

**О.А. Владимиров, д. мед. н., професор, Н.І. Владимірова, д. мед. н., професор,
Т.В. Авраменко, д. мед. н., професор, І.М. Мелліна, д. мед. н.,
Клінічний санаторій «Жовтень» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»,
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ**

Важливість санаторно-курортного етапу реабілітації в системі надання медичної допомоги вагітним з гіпертонічною хворобою

Охорона материнства і дитинства є пріоритетним напрямом медичної науки та практичної охорони здоров'я в Україні [1, 19, 26, 28, 29, 32, 34, 36, 38, 40-42, 44].

Актуальність проблеми гіпертонічної хвороби (ГХ) у вагітних зумовлена такими показниками, як висока материнська летальність і перинатальна смертність, значна частота ускладнень вагітності, пологів, порушення внутрішньоутробного розвитку плода та стану новонародженого. І саме за наявності цієї патології при виношуванні вагітності часто виникають тяжкі ускладнення: поєднана прееклампсія, невиношування, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, дистрес, затримка розвитку плода та його загибель [24, 30, 33, 37, 46].

Вивчення протягом багатьох років у ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України» (ІПАГ) особливостей клініки та патогенезу ГХ під час вагітності, розробка на їх основі методів профілактики й лікування дають змогу значно поліпшити завершення вагітності для матері та дитини при цьому захворюванні [11-13]. Однак практика свідчить про те, що здебільшого акушери-гінекологи, терапевти, сімейні лікарі недостатньо ознайомлені з питаннями ведення вагітних з ГХ. Як наслідок, діагноз артеріальної гіпертензії (АГ), що передує вагітності, встановлюється запізно, є неповним, а інколи й неправильним. Недостатньою мірою здійснюється спостереження за вагітними з цією патологією, несвоєчасно та неадекватно проводяться лікувально-профілактичні заходи, не враховується необхідність санаторного етапу оздоровлення вагітних, що належать до груп ризику розвитку АГ [2]. З огляду на це нами розроблено методи вдосконалення системи спостереження і лікування зазначеної категорії хворих.

Розроблена система передбачає три етапи надання медичної допомоги вагітним з ГХ: жіноча консультація за місцем проживання; спеціалізоване спостереження (амбулаторно та в умовах стаціонару) при родоводничій установі II і III рівня або ІПАГ; оздоровлення в санаторії для вагітних.

Перший етап – своєчасна і правильна медична допомога в умовах жіночої консультації. Вона має ключове значення в системі спостереження та лікування вагітних з ГХ.

На етапі жіночої консультації при перших зверненнях жінки має бути вжито таких заходів:

- діагностика АГ, що передує вагітності (бажано в термін до 8-10 тижнів);
- ознайомлення жінки з особливостями перебігу вагітності при ГХ; роз'яснення необхідності ретельного спостереження під час вагітності, у тому числі у спеціалізованому акушерському закладі; ознайомлення з правилами вимірювання артеріального тиску (АТ), а також

принципами раціонального режиму дня та харчування;

- направлення жінки з хронічною АГ на спеціалізоване спостереження для встановлення ступеня тяжкості й характеру захворювання; визначення тактики ведення вагітності, початку проведення лікувально-профілактичних заходів.

У подальшому в умовах жіночої консультації здійснюються:

- спостереження за вагітною та регулярне спеціалізоване консультування; контроль за виконанням рекомендованих лікувально-профілактичних заходів;
- направлення на санаторно-курортне лікування у спеціалізоване відділення для вагітних;

- у разі виникнення ускладнень (погіршення стану здоров'я жінки, виявлення ускладнень перебігу вагітності та порушень розвитку плода) – госпіталізація у спеціалізований стаціонар;

- направлення вагітної у спеціалізований стаціонар для підготовки до пологів і розродження;

- передача породіллі під спостереження сімейного лікаря або кардіолога.

Другий етап – висококваліфіковане спеціалізоване спостереження – має здійснюватися в належним чином обладнаних великих акушерських установах терапевтом та акушерками-гінекологами, які обізнані щодо питань ведення пацієнтів з АГ, у тому числі при вагітності (проводиться амбулаторно та в умовах стаціонару на профліжку, а також у пологовому й післяпологовому відділеннях).

Під час першого спеціалізованого спостереження має бути встановлено тяжкість проявів АГ (стадія, ступінь) і, за можливості, характер захворювання (нейроциркуляторна астенія – НЦА за гіпертонічним типом, первинна чи вторинна АГ і яка саме); визначено ризик несприятливого перебігу вагітності для матері та дитини й можливості виношування вагітності. Для цього проводять ретельне обстеження. При подальшому виношуванні вагітності розпочинають лікувально-профілактичні заходи – жінку з ГХ направляють для оздоровлення в санаторій, у спеціалізоване відділення для вагітних.

