

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ
ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № 10 від 10 січня 2017 року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ЛЕКЦІЇ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ЦИКЛУ СПЕЦІАЛІЗАЦІЯ ЗА ФАХОМ
«ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»
(ДЛЯ ЛІКАРІВ ТЕРАПЕВТІВ-ДІЛЬНИЧИХ ТА ЛІКАРІВ ПЕДІАТРІВ-
ДІЛЬНИЧИХ)**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	Гестози вагітних (код курсу 04.01.02)
Курс	4 місяці навчання
Спеціальність	Загальна практика - сімейна медицина

Полтава

Кількість навчальних годин – 2 години.

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Ранні гестози розвиваються на ранніх етапах ембріогенезу, часто сприяють виникненню інших форм акушерської (гіпотонії, анемії вагітних, загрози переривання вагітності, пізніх гестозів) і перинатальної (гіпоксія, дефекти розвитку плода) патології. Ранні гестози несприятливо відбиваються на формуванні умов, необхідних для нормальної адаптації організму вагітної до наявності плодового яйця в матці.

Гіпертензивні розлади при вагітності (пreeклампсія) залишаються однією з найактуальніших проблем сучасного акушерства, багато в чому визначаючи структуру материнської та перинатальної смертності. В Україні цю патологію називають також пізнім гестозом.

Частота вагітностей і пологів, ускладнених пізнім гестозом, в Україні коливається від 10 до 15%. Існує очевидна тенденція до збільшення частоти важких форм гестозів, що визначають структуру материнської та перинатальної смертності.

З часу затвердження принципів доказової медицини підходи до класифікації, діагностики, тактики ведення та лікування гіпертензивних розладів у вагітних, зокрема пreeклампсії, істотно переглянуто. Тому метою заняття є поглибити та закріпити знання інтернів з питань етіології, патогенезу, діагностики та тактики ведення вагітних з гестозами

II. Навчальні цілі лекції

Донести до курсантів наступні знання:

1. Визначення поняття «ранній гестоз».
2. Класифікація ранніх гестозів.
3. Сучасні погляди на етіологію та патогенез ранніх гестозів.
4. Клініка ранніх гестозів.
5. Методи діагностики ранніх гестозів.
6. Диференціальна діагностика ранніх гестозів з екстрагенітальними хворобами.
7. Основні принципи і методи лікування ранніх гестозів.
8. Профілактика ускладнень та реабілітація при ранніх гестозах.
9. Термінологію, класифікацію пreeклампсії.
10. Етіологію, патогенез пreeклампсії.
11. Фактори ризику щодо виникнення пreeклампсії.
12. Клініку пreeклампсії різного ступеня тяжкості
13. Ускладнення пreeклампсії.
14. Методи діагностики пreeклампсії.
15. Методи оцінки ступеня тяжкості пreeклампсії.
16. Методи лікування різних форм пreeклампсії.
17. Акушерську тактику при різних ступенях тяжкості пreeклампсії.
18. Клініку, діагностику, лікування, акушерську тактику при еклампсії.
19. Методи профілактики пreeклампсії.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження вагітних та виконанні лікарських маніпуляцій.

Розвинути почуття відповідальності у лікарів-курсантів за правильність дій на етапах обстеження та лікування вагітних з ранніми та пізніми гестозами.

Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні:</i>		
1. Біологія	Формування механізмів імунологічного захисту організму в процесі еволюції.	
2. Фізіологія	Особливості гемоциркуляторних та адаптаційних змін в організмі вагітної. Механізми розвитку набрякового синдрому, види і ступені коагулопатій, ДВЗ-синдрому. Механізми регуляції водно-електролітного, вуглеводного, жирового, білкового обмінів, кислотного-лужного стану.	Вимірювати артеріальний тиск. Давати оцінку даним клініко-лабораторного дослідження.
<i>Наступні:</i>		
1. Неонатологія	Механізми розвитку гіпотрофії плода та синдрому СДР новонародженого.	Давати оцінку динаміці розвитку гіпотрофії і гіпоксії плода та асфіксії новонародженого.
2. Педіатрія	Віддалені наслідки прееклампсії для немовлят.	

У. План та організаційна структура лекції

№ п/п	Основні елементи лекції та їхній зміст	Тип лекції. Засоби активізації слухачів. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1.	<i>Підготовчий етап</i> Визначення актуальності теми Визначення навчальних цілей лекції Забезпечення позитивної мотивації	Навчально-методичне обґрунтування теми. Навчальні цілі лекції. Навчально-методичне обґрунтування теми.	5 хв.
2.	<i>Основний етап</i> Викладення лекційного матеріалу за планом: 1. Сутність ранніх та пізніх гестозів 2. Характеристика різних типів	Тематична клінічна лекція з елементами проблемності. Мультимедійний супровід.	75 хв.

	<p>ранніх гестозів</p> <p>3. Характеристика різних типів пізніх гестозів</p> <p>4. Класифікація прееклампсії</p> <p>5. Тактика ведення жінок з прееклампсіями</p> <p>6. Тактика ведення жінок з еклампсією</p>		
<p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>	<p>Заключний етап</p> <p>Резюме лекції, загальні висновки</p> <p>Відповіді на можливі запитання</p> <p>Завдання для самопідготовки слухачів до наступної лекції.</p>	<p>Перелік навчальної літератури</p> <p>ЗАПИТАННЯ</p>	<p>10 хв.</p>

VI. Зміст лекційного матеріалу

Поняття "ранні гестози" існує тільки в практиці акушерів - гінекологів країн СНД. В акушерській практиці зарубіжних країн такого поняття не існує, там ці стани розцінюються як "малі" ускладнення вагітності, або "неприємні симптоми при вагітності". Але в МКХ-10, розділ ХУ, рубрика О21 включає блювоту різного ступеня тяжкості при вагітності, а рубрики О26 та О28 передбачують інші стани, пов'язані з вагітністю. Тому ми вважаємо доцільним розглядати в окремому розділі особливі стани вагітності під рубрикою "ранні гестози".

Вказану патологію вагітності поділяють на дві групи (за клінічним перебігом):

1. Ранні гестози, що часто зустрічаються - блювота вагітних і гіталізм.
2. Ранні гестози, що рідко зустрічаються - дерматози вагітних, холестатичний гепатоз вагітних, гострий жировий гепатоз вагітних, хорея вагітних, остеомаліяція при вагітності.

Етіологія і патогенез ранніх гестозів

Для пояснення причин виникнення ранніх гестозів запропоновано багато теорій (токсемічна, алергічна, ендокринна, нейрогенна, психогенна, імунна та ін.).

В сучасних теоріях ранні гестози розглядають як наслідок порушень нейро-вегетативно-імунно-ендокринно-обмінної регуляції, в якій ведучу роль відіграє функціональний стан ЦНС.

Тривала надмірна імпульсація з боку плідного яйця викликає надмірне подразнення трофотропних ділянок гіпоталамуса, стовбура мозку та утворень, які приймають участь в регуляції вегетативних функцій і гальмуванні нервових процесів в корі головного мозку. Як наслідок - переважання процесів збудження в стовбурі мозку (зокрема, блювотного центру).

Фактори ризику виникнення ранніх гестозів

- Вроджена або набута недостатність системи нейроендокринної регуляції адаптаційних реакцій (гіпоксія, інфекції, інтоксикації, порушення режиму в дитячому та підлітковому віці тощо).
 - Екстрагенітальні захворювання.
 - Порушення функції нервової системи, стресові ситуації.
- Перенесені захворювання статевих органів, які можуть бути причиною змін в

рецепторному апараті матки і виникнення патологічної

Блювання вагітних (emesis gravidarum) - найбільш часта форма токсикозу першої половини вагітності. Від звичайного блювання, що у багатьох жінок супроводжує перші місяці вагітності, ця форма ранніх гестозів відрізняється тим, що блювання буває не тільки ранком, але повторюється декілька разів на день, навіть після прийому їжі.

По ступеню тяжкості розрізняють: легке, помірне та надмірне блювання.

Блювання вагітних легкого ступеню повторюється кілька разів (від 3 до 5) на день і не позначається на загальному стані хворої. Звичайно блювання виникає після їжі, супроводжується нудотою, зниженням апетиту, появою схильності до гострих та солоних страв.

Помірна ступінь блювоти характеризується більш частим блюванням (10-12 разів на день), виникає незалежно від прийому їжі. Хвора не може втримувати їжу, з'являється слинотеча. Виникає помірна тахікардія, відмічається субфібрильна температура, розвивається гіпотензія. Хвора скаржиться на кволість, сонливість, інколи бесоння. Діурез зменшується. Такий стан може проходити самостійно або під впливом проведеного лікування.

