

Коморбідність і вагітність

Лиманська А.

2019

Відділення акушерських проблем екстрагенітальної патології ДУ “ІПАГ НАМН України ім.акад.Лук’янової О. М.”

Вроджені і набуті вади серця, механічні протези клапанів	Артеріальна гіпертензія ТЕЛА, ТГВ, ВТЕ	Кардіохірургічні втручання під час вагітності (АШК) та в анамнезі	Гострий коронарний синдром, інфаркт міокарда	Системні захворювання сполучної тканини (СЧВ) АФС Тромбофілія
Гематологічна патологія	Тромботична тромбоцитопенічна пурпура ГУС	Апластична анемія Лімфоми,	Імунна тромбоцитопенічна пурпура	Хронічна хвороба нирок Гломерулонефрит
Цукровий діабет Ожиріння	Онкологічний анамнез (рак молочної залози, щитовидної, солідні пухлини, лейкемія)	Патологія легенів (бронхіальна астма, пневмонія, тощо)	Патологія ШКТ Неврологічна патологія (міастенія, епілепсія, розсіяний склероз, тощо)	Супутня патологія + акушерська патологія (пreekлампсія, HELLP-синдром)

- Менеджмент серцево-судинної патології вагітних та розродження таких жінок (група середнього та високого ризику) - здійснюється в спеціалізованих центрах мультидисциплінарно ю командою лікарів, яка складається , как мінімум, з 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)

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, an anesthetist, and obstetrician.

Група вагітних з особливими потребами (Мультидисциплінарна команд «акушерська кардіологія»)

ЗАНАРА

- >1 балу – консультація в НЦІССХ ім. М.М. Амосова НАМН України та ДУ «ІПАГ НАМН України»
- >2,5 балів – розродження в ІПАГ НАМН України
- >3,5 балів – розродження мультидисциплінарною командою в НЦІССХ

Нові виклики

- Вагітні з ішемічною хворобою серця,
- ГКС (стенокардія, інфаркт міокарду)

Стратифікація ризику для жінок з кардіальною патологією (шкала ZHARA)

- Аритмія в анамнезі • 1,5
- NYHA III-IV • 0,75
- LVOT>60 mmHG
или AVA<1,0 см.кв • 2,5
- Системна недостатність аортального клапану • 0,75
- Штучний серцевий клапан • 4,25
- Медикаменти до та в 1 триместрі вагітності (варфарин, сартани, інгібітори АПФ) • 1,5
- Сині вади (кориговані/некориговані) • 1,0

Ризик ускладнень

<0,5 б – 2,9%

0,5-1,0 б – 7,5%

1-2,5 б -17,3%

2,5-3,5 – 43,3 %

>3,5 б – **70 %**

Часті скарги вагітної жінки, які спонукають шукати рішення проблеми:

- задишка
- неприємне відчуття за грудиною, печія, біль
- серцебиття, перебої
- головний біль
- біль в животі
- слабкість, втома

Диференційна діагностика причин задишки, в залежності від часу її виникнення та супутніх симптомів

час виникнення захворювання	можливі
задишка, що з'являється раптово, часто супроводжується сильним болем у грудній клітині	пневмоторакс; тромбоемболія легеневої артерії; аспірація інородного тіла; інфаркт міокарда
задишка, що посилюється від кількох хвилин до кількох годин, часто супроводжується свистом при диханні	астма (попередні напади в анамнезі); гостра лівошлуночкова недостатність (напр., при свіжому інфаркті міокарда)
задишка, що розвивається протягом кількох годин або днів, часто із супутньою лихоманкою та кашлем із мокротинням	пневмонія; гострий бронхіт

Супутні симптоми задишки

інспіраторний свист (стрідор)	пухлина трахеї; <u>аспірація інородного тіла</u>
загрудинний біль	стенокардія або <u>інфаркт міокарда</u> ; <u>тромбоемболія легеневої артерії</u> ; <u>розшарування аорти</u> ; <u>тампонада серця</u>
плевральний біль	<u>пневмонія або плеврит</u> ; <u>початкова фаза накопичення рідини в плевральній порожнині</u> ; <u>-тромбоемболія легеневої артерії</u>
Кашель із мокротинням	бронхоектатична хвороба; хронічний бронхіт; <u>лівошлуночкова недостатність</u> ; <u>пневмонія</u>
кровохаркання	пухлина легені; <u>тромбоемболія легеневої артерії</u> ; хронічний бронхіт; <u>системний васкуліт</u>
ослаблення м'язової сили, неврологічні симптоми	міастенія (<u>міастенічний криз</u>); бічний аміотрофічний склероз; <u>синдром Гієна-Барре</u>
експіраторний свист	<u>астма</u> ; <u>ХОЗЛ (загострення)</u> ; бронхоектатична хвороба; <u>лівошлуночкова недостатність</u>

Вагітна В., госпіталізована у відділення в 35 тижнів вагітності.

- Скарги- напади задишки, біль за грудиною, кашель із домішками крові у мокроті, відчуття страху. Після нападу – стан задовільний
- Діагноз ???

Анамнез

- 2014 р – хвороба Ходжкіна
- 2014 – хіміотерапія , променева терапія
- 2015 – рецидив хвороби – хіміотерапія і променева терапія; ексудат в перикарді до 0,5 см

Діагноз
???

Об'єктивно

- Під час нападу – шкіра бліда, тахіпное, акроціаноз.
- Пульс ритмічний, 90-100 за хвилину
- Тони серця ритмічні , незначно приглушені
- В легенях – дихання жорстке, хрипів немає
- Сатурація кисню 96%

Дообстеження: **ЕхоКГ; КТ; УЗД** плоду та плевральних порожнин (рівні рідини); **УЗД** черевної порожнини (рівні рідини) лабораторні дослідження крові, тощо



**Комп'ютерна
томографія грудної
порожнини**

**Ексудативний перикардит (3,5
см)**

Ехо КГ – без суттєвої патології,
ексудат в перикарді 2,5-3,0 см; ФВ
– 64%

УЗД плоду – фетометрія відповідає
терміну вагітності, Допплер- без
патології

Лікування

- Пункція перикарду,
евакуація 300 мл
рідини



Суттєве покращення
стану, зникнення
болю за грудиною і
задишки

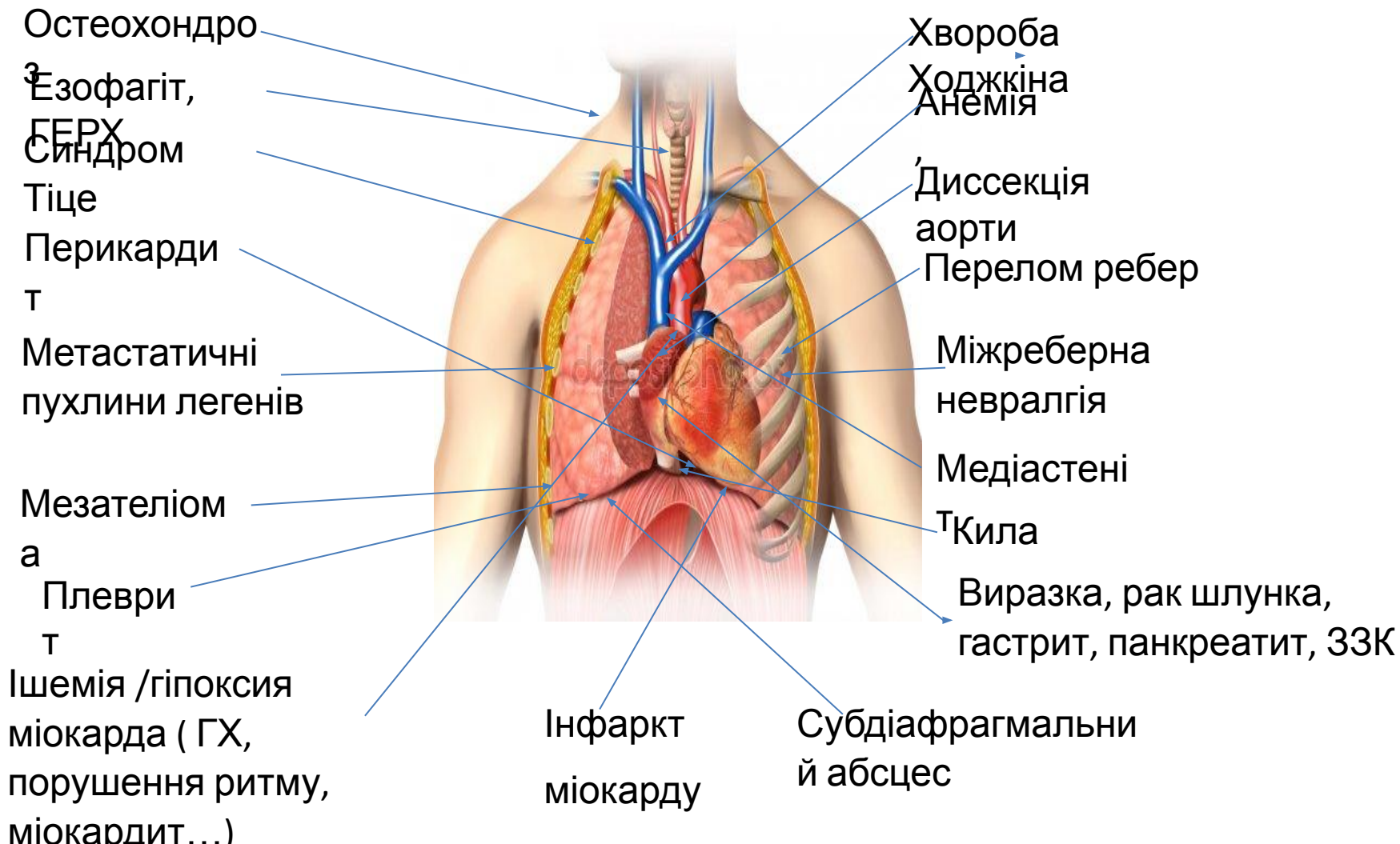
Родорозрішення : Кесарів
розтин у 36-37 тижнів
вагітності



