашель, сопор, зміни настрою**

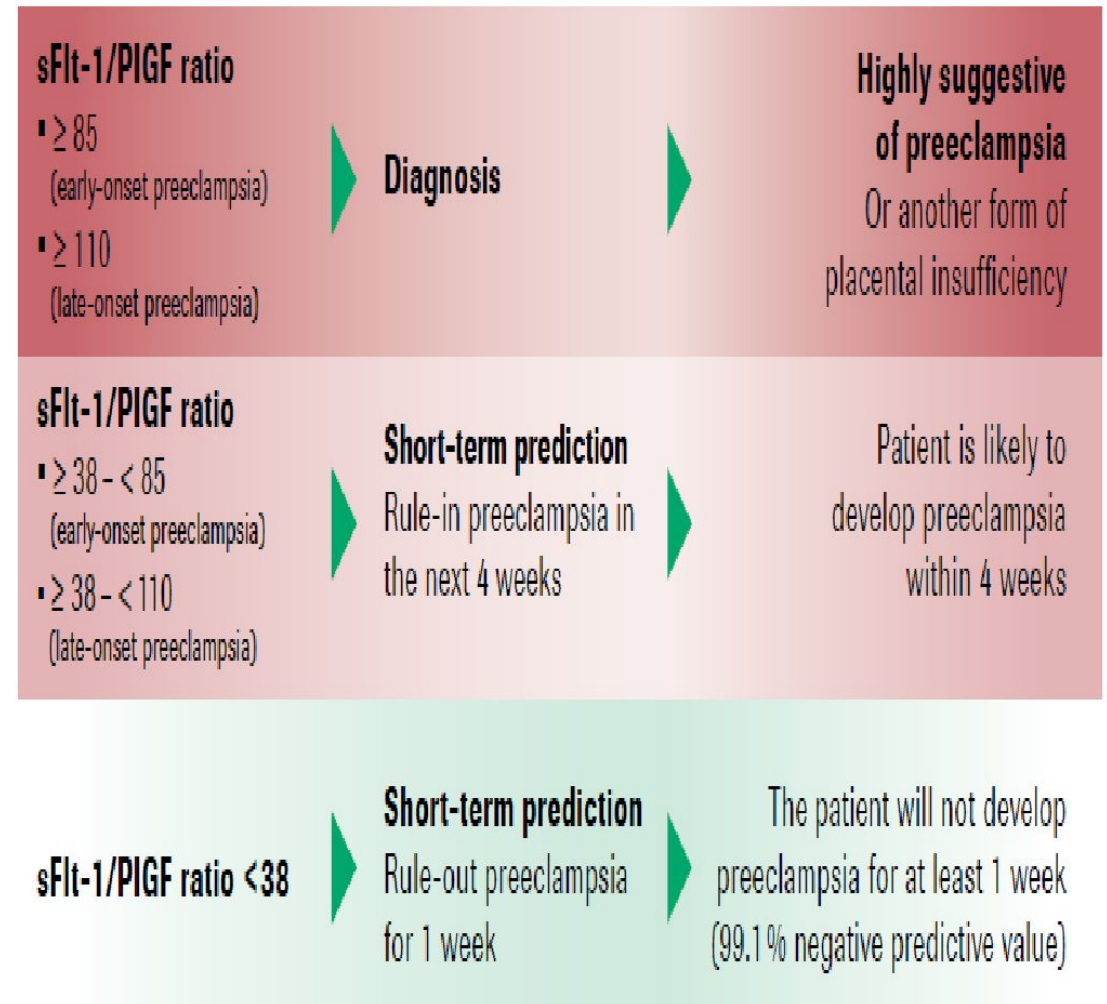
Дії?

**HELLP ?
СЧВ прогресує?**

**УЗД
Рідина в плевральних
порожнинах
Полісерозит**

Elecsys® sFlt-1/PlGF ratio to improve patient management

Головні фактори ризику розвитку преєклампсії	OR or RR (95% CI)
АФС	9.7 (4.3 - 21.7)
Гломерулонефрит	7.8 (2.2 - 28.2)
ПЕ в попередній вагітності	7.2 (5.8 - 8.8)
СЧВ	5.7 (2.0 - 16.2)
1 вагітність	5.4 (2.8 - 10.3)
Хронічна гіпертензія	3.8 (3.4 - 4.3)
Цукровий діабет	3.6 (2.5 - 5.0)
Високогір'я	3.6 (1.1 - 11.9)
Багатоплідна вагітність	3.5 (3.0 - 4.2)
Сімейний анамнез ССЗ	3.2 (1.4 - 7.7)
Ожиріння	2.5 (1.7 - 3.7)



Сімейний лікар

- 35-річна жінка на 32 тижні вагітності (1 вагітність) звернулась з незначною інфекцією верхніх дихальних шляхів.
- Артеріальний тиск становить 155/90 мм рт.ст. з частотою пульсу 85 / хв.
- Ваші дії ?

- Гіпертонічні ускладнення під час вагітності встановлюється, коли артеріальний тиск перевищує 140 мм рт.ст. систолічний та 90 мм рт.ст. діастолічний, принаймні, 2 рази в 6 годин одне вимірювання від іншого
- Слід повторити що недостатньо одного вимірювання артеріального тиску, щоб встановити діагноз гіпертонії, яка ускладнює вагітність

Ризики

- Хронічна гіпертензія у пацієнок з низьким рівнем ризику (тобто відсутність ураження кінцевих органів або протеїнурії) мають сприятливий материнський та перинатальний прогноз без використання антигіпертензивної терапії. Потрібно проводити контроль добової протеїнурії та креатинину
- Хронічна гіпертензія у пацієнок з високим ризиком пов'язана із ризиком материнських та внутрішньоутробних ускладнень: поєднана преєклампсія, відшарування плаценти та недоношеність. Важливий ретельний моніторинг протеїнурії та функції нирок. Госпіталізація, антигіпертензивні препарати
- При гестаційній гіпертонії увагу слід спрямовувати на раннє виявлення прогресування в преєклампсію. Антигіпертензивні препарати зазвичай ефективні для зниження артеріального тиску

Які антигіпертензивні препарати зазвичай застосовують при вагітності?

- Метилдопа - єдиний антигіпертензивний засіб, довгострокова безпека якого як для матері, так і для плоду була адекватно оцінена. Стартова терапія в багатьох випадках
- Блокатори кальцієвих каналів (дигідропіридини) діють шляхом інгібування трансмембранного припливу кальцію з позаклітинного простору в цитоплазму. Ніфедипін - це препарат, який широко застосовують у вагітних з хронічною гіпертензією. Не повідомлялося про побічні наслідки для плоду. Однак, контрольованих випробувань та довготривалих досліджень з наслідків тривалого використання блокаторів кальцієвих каналів при вагітності бракує
- Бета-блокатори діють шляхом конкурентного інгібування катехоламінів на бета-1 і бета-2 адренорецептори. Препарат вибору при неефективності метилдопи

Сімейний лікар

- 35-річна жінка на 32 тижні вагітності (1 вагітність) звернулась з незначною інфекцією верхніх дихальних шляхів.
- Артеріальний тиск становить 155/90 мм рт.ст. з частотою пульсу 85 / хв.
- Протеїнурія 0,066 г/л. При повторному вимірюванні АТ 120/80 мм рт на обох руках
- Діагноз?

