

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 № 10 від 10 січня 2017 року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ЛЕКЦІЇ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ
«Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	«Прееклампсія/еклампсія. Особливості ведення вагітності» (код курсу 2.1)
Курс	ТУ «Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога»
Спеціальність	Акушерство та гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин – 2 години

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Проблеми гестозу залишаються одними з найбільш складних в акушерстві. Гіпертензивні розлади у вагітних жінок трапляються у 6–10% випадків та лишаються однією з провідних причин перинатальних втрат і материнської смертності. Переклампсія характеризується гіповолемією, генералізованим судинним спазмом, інфузійно-перфузійною недостатністю. В обстеженні та лікуванні жінок, вагітність, яких ускладнилась гестозом, приймають участь лікарі різних спеціальностей (терапевти, неврологи, окулісти, ендокринологи та ін.). Отже, дана проблема є загальномедична.

II. Навчальні цілі лекції

Ознайомити курсантів з головними питаннями, що пов'язані з проблемами профілактики, діагностики та лікування прееклампсії та еклампсії. Виховати методологічний підхід до аналізу викладеного матеріалу, обґрунтування діагнозу, організації лікувальних та профілактичних заходів.

III. Цілі розвитку особистості фахівця

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

Посилити почуття відповідальності у лікарів-курсантів за правильність дій на етапах обстеження та лікування гінекологічних хворих із ознаками «гострого живота» та психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні:</i>		
1. Біологія	Фізіологічний перебіг вагітності.	
2. Фізіологія	Формування компенсаторних механізмів організму при фізіологічній вагітності.	Визначати АТ, підвищену гідрофільність тканин, трактувати показники протеїнурії.
<i>Наступні:</i>		
1. Перинатологія	Механізми розвитку перинатальних ускладнень у вагітних із прееклампсією та еклампсією	Давати оцінку причинам перинатальних ускладнень у вагітних із прееклампсією та еклампсією.
2. Терапія	Механізми порушення функції серцево-судинної системи і нирок у вагітних із	Визначати ступінь ризику виникнення пре еклампсії та еклампсії, профілакувати

	пreekламписією та еклампсією та етапи диспансерного спостереження під час вагітності та після пологів.	можливі ускладнення.
--	--	----------------------

V. План та організаційна структура лекції

№п/п	Основні етапи лекції та їх зміст	Тип лекції. Засоби активізації курсантів. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1.	Підготовчий етап (актуальність теми, мотивація її вивчення, мета)		5 хв.
2.	Основний етап (викладення лекційного матеріалу). Визначення основних термінів. Короткі історичні відомості, роль вітчизняних вчених. Етіологія, патогенез розвитку пreekламписі та еклампсії. Класифікація пreekламписі та еклампсії. Обстеження. Лікування. Профілактика та реабілітаційна терапія.	Клінічна лекція. Питання, ситуаційні задачі. Детальний клінічний розбір історії вагітності жінки з пreekламписією або еклампсією, демонстрація жінки з типовими проявами захворювання (по можливості).	75 хв.
3.	Заключний етап.: <ul style="list-style-type: none"> • резюме лекцій, загальні висновки; • відповіді на можливі питання; • завдання для самопідготовки курсантів. 	Навчальна література. Завдання, питання.	10 хв.

VI. Зміст лекційного матеріалу

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)

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, $\cdot 10^9$ /л	> 150	80–150	< 80

3. Легка преєклампсія.

. 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*.

Визначають термін вагітності.

Проводять *навчання* пацієнтки самостійному моніторингу основних показників розвитку преєклампсії: 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 преєклампсії середньої тяжкості;
- порушення стану плода.

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

Пологи ведуть через природні пологові шляхи.

4. Преєклампсія 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 преєклампсії 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.

Дослідження проводять із встановленою кратністю *динамічного спостереження показників*:

- 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).

