

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00561&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00561. Системні захворювання під час вагітності

Коментар експерта. В Україні наявні медико-технологічні документи за темами: Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та в післяпологовому періоді <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy/item/96-eklampsia>

Автор: Seppo Saarikoski

Редактор оригінального тексту: Heidi Alenius

Дата останнього оновлення: 2017-08-17

Основні положення

- Недостатньо ефективне лікування або неліковане системне захворювання призводить до погіршення фертильності; втім адекватне лікування здатне ефективно відновити репродуктивну функцію.

Коментар експерта. Інструкції для медичного застосування, затверджені МОЗ України, більшості лікарських засобів, рекомендованих даною настановою, містять застереження та навіть протипоказання щодо їх призначення під час вагітності (оцінка співвідношення ризик/користь), що необхідно враховувати під час вибору лікування конкретного пацієнта.

- Попереднє вивчення анамнезу і консультування фахівцем, який лікує системне захворювання, та акушером, є важливим для оцінки окремих ризиків вагітності та пологів.
- Системне захворювання слід ретельно контролювати протягом всієї вагітності у осіб з високим ступенем ризику. Надзвичайно важливою є тісна співпраця між жіночою консультацією та пологовим будинком [Настанова 00554] Antenatal clinics and sp...].

- Зростання середнього віку породіллі асоціюється зі збільшенням поширеності хронічних захворювань серед вагітних жінок.
- Див. також [\[настанова 00565\]](#) | Використання лікарських ...].

Серцеві і судинні захворювання

- Серцевий викид починає зростати протягом першого триместру вагітності і врешті збільшується на 30–50%. Це означає збільшення циркуляторного навантаження на серце. Зростає частота серцевих скорочень і серцевого викиду, а периферичний судинний опір падає.
- Здатність серцево-судинної системи реагувати на фізичні навантаження є обмеженою, особливо протягом третього триместру.
- Вісь серця змінюється на горизонтальну і трохи вліво, внаслідок підйому діафрагми, що збільшує схильність до екстрасистолії.
- Під час вагітності матка призводить до стиснення порожнистої вени в положенні, коли жінка лежить на спині. Це зменшує венозне повернення. Тому під час будь-якого тривалого огляду або лікування, вагітна жінка повинна займати положення - лежачи на лівому боці.

Гіпертензія [\[доказ 05007 | C\]](#) [\[доказ 05668 | D\]](#) [\[доказ 00466 | B\]](#) [\[доказ 07603 | B\]](#) [\[доказ 00742 | C\]](#) [\[доказ 06964 | B\]](#) [\[доказ 03548 | B\]](#) [\[доказ 00388 | B\]](#) [\[доказ 00255 | A\]](#)

- Див. [\[настанова 00559\]](#) | Гестаційна гіпертензія (...) та [\[настанова 00554\]](#) | Antenatal clinics and sp...].
- Верхня межа рівню нормального артеріального тиску у жінки фертильного віку становить 130/80 мм рт. ст. Верхня межа артеріального тиску при фізичному навантаженні під час вагітності становить 140/90 мм рт. ст.
- Гіпертензія під час вагітності асоційована з преєклампсією у 70% хворих, а хронічна гіпертензія — у 30% пацієнтів.
- Частота випадків хронічної гіпертензії в Північній Європі складає близько 2–4%. Ризик гіпертензії зростає після 30 років.
- Ризики плоду тісно пов'язані з хронічною плацентарною недостатністю, зокрема, незрілість новонародженого та гіпоксія плоду. Материнський ризик при тяжкій гіпертензії асоціюється з порушенням мозкового кровообігу, серцевою недостатністю та ускладненнями, спричиненими поєднаною преєклампсією.

- Невелике або помірне підвищення артеріального тиску без альбумінурії не є ознакою високого ризику. Важливим є регулярний моніторинг вагітності в амбулаторії пологового будинку. Якщо виникає альбумінурія, майбутня мати повинна бути скерована до лікарні.
- Більшість антигіпертензивних лікарських засобів можуть бути застосовані під час вагітності. З усіх лікарських засобів, що блокують бета-адренергічні рецептори [доказ 00388] [В], лабеталол є найбільш часто застосовуваним і вважається лікарським засобом вибору. Атенолол може спричинити затримку росту плоду. Також можна призначити метопролол і ніфедипін [доказ 00742] [С]. Фармакотерапію слід ініціювати, коли діастолічний тиск перевищує 100 мм рт. ст. Лікування сприяє зменшенню материнського ризику. Не існує доказів щодо користі терапії лікарськими засобами у разі м'якого або помірно підвищеного артеріального тиску як для матері, так і для дитини [доказ 00255] [А].

Коментар експерта. Лікарський засіб лабеталол станом на 11.06.2019 в Україні не зареєстрований.

- Вже на етапі планування вагітності інгібітори АПФ повинні бути замінені на інші групи лікарських засобів. Інгібітори АПФ спричиняють пошкодження нирок у плода та анурію новонародженого. Вони також гальмують нормальний гестаційний розвиток судинної системи. Блокатори ангіотензинових рецепторів (сартани) також протипоказані під час вагітності.
- Діуретики також не рекомендуються, оскільки зменшення об'єму плазми пов'язують з хронічною гіпертензією, і особливо — з прееклампсією.