Лікування гіпертензії

Більш ніж 60
медикаментів
для лікування

6 груп
препаратів

Альфа та
бета блокатори

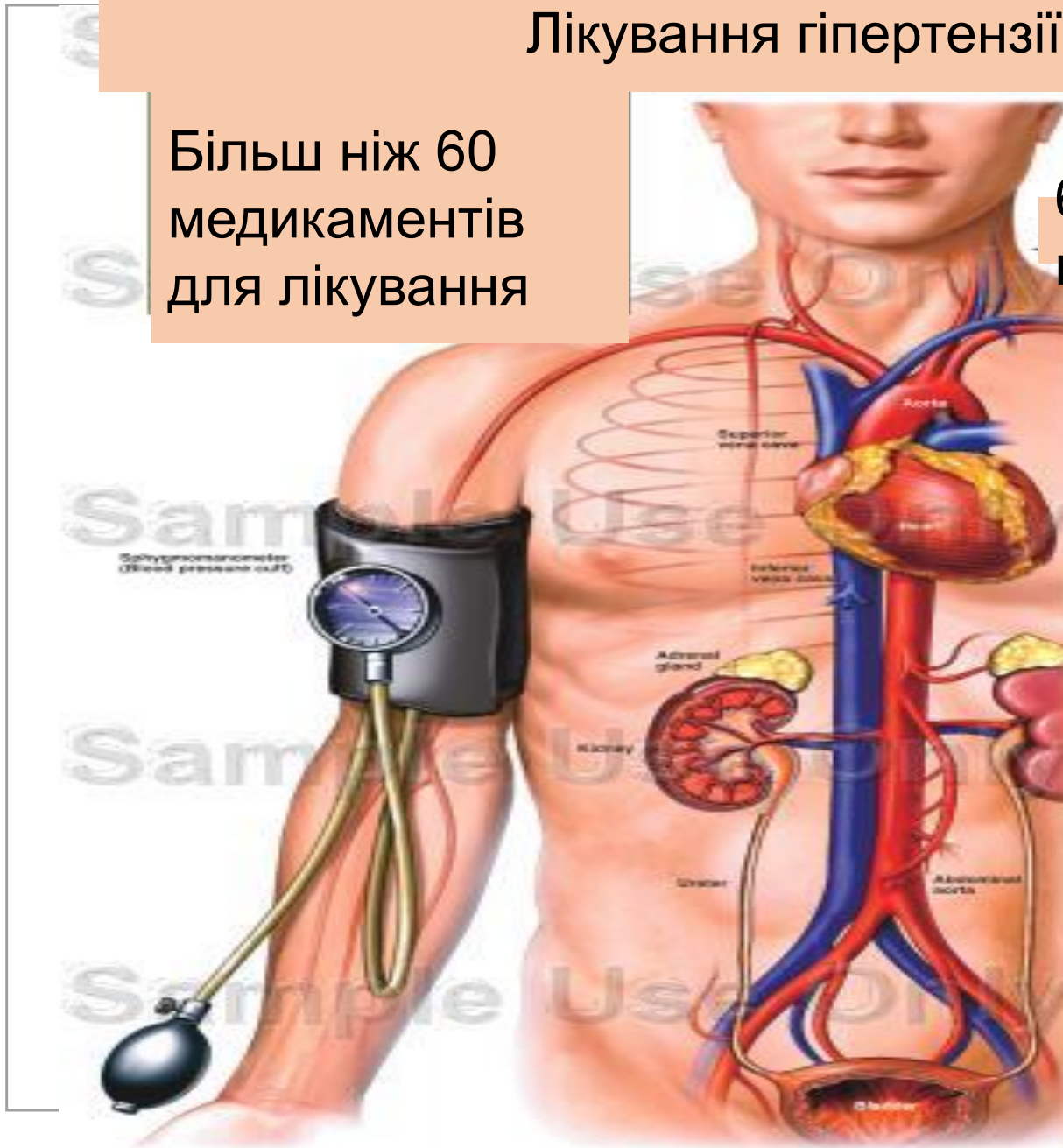
Блокатори кальцієвих
каналів

Блокатори
рецепторів
ангіотензину

Вазодилататор
и

Діуретики

Протипоказані
під час
вагітності



На сьогодні

- Тяжка прееклампсія –високий ризик поліорганної недостатності

**Розродження вважається
НЕ МЕТОДОМ ЛІКУВАННЯ,
а
ІНІЦІАЦІЄЮ ПРОЦЕСУ
ВІДНОВЛЕННЯ
органів та систем матері**

Необхідним є вчасне розродження

- Після розродження перш ніж настає повне одужання, часто є дані про тимчасове погіршення ключових клінічних параметрів, таких як гіпертонія, тромбоцитопенія та ниркова дисфункція
- Майже 75% випадків смерті матері, пов'язаних з гіпертонічними розладами, наступають після народження, 41% - через 48 годин після пологів

4. Місце ре
5. Дати: а) в амбулаторно-поліклініч
Захворювання рік, направлення в стаціонар рік.

б) у стаціонарі
надходження 25.07.2019 рік, виписки 09.08.2019 рік.

6. Повний діагноз (основне захворювання, супутні захворювання та ускладнення):
Вірогідний гранулематоз з поліангіїтом (АНСА-асоційований), інфільтати легень

7. Короткий анамнез, діагностичні дослідження, перебіг хвороби, проведене лікування,
стан при направленні, при виписці – вважає себе хворою протягом 5-6 місяців. Перші
симптоми відмічає під час вагітності (22-23 тиждень) – різко з'явилися болі в грудній
клітці, до яких приєдналась задишка, була оглянута сімейним лікарем за місцем
проживання, через 5-7 днів симптоми повторились. 11.05.2019 – біль у грудній клітці
посилився, повторно проконсультована сімейним лікарем, впродовж 3-х днів стан
погіршився, приєдналась рвота, запаморочення, втрата свідомості. З приводу погіршення

15.05.2019 – - преекламсія, оперована. 8.07.2019 –
повторний епізод загруднинного болю, задишки, підвищення температури тіла до 39,2 з
приводу чого госпіталізована 17.07.2019 – направлена в
пульмонологічне відділення 25.07.2019 – переведена в ревматологічне відділення

За період лікування в ревматологічному відділенні спостерігались епізоди
виражених болей в епігастрії на фоні підвищення АТ до 170-180/90.

8. Результати обстеження:

Кл.ан.крові	Гем.- г/л	Ер.- 10*12/л	Лей.- 10*9/л	Э-%	П-%	С-%	Л-%	М-%	ШОЭ-мм/ч
22.07.2019	94	3,0	7,3	2	4	89	4	1	44
26.07.2019	96	3,09	5,3	2	5	74	17	2	27
01.08.2019	96	3,07	5,9	1	7	78	11	2	20
02.08.2019	97	3,1	6,6	3	11	76	7	3	18
08.08.2019	98	3,17	6,3	3	5	75	15	2	28

Кл.аналіз сечі	Питома вага	Білок-г/л	Лейк. п/зор.	Эрит. п/зор	Слизь	Солі
22.07.2019	мало сечі	0,06	8-10	3-4	помірно	
26.07.2019	мало сечі	0,041	5-6	6-7	помірно	

Діагноз?

**АТ 110/80 14 та 15
травня
Протеїнурія
0,99 г/л
Добова 0,88 г/л
Одне дослідження 10,1
г/л**

На сьогодні

- Легенева гіпертензія
- Діагностовано АФС
- Пацієнтка отримую рівароксабан
- Питання щодо реалізації репродуктивної функції в майбутньому

Важливо!!!

- **Внутрішньовенно сульфат магнію рекомендується тільки для профілактики еклампсії і лікування судом**
- Препарат Метилдопа слід уникати в п / родовому періоді через ризик виникнення післяпологової депресії
- При важкій гіпертензії - в / в введення бетаблокаторов (лабеталол, есмолол)
- Інгібітори АПФ дозволені до застосування в п / родовому періоді (+ під час лактації)

Діагноз?

Пациентка 27 р, перебіг вагітності – без особливостей. Роди 1, м. 3400-50 см, 8-8 б. за Апгар, ЗК- 200 мл.

П/пологовий період (2-га доба) – задишка, слабкість, **біль за грудиною**, запаморочення, (ЧД-28 за хв.), періоди ортопноє.

Аускультативно в легенях – дихання в нижніх відділах з обох сторін до IV ребра практично не прослуховується.

Аускультативно в серці-тони приглушені, тахікардія до 110 за хв.