Із хворою також неодноразово проводять бесіди щодо особливостей перебігу вагітності на тлі ГХ, контролю стану здоров'я самої жінки та її майбутньої дитини, ознайомлюють з діями при тих чи інших порушеннях стану, навчають засадам раціонального режиму дня та харчування, правильному прийому ліків.

Під час подальших звернень оцінюють стан вагітної і плода, у тому числі за допомогою клініко-лабораторно-інструментального обстеження; за необхідності здійснюють корекцію лікувально-профілактичних заходів та призначають терапію ускладнень вагітності; вирішують питання про можливість збереження вагітності; проводять підготовку до пологів і розродження.

На третьому етапі рекомендоване диференційоване санаторно-курортне лікування, спрямоване на зниження частоти ускладнень та антенатальний захист плода при цій патології. Широке застосування кліматичних і низької фізичних факторів санаторно-курортного лікування зменшує медикаментозне навантаження на матір та плід [8, 18].

У санаторії для вагітних здійснюється контроль стану майбутньої матері й дитини, у тому числі за допомогою сучасних лабораторно-інструментальних методів, оцінюється рівень психологічної готовності до материнства.

Вирішення основних завдань надання медичної допомоги вагітним з ГХ

Виявлення хронічної АГ у вагітних

Під час перших звернень жінки з приводу вагітності до жіночої консультації або до будь-якого іншого медичного закладу (бажано до 8-10-го тижня вагітності) у жінки обов'язково вимірюють рівень АТ, суворо дотримуючись при цьому загальноприйнятих правил.

У разі нормальних показників АТ у вагітної обов'язково слід запитати, чи вимірювала вона рівень АТ до вагітності і чи не спостерігалася у неї його підвищення, принаймні до ≥ 140 та/або 90 мм рт. ст. Це необхідно тому, що при АГ у жінки, особливо при її початкових проявах, у першій половині вагітності рівень АТ може бути в межах норми внаслідок так званої гіпотензивної дії вагітності. Не запитавши про рівень АТ до вагітності, захворювання можна «пропустити».

За умови повторного підвищення значень АТ (≥ 140 та/або 90 мм рт. ст.) у першій половині вагітності або наявності вказівок на підвищення рівня АТ до вагітності, у тому числі за даними виписки з амбулаторної картки, у жінки має бути встановлено діагноз хронічної АГ.

Вміти виявити або запідозрити АГ, що передує вагітності, повинен кожен акушер-гінеколог.

Визначення тяжкості хронічної АГ та характеру захворювання

Для визначення тяжкості ГХ у вагітних одночасно використовують дві класифікації: класифікацію АГ за стадією з урахуванням ураження органів-мішеней і класифікацію АГ за ступенем підвищення рівня АТ. Побудовані за різними ознаками, вони доповнюють одна одну і дають ширше уявлення про стан хворої.

Стадію АГ визначають передусім на підставі результатів електрокардіографії або ультразвукового дослідження (УЗД) серця та огляду очного дна лікарем-окулістом незалежно від рівня підвищення АТ.

У разі відсутності уражень органів-мішеней встановлюють діагноз АГ I стадії. За наявності гіпертрофії лівого шлуночка



О.А. Владимиров



Н.І. Владимірова

серця та/або генералізованого звуження артерій сітківки діагностують АГ II стадії.

Для III стадії захворювання є характерним значне підвищення рівня АТ. Діагноз АГ III стадії встановлюють:

- за наявності анамнестичних вказівок на перенесене порушення мозкового кровообігу, пов'язане з високим рівнем АТ, а також його залишкових явищ (діагностуються лікарем-невропатологом);
- у разі виявлення тяжких змін з боку очного дна: крововиливів та/або ексудатів у сітківці з набряком диска зорового нерва або без нього;

- за наявності проявів хронічної серцевої недостатності IIIA стадії і вище або інфаркту міокарда в анамнезі, пов'язаних з високим рівнем АТ при АГ;

- у разі виявлення ознак розширювальної аневризми аорти під час проведення УЗД.

Ступінь тяжкості АГ за рівнем АТ визначають з урахуванням найбільш частого значення АТ без прийому антигіпертензивних засобів, що спостерігався в останні роки (місяці) до вагітності (за даними анамнезу) та в першій її половині. Для цього, а також з метою контролю стану хворої рівень АТ вимірюється не тільки під час кожного візиту вагітної до лікаря, а й обов'язково самостійно двічі на день при задовільному самопочутті пацієнтки та додатково за наявності будь-яких порушень; при цьому ведеться щоденник рівня АТ. У стаціонарі АТ вимірюється щонайменше двічі на день або частіше в разі незадовільного стану жінки, значного підвищення рівня АТ або виражених його коливань.

