

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

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

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ЦИКЛУ СПЕЦІАЛІЗАЦІЯ ЗА ФАХОМ
«ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	Ранні гестози (діагностика, невідкладна допомога) (код курсу 4.2.7.3)
Курс	Піврічна спеціалізація
Спеціальність	Загальна практика – сімейна медицина

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Мета заняття

Ранні гестози розвиваються на ранніх етапах ембріогенезу, часто сприяють виникненню інших форм акушерської (гіпотонії, анемії вагітних, загрозі 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.

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

II. Об'єм повторної інформації

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 екстрагенітальними хворобами.
7. Основні принципи і методи лікування ранніх гестозів.
8. Профілактику ускладнень та реабілітацію при ранніх гестозах.

III. Об'єм нової інформації

1. Термінологію, класифікацію прееклампсії.
2. Етіологію, патогенез прееклампсії.
3. Фактори ризику щодо виникнення прееклампсії.
4. Клініку прееклампсії різного ступеня тяжкості, включаючи HELLP-синдром.
5. Ускладнення прееклампсії.
6. Методи діагностики прееклампсії.
7. Методи оцінки ступеня тяжкості прееклампсії.
8. Методи лікування різних форм прееклампсії.
9. Акушерську тактику при різних ступенях тяжкості прееклампсії.
10. Клініку, діагностику, лікування, акушерську тактику при еклампсії.
11. Методи профілактики прееклампсії.

IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування згідно теми по учбовим питанням.	20
3.	Опанування практичних навичок.	30
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	15
5.	Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення патології вагітних.
3. Жіноча консультація.
4. Відділення сумісного перебування породіль і новонароджених.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач.

VI. Перелік практичних навичок та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Оцінити результати лабораторних досліджень, анамнезу вагітної з гестозом.		+	
2.	Оцінити результати УЗД при наявності у вагітної з гестозом.		+	
3.	Провести оцінку функціонального стану плода .		+	
4.	Визначити тактику ведення вагітності при наявності гестозу різного ступеню.		+	
5.	Визначити термін і тактику розродження при гестозах різних ступенів.		+	
6.	Визначити терміни проведення специфічної профілактики патології плода у вагітної з гестозом.		+	

VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

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

Самоконтроль лікаря-курсанта.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Яке визначення поняття «ранній гестоз»?
2. Яка класифікацію ранніх гестозів?
3. Які сучасні погляди на етіологію та патогенез ранніх гестозів?
4. Яка клініка ранніх гестозів?
5. Які методи діагностики ранніх гестозів?
6. Яка диференціальну діагностику ранніх гестозів з екстрагенітальними хворобами?
7. Які основні принципи і методи лікування ранніх гестозів?
8. Яка профілактику ускладнень та реабілітацію при ранніх гестозах?

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Збирання анамнезу.
2. Діагностика вагітності в ранні терміни (сумнівні, імовірні та достовірні ознаки вагітності).
3. Проведення загального і спеціального огляду вагітних
4. Визначення терміну вагітності.
5. Аналіз лабораторних та інструментальних досліджень, основних показників гомеостазу.
6. Діагностика терміну вагітності при пізніх строках.
7. Оцінка стану плода.
8. Особливості гемоциркуляторних та адаптаційних змін в організмі вагітної.
9. Скласти план індивідуального лікування вагітних з раннім гестозом.
10. Скласти план профілактики ускладнень та реабілітації при ранніх гестозах.

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, скаржитися 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, тахіпное (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 3. 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. Методичні матеріали до практичного заняття

РАННІ ГЕСТОЗИ

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.

Блювота вагітних

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

Класифікація блювоти вагітних:

- Перша стадія блювання у вагітних - легка блювота;
- Друга стадія блювання у вагітних - середня тяжкість перебігу;
- Третя стадія блювання у вагітних - важка блювота.