Серцеві захворювання

- Збільшення навантаження під час вагітності може спричинити серйозні проблеми у зв'язку зі зростанням навантаження тиском, наприклад, при мітральному стенозі, а також при вроджених вадах серця, асоційованих з гіпоксією. Матері з мітральним стенозом мають підвищений ризик виникнення фібриляції передсердь та гострої серцевої недостатності у вигляді набряку легень.
- Ймовірність материнської смертності внаслідок розширення гирла аорти, асоційованого з синдромом Марфана, досягає 50%. Ризик збільшується, коли розмір гирла аорти перевищує 4,5 см. Легенева

гіпертензія асоціюється з аналогічними ризиками. Синдром Айзенменгера і важкі кардіоміопатії також належать до групи високого ризику.

- Якщо у матері діагностовано I або II функціональний клас серцевої недостатності за шкалою NYHA, що вимірює функціональну активність [настанова 00088 |Хронічна серцева недоста...], або аналогічний клас за шкалою CSS, яка вимірює інтенсивність болю при стенокардії, вагітність не становить для неї значного ризику.
- Материнська смертність при серцевому захворюванні класу III-IV NYHA / CSS становить близько 10%, особливо, якщо повна оцінка серцевого статусу та відповідного медичного менеджменту не була проведена до вагітності. Ступінь ризику є аналогічним під час вагітності після інфаркту міокарда.
- Медичне лікування обирається залежно від виду серцевого захворювання та стану пацієнтки.

Тромботичні ускладнення

- Ризик виникнення рецидивуючого тромбозу глибоких вен або емболії легенів збільшується в 40 разів під час вагітності.
- Основними лабораторними дослідженнями є активований частковий тромбопластиновий час (АЧТЧ), для виявлення можливого антифосфоліпідного синдрому (вовчаковий антикоагулянтний синдром), АТ_{III}, протеїну-С та протеїну-S
- Коли тромбоз глибоких вен або емболія легеневої артерії асоціюються з недостатністю АТ_{III}, протеїну-С або протеїну-S, профілактика тромбоутворення із застосуванням низькомолекулярного гепарину повинна починатися вже з 6 тижня гестації і тривати протягом всієї вагітності до 3 місяців з моменту пологів. У разі дефіциту III, концентрат АТ_{III} можливо застосовувати під час пологів.
- Якщо на ранньому строці тромбоз розвинувся без дефіциту АТ_{III}, протеїну-С або протеїну-S, профілактичне лікування починати з 20–24 тижнів вагітності і завершувати через 6–12 тижнів після пологів.
- Лікарським засобом вибору є низькомолекулярний гепарин, що вводять один раз на добу. Моніторинг лікування не потрібен. Потрібно вводити подвійну дозу після 24-го тижня вагітності, а також у разі, коли маса тіла матері є понад 75 кг.

- Лікування необхідно припинити на час пологів, за 12 годин до початку індукції пологів.
- Варфарин є відомим як тератогенний агент. Тому він не застосовується, крім пацієнтів із протезованим клапаном серця. Низькомолекулярний гепарин є альтернативним варіантом лікування, який не здатен проникати через плацентарний бар'єр.
- Див. також [\[настанова 00107 | Лабораторна оцінка тромб...\]](#).

Метаболічні порушення

Діабет [\[доказ 07136 | D\]](#) [\[доказ 05708 | C\]](#) [\[доказ 04384 | B\]](#) [\[доказ 06978 | B\]](#) [\[доказ 05228 | A\]](#)

- Вагітність, ускладнена інсулінозалежним діабетом, відноситься до однієї з найважливіших груп ризику в акушерстві на теперішній час. Через низьку кількість випадків захворювання, вагітних з діабетом слід концентрувати в університетських або центральних лікарнях.
- Діабет передбачає підвищений ризик розвитку вад, але це може бути зменшено прекоцептуальним контролем рівня глюкози. Акушер, медична сестра ендокринологічного профілю, терапевт-дієтолог та лікар-терапевт беруть участь у догляді протягом всієї вагітності.
- Ретельний моніторинг у жіночій консультації триває з першого триместру вагітності з інтервалом 1–4 тижнів. Короткотермінова госпіталізація для перебування у відділенні екстрагенітальної патології показані лише у разі необхідності.
- Материнський ризик на пізніх термінах вагітності — це ниркова недостатність, порушення карбогідратного обміну (рівня глюкози), загострення діабетичної ретинопатії, підвищений ризик прееклампсії та багатоводдя. Ризиками для плоду є вади розвитку, спонтанний аборт і передчасні поглиги, внутрішньоутробна загибель, макросомія з дистоцією плечиків і парез Ерба-Дюшена. У новонароджених порушений період ранньої адаптації, що пов'язано з гіпоглікемією, гіпокальціємією, гіпербілірубінемією та респіраторним дистрес-синдромом [\[доказ 06978 | B\]](#) [\[доказ 05228 | A\]](#) [\[доказ 04384 | B\]](#).
- Інсулінотерапія призначається у багаторазових ін'єкціях для досягнення нормоглікемії. Якщо частота контрольних візитів є достатньо високою (з інтервалом 1–4 тижнів), лікування можна проводити в амбулаторних умовах протягом всієї вагітності. Короткі періоди госпіталізації плануються індивідуально, коли це необхідно. Постійне спостереження є доцільним, якщо є ускладнення.

