

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 № __ від «__» _____ 20__ року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
З ЛІКАРЯМИ КУРСАНТАМИ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО
УДОСКОНАЛЕННЯ**

«Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога»

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	«Невідкладна доклінічна допомога при гіпертензивних станах у вагітних (важка пре еклампсія, еклампсія, гіпертонічний криз)» (код курсу 2.2)
Курс	ТУ «Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога»
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Мета заняття

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.

II. Об'єм повторної інформації

1. Діагностика вагітності при пізніх строках.
2. Оцінка стану плода.
3. Особливості гемоциркуляторних та адаптаційних змін в організмі вагітної.
4. Механізми розвитку набрякового синдрому, види і ступені коагулопатій, ДВЗ-синдром.
5. Механізми регуляції водно-електролітного, вуглеводного, жирового, білкового обмінів, кислотно-лужного стану.

III. Об'єм нової інформації

1. Термінологія, класифікація пreeклампсії.
2. Етіологія, патогенез пreeклампсії.
3. Фактори ризику щодо виникнення пreeклампсії.
4. Клініка пreeклампсії різного ступеня тяжкості, включаючи HELLP-синдром.
5. Ускладнення пreeклампсії.
6. Методи діагностики пreeклампсії.
7. Методи оцінки ступеня тяжкості пreeклампсії.
8. Методи лікування різних форм пreeклампсії.
9. Акушерська тактика при різних ступенях тяжкості пreeклампсії.
10. Клініка, діагностика, лікування, акушерська тактика при HELLP-синдромі.
11. Методи профілактики HELLP-синдрому.

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення патології вагітних.
3. Жіноча консультація.
4. Пологова зала.
5. Відділення ВАІТ.
6. Відділення сумісного перебування породіль і новонароджених.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (Ведення вагітності у жінок з пreeклампсією).
3. Добірка ситуаційних задач.

4. Історії пологів та історії розвитку новонароджених.

V. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Оцінити результати лабораторних досліджень, анамнезу вагітної для визначення факторів ризику розвитку прееклампсії.		+	
2.	Оцінити результати УЗД при прееклампсії.		+	
3.	Провести оцінку функціонального стану плода.		+	
4.	Визначити тактику ведення вагітності при прееклампсії.		+	
5.	Визначити термін і тактику розродження при прееклампсії.		+	
6.	Визначити методи лікування різних форм прееклампсії.		+	
7.	Визначити терміни проведення профілактики прееклампсії.		+	

VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-курсанта.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Класифікація гіпертензивних розладів під час вагітності.
2. Прееклампсія: етіологія, патогенез.
3. Як підвищується вага вагітних при нормальному її перебігу?
4. На підставі чого виставляється діагноз прееклампсія вагітних?
5. Класифікація прееклампсії залежно від тяжкості її перебігу.
6. Лікування вагітних з прееклампсією.
7. Якими ознаками характеризується прееклампсія?
8. Який механізм виникнення симптомів прееклампсії?
9. Невідкладна допомога при прееклампсії.
10. Ознаки еклампсії.
11. Послідовність розвитку припадку еклампсії.
12. В якому разі виникають припадки еклампсії після пологів?
13. Сучасна методика лікування вагітних з еклампсією.
14. Невідкладна допомога при еклампсії.
15. Акушерська тактика при пізньому гестозі.
16. Принципи ведення пологів при пізньому гестозі.
17. Профілактика пізнього гестозу.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Виявити і оцінити фактори ризику розвитку пізніх гестозів при збиранні анамнезу у вагітних.
2. Провести аналіз скарг вагітної та встановити попередній діагноз.
3. Скласти план обстеження вагітної з підозрою на прееклампсію.
4. Провести обстеження вагітних загальними методами (вимірювання АД, виявлення набряків)
5. Провести аналіз даних, отриманих при обстеженні вагітної, та лабораторних даних, встановити діагноз пізнього гестозу.
6. Оцінити ступінь тяжкості прееклампсії .
7. Скласти план індивідуального лікування при прееклампсії у обстеженої вагітної.
8. Розробити тактику ведення вагітності при прееклампсії у обстеженої вагітної.
9. Скласти план розродження при прееклампсії у обстеженої вагітної.
10. Скласти план профілактики ускладнень та реабілітації при прееклампсії.