Хлопчик 2900, 48 см,
за Апгар 8-9 балів



Біль за грудиною, печія, тощо – можливі причини



Диференційна діагностика больового синдрому при захворюваннях грудної порожнини

Ознаки	Легені і плевра	Сердце і судини	Середостіння	Стравохід, діафрагма
Характер болю	Колючий, тягнущий	Стискаюча	Тривала, не гостра	Тривала, розпираюча
Локалізація болю	Бічні відділи, за грудиною, ділянка спини	За грудиною, в ділянці серця	За грудиною	В нижніх відділах грудної клітини, за грудиною
Ірадіація	Відсутня	В шию, нижню щелепу	В шию, хребет	В спину, в верхні відділи грудної клітини
Фактори, що посилюють біль	Глибоке дихання, кашель	Фізичне навантаження, негативні емоції	Закидання голови, підтягування, ковтання	Велика кількість їжі, гостра їжа, горизонтальне положення
Кашель	Майже завжди	Тільки при застійних явищах в малому колі	Рідко, сухий	Відсутній
Цианоз	Під час кашлю, фізичному навантаженню	Акроціаноз, посилюється при фізичному навантаженні	Поєднується із набряком обличчя та рук	Відсутній
Аускультация	Хрипи	Картина набряку легенів, аритмії	Не специфічна	Не характерна
Інші ознаки	Емфізема легенів	АТ, гіперліпідемії	Дисфагія, захриплість голосу, синдром верхньої порожнистої вени	Дисфагія, печія, анемія, схуднення

Загальні диференціально-діагностичні ознаки деяких невідкладних станів

Нозологія	Інтенсивність болю	Умови , супутні симптоми	Анамнез	Фізикальні дані	Дані інструмент. досліджень
Гострий інфаркт міокарду	Інтенсивна за грудиною, 5-10% -атипова локалізація	Аритмії, шок, гостра серцева недостатність	Відсутній або стенокардія в анамнезі	Лейкоцитоз	ЕКГ ознаки інфаркту, Тропоніни, КВГ
Спонтанний пневмоторакс	Раптова, більше в бічних відділах.	Задишка	Тривалий легеневий анамнез	Тахіпное, поверхнєве дихання, тимпаніт в ділянці пневмотораксу	Специфічна рентген-картина, ефективність плевральної пункції
ТЕЛА	Стискаюча. Іноді-інтенсивна. Рідко-відсутня	Різка задишка, шок	Варикозна хвороба, п/о період,	Лейкоцитоз, сист.шум над легеневою артерією	ЕКГ-перевантаження правих відділів, Рентген ознаки інфаркта легень, ангіо-пульмонографія
Диссекція аорти	Гострий біль, ірадіація в спину, іноді вимушене положення	Ознаки гемоперикарду	Тяжка АГ, с-м Марфану	Неспецифічні , сист.шум над аортою	ЕхоКГ, МРТ, КТ – специф. Зміни

Порушення ритму серця. Фізіологічні зміни під час вагітності, які мають проаритмогенну дію

Підвищення
концентрації
бетахоріонічного
гонадотропіну



Зміни експресії іонних
каналів серця

Висока концентрація
катехоламінів в плазмі



Зміни адренергічної
рецепторної чутливості

Збільшення об'єму
циркуляції крові
Збільшена концентрація
естрогенів



Підвищення кінцевого
діастолічного об'єму

У 5,1% - 38,7% практично
здорових вагітних можуть
виникати різноманітні
порушення ритму.

Суправентрикулярна пароксизмальна тахікардія

Терапія пароксизму

Вагусні проби (I C); Аденозин (I C);
Внутрішньовенно - бета блокатори
(За неефективністю аденозину) (II C);
Внутрішньовенно верапаміл (за
неефективністю аденозину і бета-блокаторів)
(II C); Внутрішньовенно аміодарон (терапія
гемодинамічно значущій СВТ, за умови
неефективності попередньої
медикаментозної терапії)

Синхронізована кардіоверсія (екстрена
терапія гемодинамічно нестабільного
пароксизму СВТ та/або за неефективністю
фармакологічної корекції або наявності
протипоказань до використання препаратів

CLINICAL PRACTICE GUIDELINE

2015 ACC/AHA/HRS guideline for the management of
adult patients with supraventricular tachycardia

*A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical
Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society*



Підтримуюча тривала терапія

Флекаїнід
Метопролол
Пропафенон
Пропранолол
Соталол
Верапаміл

Монотерапія
або
комбінація
препаратів

Катетерна абляція показана при постійно
рецидивуючій та/або рефрактерній до
медикаментозної терапії пароксизмальній тахікардії

Шлуночкова тахікардія

- Бета-блокатори (профілактика ШТ/ФШ у жінок із синдромом подовженого QT , пароксизмів ШТ и терапія ідіопатично стійких ШТ)(I C)
- Соталол (гемодинамічно стабільні стійкі ШТ) (I I C) .
- Аміодарон (гемодинамічно нестабільні)(I I C);

European Heart Journal Advance Access published August 29, 2015



European Heart Journal
doi:10.1093/eurheartj/ehv316

ESC GUIDELINES

2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death

The Task Force for the Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology (ESC)

Endorsed by: Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC)

Катетерна абляція – при симптомній ШТ, яка рефрактерна до медикаментозного лікування
Імплантація кардіовертер-дефібрилятора під час вагітності за життєвими показанням
Гемодинамічно нестабільна стійка ШТ- кардіоверсія

Вагітна Ш., поступила в 13 тижнів вагітності

Скарги- біль за грудиною, пов'язано із відчуттям серцебиття, задишка. Стан суттєво погіршився за останні 2 тижні, посились напади.

ЕХОК

Г

Национальная академия
Украины
Державна установа
НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ
СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ХІРУРГІЇ
імені М.М. Амосова
Україна, 03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 6
Тел./факс: (044) 275-40-22, 275-10-04, 249-81-99
Тел. регістрації: (044)275-43-00
Код ЄДРПОУ 05493562

of Ukraine
AMOSOV
NATIONAL INSTITUTE OF
CARDIO-VASCULAR SURGERY
Amosova Street 6, 03680, Kyiv, Ukraine
Tel./Fax: (044) 275-10-04, 249-81-99
Tel. registry: (044)275-43-00

КОНСУЛЬТАТИВНИЙ ВИСНОВОК № 1313 від 24.01.2019

Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта [REDACTED]

Дата народження [REDACTED] 1984 Вік 34 р.

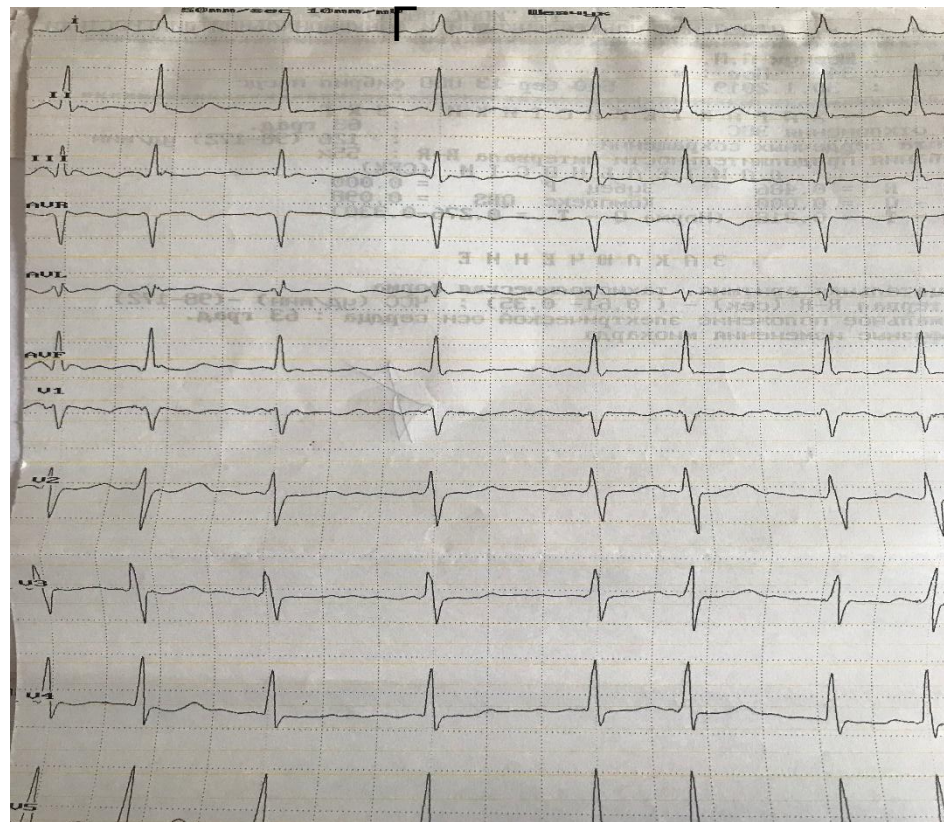
АТ 130/80 Зріст (см) 164 Вага (кг) 82 Рс на a.femoralis хороша

ЕКГ: 24.01.2019р. Ритм: фібриляція передсердь. Блокада правої ніжки пучка Гіса неповна. Гіпертрофії шлуночків немає.

Діагноз: [I34] Неревматичні ураження мітрального клапану
Невелика мітральна недостатність. Невелика тристулкова недостатність. Відкр. овальне вікно d 2 мм. Фібриляція передсердь тахісистолична форма.

Вагітність V, 13 тиж., пологи III. КВР по ВООЗ: II ст. Бали за шкалою ZAHARA: 1
Бали за шкалою Car Preg: 1 б.

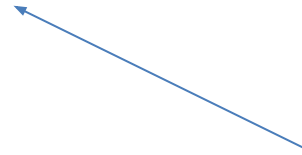
ЕК



Лікування

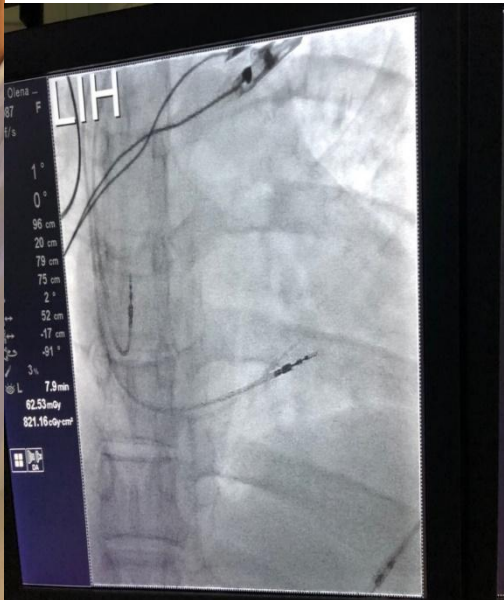
- Антикоагуляційна терапія – варфарин;
- Антиаритмічна терапія – бісопролол, соталол

Незначне покращення стану на протязі тижня,
Посилення нападів задишки , серцебиття,
відчуття тріпотіння за грудиною, запаморочення,
слабкість



Гемодинамічно значуще порушення
ритму

Електрична кардіоверсія – відновлення ритму



Інфаркт міокарда до 45 років

(Американська асоціація

серця)

ІХС визначається у одній з дев'яти жінок у віці до 45 років і у однієї з трьох в віці старше 65 років

Фактори ризику - спадкова гіперліпідемія, артеріальна гіпертензія, паління, цукровий діабет, оральні контрацептиви, метаболічні порушення при вагітності, прееклампсія в анамнезі

Гіпергомоцистеїнемія - незалежний фактор ризику розвитку атеросклерозу підвищує ризик тромбозу коронарних, церебральних і периферичних артерій, незалежно від традиційних факторів ризику, і є прогностичним маркером летального результату

Щорічно від серцево-судинних захворювань в Україні помирає понад 426 тисяч людей, від раку молочної залози – менше 6000 жінок

Інфаркт міокарда до 45 років

Больовий синдром носить атиповий характер, тести з фізичним навантаженням менш інформативні



У 56% жінок із збереженим менструальним циклом, які перенесли інфаркт, спостерігався стеноз коронарних артерій

Холестерін - в межах норми
Гіпертригліцеридемія і зниження ЛПВЩ.