- Пероральні протидіабетичні лікарські засоби (зокрема, метформін [доказ B] [06085]) в даний час застосовуються для лікування гестаційного діабету або діабету під час вагітності. Результати лікування є сприятливими, але все ще досить недостатніми. Лікування інсуліном при гестаційному діабеті починається у кожної п'ятої жінки.
- Вагінальні пологи слід планувати в строк, якщо це можливо з акушерської точки зору. Акушерськими показаннями до кесаревого розтину є клінічно вузький таз, дистрес плоду у першому періоді пологів, прогресування тяжкості прееклампсії та невірні передлежання плоду. Материнська проліферативна ретинопатія і ниркова недостатність також є показаннями для проведення кесаревого розтину.

Гіпотиреоз

- Нелікований гіпотиреоз спричиняє зниження фертильності і підвищує ризик викидня.
- Доза тироксину повинна бути збільшена на 25–50 мкг на добу під час вагітності. Дозування збільшується на 25 мкг на добу, як тільки настає вагітність; вона додатково регулюється, відповідно до концентрації ТТГ так, щоб вона підтримувалась на рівні не менше 2–3 мО/л.
- Терапевтичний баланс оцінюється перед зачаттям, під час першого пренатального візиту та на 20–24 і 28–32 тижнях вагітності. Незначний гіпертиреоз не є небезпечним для плоду чи матері. Після операції з приводу раку щитовидної залози концентрація ТТГ не визначається.
- Деякі лікарські засоби, особливо залізо, порушують всмоктування тироксину; ці лікарські засоби слід приймати в різний час.
- Після пологів замісну терапію щитовидної залози можна зменшити до прегестаційного рівня.

Гіпертиреоз

- Недіагностований і нелікований гіпертиреоз може спричинити спонтанний аборт або передчасні пологи.
- Гіпертиреоз важко ідентифікувати під час вагітності, оскільки багато симптомів і ознак схожі зі змінами під час нормальної вагітності (тахікардія, тривога, периферична вазодилатація, збільшення розмірів щитовидної залози (зоб), легкий екзофтальм).

- Біохімічний моніторинг проводиться як при гіпотиреозі: сироватковий рівень ТТГ та вільних гормонів щитовидної залози, також сироватковий рівень антитіл до ТТГ. Ці антитіла можуть проникати крізь плаценту і збільшувати ризик гіпотиреозу новонародженої дитини.
- Фармакологічне лікування складається з тиреостатичного лікарського засобу (карбімазолу). Дозування регулюється так, щоб під час лабораторних обстежень можливо було виявити ознаки лише незначного підвищення активності щитовидної залози. Ризик гіпотиреозу плода становить близько 1% у таких випадках.
- Іноді застосовують хірургічні методи лікування. Радіоїодтерапія неможлива.

Ожиріння

- Якщо маси тіла жінки до вагітності перевищує 90 кг, це може асоціюватись з 4-кратним ризиком гестаційної гіпертензії та 1,5-кратним ризиком гестаційного діабету у порівнянні з жінками, які мають нормальну вагу.
- Ожиріння також підвищує ризик розвитку тромбоемболічних ускладнень, особливо, якщо необхідним є ліжковий режим.
- Ризик плоду щодо макросомії збільшується, доказ [05228] A що у свою чергу асоціюється з тривалими пологамі, отже, збільшується ризик кесаревого розтину доказ [05229] A та дисточії плечиків.
- Допустиме збільшення ваги для майбутніх матерів із ожирінням не має перевищувати 4–9 кг. Інтенсивне схуднення під час вагітності не рекомендується.

Неврологічні захворювання

Епілепсія

- Важливим є здійснення адекватного протиепілептичного контролю лікарськими засобами в прекоцепційний період.
- Загальним принципом у протиепілептичному лікуванні є монотерапія, за можливості. Прийом лікарських засобів, які застосовували перед зачаттям, як правило, продовжують під час вагітності.