При підвищенні значень АТ в межах 140-159/90-99 мм рт. ст. встановлюється діагноз АГ I ступеня. У разі, якщо рівень АТ становить 160-179/100-109 мм рт. ст., діагностують АГ II ступеня. При показниках $\geq 180/110$ мм рт. ст. встановлюють діагноз АГ III ступеня. Повторне підвищення рівня діастолічного АТ (ДАТ) понад 130 мм рт. ст. є ознакою злоякісної АГ. Синдром злоякісної АГ діагностують у разі ДАТ > 130 мм рт. ст. та за наявності змін очного дна, що характерні для III стадії захворювання.

У більшості жінок із хронічною АГ спостерігається первинна АГ, або ГХ. Такий різновид гіпертензії розглядають як наслідок порушень нейроендокринної регуляції судинного тонуусу в генетично схильних осіб, що виникає під впливом негативних факторів зовнішнього середовища. На відміну від вторинної (симптоматичної) АГ ГХ є захворюванням, яке не пов'язане з будь-якою відомою причиною.

Захворюваннями, що зумовлюють розвиток вторинної АГ, є: паренхіматозні хвороби нирок (хронічний гломерулонефрит, хронічний пієлонефрит,

Продовження на стор. 26.

О.А. Владимиров, д. мед. н., професор, Н.І. Владимірова, д. мед. н., професор, Т.В. Авраменко, д. мед. н., професор, І.М. Мелліна, д. мед. н., Клінічний санаторій «Жовтень» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця», ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

Важливість санаторно-курортного етапу реабілітації в системі надання медичної допомоги вагітним з гіпертонічною хворобою

Продовження. Початок на стор. 25.

діабетична нефропатія, ураження нирок при системних захворюваннях сполучної тканини, полікістоз тощо); стеноз однієї або обох ниркових артерій (фібротична дисплазія, аортоартеріт, рубці, гематоми, пухлини, що стискають ниркові судини); коаркція аорти, ендокринна патологія (первинний гіперальдостеронізм, феохромоцитома, хвороба або синдром Іценка-Кушинга) тощо. Визначення характеру хронічної АГ у вагітних проводить за загальноприйнятими критеріями досвідчений лікар-терапевт, а за необхідності – ендокринолог, кардіохірург та інші фахівці.

Гіпертонічну хворобу I стадії I ступеня слід по можливості відрізнити від НЦА за гіпертонічним типом. Остання, як відомо, характеризується транзиторним підвищенням рівня АТ до невисоких значень зі спонтанною його нормалізацією протягом короткого періоду (як правило, за кілька годин чи швидше); підвищення рівня АТ супроводжується вегетативними проявами: серцебиттям, пітливістю, тремором, плямистим почервонінням обличчя; спостерігаються занепокоєння жінки станом свого здоров'я, страх. При цьому ознаки органічного ураження серцево-судинної системи, зміни з боку нирок або інших органів, які можуть бути причиною вторинної АГ, відсутні. З огляду на те, що у жінок з ГХ часто реєструють нерво-психічні і вегетативні розлади під час вагітності, а в першій її половині можлива так звана гіпотензивна дія вагітності, диференційна діагностика цих двох станів може бути утрудненою. Але оскільки не тільки ГХ I стадії I ступеня, а й НЦА за гіпертонічним типом призводить до частих ускладнень під час вагітності, у разі встановлення такого діагнозу спостерігати за хворими, проводити у них лікувально-профілактичні заходи слід за тими самими критеріями, що і у вагітних з ГХ.

Фактори ризику несприятливого завершення вагітності для матері і дитини на тлі ГХ

Одним із найбільш характерних і тяжких ускладнень у вагітних з ГХ є поєднана прееклампсія. Саме приєднання останньої, особливо в тяжкій формі на ранніх термінах, зумовлює несприятливе завершення вагітності для матері та дитини при ГХ. На тлі поєднаної прееклампсії виникає загроза розвитку в матері порушення мозкового кровообігу, крововиливів у ділянку очного дна і відшарування сітківки, гострої та хронічної ниркової недостатності, набряку легенів. При цьому ускладненні часто спостерігаються передчасні пологи, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, коагулопатичні кровотечі та необхідність розродження шляхом операції кесаревого розтину. Поєднана прееклампсія є основною причиною тяжких порушень стану плода і новонародженого та високої дитячої перинатальної смертності [11, 13].