Переведена в інститут серцево-судинної хірургії, відділення інтенсивної терапії (NT- pro BNP- 950 пг/мл- 1300 пг/мл)

Лікування: інтенсивна терапія, левосимендан, бромкриптин, тивортін

ЕХО-КГ ч/з 1 місяць - КДО-175 мл, ФВ-42%, градієнт на легеней артерії – 20 мм
Через 8 міс п/р – готується до трансплантації серця, ФВ-28-30%

УЗД плевральних порожнин –

визначається вільна рідина в положенні лежачи и сидячи, в положенні сидячи рівні

Державна установа Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. Л.М. Мейсена
КАРТА ЕХОКАРДІОГРАФІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ

Дата 23.08.14 № _____ С тіла _____ м²

МІТРАЛЬНИЙ КЛАПАН

1. Норма зменшена
2. Рух стулок: паралельний, П-подібний
3. Фіброз: помірний, виражений, різкий
4. Кальциноз
5. Вегетації
6. Протікання
7. Рухомість стулок: добра, обмежена
8. S отв. = _____ см²
9. Зворотний витік ++
10. Градієнт тиску _____ mm Hg
11. Відношення A/E = 1.1/0.9

АОРТАЛЬНИЙ КЛАПАН

1. Норма
2. Фіброз: помірний, виражений, різкий
3. Кальциноз
4. Вегетації
5. Діастол. провисання стулки
6. Систола, розкриття _____ см.
7. Незмикання стулок
8. Систола, прикриття
9. Діаметр аорти 3.2 см, висхідна 3.6 см
10. Зворотний витік не виявлено
11. Градієнт тиску _____ mm Hg
12. Час передвигнання _____ с

ТРИСТУЛКОВИЙ КЛАПАН

1. Норма
2. Фіброз: е, нема
3. Зворотний витік ++
4. Градієнт тиску _____ mm Hg
5. S отв. = _____ см²

КЛАПАН ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ

1. Норма Стовбур _____ см
Пр. вітка _____ см
Лів. вітка _____ см
2. Фіброз: _____
3. Не докучується
4. Градієнт тиску 5 mm Hg
5. Гіпертензія _____ mm Hg
6. Час передвигнання _____ мс

ЛІВИЙ ШЛУНОЧОК

1. Порожнина а) норма б) зменшена в) збільшена КСР _____ см КОР _____ см
2. Стінка а) норма б) гіпертрофія: помірна, вираж., рідка концентрич., асиметр. ЗС _____ см МЖП _____ см
3. Скоротливість а) норма б) гіперкінезія в) гіпокінезія г) акінезія
4. Діастолічна дисфункція: тип - I, тип - II
5. Маса ЛШ _____ г
6. Асинхронія: міжшлуночкова _____ мс; шлуночкова _____ мс

ЛІВЕ ПЕРЕДСЕРДЯ

1. Норма _____ діаметр 4.2 см
2. Збільшено: помірно, різко

ПРАВЕ ПЕРЕДСЕРДЯ

1. Норма
2. Збільшено

ПРАВИЙ ШЛУНОЧОК

1. Порожнина: норма, зменшена, збільшена
2. Стінка: норма, гіпертрофія
3. Скоротливість
4. Систолический тиск 40 mm рт. ст.

ПЕРИКАРД: 1. Норма _____ 2. Рідина неб. _____ см 3. Кальциноз _____

ВИСНОВОК: Уважено зменшення об'єму лівої шлуночка, збільшення правого шлуночка, підвищення градієнта на легеней артерії, наявність вільної рідини в плевральних порожнинах.

ПІБ та підпис лікаря Кривенко О.П.

Класи ризику обстежених вагітних (n=1228) за шкалою ВООЗ (05.2016-01.2019)



Групи вагітних з «особливими потребами»

Консервативна

Вагітні з патологією серцево-судинної системи, що не потребують кардіохірургічного втручання під час вагітності, але мають знаходитись під мультидисциплінарним наглядом

Умовно-планова кардіохірургія

Вагітні з патологією ССС, що потребують кардіохірургічного втручання в умовно-плановому порядку в терміні 13-28 тижнів з наступним виношуванням та родорозрішенням

Екстрена та невідкладна кардіохірургія

Вагітні з патологією ССС, що потребують екстреного або невідкладного кардіохірургічного втручання в будь-якому терміні вагітності (з наступним виношуванням та родорозрішенням) або в перинатальному періоді

GUCH – вагітні – окрема проблема

Досвід фахівців НІССХ ім.
М.М.Амосова
(12/2013 – 05/2018)

- Амбулаторні - 476
- Госпіталізовані - 36
- Кардіохірургія - 21
- Кесарський розтин - 13

Нозології :

- Вроджена патологія Аорт з Фенілкетонуриєю
- Коарктація аорти (n=7),
- Пентада Фало + стеноз МК (n=1),
- Marfan syndrome with aortopathy (n=2),
- Eisenmenger syndrom (n=1),
- ТФ (n=1),
- Стеноз ЛА (n=3),
- ТМС (Mustard procedure, ВГЛА) (n=1),
- Вроджена патологія МК (n=2)
- ВАП з високою ЛГ (n=1)
- DORV (n=3),
- СубАо Ст (n=2),
- Загальний шлуночок (n=1),
- КТМС, декстракардія (n=1)

Вагітність- асоційована серцево-судинна патологія





2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure

The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)

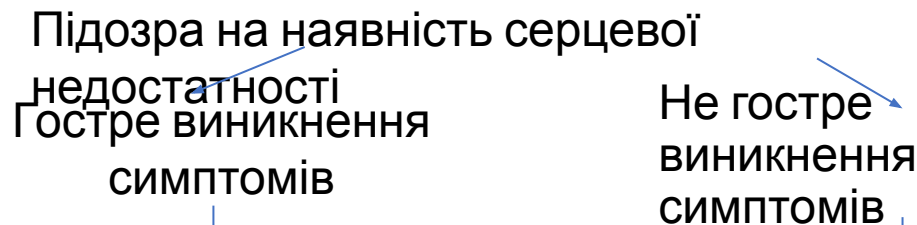
Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC

Authors/Task Force Members: Piotr Ponikowski* (Chairperson) (Poland), Adriaan A. Voors* (Co-Chairperson) (The Netherlands), Stefan D. Anker (Germany), Héctor Bueno (Spain), John G. F. Cleland (UK), Andrew J. S. Coats (UK), Volkmar Falk (Germany), José Ramón González-Juanatey (Spain), Veli-Pekka Harjola (Finland), Ewa A. Jankowska (Poland), Mariell Jessup (USA), Cecilia Linde (Sweden), Petros Nihoyannopoulos (UK), John T. Parissis (Greece), Burkert Pieske (Germany), Jillian P. Riley (UK), Giuseppe M. C. Rosano (UK/Italy), Luis M. Ruilope (Spain), Frank Ruschitzka (Switzerland), Frans H. Rutten (The Netherlands), Peter van der Meer (The Netherlands)

Document Reviewers: Gerasimos Filippatos (CPG Review Coordinator) (Greece), John J. V. McMurray (CPG Review Coordinator) (UK), Victor Aboyans (France), Stephan Achenbach (Germany), Stefan Agewall (Norway), Nawwar Al-Attar (UK), John James Atherton (Australia), Johann Bauersachs (Germany), A. John Camm (UK), Scipione Carerj (Italy), Claudio Cecconi (Italy), Antonio Coca (Spain), Perry Elliott (UK), Cetin Eröl (Turkey), Justin Ezekowitz (Canada), Covadonga Fernández-Golfín (Spain), Donna Fitzsimons (UK), Marco Guazzi (Italy),



www.escard.org/HFA #HeartFailure2016



- Зміни на ЕКГ та/або NT-pro BNP > 300 пг/мл

Зміни на ЕКГ та/або NT-pro BNP ≥ 125 пг/мл

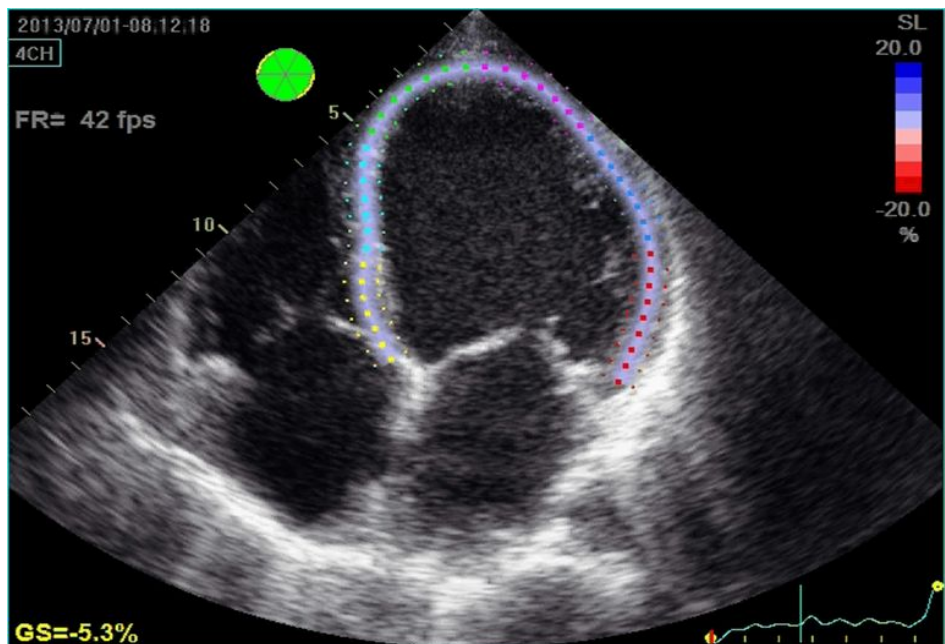
ЕХО
КГ
Лікування
я СН

Критерій
виключення СН:
NT-proBNP <125
пг/мл

Випадки ППКМП в 2018 р. (проведені мультидисциплінарною командою «акушерська кардіологія» з урахуванням міжнародних рекомендацій ESCardio