- Діти матерів з епілепсією мають приблизно вдвічі вищий ризик мальформацій. Частково це може бути обумовлено прийомом фармацевтичних лікарських засобів. Вживання вальпроєвої кислоти заборонено, оскільки було виявлено, що її застосування спричиняє мальформації плоду приблизно в 10%, а нейрокогнітивні несприятливі ефекти — у 30–40% дітей, що були зумовлені впливом лікарського засобу [доказ 07420 |C↓]. Тому вагітна жінка або жінка у фертильному віці не повинна застосовувати вальпроєву кислоту для лікування епілепсії або біполярного розладу, за винятком випадків, коли неможливо знайти інші ефективні лікарські засоби. Ризики, пов'язані з іншими лікарськими засобами, є явно нижчими, ніж ті, які пов'язані з припиненням лікування: генералізований епілептичний напад спричиняє гіпоксію плоду, оскільки порушується оксигенація у матері. Кілька схем лікарськими засобами асоціюються з підвищеним ризиком розвитку мальформацій.
 - Здоровий плід буде стійким до епізодів гіпоксії, але вони можуть становити небезпеку для життя плоду з патологією.
- Концентрації фолієвої кислоти та протиепілептичних лікарських засобів в сироватці крові повинні вимірюватися щомісяця протягом всієї вагітності. Рівень лікарських засобів часто є нижчим за звичайні діапазони внаслідок збільшення об'єму плазми. Ризик конвульсивного нападу збільшується незначно, оскільки зменшення концентрації вільно циркулюючого лікарського засобу є несуттєвим. Доза протиепілептичного лікарського засобу повинна бути збільшена перед пологами через підвищений ризик нападу під час пологів.
- Необхідно приймати фолієву кислоту в адекватній дозі, особливо під час першого триместру (див. також [настанова 00555 |Antenatal clinics: care ...]).
- Бажаним є проведення вагінальних пологів. Показання для кесаревого розтину є акушерськими, але ймовірність оперативних пологів приблизно вдвічі перевищує звичайні показники. Необхідним є введення вітаміну К новонародженій дитині.
- Грудне вигодовування зазвичай можливе. Лише великі дози фенемалу і діазепаму, як правило, перешкоджають цьому, оскільки вони екскретуються в грудне молоко і викликають сонливість у новонароджених.

Коментар експерта. Лікарський засіб фенемал станом на 11.06.2019 в Україні не зареєстрований.

Мігрень

- Частота атак мігрені є найвищою в першому триместрі вагітності та протягом останнього місяця вагітності, а найнижча — протягом другого триместру.
- Симптоми є подібними як при прееклампсії (порушення зору, підвищений артеріальний тиск, біль голови та піддіафрагмальний біль), що зумовлює диференційно-діагностичні проблеми.
- НППЗ та ацетилсаліцилова кислота можуть бути застосовані протягом першого триместру вагітності, а також прохлорперазин і, додатково, метоклопрамід від нудоти. Похідні ерготаміну є забороненими.
- Після 28-го тижня вагітності на артеріальну протоку плода можуть впливати НППЗ. Тому лікарські засоби з цієї групи слід призначати лише після дуже ретельного розгляду. Під час тривалої терапії може відбутись закриття протоки внутрішньоматково, що спричиняє катастрофічне порушення регуляції кровообігу у новонародженої дитини.
- Блокатори адренергічних бета-рецепторів, такі як пропранолол, призначаються для профілактики, якщо напади повторюються.
- 5НТ₁ антагоністи (триптани) можна призначати під час вагітності і лактації після ретельного обстеження та в особливих випадках. Досвід застосування є сприятливим, але все ще досить обмеженим. Ризик викидня може бути збільшеним.
- Суматриптан може бути застосований для лікування гострих нападів мігрені під час лактації.

Порушення мозкового кровообігу

- Ризик тромботичного інсульту збільшується приблизно в десять раз під час вагітності. Посилюється ризик розриву аневризми головного мозку та артеріовенозних аномалій.
- Принципи лікування такі ж самі, як у невагітних пацієнток. Якщо було здійснено лікування аневризми шляхом операції, подальша вагітність не викликає жодних додаткових ризиків. Неоперовані стани, навпаки, є відносними протипоказаннями до вагітності та пологів. Ведення пологів повинно здійснюватись з виключенням потужного періоду.

Захворювання нирок

- Гломерулярна фільтрація збільшується на 30–50% під час вагітності. Це призводить до зниження концентрації креатиніну в плазмі крові; рівень < 80 мкмоль/л вважається нормальним. Можуть виникати явища гідронефрозу або гідроуретеру, особливо з правого боку.
- Прогноз вагітності значно погіршується, якщо у матері є гіпертонія або збільшена концентрація креатиніну в плазмі крові і протеїнурія вже до вагітності. Вагітність не рекомендується, коли у невагітної жінки діастолічний артеріальний тиск перевищує 90 мм рт. ст., або концентрація креатиніну в плазмі становить 125–175 мкмоль/л. Вже наявна помірна ниркова недостатність (кліренс креатиніну 30–50 мл/хв/1,73 м²) значно погіршує прогноз вагітності.
- Вагітність повинна бути під ретельним наглядом, і це має відбуватись в лікарні, що спеціалізується на таких станах.
- Гіпертензія і прееклампсія зустрічаються у більше, ніж 50% випадках, навіть при менш тяжких випадках ниркової недостатності, що призводить до порушення функції плаценти, затримки розвитку плоду та передчасних пологів.
- На прогноз вагітності значною мірою впливає нефропатія при червоному вовчаку, мембранному гломерулонефриті, склеродермії та вузликівому поліартеріїті, навіть якщо результати аналізів функції нирок ще не значно порушені. Тому ці стани розглядаються як відносні протипоказання до вагітності.
- Асимптомну бактеріурію слід лікувати, наприклад, нітрофурантоїном, цефалоспорином або мециламіном вже протягом першого триместру вагітності [доказ 00221] [C]. Якщо не лікувати, ризик пієлонефриту становить близько 30–40%.