Ризик розвитку поєднаної прееклампсії у пацієнток з ГХ найбільшою мірою визначається тяжкістю проявів

захворювання і насамперед ступенем підвищення АТ. У хворих на ГХ I ступеня, які в популяції становлять переважну більшість, це ускладнення значно частіше виникає в жінок із надлишковою масою тіла та ожирінням, а в пацієнток з нормальною масою тіла до вагітності – у разі її патологічного збільшення в термін до 28-30 тижнів гестації [6]. Наявність у жінки обтяженого акушерського анамнезу (тяжка прееклампсія, що розвинулася в термін до 32 тижнів вагітності і призвела до втрати дитини) є додатковим фактором ризику несприятливого завершення вагітності незалежно від тяжкості проявів ГХ.

Під час вагітності найбільш високоінформативним індивідуальним критерієм ризику розвитку поєднаної прееклампсії та порушень стану плода у жінок з ГХ є зміна показників центрального кровообігу – хвилинного об'єму (ХО) і загального периферичного судинного опору (ЗПСО), що визначають рівень АТ. Оскільки кровопостачання матки, плаценти і плода значною мірою залежить від об'єму циркулюючої крові, виражене зменшення ХО на тлі підвищення ЗПСО, що часто спостерігається у жінок з ГХ, особливо у другій половині вагітності, призводить до виникнення порушень функціонування матково-плацентарно-плодового комплексу та вищезазначених ускладнень. Визначення показників центрального кровообігу у кожної хворої в динаміці вагітності, починаючи з 12-14-го тижня, дає змогу не тільки прогнозувати її перебіг найближчим часом, а й у разі необхідності проводити адекватну медикаментозну корекцію гемодинамічних порушень і тим самим запобігати розвитку ускладнень [15].

У вагітних з ГХ також часто спостерігаються метаболічні порушення: ще до настання вагітності фіксують надлишкову масу тіла й ожиріння, під час вагітності реєструють патологічне збільшення маси тіла, гестаційний цукровий діабет, дисліпідемію [3, 14]. Нелікований гестаційний діабет є вагомим незалежним від АГ фактором ризику розвитку прееклампсії та порушень стану плода і новонародженого [22, 25, 35].

Моніторинг стану вагітної і плода при ГХ

Для визначення стану вагітної з ГХ, ризику виникнення у неї поєднаної прееклампсії та порушень стану плода, а також своєчасної діагностики розвитку ускладнень необхідне ретельне спостереження.

Моніторинг стану жінки і плода при ГХ здійснюється згідно з Клінічним протоколом «Гіпертензивні розлади під час вагітності», затвердженим Наказом МОЗ України від 31.12.2004 р. № 676 [4].

Також важливим є визначення показників центрального кровообігу за допомогою методу тетраполярної реографії в динаміці вагітності [11, 13, 15]. Перше таке дослідження слід проводити в термін 12-14 тижнів вагітності, у подальшому – у процесі підбору антигіпертензивної терапії (за необхідності призначення

останньої), в умовах амбулаторного спостереження – під час кожного планового візиту до лікаря (зазвичай до 20-го тижня вагітності – 1 раз на 3 тижні, з 20-го до 28-го тижня – 1 раз на 2 тижні, після 28-го тижня – 1 раз на тиждень); у разі спостереження в стаціонарі – залежно від стану жінки.

Згідно з рекомендаціями Європейського товариства кардіологів (2011) [31] у цієї категорії пацієнток необхідно виконувати такі обстеження:

– УЗД надниркових залоз і визначення рівня метанефрину та норметанефрину (загальних метанефринів) у добовій сечі для виключення наявності в жінки феохромоцитом – гормонально активної пухлини, яка може перебігати безсимптомно або мати нетипові клінічні прояви і водночас призвести до розвитку тяжкого, небезпечного для життя гіпертензивного кризу (кризів);

– проведення ультразвукової доплерографії маткових артерій у II триместрі вагітності (після 16 тижнів) для визначення матково-плацентарної гіпоперфузії, що свідчить про високий ризик розвитку прееклампсії та внутрішньоутробної затримки росту плода у жінок як із високим, так і з низьким ризиком виникнення ускладнень.

Можливості виношування вагітності у хворих на ГХ

Ризик несприятливого перебігу й завершення вагітності для матері та дитини на тлі ГХ навіть при мінімальних проявах захворювання є значно вищим за популяційний.

При ГХ 3 ступеня, захворюванні III стадії (як правило, при цьому реєструють і 3 ступінь АГ), а також синдромі зляканої АГ виношування вагітності асоціюється з дуже високим ризиком розвитку тяжких ускладнень для здоров'я матері, а також втрати дитини. З огляду на це виношування вагітності жінкам з такими тяжкими проявами ГХ є протипоказаним. У цих хворих питання про неприпустимість виношування вагітності необхідно ставити ще до її виникнення, а якщо вагітність настала – слід переривати її в I триместрі.