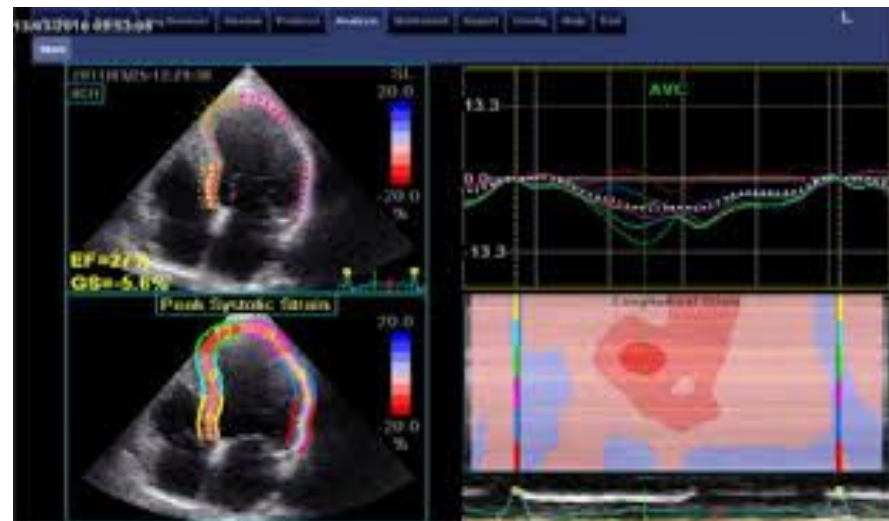
	Прескламписія в анамнезі	Термін вагітності при виявленні або доба п/пологового періоду	ФВ під час діагностики	NTproBNP N<125 пг/мл	levosimendan	БКП 6 тижнів
1 пацієнтка	-	2 доба (фізіологічні пологи)	28%	9000	2 рази після пологів	+
2 пацієнтка	-	4 доба (фізіологічні пологи)	29%	1000	2 рази після пологів	+
3 пацієнтка	+	27 тижнів	25%-11%	11000	2 до+2 рази після розродження	+
4 пацієнтка	+	26 тижнів	26%-16%	1800	2 кр+1 кр після розродження	+
5 пацієнтка	+	36 тижнів	32%-26%	1200		+

2 жінки оформлені на трансплантацію серця



**Speckle –tracking EchoКГ пацієнтки
Ш. 27 тижнів вагітності з ППКМП
до введення левосімендана
ФВ 19%**

**За 5 років роботи
мультидисциплінарної команди -18
випадків ППКМП**



**Speckle-tracking EchoКГ
Новітня методика характеристичі
та кількісної оцінки деформації
міокарда
Дозволяє вимірювати різні
компоненти деформації міокарда**


Профілактика гіпертензивних ускладнень

Review

Arginine supplementation for improving maternal and neonatal outcomes in hypertensive disorder of pregnancy: A systematic review

Shunping Gui^{1*}, Jin Jia^{1*}, Xiaoyu Niu¹, Yi Bai¹, Heng Zou¹, Juelin Deng² and Rong Zhou¹

Jraas

Journal of the Renin-Angiotensin-Aldosterone System
2014, Vol. 15(1) 88–96
© The Author(s) 2014
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1470320313475910
jra.sagepub.com


АКУШЕРСТВО

УДК: 618.36.611-018.74:616.1/8:615.2(312)

Плацентарні синдроми в клініці екстрагенітальної патології з точки зору ендотеліальної дисфункції: сучасні уявлення та шляхи корекції

Ю.В. Давидова, А.Ю. Лиманська, М.П. Дзуліт, А.О. Огородник
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», м. Київ

співвідношення. Визначено роль профілактики розвитку ендотеліальної дисфункції в преконцепційний період, а також на ранніх термінах гестації. Проведено дослідження впливу препарату Тивортін на перебіг вагітності і розвиток плацентарних синдромів серед 23 вагітних із серцевою недостатністю на тлі вроджених вад серця. Встановлено, що призначення препарату Тивортін преконцепційно та в ранніх термінах гестації дозволяє уникнути розвитку плацентарних синдромів в пізні терміни вагітності.

Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy: Executive Summary

**Клінічний протокол ведення
гіпертензивних порушень при вагітності
(Канада)**

39. Consultation with an obstetrician or an obstetric internist, by telephone if necessary, should be considered for women with a history of previous preeclampsia or another strong clinical marker of increased preeclampsia risk, particularly multiple pregnancy,

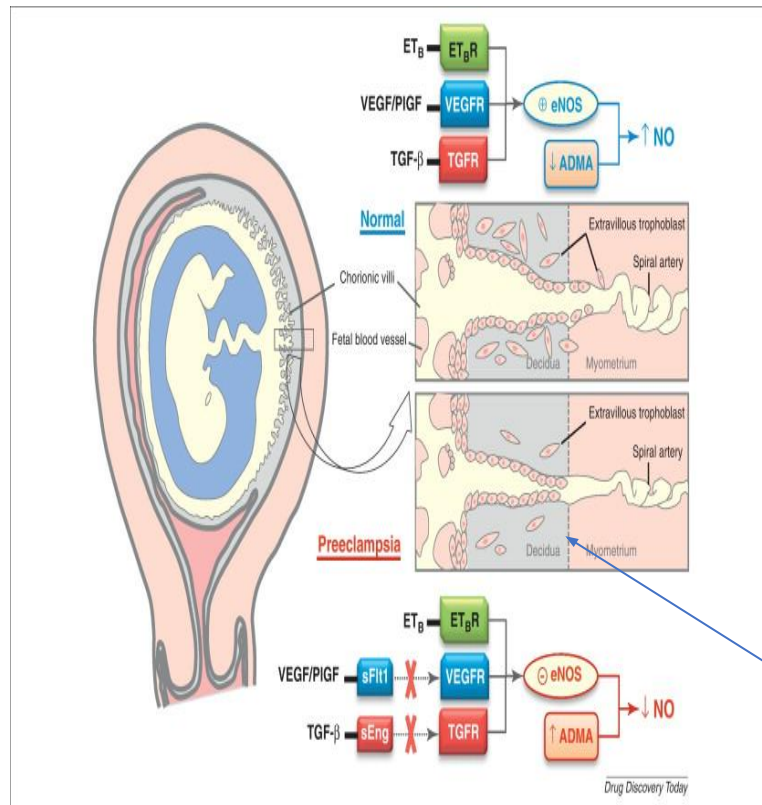
**Консультація на етапі до настання
вагітності з акушером –гінекологом, а
також з акушерським інтерністом,
якщо преклапсія була при попередній
вагітності, або ризик її виникнення є
дуже високи**

Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy: Executive Summary

50. The following may be useful: L-arginine (I-B), increased rest at home in the third trimester (I-C), and reduction of workload or stress. (III-C)
51. The following may be useful for prevention of other pregnancy complications: prostaglandin precursors (I-B), magnesium supplementation (I-C), and heparin to prevent venous thromboembolic disease. (I-B)
52. The following are recommended for other

Доцільним є введення L-аргініну у жінок з преєклампсією в анамнезі (I-B)

Эндотелиальная дисфункция – предиктор развития большинства патологических состояний



Факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (инсулинорезистентность, повреждение и дисфункция эндотелия, активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, нарушение факторов коагуляции и липидного обмена, повышение выработки факторов воспаления) сопровождают беременность, осложненную развитием гестационной артериальной гипертензии или преэклампсии.