При прогресуванні прееклампсії 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 простагландинами 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 прееклампсії середнього ступеня тяжкості, у процесі пологів утримуються від магnezіальної терапії. У РАЗІ погіршення загального стану вагітної, появи ознак тяжкої прееклампсії, нестабільних показників АТ або постійно високих показників АТ на рівні максимальних, характерних для прееклампсії середнього ступеня тяжкості, показано проведення магnezіальної терапії для профілактики судом.

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.

Тяжка прееклампсія

Госпіталізація.

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.

Виділяють індивідуальну палату з інтенсивним цілодобовим спостереженням медичного персоналу.

Негайні *консультації* терапевта, невропатолога, окуліста.

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.

Комплекс вітамінів для вагітної, за необхідності – мікроелементи.

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 преєклампсії 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., не нижче!), який забезпечує збереження адекватного мозкового та плацентарного кровотоку.

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

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

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.

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

Для зниження АТ при тяжкій преєклампсії 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).

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

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.

Магnezіальна терапія

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

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).

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).

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.

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).

Протипоказання до магnezіальної терапії:

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

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%).

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

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.

Компонентом інфузійної терапії тяжкої прееклампсії можуть бути *декстрини*, які ефективно підвищують ОЦК, поліпшують мікроциркуляцію.

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 простагландінами, 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 прееклампсії є прогресування прееклампсії 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 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.

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.

Перша допомога при розвитку приступу еклампсії.

Лікування у разі нападу судом починається на місці.

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

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.

За умови розвитку тривалого апное негайно починають примусову вентиляцію носо-лицевою маскою з подачею 100% кисню у режимі позитивного тиску наприкінці видиху. Якщо судоми 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.

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

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!

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

Обстеження здійснюють після припинення нападу судом.

Консультація невропатолога та окуліста.

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

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

Штучна вентиляція легенів.

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

Показання:

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.

Відносні:

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

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);
 - $\text{SaO}_2 > 95\%$, $\text{PaO}_2 > 80$ мм рт.ст. при $\text{FiO}_2 < 0,4$ ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 > 200$).

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.

Розродження здійснюється терміново.

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

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

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

Після закінчення оперативного втручання ШВЛ продовжують до стабілізації стану пацієнтки.

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

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

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.

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.

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

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

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

Перелік питань внесених на підсумковий контроль:

1. Які захворювання вагітних звуться гестозами?
2. Які захворювання відносяться до пізніх гестозів?
3. Які захворювання об'єднуються у групу “рідкі форми гестозів”?
4. Прееклампсія: етіологія, патогенез.
5. Як підвищується вага вагітних при нормальному її перебігу?
6. На підставі чого виставляється діагноз прееклампсія вагітних?
7. Класифікація прееклампсії залежно від тяжкості її перебігу.
8. Лікування вагітних з прееклампсією.
9. Якими ознаками характеризується прееклампсія?
10. Який механізм виникнення симптомів прееклампсії?
11. Невідкладна допомога при прееклампсії.
12. Ознаки еклампсії.
13. Послідовність розвитку випадку еклампсії.
14. В якому разі виникають випадки еклампсії після пологів?
15. Сучасна методика лікування вагітних з еклампсією.
16. Невідкладна допомога при еклампсії.
17. Акушерська тактика при пізньому гестозі.

18. Принципи ведення пологів при пізньому гестозі.
19. Профілактика пізнього гестозу.

Завдання для самостійної роботи по темі лекції

1. Складіть план обстеження вагітної з прееклампсією.
2. Визначте тактику ведення пологів у вагітної з легкою прееклампсією.
3. Визначте тактику ведення вагітності у пацієнтки з важкою прееклампсією.
4. Визначте тактику ведення пологів у вагітної з важкою прееклампсією.
5. Наведіть показання для кесарського розтину у жінки з прееклампсією.
6. Складіть план післяпологового спостереження за жінкою, що перенесла прееклампсію.

Ситуаційні задачі

1. Вагітна Н., 26 років доставлена в пологове відділення зі скаргами на головний біль, шум у вухах, запаморочення. Вагітність II, 38 тижнів. При обстеженні: АТ 170/120 мм рт ст, набряки нижніх кінцівок, в сечі – білок 4 г/л.