Коментар експерта. Лікарський засіб мециламін станом на 11.06.2019 в Україні не зареєстрований.

- Пацієток з пієлонефритом, який асоціюється з лихоманкою, найкраще лікувати в стаціонарі. Антимікробну терапію слід починати парентерально, наприклад з цефалоспоринів, і продовжувать, відповідно до чутливості мікрофлори. Пероральна антимікробна терапія триває протягом 3 тижнів. Якщо інфекція повторюється під час вагітності, доцільним є призначення профілактичного лікарського засобу протягом періоду вагітності. Найпоширенішими лікарськими засобами є нітрофурантоїн 50–75 мг, цефалексин 250 мг або півмецилінам по 200 мг ввечері.

Коментар експерта. Лікарський засіб півмецилінам станом на 11.06.2019 в Україні не зареєстрований.

- Вагітність не рекомендована раніше, ніж через 1–2 роки після трансплантації нирок, якщо немає проблем з функцією нирок або імуносупресивною терапією. Такі вагітності є успішними під час ретельного спостереження, коли ці передумови виконуються.

Ревматичні розлади

- Найбільш проблемними ревматичними розладами під час вагітності є ревматоїдний артрит та системний червоний вовчак (СЧВ).
- 75% жінок з ревматоїдним артритом відчують себе краще під час вагітності, ніж в інший час. Симптоми стають менш виразними вже наприкінці першого триместру. Після пологів симптоми відновлюються в 90% випадків і, як правило, є більш тяжкими.
- Лікарські засоби золота, D-пеніциламін, азатіоприн, циклофосфамід, метотрексат, мікофенолат та лефлуномід не рекомендуються під час вагітності. Антагоністи рецепторів інтерлейкіну-1 та блокатори фактора некрозу пухлин також протипоказані. Можливими методами лікування є застосування ацетилсаліцилової кислоти з її похідними, іншими НППЗ, сульфасалазином, глюкокортикоїдами та гідроксихлорохіном.
- СЧВ завжди є загрозою для вагітності. Ймовірність загострення становить більше 30%; ніякого поліпшення захворювання, як правило, не спостерігається у жодної пацієнтки під час вагітності. Прогноз є особливо несприятливим за наявності циркулюючих антитіл до фосфоліпідів (наприклад, кардіоліпіну або антитіл до люпусного антикоагулянту) через підвищений ризик розвитку тромботичних розладів: артеріального тромбозу, раннього фіброзу плаценти, інфаркту плаценти, спонтанного аборту, затримки розвитку плода, атріовентрикулярної блокади і внутрішньоутробної загибелі плоду. Коли СЧВ перебуває у активній фазі, результати будь-якого лікування є незадовільними.
- Найбільш часто застосовуваним методом лікування є малі дози аспірину 50 (–100) мг на добу, низькомолекулярний гепарин або їх комбінації [доказ L64887 | C]. Пероральні глюкокортикоїди також застосовуються як базове лікування протягом всієї вагітності. СЧВ є настільки рідкісним захворюванням, що немає ґрунтовних контрольованих досліджень щодо порівняння різних схем лікування.

Коментар експерта. Аспірин - торговельна назва лікарського засобу з міжнародною непатентованою назвою ацетилсаліцилова кислота.

Психіатричні проблеми [доказ 05731 | D] [доказ 05732 | C]

- Деякі психоактивні лікарські засоби, наприклад фенотіазини, можуть спричинити порушення овуляції шляхом збільшення продукції пролактину. Порушення фертильності також може бути викликане сексуальними проблемами.
- Вагітність — це час чималого психологічного стресу. Попередні психіатричні розлади являють серйозний ризик вже під час вагітності, а також під час післяпологового періоду у зв'язку з післяпологовим психозом та менш виразною післяпологовою депресією. Ризик також збільшується, коли партнер має в анамнезі психічні розлади.
- Лікарські засоби не слід припиняти без виваженого рішення, якщо вагітність вже почалася. Літій є найбільш шкідливим лікарським засобом, адже підвищує ризик вроджених вад розвитку серця. Фенотіазини і тіоксантени вважаються безпечними. Існують сумніви щодо використання трициклічних антидепресантів та бутирофенонів, а також бензодіазепінів в першому триместрі вагітності.
- Існує певний взаємозв'язок між вродженою аномалією розщеплення губи та піднебіння і застосуванням похідних бензодіазепіну протягом перших 40–60 днів вагітності.
- Вживання транквілізаторів у великих дозах, в строк, близький до дати пологів, пригнічує активність новонародженого і викликає сонливість, м'язову атонію.
- Застосування так званих антипсихотичних засобів першого покоління (фенотіазини, тіоксантени, галоперидол з бутирофенонів) є безпечним під час вагітності.
- Під час лікування депресії найбільш безпечними вважають трициклічні антидепресанти — амітриптилін та похідні іміпраміну.
 - Застосування нортриптиліну перед пологами може викликати більш серйозні симптоми відміни у новонародженої дитини, ніж інші антидепресанти.