63% жінок, які померли від ІХС, не мали раніше ніяких симптомів коронарної хвороби

При наявності характерної симптоматики (біль за грудиною, іррадіація в ліву руку, лопатку, задишка, відчуття страху і т.д.) - ЕКГ контроль і визначення маркерів пошкодження міокарда

Інфаркт міокарда і вагітність

Клінічний випадок

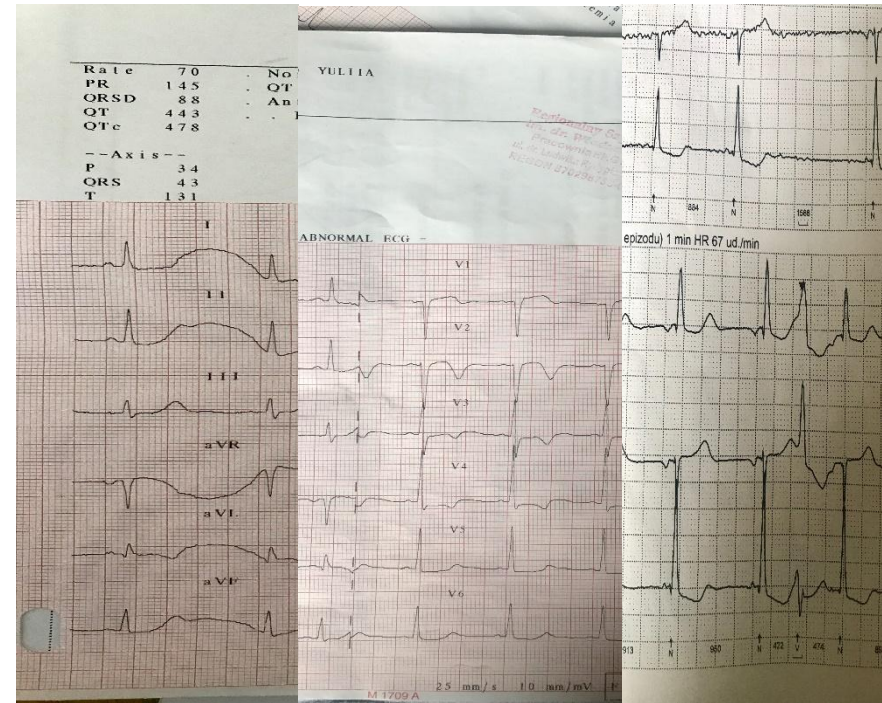
Пацієнтка Ю., 33 м, 7-8 тиж.,
У малому терміні бер-ти (3 тижнів.) -
вперше виник гострий коронарний
синдром (біль за грудиною, іррадіація в
шию, ліву руку).

КВГ, 4 DES-стента з лікарським
покриттям в ліву коронарну
артерію, СН II-Б, ФК –III-IV. ЕхоКГ -
ФВ 38%, - акінез МШП, гіпокінез
передньої стінки, діастолічна
дисфункція ЛШ I ст. Порухення
ритму серця. Анемія
В анамнезі –пreekлампсія, 6
років гормональна
контрацепція.

Терапія :
бета-блокатори,
аспірин,
тикагрелор,
тіазидні діуретики,
суфер

Дообстеження

Переривання
вагітності за
станом жінки





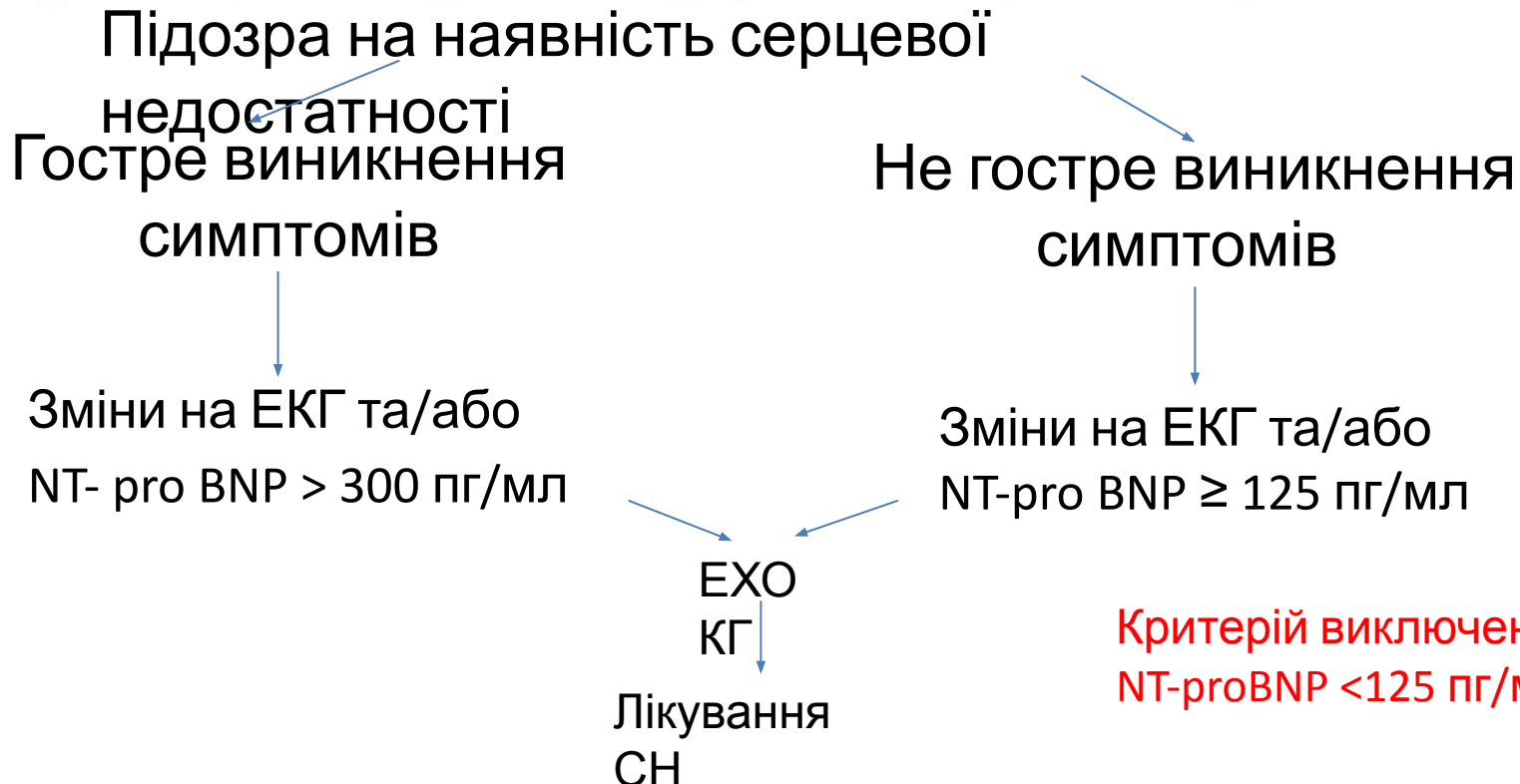
2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure

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)

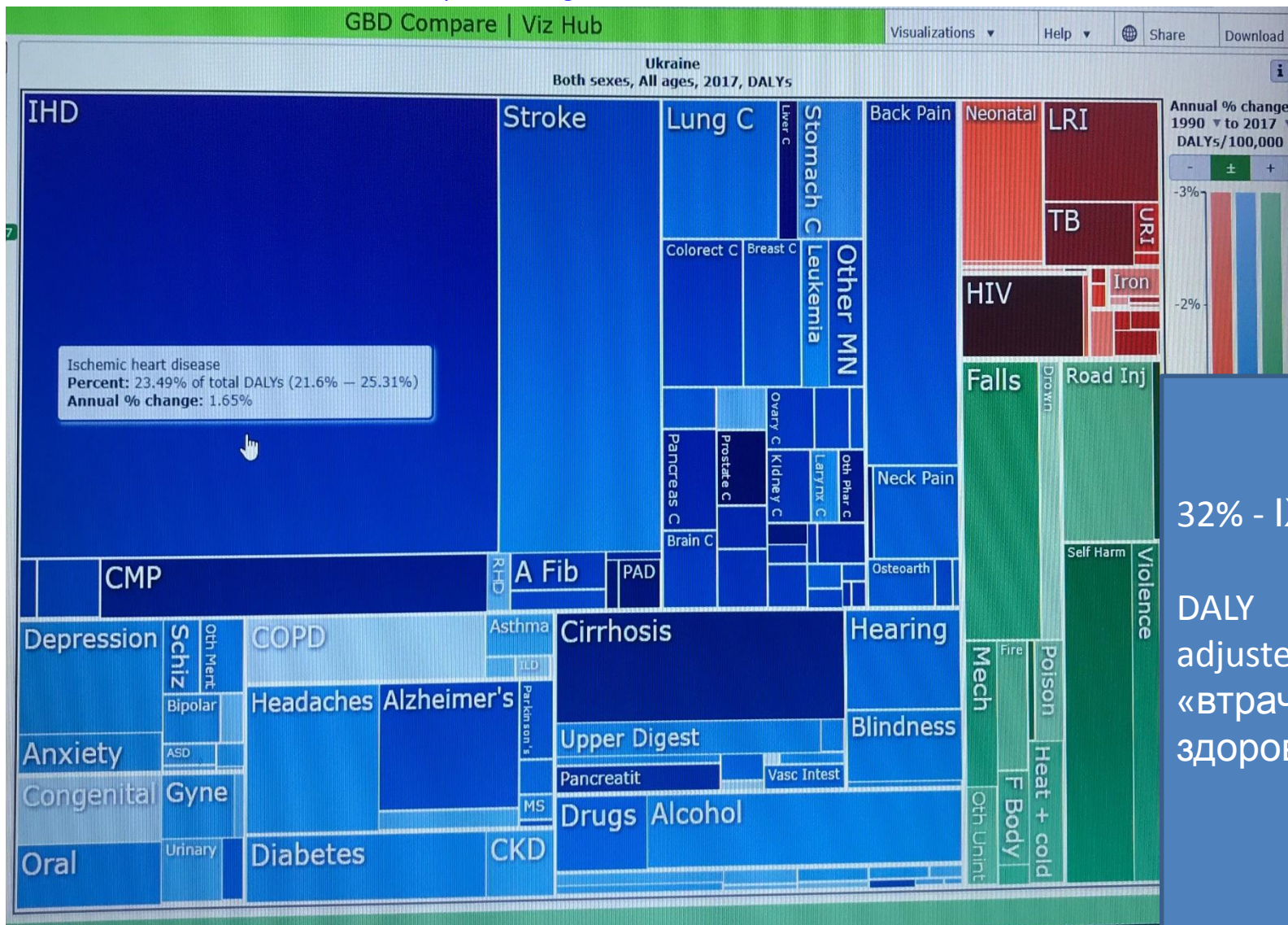
Document Reviewers: Gerasimos Filippatos (CPG Review Coordinator) (Greece), John J. V. McMurray (CPG Review Coordinator) (UK), Victor Aboyans (France), Stephan Achenbach (Germany), Stefan Agewall (Norway), Nawwar Al-Attar (UK), John James Atherton (Australia), Johann Bauersachs (Germany), A. John Camm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



GBD –Глобальний тягар хвороб – група показників , які характеризують смертність і інвалідність від основних захворювань, травм та їх факторів ризику.