Pathogenesis of Preeclampsia: The Genetic Component

Francisco J. Valenzuela,¹ Alejandra Pérez-Sepúlveda,¹ María J. Torres,¹ Paula Correa,¹ Gabriela M. Repetto,² and Sebastián E. Illanes¹

¹Departamento de Obstetricia and Ginecología y Laboratorio de Biología de la Reproducción, Universidad de Los Andes, Santiago 7620001, Chile

²Centro de Genética Humana, Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago 7620001, Chile

Correspondence should be addressed to Sebastián E. Illanes, sillanes@uandes.cl

Received 16 August 2011; Revised 11 October 2011; Accepted 12 October 2011

Тивортин в
преконцепционном
периоде и в ранней
гестации

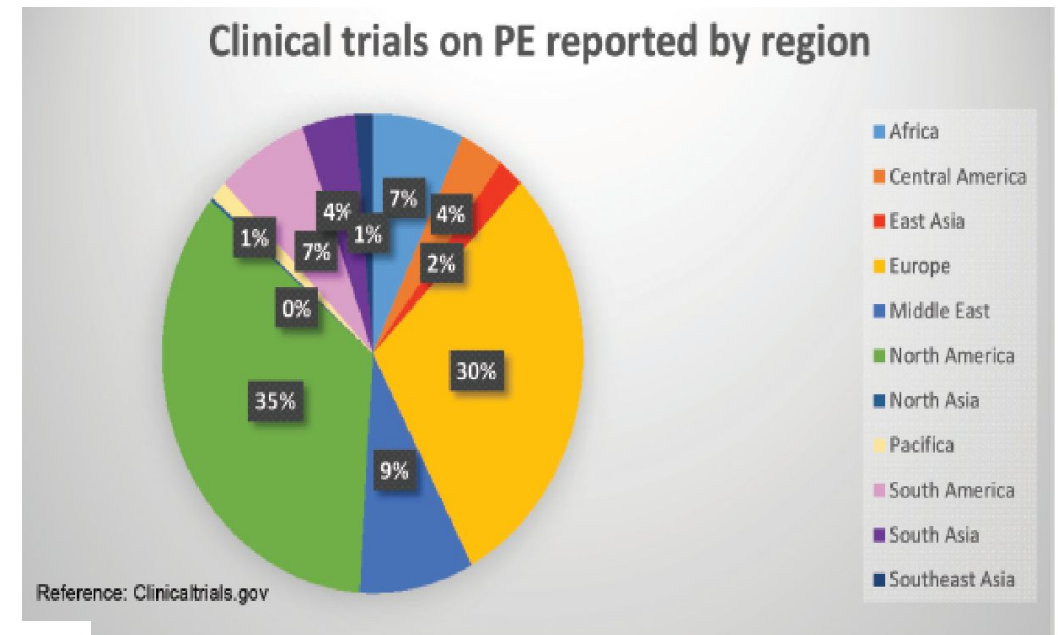
Clinical Trials in Pregnant Women with Preeclampsia

Leonel García Benavides, Diego Hernández Molina,
 Jessica L. Barajas Vega, Sylvia E. Totsuka Sutto,
 Fernando Grover Paéz,
 Francisco J. Hernández Mora,
 Ernesto J. Ramírez Lizardo, Sara Pascoe Gonzalez,
 David Cardona Müller and
 Ernesto G. Cardona Muñoz

Additional information is available at the end of the chapter

<http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.70185>

Title	Hypothesis	Population	Intervention	Conclusions
L-Arginine and Antioxidant Vitamins during Pregnancy to Reduce Preeclampsia	To test that a relative deficiency of L-arginine, precursor of nitric oxide (NO) by the enzyme NO synthase (NOS), reduces the development of preeclampsia in high-risk pregnancies	Pregnant women with a history of a previous pregnancy complicated by preeclampsia, or preeclampsia in a first degree relative, whom are deemed to have an increased risk of recurrence of the disease, were studied from 14 to 32 weeks of gestation and followed until delivery	Supplementation with: medical food-bars containing L-arginine plus antioxidant vitamins, antioxidant vitamins alone or placebo	Supplementation during pregnancy with a medical food containing L-arginine and antioxidant vitamins reduced the incidence of preeclampsia in high-risk pregnancy



Приєм препаратів L-аргініну та вітамінів з антиоксидантними властивостями знизило частоту пreekламписії в групі вагітних високого ризику

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ

ПРО НОВОВВЕДЕННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

№ 182 - 2019

Випуск 6 з проблеми
«Акушерство та гінекологія»
Підстава Рішення ЕПК
«Акушерство та гінекологія»
Протокол №5 від 19.06. 2019 р

НАПРЯМ ВПРОВАДЖЕННЯ:
АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

КОРЕКЦІЯ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ З МЕТОЮ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ВИНИКНЕННЯ ПРЕЕКЛАМПСІЇ У ВАГІТНИХ ГРУПИ ВИСОКОГО РИЗИКУ

УСТАНОВИ-РОЗРОБНИКИ:

ДУ «ІНСТИТУТ ПЕДІАТРІЇ, АКУШЕРСТВА І
ГІНЕКОЛОГІЇ ІМ. АКАДЕМІКА О.М. ЛУК'ЯНОВОЇ
НАМН УКРАЇНИ»

УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ
МОЗ УКРАЇНИ

м. Київ

А В Т О Р И:

ДАВИДОВА Ю.В.,
ЛИМАНСЬКА А.Ю.,
ОГОРОДНИК А.О.,
БУТЕНКО Л.П.

Суть
впровадження:

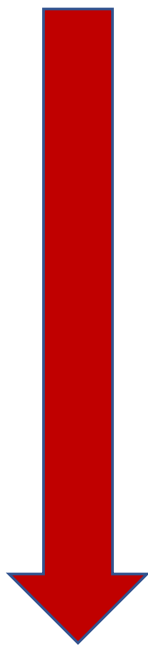
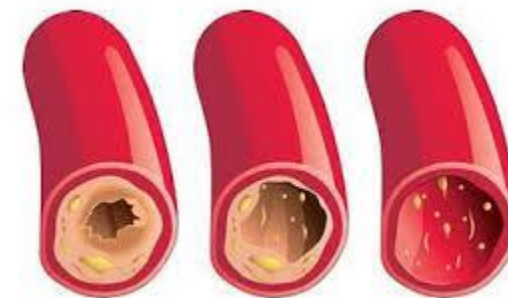
профілактика прееклампсії при запланованій вагітності шляхом корекції ендотеліальної дисфункції із застосуванням L-аргініну прееконтрацепційно та у I триместрі вагітності у жінок з наявністю в анамнезі тяжкої прееклампсії.

Пропонується для впровадження в лікувально-профілактичних установах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних) акушерсько-гінекологічного та терапевтичного профілю

Актуальність проблеми. Недооцінка ступеня тяжкості прееклампсії, а отже, неадекватне лікування і запізніле розродження є основними причинами материнської смертності та захворюваності при цьому ускладненні вагітності. Встановлено дві основні причини даної патології: плацентарна — як результат зниженої плацентарної перфузії і материнська — як наслідок попередніх порушень функції ендотелію у матері, обумовлених наявністю екстрагенітальних захворювань. Зменшення секреції ендотелієм простагліцину, ендотеліального релаксуючого фактора і збільшення продукції тромбоксану А2 і ендотеліну є провідними факторами в патогенезі прееклампсії. В свою чергу, клітини-попередники ендотеліоцитів (ЕРС) відіграють важливу роль у підтримці ендотеліальної цілісності і постнатальної неоваскуляризації тканин дорослого організму. Циркулюючі ЕРС є сучасним діагностичним і прогностичним біомаркером серцево-судинних захворювань, а динаміка їх кількості — маркером ефективності профілактики і лікування. Беручи до уваги ризик повторного виникнення прееклампсії 17-50%, доцільним є включення в схему прееконтрацепційної підготовки та в ранні терміни вагітності жінкам групи високого ризику виникнення прееклампсії препарату L-аргініну Тівортін, Юрія-Фарм) в якості донатору оксиду азота з метою корекції ендотеліальної дисфункції і профілактики розвитку прееклампсії.