У деяких жінок блювання підсилюється і набуває надмірного характеру, повторюючись до 20 разів і більше на добу, виникаючи і в день і в ночі. У шлунку не затримується не тільки їжа, а і вода. В результаті зневоднення порушується вуглеводний, жировий, водно-сольовий обмін, наростають ознаки інтоксикації. Хворі апатичні, адинамічні, скаржаться на болі в епігастрії, правому підребер'ї, над лоном. Жінки швидко втрачають масу тіла (від 2 до 5 кл на тиждень), підшкірно-жировий шар зникає. Шкіра стає сухою, при огляді відмічається симптом "пилового сліду" (полоса відшарованих лусочок епідермісу при проведенні пальцем по шкірі), тургор знижений. З'являється іктеричність шкіри та склер, запах ацетону з роту. Температура тіла підвищується до 38 і вище, розвивається тахікардія більше 120 ударів за хвилину. Пульс слабкого наповнення. Тони серця приглушені. Артеріальний тиск знижується до 80 мм рт.ст. Прогресивно зменшується діурез, що супроводжується підвищенням в крові сечовини, білірубину, остаткового азоту. Наростає гематокрит, лейкоцитоз, зменшується рівень альбумінів, холестерину, калію. В сечі з'являється білок, формені елементи крові, реакція на ацетон різко позитивна. В організмі можуть виникнути тяжкі зміни, які призводять до загибелі жінки.

Слід звернути увагу на те, що **лікування ранніх гестозів** повинно бути комплексним і включає:

1. Дієтотерапію.
2. Фізіотерапевтичні методи лікування.
3. Препарати, які діють на центральну нервову систему.
4. Лікування гіповолемії організму.
5. Десенсибілізуюча терапія.
6. Дезинтоксикуюча терапія.
7. Протиблювотна терапія.

Лікування блювоти вагітних повинно бути комплексним і направлено, головним чином, на нормалізацію роботи центральної нервової система і стану водно-сольового обміну. Проводиться воно в стаціонарі, де створюються умови повного фізичного і психічного спокою. Психотерапія є обов'язковим компонентом лікування. Хворим призначають легку їжу, яка добре застосовується (сухарі, пюре, чай, какао, кава, нежирне м'ясо, рибу, яйця, вершкове масло та ін.). Приймати її слід лежачи, часто і малими порціями бажано в охолодженому вигляді. Якщо їжа не застосовується призначають 40% розчин глюкози по 30-40мл внутрішньовенно разом з вітамінами В і С. При необхідності призначають медикаментозне лікування, що включає в себе:

1. Вплив на функції центральної нервової системи, як на основний патогенетичний чинник з метою пригнічення збудливості рвотного центру: етаперазин по 0,002г 3-4 рази

на день, 10-12 днів; торекан по 1,0мл внутрішньом'язово або 6,5мг в вигляді драже або ректальних свічок 2-3 рази на добу; дроперідол по 0,5-1,0мл внутрішньом'язово 1-3 рази на день; церукал по 10 мг внутрішньом'язово або per os; броміди у вигляді мікроклізм (50мл 4% розчину бромистого натрію 1 раз на день); введення бромистого натрію в поєднанні з кофеїном за методом Н.В.Обозової (в продовж 10-15 днів вводять внутрішньовенно бромистий натрій 10% 10,0 щоденно і підшкірно 10% розчин кофеїну по 1мл двічі на день).

2. Десенсибілізуючі засоби (дімедрол 1%-2мл , діпрозин 2,5% - 1мл 2-3 рази на день внутрішньом'язово).

3. З метою ліквідації гіпопротеїнемії і зневоднення доцільне внутрішньовенне крапельне введення білкових препаратів, розчин глюкози з інсуліном, розчин Рінгера-Локка. Для боротьби з метаболічним ацедозом - 5% розчин натрію гідрокорбанату під контролем кислотного стану крові. При тяжких формах захворювання показане застосування гемодезу, реополіглюкіну, корисні також повторення переливання крові в невеликих дозах (100-150мл). За добу хвора повина отримати не менше 2,0-2,5л рідини.

4. Парантеральне введення вітамінів: С - по 100-200мг, В₁ - 50мг, В₂ і В₆ по 50мг, чергуючі через день, кокарбоксілаза по 100мг.

5. Ендоназальний електрофорез з новокаїном або з дімедролом, індуктотермія на ділянку сонячного сплетіння. Щоденно проводиться контроль маси тіла, кількості вживаємої рідини та діурезу. При безуспішному лікуванні іноді доводиться вдаватись до переривання вагітності.

Слюнотечіння – це збільшення секреції в порожнині рота вагітної. В деяких випадках добове слюновиділення досягає 1 літра і більше. Значна солевація призводить до зниження білків, вітамінів, солей і гіпогідратації хворої.

Слинотеча (ptyalismus). Гіперсаливація спостерігається при блюванні, а іноді буває і самостійним проявом токсикозу. Кількість слини, що виділяється, може досягати 1л за добу. Слинотеча не спричиняє тяжких порушень в організмі, але пригнічує психіку хворих, викликає мацерацію шкіри і слизової оболонки губ. При слинотечі проводять аналогічне лікування, як при блюванні. Іноді з метою зменшення секреції слинних залоз призначають внутрішньом'язове введення атропіну по 1,0мл 0,1% розчину. Доцільне полоскання порожнини рота настоєм шалфею, ромашки та іншими засобами, що мають в'язучі властивості. Переривання вагітності ця патологія не потребує.

Показане призначення малих транквілізаторів – мепротам (ондаксін) або триоксазін по 100-150 мг 4 рази на день. В/м введення розчину аміназіну 2,5% 1 мл 2 рази на день. Для боротьби з гіповолемією, гіпопротеїнемією через день в/в краплинно вводять 10% розчином альбуміну – 100 мл., протеїну 10% - 100 мл або плазми . За добу вагітна повинна одержати 2-2,5 л рідини. При явищах інтоксикації інфузія 40% розчином глюкози 100 мл з інсуліном (1 ОД на 4 гр. сухої речовини), аскорбінова кислота по 4-6 мл. Розчин Рінгера-Локка до 1000 мл., 1-5% розчин бікарбонату натрію 200-300 мл. під контролем кислотно-лужної рівноваги і електролітів. Нормалізація процесів: вітамін В₁, В₆. При важкій формі блювоти для подавлення збудженості блювотного центру 2,5% аміназіну по 2 мл 2 рази на добу, або 2,5% - 1 мл в/с на 5% розчині глюкози 500 мл. Дроперідол 0,5-0,75 мл., потім через 2-3 дні дозу зменшують до 0,5 мл. Десенсибілізуючу терапію і регуляцію обміну речовин: спленін п/ш, в/м, по 2 мл 2 рази на день на протязі 10-12 днів, АКТГ по 40 ОД на добу через день, дезоксикортикостерон ацетат по 0,0005 г через день на протязі 10-12 днів.

Лікування слинотечі: розчин атропіну 0,1-1 мл. 2 рази на день.

Фізіотерапевтичні методи: голкорексфлексотерапія, іоногальванізація шийно-лищевого та сонячного сплетінь, нейролептаналгезія. Ознаки погіршення загального стану хворої, поява ацидозу (ацетону), жовтяниці – вагітність необхідно перервати.

Дерматози вагітних - група захворювань, що виникають в зв'язку з вагітністю і зникають після її переривання. Захворювання шкіри при вагітності залежать від

функціонального дисбалансу між корою і підкоркою, підвищеної збудливості вегетативної нервової системи, що супроводжується порушеннями іннервації шкіри, метаболічними, гемомікроциркуляторними змінами в ній.

Дерматози вагітних проявляються у вигляді свербіння шкіри, рідше у формі екземи, кропивниці, еритеми, герпетичних висипів. Лікування дерматозів проводиться ідентично лікуванню блювання вагітних (відповідний режим, харчування з обмеженням білків і жирів, препарати, що регулюють функцію нервової системи і обмін речовин).