Коментар експерта. Лікарський засіб нортриптилін станом на 11.06.2019 в Україні не зареєстрований.

- Також можна використовувати СІЗЗС (селективні інгібітори зворотнього захоплення серотоніну, наприклад, циталопрам), інгібітори зворотнього захоплення серотоніну і норадреналіну (ІЗЗСіН) і міртазапін. Вони в більшості випадків можуть замінити трициклічні антидепресанти.
- Припинення психофармакологічних лікарських засобів до кінця вагітності повинно відбуватися лише за вагомих показань, і ситуацію слід завжди оцінювати індивідуально.

Бронхіальна астма

- Перебіг астми погіршується у кожної третьої жінки під час вагітності, але може і покращуватись в такому ж числі випадків. Бронхіальна астма, зазвичай, не викликає серйозних проблем.
- Безпечними для плоду вважаються наступні лікарські засоби: бета₂-агоністи, інгаляційні глюкокортикоїди, похідні теофіліну, а також більшість антигістамінних лікарських засобів. Не всі антигістамінні лікарські засоби вивчалися щодо їх застосування під час вагітності. Антагоністи лейкотрієнових рецепторів не рекомендуються під час вагітності.
- Астматичний статус під час пологів є справжньою проблемою, тому що погана оксигенація у матері може призвести до гіпоксії плоду. Лікування є подібним до лікування у невагітних пацієнток. Внаслідок виникнення невідкладних станів плода збільшується ризик кесаревого розтину.

Рак під час вагітності

- Поширеність злоякісних новоутворень під час вагітності становить приблизно 1:1000 – 2000 пологів.
- Найбільш поширеним типом раку під час вагітності є рак грудної залози. Більш рідкісні види раку включають лейкоз, рак шийки матки, рак яєчників та кишечника, а також меланоми.
- Рак як правило не поширюється на плід. Винятком є злоякісна меланома.
- Всі лікувальні втручання (хірургія, променева терапія та застосування цитотоксичних лікарських засобів) є загрозою для плоду протягом першого триместру. Цитотоксичні лікарські засоби в

даний час є особливо тератогенними, як і променева терапія, що застосовується нижче діафрагми. У цьому випадку також збільшується ризик спонтанного аборту.

- Важливо лікувати кожний випадок індивідуально, ретельно вести перемовини з пацієнтом.
- Прогностична тенденція, в більшості, спостерігається протягом 2 років після лікування: якщо прогноз сприятливий, ознак рецидиву раку не спостерігається; якщо він несприятливий, симптоми та ознаки раку повторюються.
- Наприклад, попередні рекомендації полягали у тому, щоб уникати вагітності після лікування раку грудної залози протягом 5 років, але сьогодні це строк — 2 роки. Немає чітких доказів того, що сама вагітність впливає на прогноз раку грудної залози; проте, обстеження грудей стає більш ускладненим через зміни внаслідок вагітності.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [\[пов'язані 00261\] Systemic diseases in pre...](#)
- Інші огляди доказових даних [\[пов'язані 00261\] Systemic diseases in pre...](#)

Джерела інформації

R1. Iezzoni LI, Yu J, Wint AJ et al. Prevalence of current pregnancy among US women with and without chronic physical disabilities. *Med Care* 2013;51(6):555-62. [\[PubMedID|23604018\]](#)

R2. Weihua L, Qing G, Xiaoyan Y et al. Antihypertensive drug therapy for mild-to-moderate hypertension during pregnancy: summaries of nursing care-related systematic reviews from the Cochrane Library. *J Cardiovasc Nurs* 2015;30(1):13-4. [\[PubMedID|25474025\]](#).

R3. Zhu B, Zhang L, Fan YY et al. Metformin versus insulin in gestational diabetes mellitus: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Ir J Med Sci* 2016;185(2):371-81. [\[PubMedID|26860118\]](#)

R4. Marchenko A, Etwel F, Olutunfese O et al. Pregnancy outcome following prenatal exposure to triptan medications: a meta-analysis. *Headache* 2015;55(4):490-501. [\[PubMedID|25644494\]](#)

R5. Diav-Citrin O, Shechtman S, Tahover E et al. Pregnancy outcome following in utero exposure to lithium: a prospective, comparative, observational study. *Am J Psychiatry* 2014;171(7):785-94. [\[PubMedID|24781368\]](#)

Настанови

- [Настанова 00554](#). Antenatal clinics and specialist care: consultations, referrals, treatment guidelines.

- [Настанова 00565](#). Використання лікарських засобів під час вагітності.
- [Настанова 00559](#). Гестаційна гіпертензія (пreekлампсія).
- [Настанова 00088](#). Хронічна серцева недостатність.
- [Настанова 00107](#). Лабораторна оцінка тромбофілії.
- [Настанова 00555](#). Antenatal clinics: care and examinations.