[Institute for Health Metrics and](#)

[Evaluation](#) GBD 2017 © 2019 [University of Washington](#)



32% - ІХС та ЦВЗ

DALY -disability adjusted life years «втрачені роки здорового життя»

НЕГОСПІТАЛЬНА ПНЕВМОНІЯ У ВАГІТНИХ

- показник захворюваності в Україні: 0,78-2,7 на 1000 пологів.
 - ризик розвитку пневмонії не залежить від терміну вагітності.
 - ризик розвитку бактеріємії у вагітних 16%, емпієми - 8%.
 - необхідність штучної вентиляції легенів - 20%
- Ускладнення: 44% - передчасні пологи,
22% - недоношеність плода,
33% - гіпотрофія плода.

**Пневмонія не є протипоказанням для
продовження вагітності**



- Рентгенографія органів грудної порожнини обов'язково
- Антибіотикотерапія не пізніше 4 годин після надходження в стаціонар.
- Мікробіологічні тести (пацієнтам з середньої тяжкості і тяжкої НГП), обсяг визначається ступенем тяжкості (посів крові, мокротиння, забарвлення за Грамом, ПЛР)
- Важкий ступінь пневмонії - негайне призначення антибіотиків внутрішньовенно
- В разі досягнення клінічного поліпшення (нормалізації температури протягом 24 годин) і відсутності протипоказань до перорального прийому, перехід на пероральний прийом препаратів.
- **Вибір шляху введення препаратів переглядається щодня**

РЕКОМЕНДАЦІЇ БРИТАНСЬКОЇ ТОРАКАЛЬНОЇ АСОЦІАЦІЇ (BTS) ЩОДО ЛІКУВАННЯ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ

- При неускладненій легкій або середнього ступеня тяжкості НГП - **7-денний курс** адекватних антибіотиків
- При важкій мікробіологічно не ідентифікованій пневмонії - **10-денне лікування**
- При підозрі або доведеному факті збудника пневмонії *Staphylococcus aureus* або грамнегативних паличок) - **курс лікування 14-21 день**
- Регулярна оцінка ступеня тяжкості захворювання у всіх госпіталізованих пацієнтів.
- При госпіталізації і не менше двох разів на добу (частіше - у пацієнтів з важкою пневмонією або при необхідності постійної оксигенотерапії) **оцінка температури тіла, частоти дихальних рухів, пульсу, артеріального тиску, рівня свідомості, сатурації кисню.**
- Відсутність поліпшення 3 дні - повторна рентгенографія і визначення С-реактивного протеїну

РЕКОМЕНДАЦІЇ БРИТАНСЬКОЇ ТОРАКАЛЬНОЇ АСОЦІАЦІЇ (BTS) ЩОДО ЛІКУВАННЯ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ

Антибіотикотерапія негоспітальної терапії

Лікування пневмонії у вагітних I категорії

- амінопеніцилін
- цефалоспорин II–III покоління
- макроліди (перорально)

Лікування пневмонії у вагітних III категорії

- цефалоспоринової або
 - цефалоспорин IV покоління плюс макролід
- За необхідності :
- карбапенемы, или ванкомицин , или линезолид

Лікування пневмонії у вагітних II категорії

Макроліди , захищені інгібітори бета-лактамаз амінопеніциліни (амоксицилін / клавуланат, ампіцилін / сульбактам), або цефалоспорини II и III покоління (цефуроксим, цефотаксим , цефтріаксон), або макроліди (парентерально) ; комбінація бета-лактамного АБ и макроліда (при НП середньої тяжкості

Probiotics and prebiotics

February 2017

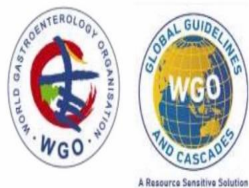


Таблица 8 Основанные на доказательствах показания для применения пробиотиков, пребиотиков и синбиотиков в гастроэнтерологии у взрослых. *
Уровни доказательности Оксфордского Центра Медицины, Основанной на Доказательствах (см. Таблицу 7)

ВЗРОСЛЫЕ					
Нарушение, действие	Штамм пробиотика, пребиотик, синбиотик	Рекомендованная доза	Уровень доказательности*	Ссылки	Комментарии
Диарея					
Лечение острой диареи у взрослых	<i>Lactobacillus paracasei</i> В 21060 или <i>L. rhamnosus</i> GG	10 ⁹ КОЕ, дважды в день	3	[8]	–
	<i>Saccharomyces boulardii</i> CNCM I-745, штамм <i>S. cerevisiae</i>	10 ⁹ КОЕ/капсула 250 мг дважды в день	2	[9,10]	–
Антибиотико-ассоциированная диарея	Йогурт с <i>Lactobacillus casei</i> DN114, <i>L. bulgaricus</i> , и <i>Streptococcus thermophilus</i>	≥ 10 ¹⁰ КОЕ ежедневно	1	[11]	Профилактика ААД в различных клинических условиях (амбулаторные и стационарные пациенты)
	<i>Lactobacillus acidophilus</i> CL1285 и <i>L. casei</i> (Bio-K+ CL1285)	≥ 10 ¹⁰ КОЕ ежедневно	1	[11]	
	<i>Lactobacillus rhamnosus</i> GG	10 ¹⁰ КОЕ/капсула дважды в день	1	[11]	
	<i>Saccharomyces boulardii</i> CNCM I-745	10 ⁹ КОЕ/капсула 250 мг дважды в день	1	[11,12]	
	<i>Lactobacillus reuteri</i> DSM 17938	1 × 10 ⁸ КОЕ дважды в день	3	[13]	
	<i>Lactobacillus acidophilus</i> NCFM, <i>L. paracasei</i> Lpc-37, <i>Bifidobacterium lactis</i> Bi-07, <i>B. lactis</i> BI-04	1.70 ¹⁰ КОЕ	2	[14]	
	<i>Bifidobacterium bifidum</i> W23, <i>B. lactis</i> W18, <i>B. longum</i> W51, <i>Enterococcus faecium</i> W54, <i>Lactobacillus acidophilus</i> W37 и W55, <i>L. paracasei</i> W72, <i>L. plantarum</i> W62, <i>L. rhamnosus</i> W71 и <i>L. salivarius</i> W24)	10 ⁹ КОЕ/г (5 г дважды в день)	2	[15]	–

WGO Review Team

Francisco Guarner (Chair, Spain), Mary Ellen Sanders (Co-Chair), Rami Eliakim (Israel), Richard Fedorak (Canada), Alfred Gangl (Austria), James Garisch (South Africa), Pedro Kaufmann (Uruguay), Tarkan Karaman (Turkey), Amir G. Khan (Pakistan), Nayoung Kim (South Korea), Juan Andrés Di Lorenzo (Argentina), Balakrishnan Ramakrishna (India), Fergus Shanahan (Ireland), Hania S. Shalaby (Egypt), Alan Thomson (Canada), Anton Le Mair (The Netherlands)

Invited experts

Dan Merenstein (USA)
Seppo Salminen (Finland)

Критерії ефективності антибіотикотерапії

- Температура $<37,5$;
- Відсутність інтоксикації;
- Відсутність дихальної недостатності (частота дихання менше 20 за хвилину);
- Відсутність гнійного мокротиння;
- Кількість лейкоцитів в крові <10 тис.,
- Відсутність запальних змін в формулі крові;
- Відсутність негативної динаміки на рентгенограмі.

Госпітальна пневмонія і вентилятор-асоційована пневмонія об'єднаний термін «Пневмонія, асоційована з наданням медичної допомоги»

- Розробка антибіотикограми для кожного стаціонару - локальний аналіз бактеріальних штамів і ефективних антибіотиків);
- Відсутність переваг тривалих курсів антибіотиків над короткими;
- Зниження інтенсивності антимікробної терапії за рахунок використання антибіотиків вузького спектру дії;
- Призначення монотерапії на початку лікування, а не комбінованої терапії



Персоніфікований підхід до лікування – ефективний антибіотик максимально рано

Американська асоціація інфекційних захворювань (IDSA),
Американська торакальна асоціація (ATS), 2016

Клінічні ознаки і стани , які не є показом для продовження антибактеріальної терапії або її заміни

(Рекомендації Американської торакальної асоціації та Американської асоціації інфекційних захворювань)

- | | | |
|--|---|---|
| - Стійкий субфебрилітет (температура тіла в межах 37,0-37,5°C) | → | При відсутності інших ознак бактеріальної інфекції --- прояв постінфекційної астенії (вегетативної дисфункції), медикаментозної лихоманки |
| - Збереження залишкових змін на рентгенограмі (інфільтрація, посилення легеневого малюнка) | → | Період 1-2 місяці після НП |
| - Сухий кашель | → | Період 1-2 місяці після НП, особливо у курців, пацієнтів з ХОЗЛ |
| - Збереження хрипів при аускультатії | → | Можливо 3-4 тижнів після НП - природний перебіг захворювання (локальний пневмосклероз в місці фокуса запалення) |
| - Збільшення ШОЕ | → | Неспецифічний показник, не є ознакою бактеріальної інфекції |
| - Зберігається слабкість, пітливість | → | Прояв постінфекційної астенії |

!!!