Матеріали та методи. Досліджено ефективність корекції ендотеліальної дисфункції та її вплив на профілактику виникнення прееклампсії та зменшення ураження органів-мішеней, зокрема вираженої гіпертензії (застосування двокомпонентної гіпотензивної терапії). Використано препарат Тівортін (Юрія-Фарм) прееконтрацепційно в період ранньої гестації у жінок з наявністю тяжкої прееклампсії під час попередньої вагітності. Жінки були розподілені на 2 групи. До першої (I) входило 9 жінок, які були розроджені в 28-32 тижні вагітності, до другої групи (II) увійшло 18 жінок, які в попередню вагітність були розроджені у терміні 32-34 тижні. Враховуючи, що ризик виникнення повторної прееклампсії в першій групі жінок складає 50%, а в другій — 25%, абсолютно обгрунтованим є

Профілактика гіпертензивних ускладнень



Патологія плацентації
формується до 19 доби
після запліднення



Профілактика оксидантного стресу- профілактика гіпертензивних ускладнень вагітності

Тівортін

**Тівортін
аспартат**

Суфер



**Преконцепційна
профілактика**

**Полівітаміни +фолієва
кислота
Контроль АТ
В групі високого ризику
розглядається
застосування НМГ (за
наявності ПЛР ВТ)**

Треба було проводити преко́нцепційну профілактику



Фактори ризику розвитку преклампсії

Прееклампсія при попередній вагітності

Хронічна патологія нирок

Хронічна гіпертензія (первинна)

Артеріальна гіпертензія

Цукровий діабет I типу

Системний червоний вовчак

Гіпотиреоз

Пredisпозиція

РИЗИКИ ВИНИКНЕННЯ ПРЕЕКЛАМПСІЇ ПРИ НАСТУПНІЙ ВАГТІНОСТІ

У 1 з 6 жінок з
преекламписією в
анамнезі буде
повторна
преекламписія - **17%**

Якщо розродження внаслідок преекламписії
відбулось до 34 тижнів – ризик при
наступній вагітності - **25%**

Якщо розродження внаслідок
преекламписії відбулось до 28 тижнів –
ризик при наступній вагітності - **50%**

Патогенез преєклампсії



50. The following may be useful: L-arginine (I-B), increased rest at home in the third trimester (I-C),

Застосування L-аргініну у прекоцепційний період та упродовж трьох триместрів вагітності (I-B)

(III-C)
vention of other
din precursors
(I-C), and heparin
disease. (I-B)
other

49. Prophylactic doses of low-molecular-weight heparin may be discussed in women with previous

Профілактичні дози НМГ, якщо у жінки була преєклампсія, ЗВУР, ПВНRP

set
that

Тяжкий ранній токсикоз

**Порушення
формування
хоріону**

**Відсутність
раннього
формування
плода в
анаеробних
умовах**

Тівортін

**Порушення адаптації
гемодинаміки**

Ендотеліальна дисфункція

Плацентарна дисфункція

Запалення

**Анемія
(оксидантний
стрес)**

Суфер

**Запальні захворювання статевих
органів**

**Вогнища інфекції (внутрішні
органи)**

Хронічна гіпертензія

- Виявляється у 2-12.6% жінок репродуктивного віку
- 10-15% вагітностей ускладнюються гіпертензивними ускладненнями
- Частота прегестаційної гіпертензії за 20 років збільшилась більш ніж вдвічі гіпертензії (12,3 – 32,5 на 1000 пологів)

Планування родини

- Уточнити репродуктивні плани
- Попередити про можливе прогресування гіпертензії після повторної вагітності
- НЕ ПРИЗНАЧАТИ КОК (підвищення АТ та підвищення кардіальних ризиків)
- Прогестерон-вміщуючі препарати (виключно)
- Якщо жінка отримує контроль над АТ інгібіторами АПФ (висока тератогенність)- необхідна ефективна контрацепція

8.9.2 Oral contraceptive pills and hypertension

Combined oestrogen–progesterone oral contraceptive pills can be associated with a small but significant increase in BP and the development of hypertension in about 5% of users.^{456,457} BP usually decreases promptly following cessation of these pills; consequently, BP should be monitored before and during oral contraceptive pill treatment. The rise in BP appears to be related to the oestrogen content and may be less likely with the progestogen-only oral contraceptive pill. Older studies have demonstrated a relationship between the oral contraceptive pill and venous thrombosis and venous thromboembolism, and, to a lesser extent, myocardial infarction (especially with concomitant smoking history) and stroke.⁴⁵⁸ More recent studies with newer-generation oral contraceptive pills have reported conflicting results. Thus, the use of oral contraceptives should consider the risks and benefits for the individual patient. Changes in BP should be carefully evaluated with follow-up readings.⁴⁵⁹ Concomitant CV risk factors (e.g. smoking history) should be assessed and oral contraceptive pill use is not recommended if BP is elevated. In such patients, alternative forms of contraception should be offered. Discontinuation of combined oestrogen–progestin oral contraceptives in women with hypertension may improve their BP control.⁴⁶⁰

Висновки

- Вагітні з гестаційними гіпертензивними захворюваннями складають групу високого ризику з розвитку перипартальної кардіоміопатії
- Вагітні з тяжкою прееклампсією потребують ретельного спостереження упродовж року після пологів з контролем ЕхоКГ в 6 місяців
- У жінок з тяжкою прееклампсією в анамнезі доцільно у віці 35+ контролювати АТ, ліпідний профіль
- Жінки з прееклампсією в анамнезі складають групу ризику з розвитку ІХС, АГ, ЦД 2 типу, ішемічного інсульту, ГКС

Анемія при вагітності

І ПЕРШЕ, НА ЩО ПОТРІБНО ЗРОБИТИ НАГОЛОС:

АНЕМІЯ – це червоний прапорець «Організм в небезпеці»

АНЕМІЯ свідчить про проблеми з різними системами та органами

АНЕМІЯ – це синдром (верхівка айсбергу), а етіологія (підводна частина айсбергу) анемії досить різноманітна

І ДРУГЕ, ЩО МИ МАЄМО ПІДКРЕСЛИТИ:

Не треба оманювати себе та пацієнтів діагнозом анемія легкого ступеню:

- анемія виникає та прогресує повільно
- на ранніх стадіях онкологічного процесу анемія буде легкою
- тяжкість анемії може не відповідати значущості того захворювання, яке її спричинило

Залізо в організмі : 2.5-4 гр

більшість в ССС та м'язах :

Еритроцити	1.8 г
РЕС макрофаги	0.6 г
Печінка	1.0 г
Кістковий мозок	0.3 г
Міоглобін	0.3 г
Інші тканини	0.1 г
Зв'язування з транспортним протеїном	
Трансферін	0.003 г