Жовтяниця вагітних (холестатичний гепатоз вагітних) може виникати в різні терміни вагітності, але частіше зустрічається в III триместрі. Патогенез цього захворювання достатньо не вивчений. Суттєве значення в його виникненні можуть мати такі фактори, як гальмувальний вплив прогестерону на жовчовидільну функцію холангіол, збільшення продукції холестерину, зниження тонуусу жовчовидільної системи, наростання в'язкості жовчі. Виникнення жовтяниці передуює розповсюджене інтенсивне свербіння шкіри. Загальний стан хворої при холестатичному гепатозі вагітних суттєво не змінюється. При лабораторному обстеженні відмічається помірний лейкоцитоз, нейтрофіліоз, а також дещо більш виражене, ніж при неускладненій вагітності, підвищення ШОЕ. Вміст білірубину в крові підвищений, (до 90 ммоль/л) і після пологів швидко нормалізується. Дещо зростає рівень лужної фосфатази. Не спостерігається збільшення кількості таких печінкових ферментів, як АЛТ, АСТ, що є досить характерною ознакою для жовтяниці вагітних. Це пояснюється тим, що патогномонічним для цієї патології і відсутність ознак некрозу паренхіми печінки. При виявленні жовтяниці у вагітних насамперед необхідно встановити її причину. Деференційний діагноз слід проводити з ураженням печінки і жовтяничних шляхів під впливом механічних обмінних або інфекційних факторів. Можливе виникнення жовтяниці внаслідок вираженої інтоксикації організму при тяжких формах раннього і пізнього гестозу. Лікування холестатичного гепатозу заключається в призначенні раціонального харчування (дієта №5) і в застосуванні засобів, що сприяють ліквідації свербіння шкіри. З цією метою використовують нерабол по 5-10мг, холестирамін по 12-15мг на добу. Показане використання антигістамінних засобів, фенобарбіталу. В окремих випадках може з'явитись необхідність в перериванні вагітності внаслідок наростання клінічних проявів захворювання.

Гострий жировий гепатоз вагітних - одна з найзагрозливіших форм гестозу, що частіше зустрічається в пізніх термінах вагітності (33-40 тижнів) і характеризується надзвичайно гострим початком і високою смертністю. Морфологічно вона проявляється вираженою жировою дистрофією гепатоцитів при відсутності ознак їх некрозу. Клінічно в перебізі жирового гепатозу виділяють дві стадії: дожовтяничну, що супроводжується слабкістю, нудотою, виснажливою печією, свербінням шкіри; жовтяничну, при якій нарастають симптоми печінкової недостатності, інтоксикація, розвивається ДВЗ-синдром і нерідко настає загибель плоду. Лікування полягає у негайному перериванні вагітності, дезінтоксикаційної терапії, введенні білкових та ліпотропних засобів.

Хорея (тетанія) вагітних виникає в зв'язку з порушенням обміну кальцію внаслідок гіпофункції паращитовидних залоз. Клінічно вона проявляється судомними некординованими посипуванням м'язів верхніх, нижніх кінцівок іноді - обличчя і зовсім рідко гортані або шлунку. Частіше ця форма зустрічається у жінок, що страждають на ревматизм і ступень тяжкості гестозу при цьому відповідає активності ревматичного процесу. Лікування титанії проводиться в стаціонарі, сумісно з терапевтом, шляхом призначення лікувально-охоронного режиму, психотерапії, лікувального електросну, седативних засобів, а також препаратів, що нормалізують обмін кальцію (вітаміни D, E, глюконату кальцію), паратиреоїдину для покращення функції паращитовидної залози.

Остеомаляція - зустрічається надзвичайно рідко і обумовлене декальцифікацією кісток і їх розм'якшенням. Найчастіше уражуються кістки тазу та хребет, що

супроводжується їх болючістю та деформаціями. Лікування остеомаліції полягає в нормалізації фосфорно-кальцієвого обміну, як це проводиться при терапії хорей вагітних.

ПРЕЕКЛАМПСІЯ/ЕКЛАМПСІЯ

Шифр МКХ-10: O13–O15

1. Класифікація

Класифікація МКХ-10

Легка преєклампсія або гестаційна гіпертензія без значної протеїнурії	O13
Преєклампсія середньої тяжкості	O14.0
Тяжка преєклампсія	O14.1
Преєклампсія неуточнена	O14.9
Еклампсія	O15
Еклампсія під час вагітності	O15.0
Еклампсія під час пологів	O15.1
Еклампсія в післяпологовому періоді	O15.2
Еклампсія неуточнена за терміном	O15.3

До даної класифікації не увійшли такі особливі форми пізнього гестозу, як HELLP-синдром і гострий жировий гепатоз, за умови розвитку яких ризик для плода та вагітної є вкрай високим, що потребує негайних адекватних дій. Діагностика, лікування та акушерська тактика у разі цих форм гестозу визначаються окремими протоколами.

2. Діагностика (табл. 2 і 3)

Таблиця 2. Діагностичні критерії тяжкості преєклампсії/еклампсії

Діагноз	Діаст. АТ, мм рт.ст.	Протеїнурія, г/доб	Інші ознаки
Гестаційна гіпертензія або легка преєклампсія	90-99	<0,3	–
Преєклампсія середньої тяжкості	100-109	0,3-5,0	Набряки на обличчі, руках Інколи головний біль
Тяжка преєклампсія	□110	>5	Набряки генералізовані, значні Головний біль Порушення зору Біль в епігастрії або/та правому підребер'ї Гіперрефлексія Олігурія (< 500 мл/доб) Тромбоцитопенія
Еклампсія	□90	□0,3	Судомний напад (один чи більше)

Примітка. Наявність у вагітної хоча б одного з критеріїв більш тяжкої преєклампсії є підставою для відповідного діагнозу.

Таблиця 3. Додаткові клініко-лабораторні критерії преєклампсії

Ознаки	Легка преєклампсія	Преєклампсія середньої тяжкості	Тяжка преєклампсія
Сечова кислота, ммоль/л	< 0,35	0,35-0,45	> 0,45
Сечовина, ммоль/л	< 4,5	4,5–8,0	> 8

Креатинін, мкмоль/л	< 75	75–120	> 120 або олігурія
Тромбоцити, ·10 ⁹ /л	> 150	80–150	< 80

3. Легка преєклампсія.

3.1. Надання допомоги залежить від стану вагітної, параметрів АТ та протеїнурії. У разі відповідності стану вагітної критеріям легкої преєклампсії при терміні вагітності до 37 тижнів можливий нагляд *в умовах стаціонару денного перебування*.

3.2. Визначають термін вагітності.

3.3. Проводять *навчання* пацієнтки самостійному моніторингу основних показників розвитку преєклампсії: вимірювання АТ, контроль балансу рідини та набряків, реєстрація рухів плода.

3.4. Проводять *лабораторне обстеження*: загальний аналіз сечі, добова протеїнурія, креатинін та сечовина плазми крові, гемоглобін, гематокрит, кількість тромбоцитів, коагулограма, АлАТ і АсАТ, визначення стану плода (нестресовий тест за можливості).

3.5. *Медикаментозну терапію не призначають. Не обмежують вживання рідини та кухонної солі (А).*

3.6. *Показання для госпіталізації:*

- термін вагітності більше 37 тижнів;
- поява хоча б однієї ознаки преєклампсії середньої тяжкості;
- порушення стану плода.

3.7. У разі стабільного стану жінки у межах критеріїв легкої преєклампсії – тактика ведення вагітності вичікувальна.

3.8. Пологи ведуть через природні пологові шляхи.

4. Преєклампсія середньої тяжкості.

4.1. *Госпіталізація.*

4.1.1. При терміні гестації 37 тижнів і більше – планова госпіталізація вагітної до стаціонару II рівня для розродження.

4.1.2. При терміні вагітності менше 37 тижнів, прогресуванні преєклампсії або порушенні стану плода – госпіталізація вагітної до стаціонару III рівня.

4.2. Первинне *лабораторне обстеження*: загальний аналіз крові, гематокрит, кількість тромбоцитів, коагулограма, АлАТ і АсАТ, група крові та резус-фактор (у разі відсутності точних відомостей), загальний аналіз сечі, визначення добової протеїнурії, креатиніну, сечовини, сечової кислоти плазми, електроліти (натрій та калій), оцінка стану плода.

4.3. *Охоронний режим* – напівліжковий, обмеження фізичного та психічного навантаження.

4.4. *Раціональне харчування*: їжа з підвищеним вмістом білків, *без обмеження солі та води*, вживання продуктів, які не викликають спраги (А).

4.5. Комплекс вітамінів та мікроелементів для вагітної, за необхідності – препарати заліза.

4.6. При діастолічному АТ \geq 100 мм рт.ст. – призначення гіпотензивних препаратів (метилдофа по 0,25-0,5 г 3-4 рази на добу, максимальна доза – 3 г на добу; за необхідності додають ніфедипін по 10 мг 2-3 рази на добу, максимальна добова доза – 100 мг) (А).