Неінфекційні причини вогнищево-інфільтративних змін в легенях

Новоутворення

Тромбоемболія
легеневої артерії і
інфаркт легенів
Імунопатологічні
захворювання

Інші захворювання /
патологічні стани

- Рутинний підхід до хворого з НП повинен включати ретельну оцінку супутніх захворювань

- Первинний рак легенів (бронхіолоальвеолярний)
- Ендобронхіальні метастази, Аденома бронха, Лімфома
- Системні васкуліти, Вовчаковий пневмоніт, Алергійний бронхолегеневий аспергільоз, Облітеруючий бронхіоліт з пневмонією, Ідіопатичний легеневий фіброз, Еозинофільна пневмонія, Бронхоцентричний гранулематоз
- Застійна серцева недостатність, Медикаментозна (токсична) пневмопатія, Аспірація інородного тіла, Саркоїдоз, Ателектаз

Дезінтоксикаційна дія препарату Реосорбілакт (Юрія-Фарм)

Гіперосмолярність

надходження рідини з міжклітинного простору в загальний кровообіг

«вимивання» метаболітів і токсинів з пошкодженої клітини, тканини, органу.

Діуретична дія

токсини і метаболіти виділяються із організму з сечею.

Гемоділюція -

концентрація токсинів і метаболітів в плазмі знижується.

Покращення мікроциркуляції печінки, поповнення депо глікогену

нормалізація функціонального стану гепатоцитів і підсилення фізіологічної детоксикації.

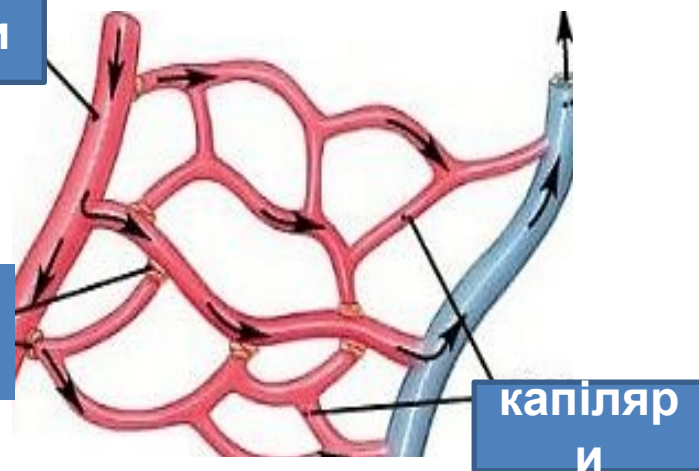
**Нефункціонуючі капіляри існують у 40-45% кожного різновиду тканини
– порушення мікроциркуляції на тлі патологічного стану**

Прекапілярні сфінктери



артеріоли

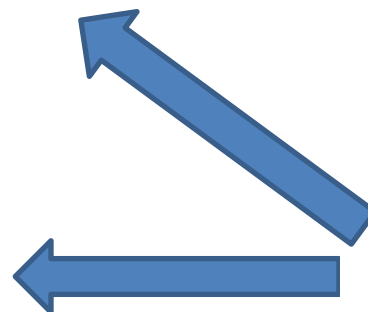
Прекапілярні сфінктери відкриті



**Відкриває прекапілярні сфінктери
Збільшує площу контакту з кліткою-мішенню**

Збільшує площу контакту з еритроцитами

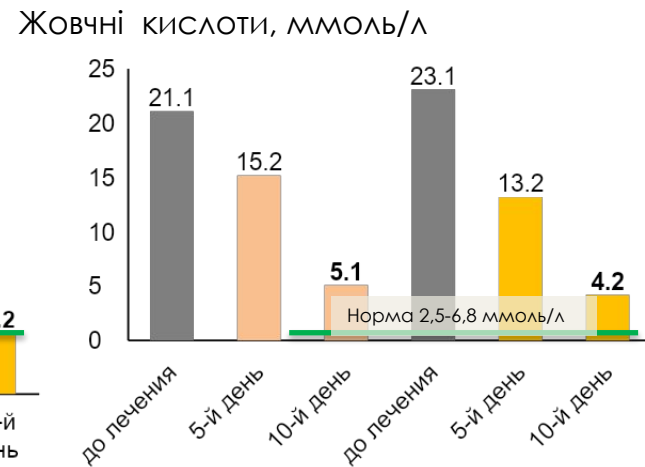
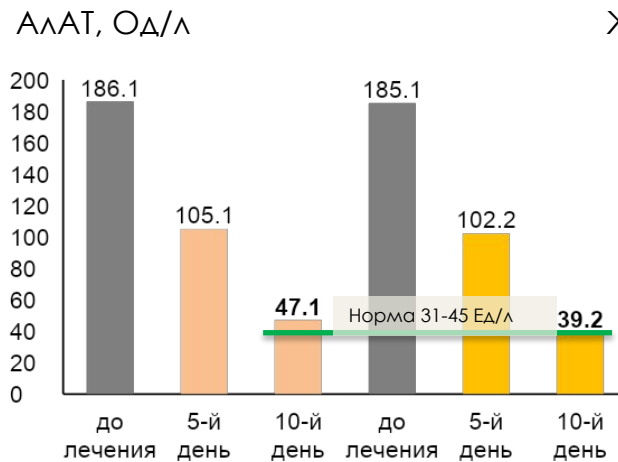
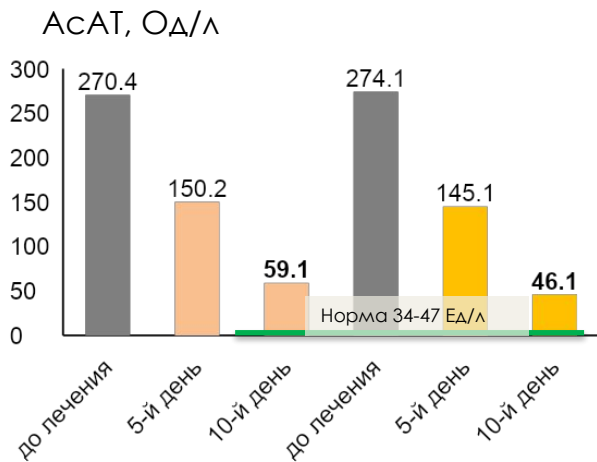
**Покращує оксигенацію тканин
Покращує реологічні властивості крові**



Результати дослідження 2-х груп вагітних з холестатичним гепатозом

Динаміка біохімічних показників

■ До лікування
■ Ентеросорбенти
■ + Реосорбілакт



Прискорена динаміка біохімічних показників цитолізу та холестазу в групі вагітних з включенням реосорбілакту, що клінічно проявлялося у швидкому зникненні скарг на зуд шкіри

Абдомінальний біль може бути симптомом

Гінекологічних захворювань

Захворювання шлунка та кишківника:

Захворювання нирок, сечовивідних шляхів та органів заочеревинного простору:

Захворювання судин черевної порожнини та заочеревинного простору:

- Мезентеріальний тромбоз
- Синдром та хвороба Бадда – Кіарі
- Аневризма аорти (розшаровуюча, розрив)

Захворювання передньої черевної стінки та опорно-рухового апарату:

- Защемлена грижа
- Корінцевий вертеброгенний синдром .

Травматичне пошкодження (гематоми передньої черевної стінки, печінки, розриви стінки кишки, перелом хребта, кісток таза, ребер)

Інших захворювань

Плевропневмонія, плеврит • Перикардит • Інфаркт міокарда • Серцева недостатність

- Інфаркт селезінки
- Інтوكсикація важкими металами
- Вплив медикаментів
- Реакція на укуси комах
- Синдром «відміни» при наркотичній залежності
- Гостра порфірія
- Серповидно - клітинна анемія
- Лейкози
- Уремія
- Діабетичний кетоацидоз

- Функціональні: овуляція, предменструальний синдром, психосоматичні реакції, агравація, функціональна диспепсія.

Пацієнтка 32 р., вагітність 27

ТИЖНІВ

Скарги –вздуття живота, втрата апетиту, тяжкість в лівому підребір'ї, переважно після їжи періодична температура - 37,1°C.

- Вищезазначені скарги з'явилися в 24 тижнів вагітності, асоціювали з анемією і функціональними порушеннями ШКТ
 - Пацієнтці призначили дієту, спазмолітики, ферменти, сульфати заліза- гемоглобін 85 г/л
 - Вагітність перебігала з раннім токсикозом середнього ступеню тяжкості.
 - Захворювань ШКТ в анамнезі не мала.
- Привід до госпіталізації в ЦРЛ – підвищення температури до 38,3°C,



Дані обстеження

УЗД органів черевної порожнини

Поліп жовчного міхура. В обох частинах печінки множинні вогнищеві утворення округлої форми однорідні, середньої та низької ехогенності розмірами 12x14 мм; 45x45 мм.

Аналіз крові

НЬ-87 г/л; ШОЕ – 45 мм/год;
лейкоцити - 11 тис;

Біопсія печінки

Mts тубулярної аденокарциноми

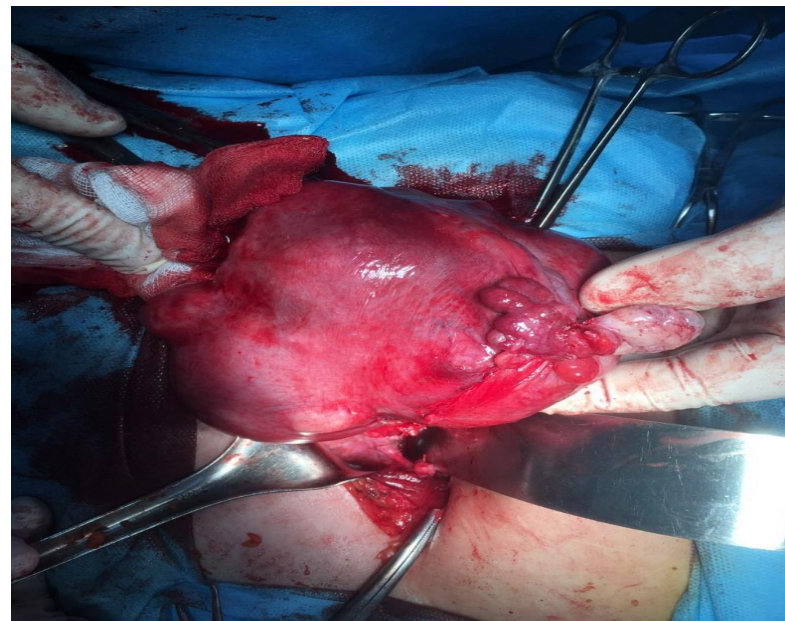
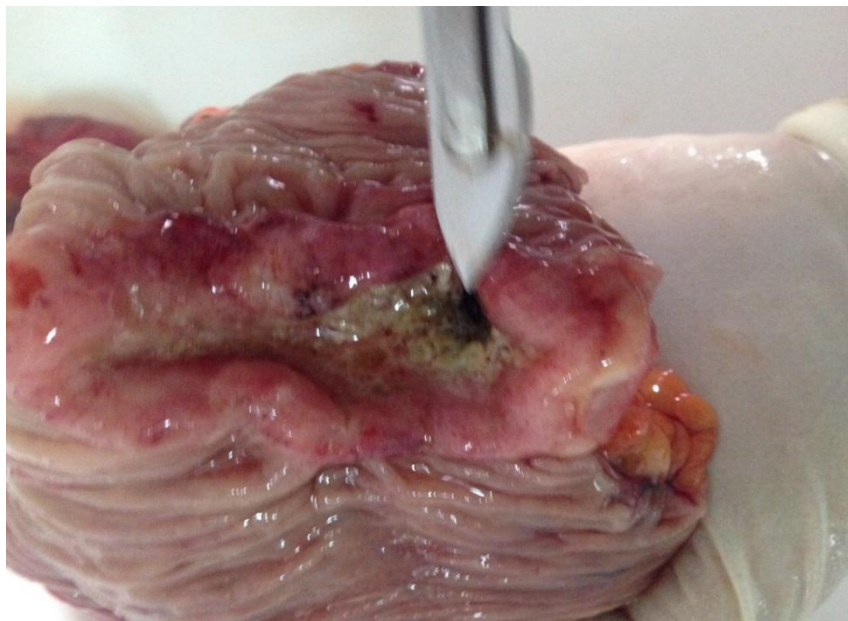
MR T

