

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 ДО ПРОВЕДЕННЯ СЕМІНАРУ
З ЛІКАРЯМИ - КУРСАНТАМИ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО
УДОСКОНАЛЕННЯ «ВЕДЕННЯ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ.
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ В ПРАКТИЦІ
СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Ранні гестози (діагностика, невідкладна допомога) (код курсу 8.1)
Курс	ТУ «Ведення фізіологічної вагітності. Актуальні питання акушерства і гінекології в практиці сімейної медицини»
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Актуальність 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.

II. Навчальні цілі заняття

Для опанування теми заняття інтерн повинен знати:

1. Визначення поняття «ранній гестоз».
2. Класифікацію ранніх гестозів.
3. Сучасні погляди на етіологію та патогенез ранніх гестозів.
4. Клініку ранніх гестозів.
5. Методи діагностики ранніх гестозів.
6. Диференціальну діагностику ранніх гестозів з екстрегенітальними хворобами.
7. Основні принципи і методи лікування ранніх гестозів.
8. Профілактику ускладнень та реабілітацію при ранніх гестозах

Завдяки проведеному заняттю інтерн повинен вміти:

1. Виявляти і оцінювати фактори ризику розвитку ранніх гестозів.
2. Проводити діагностику ранніх гестозів.
3. Об'єктивно оцінювати ступінь тяжкості гестозу.
4. Виконувати прості скринінгові методи допоміжного обстеження.
5. Призначати додаткові методи обстеження, інтерпретувати їх.
6. Складати план індивідуального лікування вагітних з раннім гестозом.
7. Проводити профілактику ускладнень та реабілітацію при ранніх гестозах.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

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

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

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

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні:</i>		
1. Анатомія	Анатомічні особливості органів та їх топографія в різні терміни вагітності.	
2. Фізіологія	Механізми регуляції водно-електролітного, вуглеводного, ліпідного, білкового обмінів, кислотно-лужного стану	
<i>Наступні:</i>		
1. Внутрішні хвороби	Патогенетичні особливості ранніх гестозів. Зміни в лабораторних аналізах.	

2. Педіатрія	Віддалені наслідки у дітей, народжених матерями, що перенесли тяжкі ранні гестози.	

V. Зміст теми семінарського заняття

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 XV, рубрика O21 включає блювоту різного ступеня тяжкості при вагітності, а рубрики O26 та O28 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 птіалізм.
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 імпульсації до ЦНС.

Блювання вагітних

Блювання вагітних (emesis gravidarum) являє собою складний клінічний синдром. Акт блювання — один із проявів захворювання, при якому розвиваються диспепсичні, моторні, секреторні, чутливі, судинні та інші розлади.

За ступенем тяжкості розрізняють блювання вагітних легке (до 5 разів на добу), помірне (від 5 до 10 разів) і надмірне або тяжке блювання вагітних (hyperemesis gravidarum) з порушенням обміну речовин (більше 10 разів на добу). Слід відмітити, що у 50% вагітних в ранніх строках спостерігається "ранкова блювота", яка не має патологічного характеру і не потребує медикаментозної корекції.

При визначенні тяжкості захворювання визначають *клінічні прояви* : загальний стан вагітної, сухість шкіри, жовтяничність склер та шкіри, наявність або відсутність апетиту, саливації, нудоти, частоту блювоти та її інтенсивність, криву зниження маси тіла, ступінь зневоднення, пульс, артеріальний тиск, субфебрильну температуру. величину діурезу. Оцінка ступеню тяжкості блювоти вагітних включає в себе і результати лабораторних досліджень:

питому вагу сечі, наявність кетонурії, наявність ацетону в сечі, рівні білірубіну, креатініну в крові.

Для *діагностики* та контролю ефективності лікування проводять наступні дослідження:

- контроль маси тіла;
- контроль діурезу;
- динаміка АТ;
- визначення гематокриту та гемоглобіну;
- дослідження сечі (питома вага, ацетон, кетонів тіла, білок);
- біохімічне дослідження крові (білірубін і його фракції, печінкові фермент, креатинін);
- визначення рівня електролітів в крові (К, Їа, СІ);
- визначення кислотно-лужного стану крові (КЛС).

Диференціальний діагноз блювоти вагітних потрібно проводити з наступними захворюваннями: харчова токсикоінфекція, гастрит, панкреатит, пієлонефрит, жовчнокам'яна хвороба, вірусний гепатит, апендицит, менінгіт, пухлини мозку тощо.

Лікування блювоти вагітних

Велика кількість рекомендованих засобів лікування відображають більшість теорій, що пояснюють причини розвитку блювоти вагітних. Але неконтрольоване застосування цих засобів лікування ранніх гестозів в деяких випадках може бути шкідливим, зважаючи на те, що в ранніх термінах вагітності відбувається ембріогенез.