4.7. При терміні вагітності до 34 тижнів призначають кортикостероїди для *профілактики респіраторного дистрес-синдрому* (РДС) – дексаметазон по 6 мг через 12 год. чотири рази впродовж 2 діб.

4.8. Дослідження проводять із встановленою кратністю **динамічного спостереження показників (С)**:

- контроль АТ – кожні 6 годин першої доби, надалі – двічі на добу;
- аускультация серцебиття плода кожні 8 годин;
- аналіз сечі – щодоби;
- добова протеїнурія – щодоби;
- гемоглобін, гематокрит, коагулограма, кількість тромбоцитів, АлАТ і АсАТ, креатинін, сечовина – кожні три дні;
- моніторинг стану плода: кількість рухів за 1 годину, частота серцевих скорочень – щодня;
- оцінка біофізичного профілю плода (за показаннями);
- кардіотокографія (за показаннями).

4.9. При прогресуванні прееклампсії або погіршенні стану плода розпочинають підготовку до розродження:

- підготовка пологових шляхів у разі «незрілої» шийки матки - простагландини Е₂ (місцево).

4.10. **Розродження.**

4.10.1. Метод розродження у будь-якому терміні гестації визначається готовністю пологових шляхів або станом плода.

4.10.1.1. За умови неефективності проведеної підготовки пологових шляхів простагландинами проводять операцію кесаревого розтину.

4.10.1.2. Якщо шийка матки достатньо зріла, проводять родостимуляцію та пологи ведуть через природні пологові шляхи.

4.10.2. За умови стабільного стану вагітної та показниках АТ, що не виходять за межі критеріїв прееклампсії середнього ступеня тяжкості, у процесі пологів утримуються від магnezіальної терапії. У РАЗІ погіршення загального стану вагітної, появи ознак тяжкої прееклампсії, нестабільних показниках АТ або постійно високих показниках АТ на рівні максимальних, характерних для прееклампсії середнього ступеня тяжкості, показано проведення магnezіальної терапії для профілактики судом (А).

4.11. **Перехід** до ведення вагітної за алгоритмом тяжкої прееклампсії здійснюють у випадках наростання хоча б однієї з наступних ознак:

- діастолічний АТ >110 мм рт.ст.;
- головний біль;
- порушення зору;
- біль у епігастральній ділянці або правому підребер'ї;
- ознаки печінкової недостатності;
- олігурія (< 25 мл/год);
- тромбоцитопенія (< 100·10⁹/л);
- ознаки ДВЗ-синдрому;
- підвищення активності АлАТ та АсАТ.

5. **Тяжка прееклампсія**

5.1. **Госпіталізація.**

5.1.1. Хвору госпіталізують до відділення анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ) стаціонару III рівня для оцінки ступеня ризику вагітності для матері і плода та вибору методу розродження протягом 24 годин.

5.1.2. Виділяють індивідуальну палату з інтенсивним цілодобовим спостереженням медичного персоналу.

5.2. Негайні *консультації* терапевта, невропатолога, окуліста.

5.3. **Катетеризують** периферичну вену для тривалої інфузійної терапії, за необхідності контролю ЦВТ – центральну вену, для контролю погодинного діурезу – сечовий міхур. За показаннями - трансназальна катетеризація шлунка.

5.4. **Первинне лабораторне обстеження:** загальний аналіз крові, гематокрит, кількість тромбоцитів, коагулограма, АлАТ та АсАТ; група крові та резус-фактор (за відсутності); загальний аналіз сечі, визначення протеїнурії, креатиніну, сечовини, загальний білок, білірубін та його фракції, електроліти.

5.5. **Ретельне динамічне спостереження:**

- контроль АТ – щогодини;
- аускультация серцебиття плода – кожні 15 хвилин;
- аналіз сечі – кожні 4 години;
- контроль погодинного діурезу (катетеризація сечового міхура катетером Фалея);
- гемоглобін, гематокрит, кількість тромбоцитів, функціональні печінкові проби, креатинін плазми – щодоби;
- моніторинг стану плода: кількість рухів за 1 годину, частота серцевих скорочень – щодня, за можливості – доплерометричний контроль кровообігу у судинах пуповини, судинах мозку плода, плаценті та фетоплацентарному комплексі;
- оцінка об'єму навколоплодових вод та біофізичного профілю плода – за показаннями;
- тест на відсутність стресу плода – при погіршенні показників щоденного моніторингу плода і обов'язково перед розродженням (оцінка стану серцевої діяльності плода за допомогою фетального монітору).

5.6. **Лікування.**

5.6.1. Охоронний режим (суворий ліжковий), виключення фізичного та психічного напруження.

5.6.2. Комплекс вітамінів для вагітної, за необхідності – мікроелементи.

5.6.3. При терміні вагітності до 34 тижнів – кортикостероїди для профілактики РДС- дексаметазон по 6 мг через 12 год. чотири рази впродовж 2 діб.

5.6.4. У разі необхідності проводять підготовку пологових шляхів за допомогою простагландинів.

5.6.5. **Тактика ведення** активна з розродженням у найближчі 24 години з моменту встановлення діагнозу.

Вичікувальна тактика в усіх випадках тяжкої преeklampsії не рекомендується (В).

5.6.6. **Антигіпертензивна терапія.**

5.6.6.1. Лікування артеріальної гіпертензії не є патогенетичним, але необхідне для матері та плода. Зниження АТ має на меті попередження гіпертензивної енцефалопатії та мозкових крововиливів. Слід прагнути довести АТ до безпечного рівня (150/90–160/100 мм рт. ст., не нижче!), який забезпечує збереження адекватного мозкового та плацентарного кровотоку (В).

Швидке і різке зменшення рівня АТ може викликати погіршення стану матері та плода (С).

5.6.6.2. Антигіпертензивну терапію проводять при підвищенні діастолічного тиску > 110 мм рт.ст. разом з магnezіальною терапією (див. нижче п. 5.6.7). Попередньо слід відновити ОЦК (див. нижче п. 5.6.9).

5.6.6.3. **Лабеталол** застосовують спочатку внутрішньовенно 10 мг, через 10 хвилин, за відсутності адекватної реакції (діастолічний АТ залишився вище 110 мм рт.ст.) – додатково ще 20 мг препарату. АТ контролюють кожні 10 хвилин, і якщо діастолічний тиск лишається вище 110 мм рт.ст, вводять 40 мг, а потім 80 мг лабеталолу (максимально до 300 мг) (В).

5.6.6.4. За відсутності лабеталолу можливе застосування *ніфедипіну* 5–10 мг під язик. Якщо ефект відсутній, то через 10 хвилин необхідно дати ще 5 мг препарату під язик.

Слід пам'ятати, що на фоні введення сульфату магнію ніфедипін може призвести до швидкого розвитку гіпотензії.

5.6.6.5. Для зниження АТ при тяжкій прееклампсії застосовують також *гідралазин*: 20 мг (1 мл) препарату розчиняють у 20 мл 0,9% розчину хлориду натрію, вводять повільно внутрішньовенно по 5 мл (5 мг гідралазину) кожні 10 хвилин, доки діастолічний АТ не знизиться до безпечного рівня (90–100 мм рт.ст). За необхідності повторюють внутрішньовенне введення гідралазину по 5–10 мг щогодини або 12,5 мг внутрішньом'язово кожні 2 години.

Метилдофу для лікування тяжкої прееклампсії застосовують рідше, оскільки препарат має відстрочену дію (ефект настає через 4 години). Як правило, застосовують дози 1,0–3,0 г на добу як монотерапію або у комбінації з ніфедипіном 0,5 мг/кг/доб (В).

У разі недоношеної вагітності добова доза метилдофи не повинна перевищувати 2,0 г, бо це може призвести до розвитку меконіальної непрохідності у недоношених новонароджених.

На фоні застосування метилдофи навіть звичайні дози тіопенталу-натрію можуть призвести до колапсу.

5.6.6.6. Як антигіпертензивний засіб у хворих з тяжкою прееклампсією можна застосовувати *клонідин*: 0,5–1 мл 0,01% розчину внутрішньовенно чи внутрішньом'язово або 0,15–0,2 мг під язик 4–6 разів на день.

5.6.6.7. За умови можливості дослідження типу гемодинаміки, антигіпертензивну терапію проводять з його урахуванням.

У разі гіперкінетичного типу доцільно застосовувати комбінацію лабеталолу з ніфедипіном, при гіпокінетичному – клонідин + ніфедипін на фоні відновлення ОЦК, при еукінетичному – метилдофа + ніфедипін.