В проксимальних відділах низхідної ободової кишки за селезінковим кутом ділянка стійкого звуження просвіта кишки 5-6 см за рахунок циркулярного потовщення стінок з бугристими контурами, порушення диференціації шарів, неоднорідним накопиченням контрасту, з поширенням процесу за межі кишки з інвазією брижі. Збільшення параколичних л/в до 10 мм. Престенотично – кишка розширена та туго заповнена каловими масами. Постстенотично – порожнина пуста. Печінка збільшена, контури нерівні. Паренхіма обох долей всіх сегментів вражена множинними гіповаскулярними вузлами (підрахунок не підлягають) з некрозом, місцями зливні в конгломерат, вузол (mts) деформує нижню полу вену.

Інфільтративний рак проксимального відділу низхідної кишки зі стенозом, порушення пасажу. Інвазія брижі, вторинне враження параколичних лімфовузлів, множинні метастази в печінку.

Хірургічне лікування в 28 тиж. вагітності.

Резекція враженого кишківника, видалення лімфовузлів, колостома



- Кесарський розтин в 34 тижні вагітності. Хлопчик 1900, 43 см, 6-6 балів по Апгар.
- Хіміотерапія , антибіотикотерапія, лікування анемії –суфер в/в 10 мл (200 мг) 2р на тиждень.
- Пацієнтка та новонароджений виписані через 15 днів

Важливо !

Обов'язкове проведення фіброгастродуоденоскопії/колоноскопії у пацієнтів > 45 років з «червоними прапорцями»– анемія, втрата ваги, кров в калі, часта блювота, дисфагія

Враховувати прояви нетипового больового синдрому (апендикс)!

- Тривожні симптоми - біль разлитий з подальшою локалізацією в правому нижньому квадранті; лихоманка; поєднання болю в животі із затримкою сечі, закрепом, явищами непрохідності; з порушенням ритму серця пітливістю, задишкою, ірадіацією в ший, щелепу, руку; з меленою

Сучасні УЗ апарати та відповідна кваліфікація функціоналіста – дозволяє визначитися з патологією ШКТ в тому числі з діагнозом апендициту, кишкової непрохідності и т.і.

Вагітність не є протипоказом до проведення фіброгастродуоденоскопії, МРТ, КТ (в разі необхідності встановити діагноз)

Головний біль і Фактори, які провокують головний біль під час вагітності

- Гормональні зміни.
- Гіпотонія. Вазодилатуюча дія прогестерону сприяє зниженню артеріального тиску, гіпоксії головного мозку і виникненню головного болю
- Артеріальна гіпертензія и прееклампсія
- Харчові фактори. Холодна їжа, продукти, з тираміном и феніламіном (азотвміщуючі сполуки , що впливають на стан судин), а також: шоколад, горіхи, йогурти, курина печінка, авокадо, цитрусові, банани, консервовані і мариновані вироби , блюда японської кухні, чай, кава, кола, сосиски, сир, червоне вино.
- Голодний головний біль – глюкоземія
- Зайва вага. Напруза на зір або тривале вимушене положення. Алергічні реакції. Зневоднення організму.
- Загострення хронічних захворювань.
- Виникнення інфекційних і інших захворювань.
- Стресовий фактор. Зміна погодних умов. Головний біль вихідного дня
- Фізичні подразники – миготливе світло , запах.
- Мікроклімат в помешканні: сухе повітря, дим, тощо.

- **Якщо у жінки спостерігались часті головні болі до вагітності – ризик преєкламписії збільшується у 2,4 рази**
- **Якщо у жінки діагностовано мігрень до вагітності , то ризик преєкламписії збільшується у 3,5 рази**
- **Якщо у вагітної в ранні терміни вагітності відбувались напади мігрени –ризик преєкламписії збільшується в 4 рази**

Європейські принципи ведення пацієнтів з найбільш розповсюдженими формами головного болю в загальній практиці

Journal of Headache and Pain, 2010

I етап: симптоматична терапія мігрені

- Простий анальгетик + (за необхідності) протиблювотний засіб
- Анальгетики -
Ацетилсаліцилова кислота 900–1000 мг (тільки для дорослих) або Ібупрофен 400–800 мг или Диклофенак 50–100 мг або Напроксен 500–1000 мг або (якщо є протипокази) Парацетамол 1000 мг
- Протиблювотні -
Домперидон 20 мг або Метоклопрамід 10 мг

II етап: специфічна терапія

Триптани -
Олмотриптан
Елетриптан , Фроватриптан,
Ризатриптан,
Суматриптан
Золмитриптан,

Використання триптанів більше 10 днів на місяць збільшує ризик медикаментозно індукованого головного болю

У 40% пацієнтів з ефективною відповіддю на триптани впродовж 48 годин відмічається рецидив нападу

Препарати для профілактики мігренозного болю с доведеною ефективністю

Бета- блокатори	Бісопролол 5–10 мг 1 раз на добу Метопролол 50–100 мг 2 рази на добу
Топірамат	25 мг 1 раз на добу – 50 мг 2 рази на добу
Флунаризин	5–10 мг 1 раз на добу
Вальпроева кислота	600–1500 мг на добу
Амітриптілін	10–100 мг на ніч

**Суматриптан, наратриптан и ризатриптан – немає даних щодо високих ризиків для матері та плода
(використання при важкій формі мігренозного болю)**

Анамнез

Пациентка 31 рік, вагітність 19 тижнів

**Скарги: головний біль
нападоподібний, інтенсивний,
резистентний до анальгетиків**

- біль в сусуглобах, м'язева слабкість, субфебрильна температура, нічне потовиділення
- запаморочення
- періодичний біль в ногах
- Погано справляється з фізичним навантаженням, порушення уваги, пам'яті, похитування під час ходи, холодні кисті рук
- Головний біль в останній час супроводжується блювотою і підвищеним АТ до 150-160 /90-100 мм рт ст
- Відсутність пульсації на променевій , плічовій артерії справа
- Аускультативно – стенотичний шум на каротидних артеріях, на аорті, в т.ч. на черевній
- Аускультация легенів – без патології
- УЗД плоду– вагітність відповідає терміну

Додаткові методи обстеження

Аортографія .Окклюзія правої підключичної артерії, правої каротидної, дифузне ураження левої каротидної на 85%, стеноз левої підключичної артерії на 90%, стеноз черевного відділу аорти нижче ниркових артерій на 50%, субоклюзія левої клубової артерії на 95%, гемодинамічно значущій стеноз ниркової артерії (80%)



ЕКГ- синусовий ритм, гіпертрофія лівого шлуночка.

ЕХОКГ – аортальна недостаточність I ст.,

ФГДС – ГЕРХ, езофагіт

ЭКГ: 10.11.14. Синусовый ритм, регулярный, ЧСС 68 уд в мин.
ЭхоКГ 10.11.14. КДО - 145 мл, КСО 55 мл, УО 90 мл. ФВ 62%.
Митральный клапан - движение створом «М» образное, фиброз кольца умеренный, обратный ток (+), Др3 мм рт.ст.
Аортальный клапан - 3-х створчатый, умеренный фиброз, обратный ток + Др= 5 мм рт.ст.
Трикуспидальный клапан - обратный ток (+), Др= 3мм рт.ст.
Задняя стенка ЛЖ=1,1см, МЖП= 1,2-1,3см. ЛП- 3,9см.
Заключение: Небольшая аортальная недостаточность. Глобальная сократимость сохранена.

КВГ + Аортография: 10.11.14.
Коронарные артерии интактны.
Окклюзия правой подключичной артерии, правой общей сонной артерии, диффузное поражение левой общей сонной артерии 85%, стеноз левой подключичной артерии 90%, стеноз черевного отдела аорты ниже почечных артерий 50%, Субокклюзия левой общей подвздошной артерии 90%.

50% 90% 95%

**Неспецифічний аортоартерії (хвороба Такаясу) з ураженням аорти та її основних гілок Недостатність аортального клапану I – II ст, Артеріальна гіпертензія (симптоматична) II ст, 2 ст., СН- Iст.
ГЕРХ, езофагіт**

Лікування під час вагітності –
медрол 40 мг/сут; азатиоприн 50 мг -2 р в/д; пантопразол;
препарати Са; бісопролол,
суфер, НПЗП

Родорозрішення шляхом
кесарського розтину в 37 тижнів.
Здоровий хлопчик 2850, 50 см.

Хвороба Такаясу- аутоімунне захворювання ,
неспецифічне запалення стінки артерій із ураженням
екстракраніальних артерій (каротидні, аорти, коронарних
артерій, легеневої артерії, черевної аорти, ниркових артерій),

Катамнез

Лікування на даний час –
медрол 24 мг/сут ;
азатіоприн 50 мг -3 р
в/д; пантопразол;
препарати Са;
антагоністи кальція,
бісопролол,
клопідогрель,
статины,
моноклональні
антитела.

Ангіопластика лівої клубової
артерії і каротидної зліва (після
пологів).

Аортографія через 5 років після родів
– виражений кальциноз висхідного
відділу, дуги і нисхідного відділу аорти
– «порцелянова аорта».