При *легкому ступені* блювоти нормалізація режиму вагітної жінки дозволяє уникнути госпіталізації в стаціонар. Рекомендується корекція харчового раціону: дрібне (5-6 разів на добу), збалансоване харчування, рясне пиття, вітамінотерапія. Хворим призначають легку їжу, яка добре засвоюється (сухарі, пюре, чай, какао, каву, нежирне м'ясо, рибу, яйця, вершкове масло та ін.). Приймати її слід лежачи, часто і малими порціями, бажано в охолоджену вигляді.

Можуть бути застосовані нетрадиційні методи впливу: голкорексфлексотерапія, гіпноз, центральна електроаналгезія, гомеопатична терапія та інші.

При блювоті вагітних *помірного та тяжкого ступенів* показана госпіталізація і призначення медикаментозного лікування.

До появи стійкої здатності утримувати їжу, лікарські засоби потрібно вводити тільки парентерально. Для впливу на центральну нервову систему, як на основний патогенетичний чинник, з метою пригнічення збудливості блювотного центру призначають: етаперазин по 0,002 г, перорально, 3-4 рази на добу, 10-12 днів (якщо хвора утримує таблетки); торекан по 1,0 мл внутрішньом'язово, або 6,5 мг у вигляді драже або ректальних свічок 2 -3 рази на добу; дроперидол по 0,5 — 1,0 мл внутрішньом'язово 1—3 рази на день; церукал по 10 мг внутрішньом'язово або перорально.

З метою ліквідації гіпопротеїнемії і зневоднення доцільне внутрішньовенне крапельне введення білкових препаратів (плазми), розчину Рінгера-Локка. Взагалі всі інфузії проводять тільки за показаннями залежно від показників лабораторних досліджень. Кількість рідини визначається станом водного балансу.

Ускладнення: надмірна блювота може приводити до зневоднення, виснаження, синдрому Мелорі-Вейса (розрив слизової оболонки шлунка). У ряді випадків доводиться достроково переривати вагітність в інтересах матері. Показанням до цього є відсутність ефекту від лікування протягом 7— 10 днів, загрозливі стани життю матері, стійка тахікардія, гарячкові стани, прогресуюча протеїнурія і циліндрурія, наявність жовтяниці та ацетону в сечі.

Профілактикою ранніх гестозів вагітних є своєчасне виявлення жінок з ризиком щодо розвитку раннього гестозу, їх оздоровлення, лікування супутньої патології, рання постановка на облік по вагітності.

Слиноотеча вагітних

Слиноотеча (ріуаївтив) спостерігається при блюванні, а іноді буває і самостійним проявом гестозу. Кількість слини при гіперсолівації може досягати 1,0 л за добу. Слиноотеча

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 0,5 мл 0,1% розчину 2 рази на добу. Доцільне полоскання порожнини рота настоєм шалфею, м'яти, ромашки, кори дуба та іншими засобами, що мають в'яжучі властивості. Переривання вагітності ця патологія не потребує.

Рідкісні форми гестозів

Дерматози вагітних - група захворювань, що виникають у зв'язку з вагітністю і зникають після її переривання. Розповсюдженість складає 1 випадок на 200 вагітностей. Захворювання шкіри при вагітності залежать від функціонального дисбалансу між корою і підкіркою, 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, папульозних висипів. Захворювання не впливає на стан плода.

Лікування дерматозів: харчування з обмеженням білків і жирів, препарати, що регулюють функцію нервової системи і обмін речовин, антигістамінні засоби, рідко системні або місцеві кортикостероїди.

Пемфігоїд вагітних - рідка, але важка патологія, що супроводжується передчасними пологами, затримкою розвитку плода, дистресом плода, підвищенням перинатальної смертності. Сверблячі висипи спочатку з'являються на шкірі живота біля пупка, потім розповсюджуються на кінцівки, досягаючи долоні та стопів. Спочатку це папули та бляшки, через 2 тижня вони трансформуються у везикули та щільні пухирі. Діагноз ставиться на підставі виявлення комплементу в базальній мембрані епідермісу.

Лікування: місцево 1% крем гідрокортизону, або системні кортикостероїди та антигістамінні засоби із седативним ефектом.

Холестатичний гепатоз вагітних може виникати в різні терміни вагітності, але частіше зустрічається в III триместрі й виникає у 1 на 2000 вагітних. Патогенез цього захворювання достатньо не вивчений. Суттєве значення в його виникненні можуть мати такі фактори, як гальмуючий вплив прогестерону на жовчовидільну функцію холангіол, збільшення продукції холестерину, зниження тонуусу жовчовивідної системи, наростання в'язкості жовчі. Виникненню жовтяниці передують розповсюджене інтенсивне свербіння шкіри. Загальний стан хворої при холестатичному гепатозі вагітних суттєво не змінюється. При лабораторному обстеженні визначається помірний лейкоцитоз, нейтрофіліоз, а також дещо більш виражене, ніж при неускладненій вагітності, підвищення ШОЕ. Вміст білірубину в крові підвищений (до 90 мкмоль/л), а після пологів швидко нормалізується. Зростає рівень лужної фосфатази. Не спостерігається збільшення кількості таких печінкових ферментів, як АЛТ і АСТ.