5.6.6.8. Як антиконвульсант з одночасною антигіпертензивною дією використовують сульфат магнію, що є препаратом вибору для профілактики та лікування судом (А), які у госпіталізованих жінок виникають внаслідок недостатнього лікування тяжкої прееклампсії.

5.6.7. Магnezіальна терапія

Магnezіальна терапія – це болюсне введення 4 г сухої речовини сульфату магнію з подальшою безперервною внутрішньовенною інфузією зі швидкістю, яка визначається станом хворої.

5.6.7.1. Магnezіальну терапію **починають** з моменту госпіталізації, якщо діастолічний АТ > 130 мм рт.ст.

5.6.7.2. **Мета** магnezіальної терапії – підтримка концентрації іонів магнію в крові вагітної на рівні, потрібному для профілактики судом.

5.6.7.3. **Стартову дозу** (дозу насичення) – 4 г сухої речовини (16 мл 25%-го розчину сульфату магнію) вводять шприцом дуже повільно протягом 15 хвилин (у разі еклампсії – протягом 5 хвилин). Зважаючи на те, що концентрований розчин сульфату магнію може викликати значне подразнення стінки вени, у яку проводиться інфузія (аж до некрозу), стартову дозу сульфату магнію розчиняють в 0,9% розчині хлориду натрію чи розчині Рингера-Локка. Для цього у стерильний флакон з 34 мл розчину вводять 4 г магнію сульфату (16 мл 25%-го розчину).

5.6.7.4. **Підтримуючу терапію** стандартно починають з дози 1 г сухої речовини сульфату магнію на годину. За такої швидкості введення концентрація магнію у сироватці крові досягне 4–8 ммоль/л (терапевтична концентрація) через 18 годин. При введенні зі швидкістю 2 г/год. – через 8 годин, а при швидкості 3 г/год. – через 2 години.

Наведені швидкості введення сульфату магнію можливі тільки за умови нормального діурезу (не менше 50 мл/год). у разі навіть незначно олігурії швидкість введення необхідно зменшити, постійно проводячи моніторинг рівня магнію у плазмі крові.

Розчин для підтримуючої терапії сульфатом магнію готують таким чином: 7,5 г сульфату магнію (30 мл 25 %-го розчину) вводять у флакон, що містить 220 мл 0,9% розчину хлориду натрію чи розчину Рингера-Локка. Отриманий 3,33% розчин сульфату магнію необхідно вводити через допоміжну лінію крапельниці (паралельно інфузійній терапії). Швидкість введення розчину підбирають згідно зі станом вагітної – від 1 г/год (10–11 крапель) до 2 г/год. (22 краплі/хв.) або 3 г/год (33 краплі/хв.). У табл. 4 зазначено швидкість введення і відповідну дозу сульфату магнію в перерахунку на суху речовину.

Таблиця 4. Швидкість введення 3,33% розчину сульфату магнію.

Доза сульфату магнію (в перерахунку на суху речовину)	Швидкість введення	
	мл/год.	крапель/хв.
1 г/год.	33,33	10–11
1,5 г/год.	50	16-17
2 г/год.	66,66	22
3 г/год.	100	33
4 г/год.	133,33	44

5.6.7.5. Робочий розчин сульфату магнію вводять одночасно з усіма розчинами, необхідними для проведення інфузійної терапії у пацієнтки. Загальна кількість рідини, що вводиться, становить від 75 до 125 мл за годину і не повинна перевищувати 2500–3000 мл за добу (35 мл/кг) (з урахуванням рідини, що вводиться із сульфатом магнію, і випитої рідини).

Для виконання процедури використовують два флакони – один з 250 мл 3,33% розчину сульфату магнію, інший – з інфузійним середовищем. Крапельниці, що виходять з цих флаконів, з'єднують між собою конектором чи голкою. При цьому основною є лінія з інфузійним середовищем, а лінія із сульфатом магнію повинна впадати до неї, а не навпаки.

5.6.7.6. Рішення щодо зміни швидкості введення сульфату магнію (збільшення або зменшення дози) чи припинення магнезіальної терапії приймають на підставі оцінки показників сироваткового магнію або у разі появи клінічних ознак токсичності сульфату магнію (зниження частоти дихання до 14 і менше за хвилину, пригнічення колінних рефлексів, розвиток АВ-блокади).

Достатність дози сульфату магнію визначається рівнем його у сироватці крові у перші 4-6 годин. Якщо немає можливості проводити контроль рівня сироваткового магнію, погодинно ретельно оцінюють наявність/відсутність клінічних симптомів токсичності сульфату магнію, що документується в історії хвороби.

Ознаки магнезіальної інтоксикації можливі навіть на фоні терапевтичних концентрацій магнію у плазмі крові за умови комбінації з іншими препаратами, особливо з блокаторами кальцієвих каналів.

5.6.7.7. З появою ознак токсичності сульфату магнію призначають 1 г глюконату кальцію (10 мл 10%-го розчину) в/в, який завжди повинен знаходитися біля ліжка хворої.

Моніторинг стану вагітної під час проведення терапії сульфатом магнію включає:

- вимірювання АТ кожні 20 хв.;
- підрахунок ЧСС;

- спостереження за частотою та характером дихання (ЧД має бути не менше 14 за 1 хв.);
- визначення сатурації O₂ (не нижче 95%);
- кардіомоніторний контроль;
- ЕКГ;
- перевірка колінних рефлексів кожні 2 год.;
- контроль погодинного діурезу (має бути не менше 50 мл/год.).

Крім того, контролюють :

- симптоми наростання тяжкості прееклампсії: головний біль, порушення зору (двоїння предметів, «мерехтіння мушок» в очах), біль у епігастрії;
- симптоми можливого набряку легенів: тяжкість в грудях, кашель з мокротинням чи без нього, задуха, підвищення ЦВТ, поява крепітації чи вологих хрипів при аускультатії легенів, зростання ЧСС та ознак гіпоксії, зниження рівня свідомості;
- стан плода (аускультатія серцебиття щогодини, фетальний моніторинг).

5.6.7.8. Магnezіальну терапію проводять протягом 24–48 годин після пологів, разом із симптоматичним лікуванням. Слід пам'ятати, що застосування сульфату магнію під час пологів та у ранньому післяпологовому періоді знижує скоротливу активність матки.

5.6.7.9. Критерії закінчення магnezіальної терапії:

- припинення судом;
- відсутність симптомів підвищеної збудливості ЦНС (гіперрефлексія, гіпертонус, судомна готовність);
- стійке зниження діастолічного артеріального тиску (90–100 мм рт. ст.)
- нормалізація діурезу (> 50 мл/год).

5.6.7.10. Протипоказання до магnezіальної терапії:

- гіпокальціємія;
- пригнічення дихального центру;
- артеріальна гіпотензія;
- кахексія.

5.6.8. За відсутності сульфату магнію можливе використання діазепаму, хоча існує високий ризик неонатального пригнічення дихання (діазепам вільно проходить крізь плацентарний бар'єр) (В). Методику використання діазепаму наведено у таблиці.

Таблиця 5. Схема застосування діазепаму при тяжкій прееклампсії та еклампсії.

Стартова доза	10 мг (2 мл) внутрішньовенно протягом 2 хвилин в 10 мл 0,9% розчину хлориду натрію. Якщо судоми відновились або не припинилися – повторити стартову дозу. При перевищенні дози 30 мг за 1 годину може виникнути пригнічення або зупинка дихання у хворій!
Підтримуюча доза	40 мг розчиняють у 500 мл 0,9% розчину хлориду натрію або розчині Рингера і вводять внутрішньовенно зі швидкістю 22 мл/год (6–7 крапель за хвилину). Якщо є можливість введення шприцевим дозатором, встановлюють швидкість 1,5–1,75 мг діазепаму за годину. За необхідності добову дозу можна підвищити до 80 мг. Можливе внутрішньом'язове введення препарату по 10 мг через кожні 3–4 години.
Ректальне введення	За неможливості забезпечити внутрішньовенне введення 20 мг діазепаму необхідно розчинити у 10 мл 0,9% розчину

	хлориду натрію, ввести шприц з розчином до прямої кишки на половину його довжини та вприснути його вміст. Після цього стискають сідниці і утримують їх у такому положенні 10 хв. Також можливе введення розчину діазепаму у пряму кишку через катетер.
--	--

5.6.9. Інфузійна терапія

5.6.9.1. **Умовою** адекватної інфузійної терапії є суворий контроль об'єму введеної і випитої рідини та діурезу. Діурез має бути не менше 60 мл/год.