Відповідно до Клінічного протоколу показаннями до переривання вагітності в пізньому терміні є: зляканий перебіг АГ; розшаровуюча аневризма аорти; гостре порушення мозкового або коронарного кровообігу (тільки після стабілізації стану хворої); раннє приєднання прееклампсії, яка не піддається інтенсивній терапії.

Лікувально-профілактичні заходи у вагітних з ГХ

Основою терапії і профілактики у всіх вагітних з ГХ є *лікувально-охоронний режим*. Він передбачає максимальне обмеження стресових ситуацій удома, на роботі, в побуті, а також під час спілкування з медичними працівниками. Останнє має бути спокійним, доброзичливим, довірливим. Необхідними є правильна організація режиму праці й відпочинку; обмеження фізичних, розумових та емоційних перенапружень; достатній нормальний сон. Дуже важливою є підтримка вагітної родиною.

Харчування має бути повноцінним, до раціону мають входити продукти з великою кількістю білка, магнію, калію, кальцію, вітамінів, поліненасичених жирних кислот. Значне обмеження вживання кухонної солі не передбачено, але дуже солоні їжі не рекомендується. Харчові продукти слід споживати вареними, приготовленими на парі або в сирому вигляді. Жінкам з вихідною нормальною масою тіла не варто зловживати вуглеводами, що легко засвоюються, та жирами тваринного походження. Вагітним із надмірною масою тіла необхідно значно обмежувати споживання вуглеводів, що легко засвоюються, і жирів, що тяжко засвоюються.

Під час вагітності не слід також боротися із зайвою вагою тіла, водночас значне її збільшення також є неприпустимим. У жінок із вихідною нормальною масою тіла (індекс маси тіла – ІМТ $\leq 24,9$ кг/м²) *оптимальне збільшення маси тіла під час вагітності* має становити 10-12 кг (близько 300 г/тиж), хоча припустимим є і показник 16 кг. У жінок із надлишковою масою тіла (ІМТ 25,0-29,9 кг/м²) оптимальним є збільшення ваги на 8-10 кг (близько 200 г/тиж), припустимим – 12 кг; у жінок з ожирінням – 6-8 кг (близько 200 г/тиж).

Відмова від куріння та зловживання алкоголем є суворою необхідною.

Антигіпертензивна терапія, спрямована на зниження або нормалізацію рівня АТ, не запобігає розвитку ускладнень вагітності у пацієнток з ГХ [23]. Водночас наш багаторічний досвід свідчить про те, що значно покращити завершення вагітності для матері та дитини при цьому захворюванні можливо, якщо антигіпертензивне лікування спрямовувати на нормалізацію показників центральної гемодинаміки – зниження ЗПСО й забезпечення нормального для вагітних ХО, тобто проводити патогенетичну індивідуалізовану терапію [11, 13]. Для цього здійснюють ретельний контроль показників центрального кровообігу в динаміці вагітності у кожної хворої. У разі необхідності тривалого лікування призначають антигіпертензивні препарати з вазодилатуючою дією. У тих випадках, коли на тлі зменшення ЗПСО нормалізація ХО не досягається, до антигіпертензивних додають засоби, що сприяють збільшенню об'єму циркулюючої крові й покращують мікроциркуляцію (наприклад, реосорбілат або рефортан внутрішньовенно краплинно, дуже повільно).

Необхідність призначення тривалої суто антигіпертензивної терапії вагітним визначається з урахуванням ступеня підвищення рівня АТ, терміну вагітності та показників ХО і ЗПСО.

Оскільки жоден з існуючих антигіпертензивних засобів не є абсолютно безпечним для ембріона і плода, проводити антигіпертензивну терапію в I триместрі вагітності не слід. Виняток становлять хворі з АГ 3 ступеня та жінки, які погано переносять будь-які епізоди підвищення рівня АТ [4].

На більш пізніх термінах вагітності пацієнтки з АТ 140/90-149/94 мм рт. ст. зазвичай також не потребують лікування антигіпертензивними засобами [4]. Виняток становлять жінки з підвищенням ЗПСО і значним стійким зниженням ХО (≤ 4 л/хв), а також вагітні з підвищеним ЗПСО і помірним зниженням ХО ($< 5,5$ л/хв) та клінічними проявами захворювання – головним болем, запамороченням. Таким пацієнткам призначають субтерапевтичні дози вазодилатуючих препаратів [16].

Тривалу антигіпертензивну терапію проводять з 13-14-го тижня вагітності у разі підвищення АТ до $\geq 150/95$ мм рт. ст. [4].