Перша стадія блювання у вагітних - легка блювота

На цій стадії блювання у вагітних стан жінки розглядається як задовільний. Блювота наступає не більше п'яти разів за добу. Блювота на цій стадії може відкриватися на голодний шлунок, може ініціюватися їжею або поганими запахами. При цьому жінка втрачає у вазі не більше трьох кілограм. Температура тіла не піднімається, вологість шкіри і слизових в межах норми. Серцебиття - не більше вісімдесяти ударів в хвилину. Артеріальний тиск залишається без змін, аналізи крові і сечі задовільні.

Друга стадія блювання у вагітних - середня тяжкість перебігу

На цій стадії загальне самопочуття вагітних погіршується. Жінки надходять зі скаргами на слабкість і млявість, часте запаморочення. Блювота може наступати до десяти разів за добу. При цьому вагітна втрачає до трьох кілограм ваги за півтора тижні. У вагітних може бути підвищена температура тіла, хоча рівень вологості шкіри і слизових залишається в межах норми. Серцебиття частішає, досягаючи ста ударів в хвилину. Показники артеріального тиску трохи нижче норми. При аналізі сечі встановлюється позитивний результат на ацетон.

Третя стадія блювання у вагітних - важка блювота

Загальне самопочуття вагітної жінки сильно погіршується. Блювота може підступати до двадцяти п'яти разів за добу. В окремих випадках блювота може відкриватися навіть від руху. Через те, що блювота на цій стадії може відкриватися в нічний час, виникають проблеми з достатнім сном. Вагітні стрімко втрачають вагу. В результаті блювоти третій стадії вагітним важко, якщо не неможливо, утримувати в організмі їжу і воду. А це, в свою чергу, ставати причиною сильного зневоднення і розладів обмінних процесів. Шкіра і слизові стають надмірно сухими. Температура тіла значно піднімається. Серце починає битися по сто двадцять ударів в хвилину. Артеріальний тиск різко падає, кількість сечі набагато менше норми. У процес е аналізу сечі встановлюється позитивний результат на вміст ацетону. В окремих випадках в сечі виявляється білок. Результат аналізу крові, навпаки, свідчить про нестачу білка, перевищення вмісту білірубину та креатиніну. На даний момент оп даними статистики блювання у вагітних третій стадії спостерігається дуже рідко.

Слід відмітити, що у 50% вагітних в ранніх строках спостерігається "ранкова блювота", яка не має патологічного характеру і не потребує медикаментозної корекції.

Таблиця 1. Оцінка ступеня важкості блювоти вагітних

Симптоматика	Ступінь важкості блювоти		
	легка	середня	важка
Апетит	Помірно знижений	Значно знижений	Відсутній
Тошнота	Помірна	Значна	Постійна, виснажлива
Салівація	Помірна	Значна	Значна (густа, в'язка слина)
Частота блювоти на добу	3-5 раз	6-10 раз	11-15 раз і до безперервної
Частота пульсу в 1 хв.	80-90	90-100	Більше 100
Систолітичний АТ	120-110 мм.ст.ст.	110-100 мм.ст.ст.	Менше 100 мм.ст.ст.
Утримання їжі	Утримує	Частково	Не утримує
Зменшення маси тіла	1-3 кг (до 5% від вихідної маси)	3-5 кг (1 кг в тиждень, 6-10% від вихідної маси)	Більше 5 кг (2-3 кг в тиждень, більше 10% від вихідної маси)
Запаморочення	Рідко	У 30-40% хворих, помірно виражене	У 50-60% хворих, значно виражене
Субфібрилітет	Відсутній	Рідко	У 35-60% хворих
Жовтушність склер і шкіри	Немає	У 5-7% хворих	У 20-30% хворих
Гіпербілірубінемія	Немає	21-40 мкмоль/л	21-60 мкмоль/л
Сухість шкіри	+	++	+++
Діурез	900-800 мл	800-700 мл	Менше 700 мл
Ацетонурія	Немає	Періодично у 20-50%	У 70-100%

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.