**500 мл
крововтрата
при КР – 250 мг
заліза**

**200 мл
крововтрата
– 100 мг заліза**

Кожний 1 мл крові вміщує 0,5 мг заліза

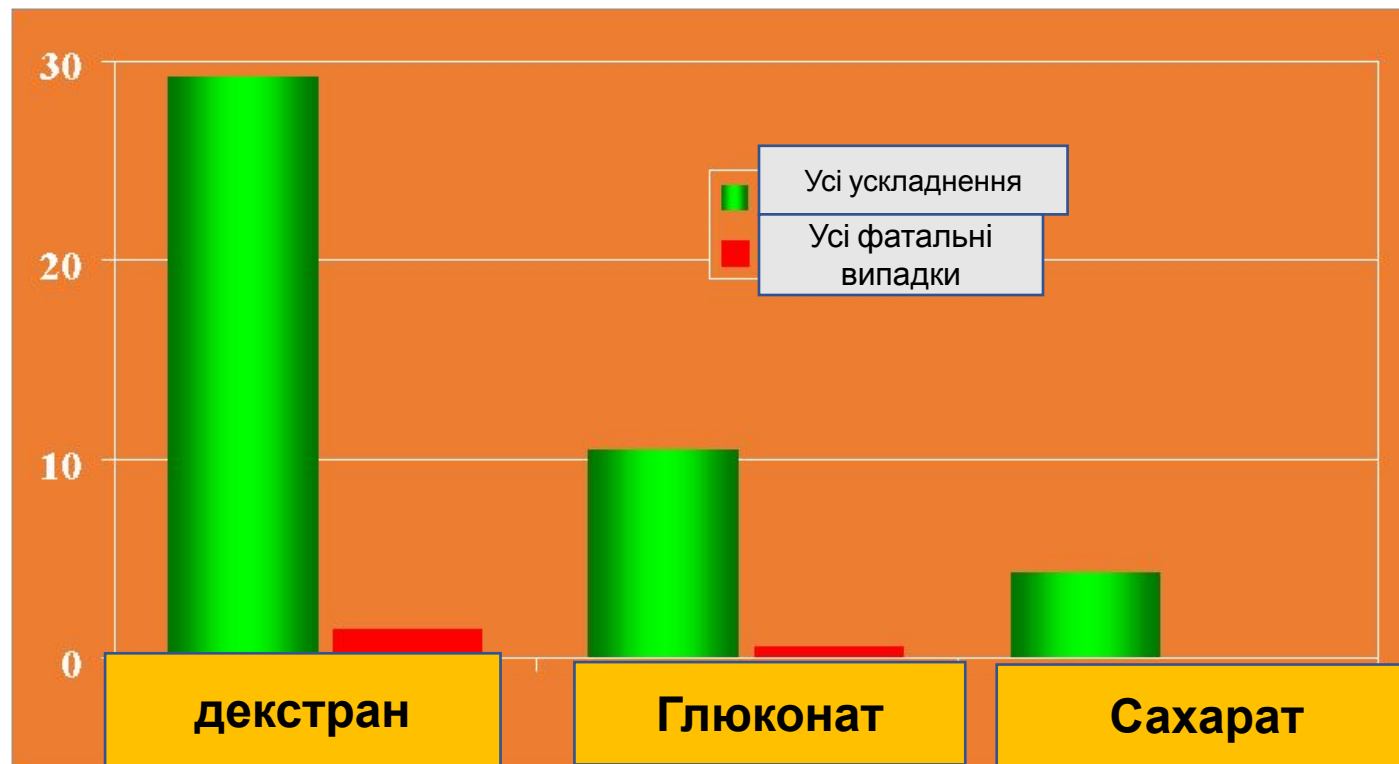
Обмеження пероральних препаратів

Порушення всмоктування в ШКТ	<ul style="list-style-type: none">• Конкуренція продуктів харчування та певних ліків за всмоктування -при підвищенні рН негемове залізо не всмоктується• Уповільнюється при хронічному запальному
Неадекватне постачання заліза при лікуванні ЕПО	<ul style="list-style-type: none">• Постачання заліза неадекватно підвищеним вимогам при застосуванні ЕПО
Негативні реакції ШКТ	<ul style="list-style-type: none">• У 50% пацієнток• Зменшується і постачання з їжею• Покращення при прийомі таблеток разом з їжею, але всмоктування знижується
Комплайнс	<ul style="list-style-type: none">• Прийом пігулок : 2 -3 таблетки на добу• Знижується при порушеннях збоку ШКТ
Оксидантний стрес	<ul style="list-style-type: none">• Іонні препарати заліза швидко проходять скрізь епітелій кишечника в кров – оксидантний стрес

1. Maccougall IC. *Curr Med Res Opin* 2010;26:473–83;

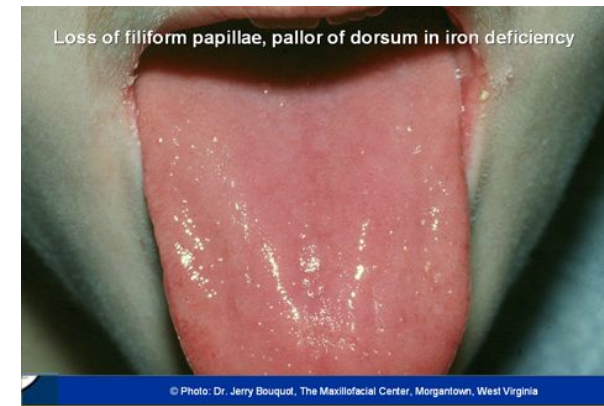
2. Crichton RR et al. *Iron Therapy With a Special Emphasis on Intravenous Administration* (4th edition). UNI-MED Verlag AG, Bremen, Germany, 2008

Аналіз FDA щодо алергічних реакцій на в/в введення заліза (дослідження тривало 5 років)



Використання в/венного заліза

- Для лікування ЗДА, коли пероральні препарати неефективні або не можуть бути застосовані
- Порівняльні аналізи вказують на більш швидкий та більш тривалий ефект від в/в заліза у порівнянні з пероральними формами
- В\в залізо більш ефективно, краще переноситься та швидко покращує якість життя (на більш тривалий час)
- Пам'ятаємо про можливість алергічних реакцій та необхідність дотримуватись інструкцій з введення препарату



Пологів 3 та більш в анамнезі
Короткий час між народженням
дітей
Прееклампсія будь-якого ступеню
Передлежання плаценти

Два та більш рубців на матці
Багатопліддя
Багатоводдя
Анемія в репродуктивному віці

Втомлюваність,
слабкість, біль за
грудиною, задишка,
головний біль, холодні
кінцівки, ураження
нігтів

Скарги ?

Групи вагітних з низькою
толерантністю до крововтрати:

«Ціанотичні» вади серця
Знижена фракція викиду лівого
шлуночка

Дихальна недостатність
Ниркова недостатність
Хронічні запальні захворювання



<http://med-expert.com.ua>

АКУШЕРСТВО
АКУШЕРСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ

УДК 618.3:616.12-053.1+616.151.194:546.72

А.О. Огородник, А.Ю. Лиманська, Л.П. Бутенко, Ю.В. Давидова
Корекція дефіциту заліза у вагітних
з природженими вадами серця,
серцевою недостатністю та анемією

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», Київ

PERINATOLOGY AND PEDIATRIC. UKRAINE. 2018.3(75):31-34; doi 10.15574/PP.2018.75.31

Таблиця 1

Алгоритм призначення препаратів заліза вагітним
із природженими вадами серця, серцевою недостатністю та анемією

Показання	Введення Суферу (розрахунок дози за формулою Ганзоні)	Прийом препаратів перорального заліза (II) по 100 мг двічі на день
Рівень гемоглобіну менше 95 г/л і передбачувана дата пологів через 30-40 днів від початку лікування	-	+
Рівень гемоглобіну більше 95 г/л і передбачувана дата пологів 30-40 днів від початку лікування	+ (якщо передбачається абдомінальний шлях родорозрішення)	+ (якщо передбачається родорозрішення через природні пологові шляхи без необхідності асистованих пологів (вкорочення потужного періоду))
Рівень гемоглобіну менше 95 г/л і передбачувана дата пологів менше 20 днів від початку лікування	+	-



Наш алгоритм призначення в/в заліза (Суфер)

Усім вагітним з ПВС на тлі СН з анемією призначалися препарати перорального заліза (II) при рівні гемоглобіну вище за 95 г/л і передбачуваному терміні пологів більше 40 днів від початку лікування. При рівні гемоглобіну нижче 95 г/л з метою корекції анемії пацієнтам призначали препарат сахарат заліза «Суфер» («Юрія-Фарм») у формі розчину для парентерального введення, 1 мл якого містить 20 мг заліза у вигляді заліза (III) гідроксид сахарозного комплексу, у ситуації, якщо передбачається абдомінальний шлях розродження з подальшим переходом на пероральні препарати заліза (II) до та після пологів (табл. 1).

**Гемоглобін <95 г/л та до пологів
лишається менш 30- 40 діб**

**Гемоглобін <95 г/л – передбачається
кесарів розтин або є ризик підвищеної
крововтрати (багатоводдя,
багатопліддя, передлежання плаценти)**

**«Ціанотичні» вади серця
Низька толерантність до фізичного
навантаження (тест 6хвилинної ходи)**

**Знижена фракція викиду лівого
шлуночка (<45%)**

УДК 618.3:616.12-053.1+616.151.194:546.72

А.О. Огородник, А.Ю. Лиманська, Л.П. Бутенко, Ю.В. Давидова

Корекція дефіциту заліза у вагітних з природженими вадами серця, серцевою недостатністю та анемією

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», Київ

PERINATOLOGY AND PEDIATRIC. UKRAINE. 2018.3(75):31-34; doi 10.15574/PP.2018.75.31

Показники крові вагітних із залізодефіцитною анемією після комплексного лікування за розробленим алгоритмом

Показник	Група вагітних з ПВС, СН та анемією	
	альтернативне лікування	лікування за алгоритмом
Еритроцити, $10^{12}/л$	2,49±0,21	3,13±0,11*
Гемоглобін, г/л	85,03±4,34	97,11±3,86*
Феритин, нм/мл	9,2±1,2	13,6±1,1*
Залізо, мкмоль/л	5,96±1,03	14,5±2,04*

Примітка: * – достовірність різниці між показниками в групах без- та після отриманого лікування за розробленим алгоритмом ($p < 0,05$).