Негативна динаміка, прогресування
аутоімунного процесу

ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
КІЇВСЬКА МІСЬКА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
Олександрівська клінічна лікарня м.Києва,
вул. Шевченкова, 39/1, м.Київ-01, 01601
Ревматологічне відділення № 2

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Форма первинної облікової документації
№ 027/о
ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України
1 | 4 | 0 | 2 | 1 | 2 № 1 | 1 | 0

Код за ЄДРПОУ 0 | 1 | 9 | 9 | 4 | 0 | 9 | 5

ВИПИСКА
із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого № 7401816

У Подільську за місцем проживання
(найменування і місцезнаходження закладу охорони здоров'я, куди направляється виписка)

1. Прізвище, ім'я, по-батькові хворого: Давидюк Надія Олександрівна

2. Дата народження: 2 | 0 | 0 | 0 | 8 | 1

3. Дата запису: 1 | 8 | 20 | 20 | 03 | 18

4. Дата виписки: 0 | 3 | 0 | 4 | 1 | 8

5. Термін давності (число, місяць, рік)

6. Основне захворювання, супутні захворювання та ускладнення):
Неспецифічний аортоартерит (хвороба Такаюсу), хронічний перебіг, I ст. активності, з ураженням аорти та її основних гілок (оклюзія правої підключичної артерії. Стеноз підключичної артерії зліва 80 %. Оклюзія загальної сонної артерії справа. Дифузне ураження загальної сонної артерії зліва 90% - 18.06.15р. Ангіопластика загальної сонної артерії зліва. Стеноз червоного відділу аорти в інфраінтразональному відділі зліва 50%. Субоклюзія клубової артерії зліва 95% - 18.06.15. - ангіопластика загальної клубової артерії зліва.

7. Короткий а направлення, Хвора була о

Ехо-КС	Діаметр аорти	КДР	КСР	КДО	КСО	ФВ (%)	АК	МШП	МШП	МШП	ІІІ
20.03.18р.:	3,5	5,1	3,6	124	42	65	1,16	1,16	4,0x4,7	2,2	

МК: градієнт – 9,0 мм рт.ст., регургітація I ст., фіброз; АК: градієнт – 5,5 мм рт.ст., регургітація I-II ст. фіброз; ТК: регургітація мінімальна; КЛА: без особливостей, пролапс; НПП – 1,9 см ПП – 3,9 см. Е/А – 1,1.

Заключення: Рідини в плевральній порожнині не виявлено. Недостатність аортального клапана

Дата: 20.03.18р.

Зниження рівня гемоглобіну - незалежний фактор, збільшення смертності і частоти госпіталізації у пацієнтів з серцевою недостатністю

Зниження рівня гематокриту на 1%
(За даними дослідження PRAISE, 2010)



Збільшення ризику смерті пацієнтів з ХСН на 11%

Висхідна анемія і серцева недостатність (рандомізоване дослідження CHARM в Канаді і США 2008)



3-річний прогноз, загальна смертність склала 47% (анемія + СН) і 26% (СН без анемії) ($p < 0,001$).

Зв'язок рівня гемоглобіну до кількості ускладнень у пацієнтів з ХСН (S.G. Alan і співавт. 2006,2011 р)



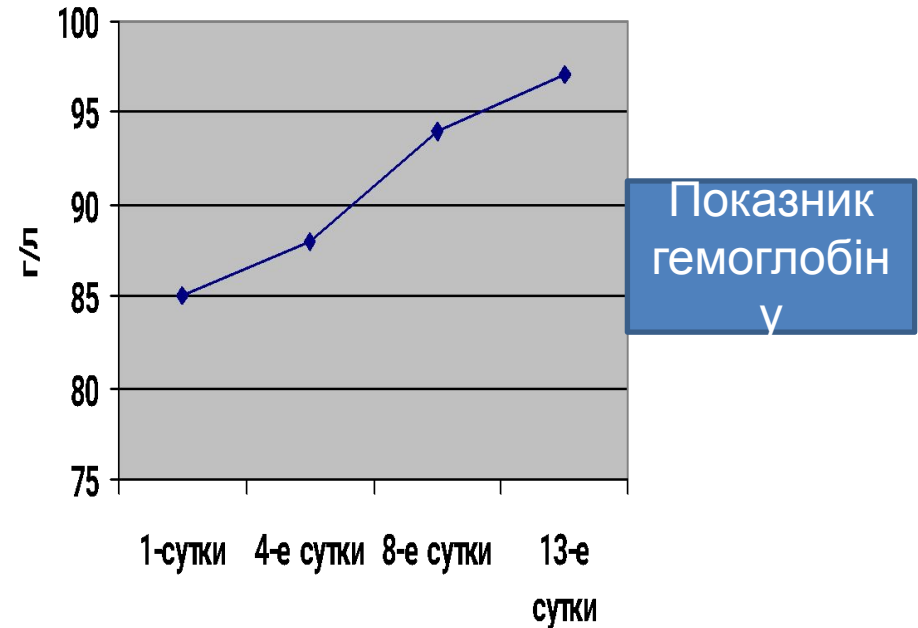
збільшення тяжкості перебігу захворювання, погіршення функціонального класу серцевої недостатності, збільшенням маси міокарда лівого шлуночка і частоти ускладнень.

Терапія анемії у коморбідних вагітних: внутрішньовенне залізо

гемоглобін нижче 95 г/л (вагітні групи ризику – перед КР)

Суфер (Юрія-Фарм) в дозуванні 5 мл (100 мг заліза) на 100 мл 0,9% розчину хлориду натрію внутрішньовенно крапельно.

через 2 тижні спостерігається збільшення показників гемоглобіну майже на 15% ($p < 0,05$) від висхідного.



- Стабілізація стану на тлі коморбідності;
- Відсутність прогресування СН і необхідності дострокового розродження
- Відсутність перинатальних втрат і народження дітей з малою оцінкою за Апгар

Ранній токсикоз тяжкого ступеня

- Під спостереженням знаходилась група вагітних з ВВС (48), токсикоз середньої ст. -36 жінок (група порівняння) , тяжкого ст. – 12 жінок (основна група)
- Середній вік $24,5 \pm 1,2$ років та $28,3 \pm 1,6$ років



- В групі порівняння терапія - вітамін В6 10 мг кожні 8 годин; метоклопрамід 10 мг двічі на добу, інфузійна терапія
- В основній групі, додатково призначався ондасетрон (юнорм) 4 мг кожні 8 г до усунення блювоти, інфузійна терапія 1-3 л на добу
- У 6 жінок основної групи втрата ваги склала >5% (5,2-6,4%), їм проведено в/в крапельне введення ксилату

Початок інфузійної терапії

- Особливість кетоацідозу при вагітності – початок при більш низьких значеннях глікемії, ніж поза вагітністю, що пояснюється кетогенною дією плацентарного лактогену

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

618.36:616.16-002:616.12-053.1+616.12

**Клинический случай применения Ксилата
в комплексной терапии тяжелого раннего
токсикоза беременных**

Ю.В. Давыдова, А.Ю. Лиманская, В.Н. Тудай, А.Н. Мокрик
ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев

Механизм действия Ксилата

- Уменьшает количество жирных кислот, способных окисляться до ацетил –КоА
- Усиливает образование пирувата, что способствует окислению ацетил-КоА в цикле Кребса
- Усиливает синтез гликогена в печени, уменьшает мобилизацию жира на периферии
- Стимулирует сек инсулина



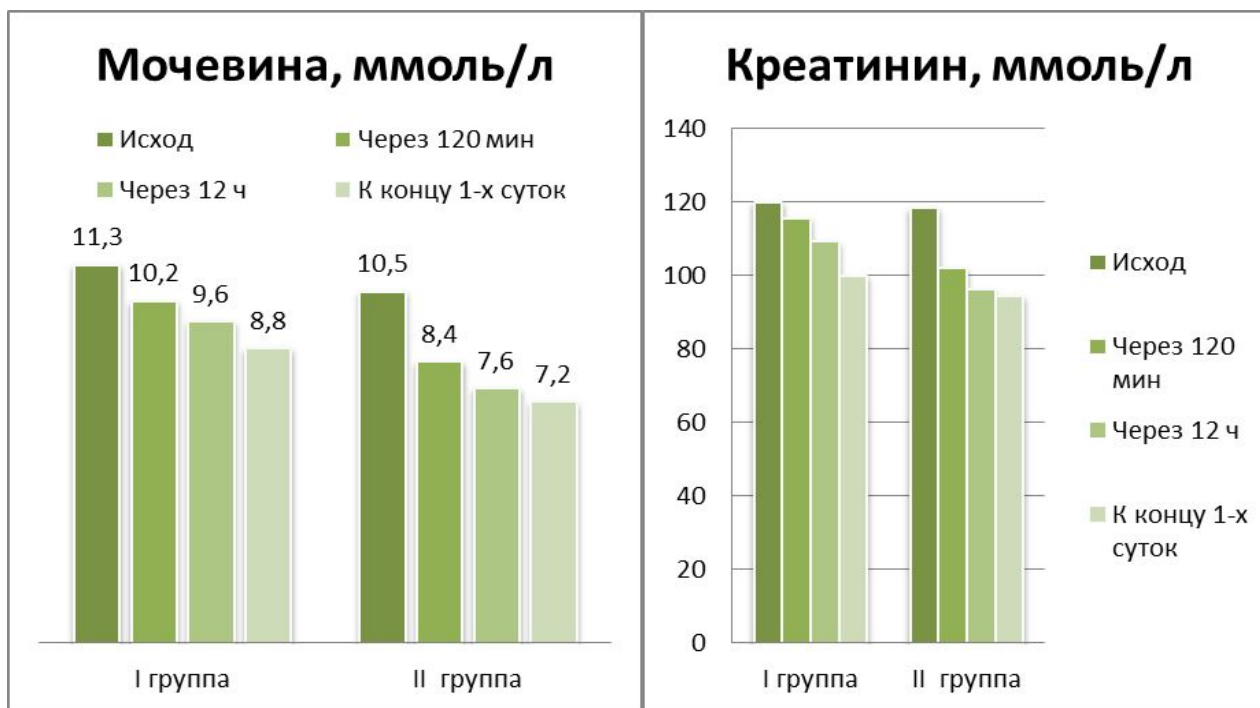
- Имеет гемодинамические свойства (способствует снижению гиповолемии)
- Корректирует метаболический ацидоз
- Имеет антикетогенное действие
 - » Не повышает уровень гликемии
- Не является производным гидроксиэтилкрахмала

Переваги застосування ксилату при тяжкому ранньому токсикозі вагітних

- Потужна антикетогенна дія
- Зниження блювоти через 2 години після початку інфузії
- Раннє повернення до ентерального харчування
- Швидке усунення явищ дегідратації
- Нормалізація біохімічних показників крові через 12 год від початку інфузії