При цьому застосовують найбільш безпечні для матері та плода препарати, а саме метилдофу – α_2 -агоніст центральної дії, блокатори кальцієвих каналів із групи дигідропіридинів, лабеталол – β -адреноблокатор з α -блокуючою дією I покоління (останній в Україні для перорального прийому не зареєстровано) [36].

Санаторно-курортне лікування вагітних з ГХ

Великий арсенал лікарських засобів, що використовуються в терапії ГХ, не завжди можна застосовувати під час вагітності у зв'язку з тератогенною, ембріон- та фетотоксичною дією багатьох із них, несприятливим впливом на матково-плацентарний кровообіг, систему гемостазу і скоротливу діяльність матки.

Тому в системі надання медичної допомоги вагітним з акушерською та екстрагенітальною патологією, у тому числі з ГХ, особливого значення набуває розробка немедикаментозних методів реабілітації, зокрема санаторно-курортного лікування, важлива роль якого зумовлена широкими можливостями застосування кліматичних та низки фізичних факторів із зменшенням при цьому медикаментозного навантаження на матір і плід.

Науково розроблені програми санаторно-курортного лікування вагітних впроваджено у практику роботи 7 відділень оздоровлення вагітних системи ПраТ «Укрпрофоздоровниця» України: санаторій «Жовтень» (м. Київ), «Карпати» (Закарпаття), «Лермонтовський» (м. Одеса), «Хорол» (м. Миргород), «Великий Луг» (м. Запоріжжя), «Авангард» (м. Немирів), «Високий» (м. Харків). На сьогодні в оздоровницях України щороку лікується понад 4,5 тис. вагітних.

Практичній охороні здоров'я запропоновано патогенетично обґрунтовані програми санаторно-курортного лікування, які передбачають як загальні для всіх вагітних заходи (базову терапію), так і диференційовані методи залежно від нозологічної форми захворювання, його тяжкості, функції окремих органів і терміну вагітності [8, 18].

Система санаторного лікування вагітних з ГХ включає диференційовані засоби залежно від особливостей центральної гемодинаміки – провідного патогенетичного механізму, що безпосередньо визначає підвищення рівня АТ.

Базова терапія для всіх вагітних з ГХ передбачає дотримання лікувально-охоронного режиму (щадний і щадно-тренувальний), кліматотерапію (аеро- та геліотерапія, загартовування водою), фізичну реабілітацію (лікувальна дозована нордична ходьба, комплекси лікувальної фізичної

культури залежно від терміну вагітності, гідрокінезотерапія, краніосакральна терапія, спортивні ігри), лікувальне харчування, психотерапію (аутогенне тренування, музикотерапія, фіто-, аерофіто- та ароматерапія, масаж комірцевої зони). Усе це сприяє підвищенню адаптаційних можливостей організму загалом і системи кровообігу зокрема.

Диференційоване санаторно-курортне лікування вагітних з ГХ спрямоване на поліпшення кровообігу (зниження підвищеного тону судин та гіперфункції міокарда, поліпшення ниркової гемодинаміки), процесів метаболізму, функціонального стану центральної нервової системи. Фізичні методи, що використовуються для диференційованого лікування вагітних з ГХ, подано в таблиці.

На санаторно-курортне оздоровлення слід направляти вагітних з ГХ після встановлення тяжкості проявів захворювання, визначення схеми необхідного медикаментозного лікування, у тому числі підбору ефективних антигіпертензивних препаратів; за відсутності значного порушення стану здоров'я матері, явищ загрози невиношування вагітності, поєднаної преєклампсії, дистресу плода, затримки його внутрішньоутробного росту тощо.

Тривалість санаторно-курортного лікування у спеціалізованому санаторії для вагітних у жінок з ГХ становить 24 дні. Доцільним є проходження одного або двох курсів оздоровлення в санаторії. Хворим з ГХ I і 2 ступеня слід рекомендувати перебування в санаторії до 28 тижнів вагітності. У жінок з ГХ 3 ступеня, враховуючи дуже високий ризик розвитку ускладнень, що зростає зі збільшенням терміну вагітності, санаторно-курортне оздоровлення слід обмежувати 22 тижнями вагітності.

Проведення розроблених лікувально-профілактичних заходів під ретельним спостереженням за станом пацієнтки в жіночій консультації, спеціалізованому акушерському закладі й санаторії для вагітних дає змогу значно поліпшити перебіг та завершення вагітності у хворих на ГХ: знизити частоту виникнення поєднаної преєклампсії до 12-15%, уникнути розвитку тяжкої ранньої преєклампсії, а також звести до загальнопопуляційного рівня показник дитячої перинатальної смертності.