Таблиця 3

Динаміка показників обміну заліза у вагітних із залізодефіцитною анемією після лікування за розробленим алгоритмом

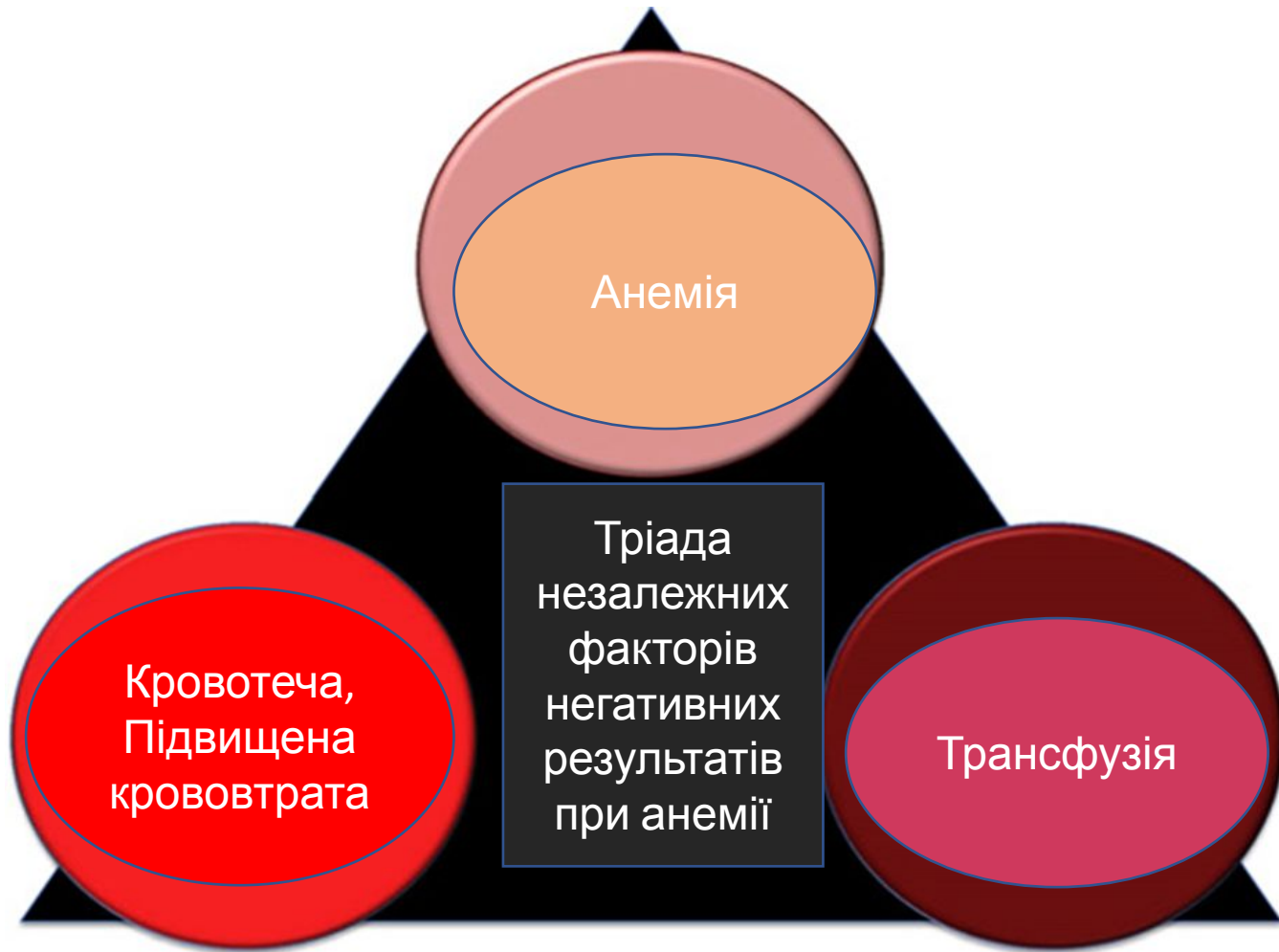
Показник	Альтернативне лікування	Лікування за алгоритмом
STfR/log	1,4+0,9	3,0+0,5*
TSAT, %	17,1+2,3	23,1+1,2*
Сироваткове залізо, мкмоль/л	6,3+0,4	8,4+0,3*
Феритин сироватки, мкг/л	14,6+0,9	22,5+0,5*

Примітка: * – достовірність різниці між показниками ($p < 0,05$).

Висновки

Враховуючи негативний вплив ЗДА на стан матері, плода і новонародженого, особливо у вагітних групи високого кардіального ризику, вкрай актуальною проблемою, яка в Україні ще досліджена недостатньо, є розробка механізмів профілактики та лікування анемії, призначення відповідної терапії з метою покращення перинатальних наслідків та зниження акушерських ускладнень.

Стабілізація стану вагітних з ПВС, СН та анемією за рахунок відсутності прогресування серцевої недостатності, нормалізації стану обміну заліза та уникнення акушерських ускладнень і перинатальних втрат, доводить ефективність ступінчастої протианемічної терапії з використанням внутрішньовенного препарату заліза (Суфер, «Юрія-Фарм») та перорального (залізо двовалентне) у вагітних високого кардіального ризику.



Анемія- синдром та інсайт- проблема

PATIENT BLOOD MANAGEMENT – управління системою крові

Lancet. 2013 May 25;381(9880):1855-65. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60808-9.

Alternatives to blood transfusion.

Spahn DR, Goodnough LT.

Institute of Anaesthesiology, University and University Hospital Zurich, Zurich, Switzerland. donat.spahn@usz.ch

Optimise erythropoiesis

Preoperative

- Identify, assess, and treat anaemia
- Consider preoperative autologous blood donation
- Consider erythropoiesis-stimulating agents if nutritional anaemia is ruled out or treated
- Refer for further assessment if necessary
- Unmanaged anaemia (haemoglobin in women <120 g/L, haemoglobin in men <130 g/L) is a contraindication for elective surgery

Якщо провести аналогію з нормами гемоглобіну при вагітності - то плановий кесарів розтин не можна проводити при гемоглобіні менш 105 г/л

Стратегія триместрів 0-4 у жінок з пreeкламписією в анамнезі

**0 триместр
(преконцепційна профілактика)**

**Прийом Тивортину (прогенітори
ендотеліоцитів)**

**Контроль гемоглобіну (корекція
Зд та лікування ЗДА)**

**Контроль АТ (при підвищенні
допегіт)**

**Обстеження на вроджену
тромбофілію**

I триместр

PIGF, VEGF

**Вирізка на маткових артеріях
(Допплер-УЗД)**

**Комплексний прогноз розвитку
пreeкламписії**

**Оцінка ризиків виникнення
повторної ПЕ
Тивортин**

Стратегія триместрів 0-4 у жінок з преклампсією в анамнезі

II триместр

Початок прийому АСК з 12 тижнів (100 мг, за новітніми даними -150 мг/доб)
Препарат кальцію (з 20 тижнів вагітності)
Тивортин

III триместр

Контроль АТ
Режим роботи/відпочінку
Контроль протеїнурії
При ВТ та обтяженому анамнезі (НМГ)
Контроль АТ

Стратегія 4 триместру

- Тромбопрофілактика
- ЕхоКГ через 3 місяці після пологів – ознаки гіпертрофії лівого шлуночка, потовщення МШ перетинки
- Ліпідний профіль (корекція статинами)
- Антігіпертензивна терапія- інгібітори АПФ
- Рекомендації за контролем за масою тіла
- Протипоказання до призначення КОК (бар'єрні методи)

Вкрай високий ризик виникнення ІХС, ранньої тяжкої артеріальної гіпертензії, інсульту, ГКС

Дякую за увагу!

Контакти:

Тел 0672099322

plaksenko.yulia@gmail.com

Skype Iuliia Davydova

Facebook Iuliia Davydova