Диференційний діагноз слід проводити з ураженням печінки і жовчовивідних шляхів механічними або інфекційними факторами, а також внаслідок порушення обмінних процесів. Можливе виникнення жовтяниці внаслідок вираженої інтоксикації організму при тяжких формах ранніх гестозів.

Лікування холестатичного гепатозу полягає в призначенні раціонального харчування (дієта № 5) і в застосуванні засобів, що сприяють ліквідації свербіння шкіри. З цією метою використовують холестирамін по 12 - 15 мг на добу (зв'язує солі жовчних кислот). Застосування урсодезоксіхолієвої кислоти допомагає покращити функцію печінки. В окремих випадках може з'явитись необхідність у перериванні вагітності внаслідок наростання клінічних проявів захворювання та погіршення стану плода. За тиждень до запланованих пологів доцільно призначати вітамін К з метою зниження ризику післяпологових кровотеч.

Гострий жировий гепатоз вагітних — одна з тяжких форм гестозу, що частіше зустрічається в пізніх термінах вагітності (33 - 40 тижнів) з розповсюдженістю 1 на 100000 вагітних і характеризується надзвичайно гострим початком і високою смертністю. Морфологічно він виявляється вираженою жировою дистрофією гепатоцитів при відсутності ознак їх некрозу. В клінічному перебігу жирового гепатозу виділяють дві стадії. Дожовтняничну - супроводжується болем в животі, слабкістю, головним болем, нудотою, виснажливою печією, свербінням шкіри. Жовтняничну - наростають симптоми печінкової та ниркової недостатності, інтоксикації, енцефалопатії, розвивається ДВЗ-синдром і нерідко настає загибель плода. Безпосередньою причиною загибелі вагітної стає набряк головного мозку та тяжка коагулопатична кровотеча.

Лікування полягає у негайному перериванні вагітності, перебуванні пацієнтки в реанімаційній палаті, дезінтоксикаційній терапії, введенні білкових та ліпотропних засобів, можливо застосування гемодіалізу.

Хорея (тетанія) вагітних виникає в зв'язку з порушенням обміну кальцію внаслідок гіпофункції паращитоподібних залоз. Клінічно вона проявляється судомними некоординованими посіпуваннями м'язів верхніх, нижніх кінцівок, іноді -обличчя, зовсім рідко гортані або шлунка.

Лікування необхідно проводити з урахуванням дефіциту натрію, кальцію або магнію в організмі. В контролюючих дослідженнях благоприємного впливу препаратів кальцію в порівнянні з плацебо не доведено. Психотерапія, масаж, та вправи на розтягування м'язів застосовуються для полегшення симптомів під час приступу.

Остеомаляція - зустрічається надзвичайно рідко і зумовлена декальцифікацією кісток і їх розм'якшенням. Найчастіше уражаються кістки таза та хребет, що супроводжується їх болючістю та деформаціями.

Лікування остеомаляції полягає в нормалізації фосфорнокальцієвого обміну. На сучасному етапі всі порушення обміну мінералів в кістках, що приводять до їх резорбції, діагностують за допомогою денситометрії - сучасного ультразвукового метода дослідження кісток.

Профілактика ранніх гестозів

Профілактика ранніх гестозів полягає в лікуванні хронічних екстрагенітальних захворювань до вагітності, забезпеченні психоемоційного спокою вагітної, зменшенні впливу несприятливих факторів зовнішнього середовища.

Вагітні з раннім гестозом, особливо з його рецидивом, складають групу ризику акушерської і перинатальної патології (не виношування вагітності, пізній гестоз, плацентарна недостатність, гіпотрофія плода, патологія новонародженого), що треба передбачати в профілактиці цих ускладнень.

VI. План та організаційна структура семінарського заняття

№ п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1. 2. 3. 4.	<i>Підготовчий етап</i> 1. Організаційні заходи. 2. Визначення актуальності теми. 3. Визначення навчальних цілей. 4. Забезпечення позитивної мотивації.	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	<i>Основний етап</i> Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 1. Поняття «ранні гестози». 2. Етіологія і патогенез ранніх	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.