5.6.9.2. **Загальний об'єм** рідини, що вводиться, має відповідати добовій фізіологічній потребі жінки (у середньому 30–35 мл/кг) з додаванням об'єму нефізіологічних втрат (крововтрата тощо).

5.6.9.3. **Швидкість введення** рідини не повинна перевищувати 85 мл/год. або погодинний діурез + 30 мл/год (С).

5.6.9.4. Препаратами вибору інфузійної терапії до моменту розродження є *ізотонічні сольові розчини* (Рингера, NaCl 0,9%) (В).

5.6.9.5. У разі необхідності відновлення ОЦК оптимальними препаратами є *розчини гідроксиетилкрохмалю* 6% або 10% (С). Гідроксиетилкрохмалі або декстриани слід вводити разом з кристалоїдами у співвідношенні 2:1.

5.6.9.6. До інфузійно-трансфузійної програми доцільно включати *донорську свіжозаморожену плазму* для ліквідації гіпопротеїнемії (показники білка плазми < 55 г/л), нормалізації співвідношення антикоагулянти/прокоагулянти, що є профілактикою кровотеч у пологах і післяпологовому періоді (С).

Введення розчинів альбуміну (особливо 5%) є недоцільним, оскільки внаслідок специфічної селективної альбумінурії він швидко виводиться, що й зумовлює короткочасність корекції гіповолемії і гіпопротеїнемії при тяжких формах прееклампсії. (С). У разі необхідності альбумін краще використовувати у вигляді 10–20% розчинів (потрібен менший об'єм) у сполученні з кристалоїдами, зазвичай у співвідношенні 1:1.

5.6.9.7. Компонентом інфузійної терапії тяжкої прееклампсії можуть бути *декстриани*, які ефективно підвищують ОЦК, поліпшують мікроциркуляцію. Їх доза не повинна перевищувати 10 мл/кг/доб, оскільки це може призвести до гіпокоагуляції (С).

5.6.9.8. Не використовують гіпоосмолярні розчини – 5% і 10% глюкозу, а також їх суміші з електролітами (“поляризуючі суміші”), оскільки вони часто викликають гіпоглікемію у плода, посилюють накопичення лактату в мозку матері, погіршуючи неврологічний прогноз у разі еклампсії. До введення розчинів глюкози у хворой на тяжку прееклампсію вдаються лише за абсолютними показаннями – гіпоглікемія, гіпернатріємія та гіпертонічна дегідратація, іноді – у хворих на цукровий діабет для профілактики гіпоглікемії.

5.7. Тактика розродження.

5.7.1. За умови готових пологових шляхів проводять амніотомію з наступним призначенням родозбудження окситоцином.

5.7.2. Розродження проводять з урахуванням акушерської ситуації. Перевагу віддають пологам через природні пологові шляхи з адекватним знеболенням (епідуральна анестезія або інгаляція закисом азоту).

5.7.3. За умови неготової шийки матки та відсутності ефекту від підготовки простагландинами, або у разі прогресування гіпертензії, загрози судомного нападу, погіршення стану плода розродження проводять шляхом операції кесаревого розтину.

5.7.4. **Показанням** до планового кесаревого розтину у разі тяжкої прееклампсії є прогресування прееклампсії або погіршення стану плода у вагітної з незрілими пологовими шляхами.

5.7.5. При погіршенні стану вагітної або плода у другому періоді пологів накладають акушерські щипці або проводять вакуум-екстракцію плода на фоні адекватного знеболення.

5.7.6. У третьому періоді пологів - утеротонічна терапія з метою профілактики кровотечі (окситоцин внутрішньовенно краплинно).

Метилергометин не застосовують! (В)

5.8. **Після пологів** лікування прееклампсії продовжують залежно від стану жінки, клінічної симптоматики та лабораторних показників. Необхідні моніторинг АТ і антигіпертензивна терапія. Дози антигіпертензивних препаратів поступово зменшують, але не раніше, ніж через 48 годин після пологів. Якщо жінка отримувала два чи більше антигіпертензивних препаратів – один препарат відмінюють. Магnezіальна терапія триває не менше 24 годин після пологів або після останнього нападу судом.

6. Прееклампсія, встановлена у післяпологовому періоді.

6.1. Призначають охоронний режим, контроль АТ, збалансоване харчування.

6.2. **Лабораторне обстеження:** загальний аналіз крові (гемоглобін, гематокрит, кількість тромбоцитів) та сечі, біохімічне дослідження крові (АлАТ та АсАТ, білірубін, креатинін, сечовина, загальний білок), коагулограма.

6.3. **Лікування.**

6.3.1. За умови застосування гіпотензивних препаратів до пологів, після пологів продовжують їх введення.

6.3.2. У разі недостатньої ефективності терапії додають *тіазидні діуретики*. При виникненні гіпертензії вперше після пологів лікування починають з тіазидних діуретиків.

6.3.3. *Сульфат магнію* призначають за показаннями – у разі ризику виникнення еклампсії.

6.3.4. Проводять ретельний контроль інволюції матки. Профілактика кровотечі введенням метилергометрину протипоказана.

6.4. **Виписування** з пологового стаціонару здійснюють після нормалізації стану хворої. У разі відсутності стабілізації стану жінку переводять до терапевтичного відділення.

Під час виписування лікар акушер-гінеколог проводить з породіллю бесіду з питань подальшого спостереження, раціонального харчування, режиму, контрацепції та планування наступної вагітності.

7. Еклампсія.

7.1. Про *високий ризик* еклампсії свідчать: сильний біль голови, висока гіпертензія (діастолічний АТ > 120 мм рт.ст.), нудота, блювання, порушення зору, біль у правому підбер'ї та/або епігастральній ділянці.

7.2. **Головні цілі екстреної допомоги:**

- припинення судом;
- відновлення прохідності дихальних шляхів.

7.3. **Задачі інтенсивної терапії після ліквідації судом:**

- попередження повторних судомних нападів;
- усунення гіпоксії і ацидозу (дихального та метаболічного);
- профілактика аспіраційного синдрому;
- невідкладне розродження.

7.4. **Перша допомога при розвитку приступу еклампсії.**

7.4.1. Лікування у разі нападу судом починається на місці.

7.4.2. Розгортають палату інтенсивної терапії чи госпіталізують вагітну до відділення анестезіології та інтенсивної терапії.

7.4.3. Хвору укладають на рівну поверхню у положенні на лівому боці, швидко звільняють дихальні шляхи, відкриваючи рот і висуваючи вперед нижню щелепу,

паралельно евакуюють вміст ротової порожнини. За можливості, якщо збережено спонтанне дихання, вводять повітровід та проводять інгаляцію кисню.

7.4.4. За умови розвитку тривалого апное негайно починають примусову вентиляцію носо-лицевою маскою з подачею 100% кисню у режимі позитивного тиску наприкінці видиху. Якщо судом повторюються або хвора залишається у стані коми, вводять м'язові релаксанти (суксаметонію бромід 2 мг/кг) та переводять пацієнтку на штучну вентиляцію легенів (ШВЛ) у режимі помірної гіпервентиляції.

7.4.5. Паралельно з проведеними заходами щодо відновлення адекватного газообміну здійснюють катетеризацію периферичної вени та починають введення протисудомних препаратів (сульфат магнію – болюс 4 г протягом 5 хвилин внутрішньовенно, потім підтримуюча терапія 1–2 г/год) під ретельним контролем АТ і ЧСС. Якщо напади тривають, внутрішньовенно вводять ще 2 г сульфату магнію (8 мл 25% розчину) протягом 3-5 хвилин. Замість додаткового болюсу сульфату магнію можна використовувати діазепам внутрішньовенно (10 мг) чи тіопентал-натрій (450–500 мг) упродовж 3 хвилин. Якщо напад судом триває понад 30 хвилин, цей стан розглядають як екламптичний статус.

7.4.6. Якщо діастолічний АТ залишається на високому рівні (> 110 мм рт.ст.), проводять антигіпертензивну терапію (див. п. 5.6.6).

7.4.7. Катетеризують сечовий міхур.

7.4.8. Усі маніпуляції (катетеризація вен, сечового міхура, акушерські маніпуляції) проводять під загальною анестезією тіопенталом-натрієм або закисом азоту з киснем.

Не застосовують кетамін!

7.4.9. Після ліквідації судом проводять корекцію метаболічних порушень, водно-електролітного балансу і кислотно-основного стану, білкового обміну.

7.5. *Обстеження* здійснюють після припинення нападу судом.

7.5.1. Консультація невропатолога та окуліста.