Діагноз?

2. Першовагітна К., 35 років, термін вагітності 39-40 тижні, звернулася зі скаргами на нудоту, біль у епігастрії, набряки на нижніх кінцівках. Тиждень тому з'явилася нудота, тиск коливався у межах 150/100 – 160/110 мм рт ст. До лікаря не зверталась. При поступленні в пологовий будинок АТ 180/110, 160/100 мм рт ст., в сечі - білок 5,7 г/л. Серцебиття плоду ясне, ритмічне. Родова діяльність відсутня. Води не відходили. Очікувана вага плода – 4000 гр. Передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз.

Діагноз?

3. Вагітна доставлена машиною швидкої допомоги на ношах. Вагітність третя, термін вагітності 9-10 тижнів. Стан вагітної тяжкий. Блювота більше 20 раз на добу. Шкіра суха, з жовтяницею, анемія. З ротової порожнини — запах ацетону. В сечі — ацетон+++.

Який вірогідний патологічний стан розвинувся на фоні вагітності?

4. Першовагітна поступила до пологового будинку зі скаргами на головний біль, біль в епігастральній ділянці, набряки на ногах. АТ - 180/120 мм рт.ст. В сечі білок 5,3 г/л. Положення плода повздовжнє, головне передлежання, серцебиття плоду - 130 уд/хв, ритмічне.

Який діагноз найбільш імовірний?

5. У вагітної З., 29 років на прийомному покої з'явилися нудота, блювота, болі в епігастрії, миготіння "мушок" перед очима. АТ на обох руках 170/100 мм.рт.ст., визначаються генералізовані набряки.

Діагноз?

VIII. Матеріали для самопідготовки

A. По темі викладеної лекції «Прееклампсія, еклампсія»

1. В.К.Лихачов Практическое акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей / В.К.Лихачев. – М.:ООО «Медицинское информационное агенство», 2010. – 720 с.
2. В.К.Лихачов Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей / В.К.Лихачев. – М.:ООО «Медицинское информационное агенство», 2013. – 840 с.
3. Лихачев В.К. Поздний гестоз. Диагностика нарушений, влияние на течение беременности, патогенетическое лечение. - Полтава: Соломия, 2000. - 104с..
4. Мерей Энкин, Марк Кейре с соавт. «Руководство по эффективной помощи при рождении ребенка» перевод с англ. Под ред. А.В. Михайлова. С.-Петербург. «Пертополис».
5. Наказ МОЗ України №676 від 27.12.2006. Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності».

Б. По темі наступної лекції «Кровотечі в першій і другій половині вагітності, I і II періоді пологів»

Контрольні запитання

1. Сучасні погляди на етіологію та патогенез кровотеч, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.
2. Класифікацію кровотеч, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.
3. Особливості клінічної симптоматики, характер перебігу, частота ускладнень при кровотечах, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.
4. Діагностичні можливості додаткових методів дослідження (лабораторних, інструментальних) при кровотечах.
5. Диференційну діагностику кровотеч, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.
6. Методи зупинки кровотеч.

Рекомендована література по темі наступної лекції

1. В.К.Лихачов Практическое акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей / В.К.Лихачев. – М.:ООО «Медицинское информационное агенство», 2010. – 720 с.
2. В.К.Лихачов Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей / В.К.Лихачев. – М.:ООО «Медицинское информационное агенство», 2013. – 840 с.
3. Лихачев В.К. Поздний гестоз. Диагностика нарушений, влияние на течение беременности, патогенетическое лечение. - Полтава: Соломия, 2000. - 104с..
4. Мерей Энкин, Марк Кейре с соавт. «Руководство по эффективной помощи при рождении ребенка» перевод с англ. Под ред. А.В. Михайлова. С.-Петербург. «Пертополис».
5. Наказ МОЗ України №205 від 24.03.14 р. «Клінічний протокол. Акушерські кровотечі»