	гестозів. 3. Фактори ризику виникнення ранніх гестозів. 4. Блювання вагітних. 5. Слинотеча вагітних. 6. Рідкісні форми ранніх гестозів. 7. Профілактика ранніх гестозів.		
1.	Заключний етап Підбиття підсумків, загальні висновки	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	10 хв.
2.	Відповіді на можливі запитання.		
3.	Завдання до наступного семінару.		

VII. Матеріали методичного забезпечення семінарського заняття

Місце проведення заняття: відділення патології вагітних, гінекологічне відділення, реанімація, мала операційна, учбові кімнати.

Оснащення: таблиці, слайди, дані лабораторних досліджень, історії хвороби вагітних з раннім гестозом.

Рекомендована література (навчальна, наукова)

1. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. - Н.Новгород. - Изд-во НГМА, 2005. - 64 с.
2. Сидорова И.С. Течение и ведение беременности по триместрам. -М.: ООО МИА, 2007. - 304 с.
3. Мазорчук Б.Ф. Акушерство і гінекологія: в 2-х т.: підручник для сімейних лікарів. - К.: Просвіта, 2005. - 448 с.
4. Назарова І.Б. Невідкладні стани в акушерстві. Навч. посібник. - 2-е вид. - К.: Медицина, 2008. - 104 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. Фармакотерапія гестоза.-СПб: СпецЛит, 2005.-477с.
8. Венцківський Б.М., Запорожан В.Н., Семчук А.Я. «Гестози вагітних».- К., 2002.-112с.
9. Лихачов В.К. Оперативное акушерство с фантомным курсом: Руководство для врачей.- М.: Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.
10. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.

Питання

1. Яке визначення поняття «ранній гестоз»?
2. Яка класифікація ранніх гестозів?
3. Які сучасні погляди на етіологію та патогенез ранніх гестозів ?
4. Яка клініка блювання вагітних?
5. Які методи обстеження показані при блюванні вагітних?
6. Які принципи і методи лікування блювання вагітних різного ступеня тяжкості?
7. Які клініка, обстеження та лікування при слинотечі у вагітних?
8. Які клініка, обстеження та лікування дерматозів вагітних?
9. Які клініка, обстеження та лікування холестатичного гепатозу вагітних?
10. Які клініка, обстеження та лікування гострого жирового гепатозу вагітних?
11. Які клініка, обстеження та лікування хореї вагітних?

12. Яка диференціальна діагностика різних форм ранніх гестозів з екстрегенітальними захворюваннями?
13. Яка профілактика ранніх гестозів?

Тестові завдання

1. 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?

- A. Дерматоз вагітних.
- B. Гострий жировий гепатоз вагітних*
- C. Преєклампсія.
- D. Хорея.
- E. Енцефалопатія.

2. Жінка в термін вагітності 3 - 4 тижня звернулася із скаргами на інтенсивне свербіння шкіри, протягом кількох днів, появу жовтяниці. При лабораторному обстеженні визначається помірний лейкоцитоз, нейтрофіліоз, а також підвищення ШОЕ. Вміст білірубіну в крові підвищений до 98 мкмоль/л.

Який попередній діагноз?

- A. Дерматоз вагітних.
- B. Холестатичний гепатоз вагітних.*
- C. Гострий жировий гепатоз вагітних.
- D. Преєклампсія.

3. Жінка 28-ми років пред'являє скарги на нудоту, блювання до 10 разів впродовж доби. Відзначає зниження маси тіла, сухість шкіри. Серцебиття до 100/хв. Температура тіла 37,2°C. Знижений діурез. Після проведення ультразвукового дослідження була виявлена вагітність у терміні 5-6 тижнів. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Блювання вагітних середнього ступеня*
- B. Преєклампсія 1 ступеня
- C. Харчове отруєння
- D. Блювання вагітних легкого ступеня
- E. Передчасне переривання вагітності

Вагітна 16 тижнів скаржиться на блювання 15-20 разів на добу, відразу до їжі, млявість. Яку патологію можна запідозрити у вагітної?

- A. Важке блювання вагітних*
- B. Легке блювання вагітних
- C. Преєклампсія легкого ступеня
- D. Преєклампсія середнього ступеня
- E. Преєклампсія важкого ступеня

Першовагітна у терміні вагітності 9 тижнів скаржиться на блювання до 20 разів на добу, огиду до їжі, млявість, сонливість. Яку патологію можна запідозрити у вагітної?

- A. Нестримне блювання вагітних*
- B. Помірне блювання вагітних
- C. Преєклампсія вагітних
- D. Гастродуоденіт
- E. Гепатит

Ситуаційні задачі :

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, тахіпное (до 30 дихальних рухів на хвилину), зменшення відділення сечі, температура 37,6°.

Поставте діагноз. Визначте тактику.

Еталон відповіді: 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.

2. 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.

Поставте діагноз, призначте лікування.

Еталон відповіді: 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.