7.5.2. Лабораторні аналізи: повний аналіз крові (тромбоцити, гематокрит, гемоглобін, час згортання), загальний білок, рівень альбуміну, глюкоза, сечовина, креатинін, трансамінази, електроліти, рівень кальцію, магнію, фібриноген та продукти його деградації, протромбін та протромбіновий час, аналіз сечі, добова протеїнурія

7.5.3. Моніторинг АТ, визначення погодинного діурезу, оцінку клінічних симптомів проводять з обов'язковою реєстрацією в історії пологів щогодини.

7.6. Штучна вентиляція легенів.

7.6.1. Штучна вентиляція легенів не є основним способом лікування еклампсії, однак усунення гіпоксії (найважливішого патогенетичного чинника розвитку поліорганної недостатності) – обов'язкова умова проведення інших заходів.

7.6.2. *Показання:*

7.6.2.1. Абсолютні:

- еклампсія під час вагітності;
- екламптична кома або екламптичний статус;
- гострий респіраторний дистрес-синдром дорослих (III стадія);
- судомна готовність на фоні поверхневого наркозу;
- поєднання прееклампсії/еклампсії з шоком будь-якого генезу.

7.6.2.2. Відносні:

- прогресування гострої коагулопатії;
- крововтрата під час операції більше 15 мл/кг (подовжена ШВЛ до стабілізації життєвих функцій організму і відновлення ОЦК).

7.6.3. ШВЛ проводять у режимі нормовентиляції або помірної гіпервентиляції (рСО₂=30-40 мм рт.ст.).

Початкові параметри ШВЛ: дихальний об'єм – 7–8 мл/кг, хвилинний об'єм дихання – 10–12 л/хв., тиск на вдиху – не більше 20 см вод. ст., FiO_2 – 30%, відношення вд./вид. – 1:2.

7.6.4. При наяві судомного синдрому після пологів синхронізації з респіратором досягають застосуванням недеполяризуючих міорелаксантів, в інших випадках використовують барбітурати + бензодіазепіни + ГОМК.

7.6.5. За відсутності судом ШВЛ проводять у режимі SIMV до повного відновлення свідомості і спонтанного адекватного дихання.

7.6.6. При проведенні ШВЛ більше доби необхідне проведення фібробронхоскопії.

7.6.7. *Критерії припинення ШВЛ:*

- повне відновлення свідомості;
- відсутність судом та судомної готовності без застосування протисудомних препаратів;
- стабілізація геодинаміки;
 - припинення дії препаратів, які пригнічують дихання (міорелаксанти, наркотичні анагетика, гіпнотики та ін.);
 - відсутність ознак гострого респіраторного дистрес-синдрому дорослих;
 - стабільність стану системи гемостазу;
 - відновлена киснева ємність крові (гемоглобін не менше 80 г/л);
 - $SpO_2 > 95\%$, $PaO_2 > 80$ мм рт.ст. при $FiO_2 < 0,4$ ($PaO_2/FiO_2 > 200$).

Вказаних вище критеріїв і, в першу чергу, нормалізації гемодинаміки, необхідно досягти протягом першої доби і планувати припинення ШВЛ, яка повинна супроводжуватися повною відміною седативної терапії.

У разі крововиливу у мозок і коматозного стану вагітної питання про припинення ШВЛ обговорюється не раніше, ніж за дві доби. Інтенсивну терапію продовжують у повному обсязі.

7.6.8. Інтенсивна терапія еклампсії без ШВЛ можлива за таких умов:

- напад судом виник під дією надзвичайних стимулів (перейми, потуги) чи у післяпологовому періоді;
- після нападу еклампсії збережені елементи свідомості;
- артеріальний тиск під час нападу не перевищує 170/100 мм рт.ст.;
- відсутність субарахноїдального крововиливу;
- відсутність вогнищевої неврологічної симптоматики;
- відсутність інших показань до ШВЛ.

7.7. Жінку, яка перенесла еклампсію, наглядають в умовах палати реанімації та інтенсивної терапії, або організують індивідуальний пост.

7.8. **Розродження** здійснюється терміново.

7.8.1. Якщо акушерська ситуація не дозволяє провести негайне розродження через природні пологові шляхи (екламптичний напад стався у II періоді пологів), виконують операцію кесарів розтин.

7.8.2. Розродження проводять відразу після ліквідації нападу судом на фоні постійного введення сульфату магнію та антигіпертензивної терапії.

7.8.3. За умови продовження нападу судом термінове розродження проводять після переведення хворої на ШВЛ.

7.8.4. Після закінчення оперативного втручання ШВЛ продовжують до стабілізації стану пацієнтки.

7.9. Після пологів лікування продовжують відповідно до стану хворої. Магnezіальна терапія має тривати ще не менше 48 годин.

8. Спостереження за жінкою, що перенесла прееклампсію/еклампсію після виписки з пологового стаціонару

8.1. В умовах жіночої консультації за участю терапевта проводять диспансерний нагляд за жінкою, яка перенесла середнього ступеня або тяжку прееклампсію чи еклампсію:

- патронаж на дому,
- консультація профільних спеціалістів (за необхідності),
- комплексне обстеження через 6 тижнів після пологів.

8.2. Жінки, які потребують лікування гіпотензивними препаратами, після виписки з пологового стаціонару проходять огляд щотижня з обов'язковим лабораторним контролем рівня протеїнурії та концентрації креатиніну у плазмі крові.

8.3. У разі збереження гіпертензії протягом 3 тижнів після пологів жінку госпіталізують до терапевтичного стаціонару.

8.4. Тривалість диспансерного нагляду після перенесеної середнього ступеня або тяжкої прееклампсії чи еклампсії – 1 рік.

8.5. Об'єм і терміни обстеження:

- загальний аналіз сечі – через 1, 3, 6, 9 і 12 місяців після пологів;
- загальний аналіз крові – через 1 і 3 місяці;
- офтальмоскопія – через 1, 3 і 12 місяців;
- ЕКГ – через 1 місяць, далі – за призначенням терапевта;
- вимірювання АТ – при кожному відвідуванні лікаря будь-якого профілю.

VII. Матеріали активізації курсантів під час викладання лекції

Питання

1. Яка сучасна термінологія, визначення поняття «прееклампсія»?
2. Яка класифікація прееклампсії?
3. Як основні теорії етіології, патогенезу пре еклампсії?
4. Які фактори ризику щодо виникнення пре еклампсії?
5. Яка клініка прееклампсії різного ступеня тяжкості?
6. Які методи оцінки ступеня тяжкості пре еклампсії?
7. Яка клініка і діагностика прееклампсії?
8. Яке спостереження за породіллями, що перенесли прееклампсію / еклампсію після виписування із стаціонару?
9. Яке визначення поняття «ранній гестоз»?
10. Яка класифікація ранніх гестозів?
11. Які сучасні погляди на етіологію та патогенез ранніх гестозів ?
12. Яка клініка блювання вагітних?
13. Які методи обстеження показані при блюванні вагітних?
14. Які принципи і методи лікування блювання вагітних різного ступеня тяжкості?
15. Які клініка, обстеження та лікування при слинотечі у вагітних?
16. Які клініка, обстеження та лікування дерматозів вагітних?
17. Які клініка, обстеження та лікування холестатичного гепатозу вагітних?
18. Які клініка, обстеження та лікування гострого жирового гепатозу вагітних?
19. Які клініка, обстеження та лікування хореї вагітних?
20. Яка диференціальна діагностика різних форм ранніх гестозів з екстрегенітальними захворюваннями?
21. Яка профілактика ранніх гестозів

Завдання для самостійної роботи по темі лекції

1. Зібрати і оцінити анамнез вагітної для визначення факторів ризику розвитку гестозу.
2. Оцінити результати лабораторних досліджень при різних видах гестозів.
3. Оцінити результати УЗД при гестозах.

4. Провести оцінку функціонального стану плода.
5. Визначити тактику ведення вагітності при різних видах гестозів.
6. Визначити термін і тактику розродження при різних видах гестозів.
7. Визначити терміни проведення профілактики гестозів.

Тестові завдання:

1. На черговому огляді у терапевта жіночої консультації у вагітної К. в 30 тижнів вагітності, виникли судоми з короткочасною втратою свідомості. АТ 170/100 мм рт.ст., генералізовані набряки. В аналізі сечі тиждень тому визначався білок в сечі 3 г/л, гіалінові циліндри.

Який найбільш ймовірний діагноз?

А. Еклампсія.

- В. Епілепсія.
- С. Гіпертензія вагітних.
- Д. Прееклампсія.

2. На прийомі в жіночій консультації вагітна 37 тижнів поскаржилася на різкий головний біль, погіршення зору, біль у ділянці сонячного сплетіння. Об'єктивно: артеріальний тиск 170/110 мм. рт. ст., набряки нижніх кінцівок.