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 05007](#). Bed rest for hypertension during pregnancy.
Дата оновлення: 2010-04-10
Рівень доказовості: C
Резюме: Bed rest for hypertension during pregnancy may not provide any significant benefit.
- [Доказовий огляд 05668](#). Diuretics for preventing pre-eclampsia.
Дата оновлення: 2010-08-12
Рівень доказовості: D
Резюме: Diuretics might possibly not be effective for preventing pre-eclampsia compared to placebo or no intervention, although there is insufficient evidence from controlled trials.
- [Доказовий огляд 00466](#). Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders.
Дата оновлення: 2015-08-27
Рівень доказовості: B
Резюме: Calcium supplementation during pregnancy appears to reduce the risk of pre-eclampsia, hypertension, and the composite outcome maternal death or severe morbidity especially among women at high risk and those with a low calcium intake.
- [Доказовий огляд 07603](#). Planned early delivery versus expectant management for hypertensive disorders from 34 weeks gestation to term.
Дата оновлення: 2017-11-11
Рівень доказовості: B
Резюме: Planned early delivery appears to be effective for reducing maternal morbidity and mortality in hypertensive disorders of pregnancy after 34 weeks compared with expectant management. However, there is insufficient evidence on possible risks for the baby.
- [Доказовий огляд 00742](#). Drugs for rapid treatment of very high blood pressure during pregnancy.
Дата оновлення: 2014-04-04
Рівень доказовості: C
Резюме: There is no evidence of the superiority of calcium channel blockers, labetalol, or hydralazine in treating very high hypertension in pregnancy.
- [Доказовий огляд 06964](#). Calcium supplementation (other than for preventing or treating hypertension) for improving pregnancy and infant outcomes.
Дата оновлення: 2015-11-21
Рівень доказовості: B
Резюме: Calcium supplementation appears not to be effective for preventing preterm birth.

- [Доказовий огляд 03548](#). Adverse effects of hypertension treatment during pregnancy.
Дата оновлення: 2018-04-06
Рівень доказовості: B
Резюме: Treatment-induced falls in maternal blood pressure appear to adversely affect fetal growth.
- [Доказовий огляд 00388](#). Beta-blockers for mild to moderate hypertension in pregnancy.
Дата оновлення: 2018-04-06
Рівень доказовості: B
Резюме: Oral beta-blockers appear to decrease the risk of severe hypertension in pregnancy. However, use of beta-blockers for mild to moderate chronic or pregnancy induced hypertension appear to increase the risk of small for gestational age infants. For severe 'late-onset' pregnancy hypertension, intravenous labetalol may be safer than intravenous hydralazine or diazoxide.
- [Доказовий огляд 00255](#). Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy.
Дата оновлення: 2014-03-03
Рівень доказовості: A
Резюме: Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy reduces the risk of severe hypertension but the effects on other outcomes (risk of pre-eclampsia, preterm birth, loss of baby) are less clear.
- [Доказовий огляд 07136](#). Different intensities of glycaemic control for pregnant women with pre-existing diabetes.
Дата оновлення: 2016-12-28
Рівень доказовості: D
Резюме: During pregnancy, loose glycaemic control (fasting blood glucose 6.7 to 8.9 mmol/L) might possibly increase pre-eclampsia, caesarean sections, and macrosomia compared with tight-moderate glycaemic control (fasting blood glucose under or 6.7 mmol/L) in women with type 1 diabetes, although the data are insufficient.
- [Доказовий огляд 05708](#). Continuous subcutaneous insulin infusion for pregnant women with diabetes.
Дата оновлення: 2017-03-17
Рівень доказовості: C
Резюме: Continuous subcutaneous insulin infusion may probably not be superior to multiple daily injections for pregnant women with diabetes.
- [Доказовий огляд 04384](#). Treatments for gestational diabetes.
Дата оновлення: 2012-04-08
Рівень доказовості: B
Резюме: Treatment for gestational diabetes (GDM) appears to be associated with better baby and mother outcomes.
- [Доказовий огляд 06978](#). Gestational diabetes mellitus and pregnancy outcomes .
Дата оновлення: 2012-04-08
Рівень доказовості: B
Резюме: Women with gestational diabetes mellitus appear to be in increased risk for pre-eclampsia, caesarean section, and macrosomic and large for gestational age babies.