Тестові завдання

1

Вагітна, 35 років, в терміні 35 тижнів, скаржиться на головний біль. АТ 160/100. Аналіз сечі в нормі. Набряків немає. З 16 років відмічає підвищення артеріального тиску. Діагноз?

- A** Гіпертонічна хвороба
- B** Прееклампсія легкого ступеню
- C** Прееклампсія середнього ступеню
- D** Епілепсія
- E** Астено-невротичний синдром

2

Вагітна К. 29 років, поступила в пологовий будинок із скаргами на головний біль, біль в епігастральній ділянці, порушення зору, набряки. Вагітність перша, термін 30 тижнів. В минулому лікувала гіпертонічну хворобу. Об'єктивно: загальний стан тяжкий, бліда, пульс 120/хв, АТ 200/140 мм рт.ст., виражені набряки. Пологова діяльність відсутня. Висота дна матки 26 см, обвід живота – 86 см. Положення плода поздовжнє. Серцебиття глухе. Сеча при кип'ятінні мутна. Який діагноз?

- A** Поєднаний гестоз.
- B** Гіпертонічний криз.
- C** Гіпертензія у вагітних важкого ступеня.
- D** Приступ еклампсії.
- E** Прееклампсія легкого ступеня.

3

Вагітна у терміні 37 тиж. скаржиться на погіршення зіру, біль у епігастральній ділянці. Об'єктивно: АТ 150/100 мм рт.ст; 140/90 мм рт.ст., пульс 82/хв. Набряки кінцівок, передньої черевної стінки. Аналіз крові клінічний – норма, в сечі – білок 0,3 г/л, лейкоцити 1-2 в п/зр., цукор 0,002/л, циліндри – гіалінові – 3-5 в полі зору. Який вірогідний діагноз?

- A** Прееклампсія.
- B** Апендицит.
- C** Панкреатит.
- D** Нефрит.
- E** Гостре респіраторне захворювання.

4

Вагітна 32 років, 35-36 тижнів гестації, доставлена швидкою допомогою зі скаргами на біль в животі, кров'янисті скудні виділення з статевих шляхів, бліда, набряки гомілок та рук, білок сечі – 0,9 г/л, пульс – 90/хв., АТ- 150/100 мм рт.ст., 160/110 мм.рт.ст., серцебиття плоду 100-110/хв., при УЗД – відшарування 1/3 плаценти. Яка патологія призвела до відшарування плаценти?

- A** Преєклампсія.
- B** Артеріальна гіпертензія.
- C** Передчасні пологи.
- D** Гломерулонефрит.
- E** Набряки вагітних.

5

Вагітна 23 років, в строці 30 тижнів, скаржиться на набряки, підвищення АТ до 190/120 мм рт ст, головний біль. У загальному аналізі мочі протеїнурія-2,0 г/л. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A** Преєклампсія
- B** Пієлонефрит
- C** Еклампсія
- D** Гіпертонічна хвороба
- E** Гломерулонефрит

6

Вагітна 28 років, доставлена машиною швидкої допомоги до пологового будинку скаргами на головний біль, нудоту, блювання, відчуття закладеності носа. Строк гестації 39-40 тижнів. АТ- 170/110 мм рт. ст. Генералізовані набряки. Протеїнурія 3,6 г/л. Який вірогідний діагноз?

- A** Преєклампсія тяжкого ступеня
- B** Преєклампсія середнього ступеня
- C** Преєклампсія легкого ступеня
- D** Еклампсія
- E** Гіпертонічна хвороба

7

Ситуаційні задачі :

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

Який діагноз, план обстеження та лікування?

2. 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..

Встановити діагноз . Яка тактика ведення вагітності ?

3.

У вагітної В., 25 років, термін вагітності 33-34 тижні, з'явився головний біль, нудота, порушення зору, болі в епігастральній ділянці. До вагітності нічим не хворіла, спадковість не обтяжена. Об'єктивно: стан середньої важкості, збуджена, відмічається порушення носового

дихання, пульс –110 уд/хв. АТ на правій руці 160/110мм рт.ст., на лівій руці – 170/120мм рт. ст. Генералізовані набряки. Раптово з'явилось посмикування м'язів обличчя, загальні судоми, жінка втратила свідомість. Ваш діагноз?

4.