Організація запропонованої триетапної системи надання медичної допомоги вагітним з ГХ з включенням санаторно-курортного етапу лікування є економічно необтяжливою. В Україні діє Державна програма безкоштовного оздоровлення вагітних за рахунок коштів Фонду соціального страхування з тимчасовою втратою працездатності.

Санаторії для вагітних є важливою ланкою в системі диспансеризації пацієнток. Перехід від доглядкової системи спостереження (жіноча консультація – пологове відділення) до триланкової із включенням санаторного етапу (жіноча консультація – санаторій – пологовий будинок) значно підвищує ефективність лікування, позитивно впливає на результати вагітності й пологів для матері та дитини.

Література

1. Венцовский Б.М. Интенсивное наблюдение и лечение при позднем гестозе / Б.М. Венцовский, Я.М. Витовский; под ред. Б.М. Венцовского, Г.К. Степанковской // Акушерство и гинекология. Неотложная помощь. – М.: Эксмо, 2008. – Глава 4. – С. 51-83. – (Новейший медицинский справочник).
2. Визначення частоти та структури гіпертензивних розладів у вагітних. Оцінка якості діагностики гіпертонічної хвороби на етапі жіночої консультації / І.М. Мелліна, Л.Б. Гутман, Л.І. Тутченко, А.А. Гудименко // Здоров'я жінки. – 2007. – № 3 (31). – С. 67-69.
3. Гестаційний діабет у жінок з гіпертонічною хворобою: частота і можливості покращання вуглеводного обміну / І.М. Мелліна, Т.В. Авраменко, Л.І. Тутченко, А.А. Гамоля // Здоров'я України. Гінекологія. Акушерство. Репродуктологія. – 2011. – № 2. – С. 32-33.
4. Гіпертензивні розлади під час вагітності / Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги: Наказ МОЗ України від 31.12.2004 р. № 676. – К., 2004. – С. 4-31.
5. Громова О.А. Магний і піроксидин: основні знання. – М., 2006. – 176 с.
6. Значення клінічних характеристик стану вагітних з гіпертонічною хворобою для розвитку поєднаної преєклампсії та порушень стану новонародженого / І.М. Мелліна, Т.В. Авраменко, Л.І. Тутченко, А.А. Гудименко, С.М. Янюта // Здоров'я України. Педіатрія, акушерство. Гінекологія. – 2010. – № 4. – С. 70-71.
7. Изменения в эндотелиальной системе сосудов беременных при гестозе / В.В. Авруцкая, В.И. Орлов, А.Ю. Пономарев и др. // Рос. вестн. акушер. – гинекол. – 2007. – № 1. – С. 4-6.
8. Лечебные физические факторы у беременных / А.А. Владимиров, Л.Б. Гутман, Г.Н. Пономаренко, Н.И. Тофан. – СПб.: ИИЦ «Балтика», 2004. – 221 с.
9. Маркін Л.Б. Патологічні основи доплерометричного моніторингу системи «мати-плацента-плід» при преєклампсії / Л.Б. Маркін, К.Л. Шатилевич // Здоров'я України. Гінекологія. Акушерство. Репродуктологія. – 2011. – № 1. – С. 11-13.
10. Мелліна І.М. Недостаток магнія і його вплив на течення вагітності, стан плода і новонародженого у вагітних з гіпертонічною хворобою. Профілактика ускладнень з допомогою препаратів магнію-В6 / І.М. Мелліна, Т.Л. Павловська // Здоров'я жінки. – 2005. – № 2. – С. 39-42.
11. Мелліна І.М. Профілактика поєднаної преєклампсії у вагітних з гіпертонічною хворобою / І.М. Мелліна // Здоров'я України. Гінекологія, акушерство, репродуктологія. – 2011. – № 1. – С. 36-38.
12. Мелліна І.М. Гіпертонічна хвороба і вагітність: основні клінічні питання / І.М. Мелліна // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2012. – № 6-7. – С. 5-10.
13. Мелліна І.М. Сочетанная преэклампсия у беременных с гипертонической болезнью: предупредить возможно и необходимо / І.М. Мелліна // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2011. – № 4 (44). – С. 5-13.
14. Метаболические нарушения у беременных с гипертонической болезнью / І.М. Мелліна, Т.В. Авраменко, Л.И. Тутченко, А.А. Гамоля, С.М. Янюта // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2012. – № 5. – С. 22-29.
15. Пат. № 46144 Україна, МПК А61В5/02. Спосіб оцінки стану жінок з гіпертонічною хворобою в динаміці вагітності та лікування / І.М. Мелліна: ДУ «ІПАГ АМН України» – 3. № u200906246 від 16.06.2009. – Опубл. 10.12.2009, Бюл. № 23.
16. Пат. № 36586 Україна, МПК А61К31/00. Спосіб лікування вагітних з гіпертонічною хворобою I ступеня, що супроводжується значними порушеннями стану центрального кровообігу / І.М. Мелліна, Л.Б. Гутман, Л.І. Тутченко, А.А. Гудименко: ДУ «ІПАГ АМН України» – 3. № u200808903; заявл. 07.07.2008; опубл. 27.10.2008. Бюл. № 20.
17. Роль дисфункції ендотелію в генезі серцево-судинних захворювань / В.Н. Ельський, Н.Т. Ватутин, Н.В. Калинкина, А.М. Салахова // Журн. АМН України. – 2008. – № 14 (1). – С. 51-62.
18. Фізіотерапія: підручник за ред. проф. О.А. Владимірова, проф. В.В. Ежова, д. мед. н. Г.М. Пономаренка. – К.: Поліграфічний дім «Формат», 2013. – 432 с.
19. Шалина Р.И. Гестоз. Современное состояние вопроса / Р.И. Шалина // Акушер. и гинекол. – 2007. – № 5. – С. 27-33.
20. Янюта С.М. Порушення ендотеліальної функції у вагітних жінок з гіпертонічною хворобою / С.М. Янюта // 36. наук. праць асоціації акушерів-гінекологів. – Одеса, 2011. – С. 748-750.
21. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // European Heart Journal. – 2013. – Vol. 34, Issue 28. – P. 2159-2219.