Яку першу невідкладну допомогу слід надати у жіночій консультації?

А. Введення магнію сульфату 25% розчину - 20,0, сибазону 0,02 в/в, госпіталізація до акушерського стаціонару.

- В. Введення анальгіну 50% розчину - 2,0; госпіталізація до акушерського стаціонару.
- С. Введення лазіксу 40 мг в/в; госпіталізація до акушерського стаціонару.
- Д. Ніяких лікувальних заходів не проводити.

3. Вагітна доставлена швидкою допомогою зі скаргами на сильний біль в ділянці шлунка, блювання, головний біль, мерехтіння мушок перед очима. Тиждень тому, у зв'язку з прееклампсією легкого ступеня, запропонована госпіталізація, але хвора відмовилась. Об'єктивно: шкіра бліда, набряки на гомілкях і ступнях, АТ - 160/90 - 160/100 мм рт.ст. Аналіз сечі: лейкоцити - 3-4 в п/з, циліндри гіалінові і зернисті - 4-5 в п/з, білок - 4 г/л, питома вага 1. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Прееклампсія середнього ступеня тяжкості.
- В. Харчова інтоксикація.
- С. Прееклампсія важкого ступеня.**
- Д. Гломерулонефрит.
- Е. Гострий панкреатит.

4. У вагітної в терміні 37 тижнів вагітності спостерігаються генералізовані набряки, АТ - 170/120 мм рт.ст., протеїнурія 4 г/л. Гіпотрофія плода. Яка патологія зумовлює таку картину?

- А. Прееклампсія середнього ступеня.
- В. Гіпертонічна хвороба.
- С. Прееклампсія легкого ступеня.
- Д. Прееклампсія важкого ступеня.**
- Е. Еклампсія.

5. Вагітна 32 років доставлена каретою швидкої допомоги на ношах. Вагітність перша, строк 3-4 тижня. Захворіла кілька годин тому, скаржиться на біль в животі, слабкість, головний біль, нудоту, виснажливу печію, свербіння шкіри. При обстеженні підвищені АСТ, АЛТ.

Який попередній діагноз?

А. Дерматоз вагітних.

В. Гострий жировий гепатоз вагітних*

С. Прееклампсія.

Б. Хорея.

Ситуаційні задачі :

Задача 1 . Вагітна 16 років поступила до відділення в термін 7-8 тижнів вагітності із скаргами на блювання протягом доби (до 10-12 разів). При об'єктивному обстеженні: шкіра суха, пульс 110/120 уд/хв, АТ 90/60 мм ст., з рота пахне ацетоном, жінка виснажена, язик сухий, тахіпноє (до 30 дихальних рухів на хвилину), зменшення відділення сечі, температура 37,6°.

Запитання: Ваш діагноз? Яка тактика лікування?

Відповідь: Надмірне блювання вагітних з порушенням обміну речовин. Відновлення водного балансу, лікування метаболічного ацидозу, визначення тактики протягом 5-7 діб. При відсутності ефекту лікування - переривання вагітності.

Задача 2. Вагітність 37 тижнів. Генералізовані набряки, АТ 170/120 мм.рт.ст., протеїнурія 4 г/л. При ультразвуковому дослідженні ознаки плацентарної недостатності та гіпотрофії плода.

Запитання: Який діагноз, план обстеження та лікування?

Відповідь: Преєклампсія тяжкого ступеня, плацентарна недостатність, затримка розвитку плода. Показане переривання вагітності методом кесарського розтину.

Задача 3. Вагітна 28 років доставлена в акушерський стаціонар в коматозному стані. Вагітність перша, 34 тижні. Зі слів чоловіка у вагітної був приступ судом з наступною втратою свідомості. При огляді: свідомість відсутня, обличчя набрякле, ціанотичне. Значні набряки ніг і передньої черевної стінки. АТ 180/110 мм рт ст. Матка в нормотонусі. Положення плода поздовжнє, голівка рухома над входом в малий таз. Серцебиття плода глухе, 160 уд/хв..

Запитання: Який діагноз? Яка тактика ведення вагітності ?

Відповідь: Еклампсія. Провести розродження методом кесарського розтину.

Задача 4. Вагітна 23 років, строк вагітності 6-7 тижнів. Турбують нудота та блювота 4-7 разів на добу, виділення слини досягає 1,0 л за добу. Вага зменшилась на 3 кг.

Запитання: Який діагноз? Яка тактика лікування?

Відповідь: Помірне блювання вагітних із салівацією. Відновлення водного балансу, внутрішньом'язове введення атропіну по 0,5 мл 0,1% розчину 2 рази на добу, полоскання порожнини рота засобами, що мають в'язучі властивості.

VIII. Матеріали для самопідготовки

А. По темі викладеної лекції «Гестози вагітних».

1. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. - Н.Новгород. - Изд-во НГМА, 2005. - 64 с.
2. Венцовский Б.М. Поздний гестоз. - К., 2002. - 768 с.
3. Зильбер А.П. и др. Преэклампсия и эклампсия: Клинико-физиологические основы и алгоритмы диагностики: Учебн. пособ. -Петрозаводск, 2005.- 508 с.
4. Мазорчук Б.Ф. Акушерство і гінекологія: в 2-х т.: підручник для сімейних лікарів. - К.: Просвіта, 2005. - 448 с.
5. Наказ МОЗ України № 676 від 31.12.04 р. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (гіпертензивні розлади під час вагітності).
6. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
7. Абрамченко В.В. Фармакотерапия гестоза.-СПб: СпецЛит, 2005.-477с.
8. Венцівський Б.М., Запорожан В.Н., Семчук А.Я. «Гестози вагітних».- К., 2002.-112с.
9. Лихачев В.К. Поздний гестоз. Диагностика нарушений, влияние на течение беременности, патогенетическое лечение. - Полтава: Соломия, 2000. - 104с..
10. Лихачев В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
11. Серов В.Н., Маркин С.А., Лубнин А.Ю. Эклампсия. Руководство для врачей. – М.: МИА, 2002. – 464 с.
12. Шифман Е.М. Преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2003. – 430 с.

Б. По темі наступної лекції «Гострий живіт в акушерстві і гінекології»

Питання

1. Визначити фактори ризику та встановити діагноз позаматкової вагітності.
2. Провести диференційну діагностику між перерваною позаматковою вагітністю та гострим апендицитом.
3. Провести диференційну діагностику між перерваною позаматковою вагітністю та гострим аднекситом.
4. Здійснити пункцію черевної порожнини через задні склепіння.
5. Виконати операцію тубектомія.
6. Провести реанімаційні заходи при позаматковій вагітності, ускладненій геморагічним шоком.
7. Установити діагноз апоплексії яєчника.
8. Визначити форму апоплексії яєчника та призначити відповідне лікування.
9. Діагностувати шийкову вагітність та розробити тактику лікування.
10. Причини виникнення гінекологічного перитоніту.
11. Класифікація перитонітів у гінекології.
12. Діагностичні критерії клінічних проявів гінекологічного перитоніту.
13. Диференційна діагностика пельвіоперитоніту та поширеного перитоніту.
14. Методи лікування перитонітів у гінекології.
15. Покази до хірургічного лікування перитонітів.
16. Профілактика перитонітів у гінекології.

Рекомендована література по темі наступної лекції

1. Запорожан В.М. Акушерство і гінекологія. У 2-х томах. - К.: Здоров'я, 2000. - 744 с.
2. Сметник В.П., Тумілович В.Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. - М.: МИА, 2003. - 592 с.
3. Татарчук Т.Ф., Задорожная Т.Д., Коренная Е.Е. Морфофункциональные особенности гиперпролиферативных процессов эндометрия на фоне хронического эндометрита // Здоровье женщины. - № 4. - 2004. - С. 59-62.
4. Татарчук Т.Ф., Бурлака Е.В. Современные принципы диагностики и лечения

гиперпластических процессов эндометрия // Здоровье женщины. - № 4 (16). - 2003. - С. 107-114.
5. Татарчук Т.Ф., Бурлака О.В., Корінна К.О. Медикаментозна терапія гіперпроліферативних процесів ендометрію // Ліки та життя. - 2005. - 15-18 лютого. - С. 100-101.

**Методичну розробку лекції підготував к.мед.н ас. кафедри акушерства і гінекології № 2 Макаров О.Г.
5.01.2017**

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 10 від 10 січня 2017 року

**Методична розробка переглянута; доповнення та зміни внесені
„_____” _____201__р.**