Діагностика

Для визначення ступеня важкості блювоти вагітних поряд з клінічним обстеженням необхідно проведення наступних клініко-лабораторних досліджень:

- контроль маси тіла;
- контроль діурезу;
- динаміка АТ;
- загальний аналіз крові – визначення гемоглобіну, кількості еритроцитів;
- коагулограми – гематокрит;
- біохімічного аналізу крові – білірубін, загальний білок, білкові фракції, залишковий азот, сечовина, електроліти (калій, натрій, хлориди), трансамінази, глюкоза;
- показників кислотно-основного стану;
- загального аналізу сечі – наявність ацетону, уробіліну, жовчних пігментів, білку;
- ультразвукове дослідження печінки, нирок, органів малого тазу, ембріону для своєчасної діагностики трофобластичної хвороби, багатоплідної вагітності, особливо при наявності кров'янистих виділень із статевих шляхів.

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 охолодженому 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.

Слиноточа вагітних

Слиноточа (птіалізм) спостерігається при блюванні, а іноді буває і самостійним проявом гестозу. Кількість слини при гіперсолівації може досягати 1,0 л за добу. Слиноточа не спричиняє тяжких порушень в організмі, але пригнічує психіку хворих, викликає мацерацію шкіри і слизової оболонки губ. При слиноточі 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'язучі 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 пологамі, 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 комплексу 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, нейтрофілоз, 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 урсодезоксіхолоїевої 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 жирний 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. Дожовтяничну - супроводжується болем в животі, слабкістю, головним болем, нудотою, виснажливою печією, свербінням шкіри. Жовтяничну - 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.

Показання до госпіталізації вагітних з раннім гестозом:

- блювота вагітних середнього та тяжкого ступеню важкості;

- дерматози вагітних;
- пемфігоїд вагітних;
- холестатичний гепатоз вагітних;
- гострий жировий гепатоз вагітних;
- хорія.

ІХ. Основна література для опрацювання

1. Гуменюк Е.Г. Акушерство: физиология беременности: учебное пособие. - Петрозаводск: ИнтелТек, 2004. - 170 с.
2. Дуда В.И. Физиологическое акушерство. - Минск: Высшая школа, 2000. - 447с.
3. Жилиев Н.И. Акушерство: фантомный курс. - К.: Книга-плюс, 2002.-239 с.
4. Зильбер А.П. и др. Преэклампсия и эклампсия: Клинико-физиологические основы и алгоритмы диагностики: Учебн. пособ. -Петрозаводск, 2005.- 508 с.
5. Запорожан В.М. Акушерська патологія: Атлас: Навч. посібник.-Одеса: ОДМУ, 2005.- 292 с.
6. Кулаков В.И. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии/В.И. Кулаков. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 608 с.
7. Невинашивание беременности: Этиопатогенез, диагностика, клкника и лечение (учебное пособие). Н.Г.Кошелева, Н.Аржанова, Т.А. Плужникова СПб.: ООО «Издательство Н-Л», 2002.
8. Венцківськмі Б.М., Запорожан В.М., Сенчук А.Я. «Гестози вагітних»: навчальний посібник. К.: Аконіт, 2002.
9. Э.К.Айламазян и соавт. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. Руководство. СПб.6 ООО «Издательство Н-Л», 2002.
10. Запорожан В.М. и соавторы Предупреждение трансмиссии ВИЧ от матери к ребёнку / Учебное пособие, Киев 2002.
11. Дуда В.И. Физиологическое акушерство. - Минск: Высшая школа, 2000. - 447с.
12. Жилиев Н.И. Акушерство: фантомный курс. - К.: Книга-плюс, 2002.-239 с.
13. Зильбер А.П. и др. Преэклампсия и эклампсия: Клинико-физиологические основы и алгоритмы диагностики: Учебн. пособ. -Петрозаводск, 2005.- 508 с.
14. Запорожан В.М. Акушерська патологія: Атлас: Навч. посібник.-Одеса: ОДМУ, 2005.- 292 с.