Повторні роди, вагітність доношена, поступила з регулярною родовою діяльністю на протязі 8 год., води відійшли годину тому. Скарги на головну біль, миготіння мушок перед очима, АТ 180/100 мм рт.ст., в сечі білок - 3,3 г/л, гіалінові циліндри. Серцебиття плоду 140 уд/хв, ритмічне. При піхвовому дослідженні розкриття шийки матки повне, голівка виповняє крижову впадину, стріловидний шов в правому косому розмірі, мале тім'ячко під лоном зліва. Мис не досягається. Яка тактика ведення роділлі?

5.

Повторновагітна 37 років, перша вагітність була перервана через важкий гестоз другої половини вагітності. В даний час вагітність 26 тижнів. З перших тижнів АТ підвищився до 180/120 мм рт.ст., в сечі білок 33%, гіалінові циліндри. Доставлена в пологовий будинок у важкому стані, з приступом судом. Яким методом потрібно перервати вагітність?

VII. Методичні матеріали до практичного заняття

ПРЕЕКЛАМПСІЯ/ЕКЛАМПСІЯ

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.

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)

Легка прееклампсія.

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

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

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).

Медикаментозну терапію не призначають. Не обмежують вживання рідини та кухонної солі.

Показання для госпіталізації:

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

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

Пологи ведуть через природні пологові шляхи.

Прееклампсія середньої тяжкості.

Госпіталізація.

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

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

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.

Охоронний режим – напівліжковий, обмеження фізичного та психічного навантаження.

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

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

При діастолічному АТ > 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).

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.

При прогресуванні преєклампсії або погіршенні стану плода розпочинають підготовку до розродження:

- підготовка пологових шляхів у разі «незрілої» шийки матки - простагландини E₂ (місцево).

Розродження.

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

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

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

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

Перехід до ведення вагітної за алгоритмом тяжкої преєклампсії 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.

Тяжка преєклампсія

Госпіталізація.

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

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

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.

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).

Лікування.

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

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

У разі необхідності проводять підготовку пологових шляхів за допомогою простагландинів.

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

Вичікувальна тактика в усіх випадках тяжкої прееклампсії не рекомендується.

Антигіпертензивна терапія.

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.), який забезпечує збереження адекватного мозкового та плацентарного кровот.

Антигіпертензивну терапію проводять при підвищенні діастолічного тиску > 110 мм рт.ст. разом з магnezіальною терапією

Попередньо слід відновити ОЦК.

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).

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.

Для зниження АТ при тяжкій прееклампсії застосовують також *гідралазин*, *Метилдофу*.

Як антигіпертензивний засіб у хворих з тяжкою прееклампсією можна застосовувати *клонідин*.

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

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

Магnezіальна терапія

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

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

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

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).

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.

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).

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.

Інфузійна терапія

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

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).

Швидкість введення рідини не повинна перевищувати 85 мл/год. або погодинний діурез + 30 мл/год.

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

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

Тактика розродження.

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

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

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.

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

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

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

Метилергометин не застосовують!

Після пологів лікування преєклампсії 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.

Еклампсія.

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

Головні цілі екстреної допомоги:

- припинення судом;
- відновлення прохідності дихальних шляхів.

Задачі інтенсивної терапії після ліквідації судом:

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

Спостереження за жінкою, що перенесла преєклампсію/еклампсію після виписки з пологового стаціонару

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

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

VIII. Основна література для опрацювання

- 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. Назарова І.Б. Невідкладні стани в акушерстві. Навч. посібник. - 2-е вид. - К.: Медицина, 2008. - 104 с.
6. Наказ МОЗ України № 676 від 31.12.04 р. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (гіпертензивні розлади під час вагітності).
7. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
8. Абрамченко В.В. Фармакотерапия гестоза.-СПб:СпецЛит, 2005.-477с.
9. Венцківський Б.М., Запорожан В.Н., Семчук А.Я. «Гестози вагітних».- К., 2002.-112с.
10. Лихачев В.К. Поздний гестоз. Диагностика нарушений, влияние на течение беременности, патогенетическое лечение. - Полтава: Соломия, 2000. - 104с..
11. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
12. Серов В.Н., Маркин С.А., Лубнин А.Ю. Эклампсия. Руководство для врачей. – М.: МИА, 2002. – 464 с.
13. Шифман Е.М. Преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2003. – 430 с.