Повний список літератури, що включає 46 пунктів, знаходиться в редакції.

3

Процедура	Диференційоване лікування	
	при ХО >8 л/хв	при ХО <8 л/хв
Ванни	Хвойні; йодобромні; вуглекислі з концентрацією CO ₂ 1,2 г/л; температура ванн – 36 °С, тривалість процедури – 10 хв; відпускаються через день. Курс – 8-10 процедур	Кисневі з концентрацією O ₂ 30-40 г/л; морські з концентрацією морської солі 20-40 г/л; вуглекислі з концентрацією CO ₂ до 2 г/л; температура ванн – 36 °С, тривалість процедури – 10 хв; відпускаються через день. Курс – 8-10 процедур
Електросонотерапія	Частота – 10 Гц, сила струму – 7-8 мА, тривалість – 30 хв, проводиться через день. Курс – 10 процедур	Частота – 80-100 Гц, сила струму – 7-8 мА, тривалість – 30 хв, проводиться через день. Курс – 10 процедур
Електрофорез	Магнію, папаверину, бромур за методикою Вермея, силою струму до 15 мА, тривалість 10-15 хв, проводиться через день. Курс – 10 процедур	На комірцеву зону, сила струму – до 15 мА, тривалість – 10-15 хв, проводиться через день. Курс – 10 процедур
Синусомодульовані струми (СМС)	СМС на шийні симпатичні вузли. Режим I, рід роботи I, 150 Гц, 2-4 хв; рід роботи IV, 70 Гц, 2-4 хв. Курс – 8-10 процедур через день	Паравертебрально на С IV-D II. Режим I, рід роботи III, 50 Гц, 3-5 хв. Курс – 10-12 процедур через день

СОЦІАЛЬНА ПРОГРАММА
ОЗДОРОВЛЕНИЕ
БЕРЕМЕННЫХ
ЗА СЧЕТ ГОСУДАРСТВА

САНАТОРИЙ «ЖОВТЕНЬ»
24 ДНЯ РЕЛАКСА И ЛЕЧЕНИЯ

САНАТОРИЙ «ЖОВТЕНЬ» 24 ДНЯ РЕЛАКСА И ЛЕЧЕНИЯ

Для работающих беременных путевка выдается бесплатно, за счет средств Фонда социального страхования, сроком на 24 дня.

ВСЕГО 4 ШАГА, ЧТОБЫ ПОЛУЧИТЬ ПУТЕВКУ:

- 1 В женской консультации взять у врача 2 документа:
 - Направление на санаторно курортное лечение
 - обменную карту
- 2 По месту работы оформить справку соответствующего образца (справку можно скачать на сайте санатория «Жовтень»)
- 3 Справку заверить печатью в региональной дирекции ФСС ВПТ (фонда соц. страхования)
- 4 Получить путевку в отборочной комиссии Роддома №5 по адресу Краснозвездный (Лобановского) проспект, 2 тел. (044) 249-80-63

По прибытию в санаторий – обратиться в регистратуру.

Остались вопросы?
Звоните:
отдел реализации путевок: (044) 259-15-70;
отделение беременных: (044) 2592032; (067) 9882545; (095) 8315976.

Адрес санатория «Жовтень»:
г. Киев, Конча-Заспа,
Столичное шоссе, 27 км.

Сайт: zhovten.org