- [Доказовий огляд 05228](#). Maternal obesity and pregnancy outcomes.
Дата оновлення: 2018-08-21
Рівень доказовості: A
Резюме: Maternal obesity is associated with foetal macrosomia and low Apgar score, and carries significant risks for the mother and foetus.
- [Доказовий огляд 06085](#). Metformin for gestational diabetes.
Дата оновлення: 2015-08-15
Рівень доказовості: B
Резюме: Metformin alone or with supplemental insulin appears to be safe and effective in women with mild gestational diabetes compared with insulin.
- [Доказовий огляд 05229](#). Maternal obesity as a risk factor for caesarean delivery.
Дата оновлення: 2018-01-30
Рівень доказовості: A
Резюме: Maternal obesity is significantly associated with an increased cesarean delivery rate and pre-eclampsia.
- [Доказовий огляд 07420](#). Treatment for epilepsy in pregnancy.
Дата оновлення: 2015-11-06
Рівень доказовості: C↓
Резюме: Prenatal exposure to valproate may be associated with an increased risk of neurodevelopmental deficits, including poorer early development, lower IQ in school aged children and an increased risk of autistic spectrum disorders. In comparison to other treatments, valproate is probably associated with reduced IQ compared to carbamazepine, lamotrigine and phenytoin and there may also be a dose effect for valproate.
Рекомендація: Sodium valproate should be avoided in the treatment of pregnant women due to the possible developmental problems for a child.
- [Доказовий огляд 00221](#). Antibiotics vs. no treatment for asymptomatic bacteriuria in pregnancy.
Дата оновлення: 2016-03-12
Рівень доказовості: C
Резюме: Antibiotic treatment may reduce the risk of pyelonephritis in pregnancy and may reduce the incidence of low birthweight babies compared to placebo or no treatment.
- [Доказовий огляд 04887](#). Prevention of recurrent miscarriage for women with antiphospholipid antibody or lupus anticoagulant.
Дата оновлення: 2016-02-15
Рівень доказовості: C
Резюме: Combined unfractionated heparin or low molecular weight heparin and aspirin may reduce pregnancy loss in women with antiphospholipid antibody or lupus anticoagulant.
- [Доказовий огляд 05731](#). Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) use in late pregnancy and effects on the newborn.
Дата оновлення: 2007-12-11
Рівень доказовості: D
Резюме: Selective serotonin reuptake inhibitors given in late pregnancy might possibly have subtle adverse effects on the newborn, but there is insufficient evidence from high-quality trials.
- [Доказовий огляд 05732](#). First-trimester use of selective serotonin-reuptake inhibitors and the risk of birth defects.
Дата оновлення: 2015-09-01

Рівень доказовості: C

Резюме: Use of selective serotonin-reuptake inhibitors in early pregnancy may slightly increase the risks for some specific defects, but the defects implicated are rare and the absolute risks are small.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00561 Ключ сортування: 026.015 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-08-17

Автор(и): Seppo Saarikoski Редактор(и): Heidi Alenius Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії

EBM Guidelines Obstetrics Gynaecology Internal medicine Endocrinology Neurology Cardiology Nephrology
Neoplastic diseases Rheumatology Psychiatry

Ключові слова індексу

mesh: Diabetes Mellitus mesh: NYHA class III mesh: Protein S Deficiency mesh: NYHA class IV mesh: Protein C Deficiency
mesh: Marfan Syndrome mesh: Renal Insufficiency mesh: Epilepsy mesh: Hypertension mesh: Anticonvulsants
mesh: Pregnancy mesh: Hypertension, Pulmonary mesh: migraine drug mesh: Migraine Disorders mesh: Mental Disorders
mesh: pyelonephritis in pregnancy mesh: thyroid cancer mesh: Nervous System Diseases mesh: Psychotropic Drugs
mesh: Glomerulonephritis, Membranous mesh: Eisenmenger Complex mesh: Arthritis, Rheumatoid
mesh: migraine in pregnancy mesh: Proteinuria mesh: Cardiomyopathies mesh: diastolic blood pressure mesh: Creatinine
mesh: Kidney Transplantation mesh: Kidney Failure mesh: Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors mesh: Hyperthyroidism
mesh: Pregnancy, High-Risk mesh: Chronic Disease mesh: Pyelonephritis mesh: benzodiazepines
mesh: Pulmonary Embolism mesh: Diabetes, Gestational mesh: Kidney Diseases mesh: Obesity
mesh: Antithrombin III Deficiency mesh: prostaglandin antagonists mesh: insulin treatment mesh: Polyarteritis Nodosa
mesh: Prednisone mesh: Cerebrovascular Disorders mesh: Hypothyroidism mesh: Anti-Asthmatic Agents
mesh: puerperal psychosis mesh: bacteriuria in pregnancy mesh: Asthma mesh: Drug Therapy mesh: Breast Neoplasms
mesh: Antirheumatic Agents mesh: Venous Thrombosis mesh: rheumatic diseases mesh: Lupus Nephritis
mesh: asymptomatic bacteriuria mesh: intracranial aneurysm mesh: Metabolic Diseases mesh: Lithium
mesh: Cardiovascular Abnormalities mesh: Thrombosis mesh: prophylaxis of thrombosis mesh: Valproic Acid
mesh: Maternal Health Services mesh: Heart Diseases mesh: prophylactic medication for urinary tract infections
mesh: Maternal-Child Health Centers mesh: Embolism mesh: cardiac axis mesh: Scleroderma, Systemic
mesh: Lupus Erythematosus, Systemic mesh: Cardiovascular Diseases mesh: vascular disease speciality: Cardiology
speciality: Endocrinology speciality: Gynaecology speciality: Internal medicine speciality: Neoplastic diseases
speciality: Nephrology speciality: Neurology speciality: Obstetrics speciality: Psychiatry speciality: Rheumatology
icpc-2: W84