Приводим клинический случай лечения раннего токсикоза тяжелой степени тяжести. Больная О. (беременность 14–15 нед) поступила в отделение с жалобами на рвоту до 25 раз в сутки, выраженную слабость, привкус ацетона во рту. Ранний токсикоз возник после 6 нед беременности, состояние постепенно ухудшалось и в течение последних 6 нед больная не получала пищу энтерально, рвота беспокоила до 20 раз в сутки, ацетонурия. Потеря массы тела за 14 нед составила 6 кг, самостоятельного стула не было, с помощью клизмы 1 раз в 5 дней. При поступлении – состояние больной средней степени тяжести, кожный покров бледный, беременная астеничного телосложения. Отмечается выраженный запах ацетона изо рта, артериальное давление 80/40 мм рт.ст. Со стороны сердечно-сосудистой системы патологии не выявлено. В связи с тяжелым течением раннего токсикоза, невозможностью беременной принимать пищу энтерально больная была переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии для коррекции состояния. При обследовании в момент поступления – гемоглобин 93 г/л, эритроциты $3,12 \times 10^{10}/л$, СОЭ – 12 мм/ч, формула – в норме, в биохимических анализах отмечалась гипопротейнемия – до 46 г/л, гипокалиемия – 3,1 ммоль/л, в показателях коагулограммы – фибриноген В обнаружен (++) . Отмечается выраженная ацетонурия (++++), следы белка. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) плода состояние последнего не нарушалось, размеры плода соответствовали срокам беременности. Беременная получала массивную инфузионную внутривенную терапию (глюкозо-инсулинокальциевую смесь, реосорбидакт, физиологический раствор 10%, аминазин). В связи с тяжелым состоянием больной для блокирования патологических импульсов со стороны кишечника (антиперистальтика) проводили введение маркаина в эпидуральный катетер. Учитывая упомянутые свойства Ксилата – антикетогенный эффект, инсулиннезависимый и глюкозо-6-фосфат-ДГ-независимый характер метаболизма, способность поставлять необходимую для синтеза нуклеиновых кислот и протеинов пентозу, – мы вводили Ксилат с первых суток лечения в дозе 10–15 мл/кг со скоростью 60–80 кап./мин. Инфузия Ксилата предшествовала введению глюкозы с целью ее оптимального усвоения.

Біохімічні показники



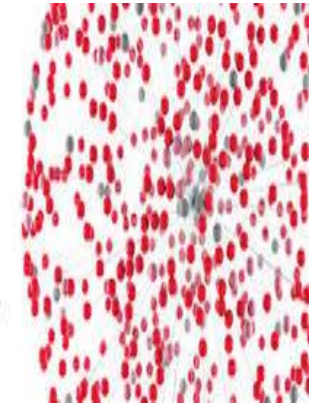
**0 триместр – преконцепційна
консультація -
запорука позитивних наслідків
вагітності**

КОНТРОЛЬ над артеріальним тиском до вагітності

ESC Congress
Munich 2018

25-29 August

Where the world of
cardiology comes together



Виділити категорію пацієнтів з
«високим нормальним АТ»–

консультація кардіолога

Відмінити преконцепційно
гіпотензивні препарати, які
заборонено вживати під час
вагітності (інгібітори АПФ,
блокатори рецепторів
ангіотензину тощо.)

	Європейська асоціація кардіологів (2018)	Американск а асоціація кардіологів (2017)
< 120/80 мм рт ст	оптимальний	нормальний
120-129/80-84	нормальний	підвищений
130-139 / 85-89	високий нормальний	АГ 1 ступеня
140-159/90-99	АГ 1 ступеня	
160-179/100-1 09	АГ 2 ступеня	АГ 2 ступеня
> 180	АГ 3 ступеня	

Гіпотензивна терапія вагітних

- Метілдопа; - Бета-блокатори
- Антагоністи кальцію

- інгібітори АПФ,
- блокатори рецепторів ангіотензіна

Заборонено під час вагітності

Резистентна АГ –альфа-блокатори, клофелін, сечогінні, моксонідін (фізіотенз) При кризі - в / в введення бета-блокаторів (лабеталол, есмолол)

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, CCR, DZHK, partner site Berlin, Hessische Str 3-4, 10115 Berlin, Germany. Tel: +49 30 450 525 288. Fax: +49 30 450 7 525 288. E-mail: vera.regitz-zagrosek@charite.de. Jolien W. Roos-Hesselink, Department of Cardiology, Erasmus Medical Center Rotterdam, Dr. Polewaterplein 40, 3015CCGZ, Rotterdam, Netherlands. Tel: +31 30 7032432. E-mail: j.roos@erasmusmc.nl
ESC Committee for Practice Guidelines (CPG) and National Cardiac Societies document reviewers: listed in the Appendix.

¹Representing the European Society of Anaesthesiology (ESA)
²Representing the European Society of Gynecology (ESG)

ESC entities having participated in the development of this document:

Associations: Acute Cardiovascular Care Association (ACCA), European Association of Cardiovascular Imaging (EACVI), European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI), European Heart Rhythm Association (EHRA), Heart Failure Association (HFA).

Councils: Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions, Council on Cardiovascular Primary Care, Council on Hypertension, Council on Valvular Heart Disease.

Working Groups: Aorta and Peripheral Vascular Diseases, Cardiovascular Pharmacotherapy, Cardiovascular Surgery, Grown-up Congenital Heart Disease, Myocardial and Pericardial Diseases, Pulmonary Circulation and Right Ventricular Function, Thrombosis.

The content of these European Society of Cardiology (ESC) Guidelines has been published for personal and educational use only. No commercial use is authorized. No part of the ESC Guidelines may be translated or reproduced in any form without written permission from the ESC. Permission can be obtained upon submission of a written request to Oxford University Press, the publisher of the European Heart Journal and the party authorized to handle such permissions on behalf of the ESC (journals.permissions@oxfordjournals.org).

Disclaimer. The ESC Guidelines represent the views of the ESC and were produced after careful consideration of the scientific and medical knowledge and the evidence available at the time of their dating. The ESC is not responsible in the event of any contradiction, discrepancy and/or ambiguity between the ESC Guidelines and any other official recommendations or guidelines issued by the relevant public health authorities, in particular in relation to good use of health care or therapeutic strategies. 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 accurate decisions in consideration of 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.

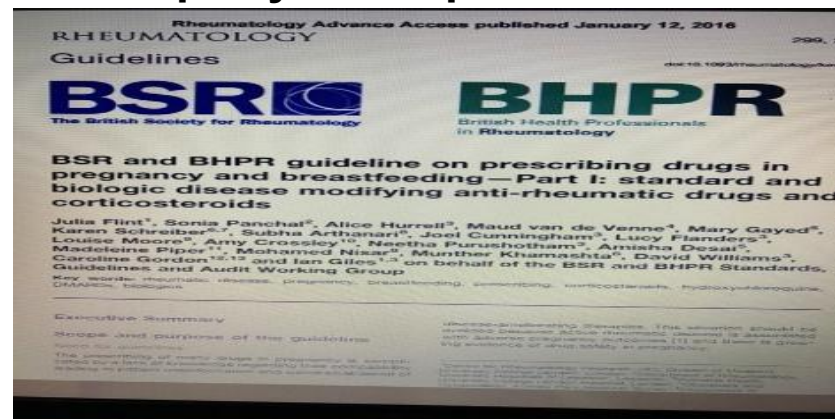
Увага! Препарати, які спричиняють гіпертензію

Оральні контрацептиви	Що містять естрогени
Дієтичні таблетки	фенілпропаноламін і сибутрамін
Назальні спреї	фенілефрину гідрохлорид і нафазолина гідрохлорид
Стимулюючі препарати	Амфетамін, кокаїн, екстазі (гостра гіпертензія)
Солодка (лакриця)	Тривале вживання імітує гіперальдостеронізм, стимулюючи рецептори мінералокортикоїдів і блокуючи метаболізм кортизолу
Імуносупресивні препарати	Циклоспорин А
Антиангіогенну лікування раку	Інгібітори VEGF (бевацизумаб), інгібітори тирозинкінази (сунітініб)
Інші препарати і речовини	Анаболічні стероїди, еритропоетин, НПЗЗ,

Контроль над активністю аутоімунного процесу (СЧВ)

- Серологічний, імунологічний профіль
- Ураження нирок, серця, легенів (є чи ні)
- Анамнез захворювання (лікування, ремісія, загострення)
- Коморбідність (АФС, ВТ, інші аутоімунні захворювання)
- Акушерський анамнез
- Базовий артеріальний тиск, стан нирок (аналіз сечі, УЗД)
- Підтримуюча терапія

Препарат	Совместимость до зачатия	Совместимость в I триместре	Совместимость во II и III триместре	Совместимость с грудным кормлением
Преднизолон, метилпреднизолон	Да	Да	Да	Да
Антималарийные НСQ (плаквенил)	Да	Да	Да	Да
MTX <20 мг/неделю метотрексат	Отменить за 3 мес до зачатия	Нет	Нет	Нет
Сульфосалазин (с 5 мг фолиевой кислоты)	Да	Да	Да	Да
AZA <2мг/кг/сутки (имуран)	Да	Да	Да	Да
Циклоспорин А (CSA)	Да	Да	Да	Да
IVIg	Да	Да	Да	Да
Anti-TNF Инфликсимаб	Да	Да	Да	Да
Ретуксимаб	Отменить за 6 мес до зачатия	Нет	Нет	Нет данных



Контроль стану серцево-судинної системи

Обов'язкова ехокардіографія
преконцепційно за умови наявності:

- Операцій на серці в анамнезі
- Будь якої вродженої патології (стигми, вади...)
- Ранніх раптових смертей в сім'ї
- Анамнезу щодо вроджених вад серця

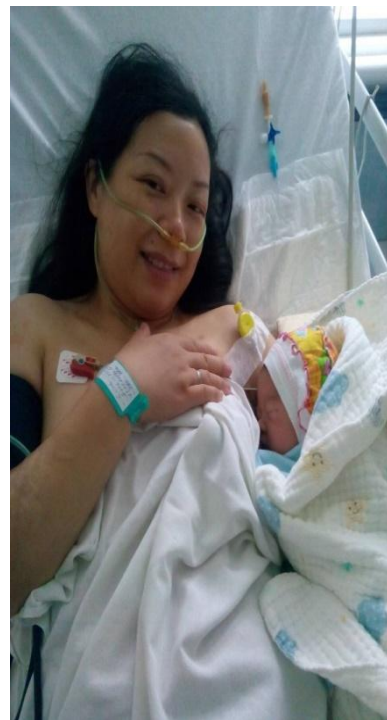


Комунікація з пацієнткою для виявлення коморбідності до вагітності

Захворювання нирок, легенів, крові, шлунково-кишкового тракту



Аналіз сечі, аналіз крові (з ручним підрахунком формули крові), УЗД органів черевної порожнини, рентгенографія легенів за необхідністю, консультації суміжних спеціалістів...



Ми бажаємо Вам
ВІДПЕЧЕННЯ акушерських
проблем екстрагенітальної
патології

067-209-93-22 Давидова Ю.В.