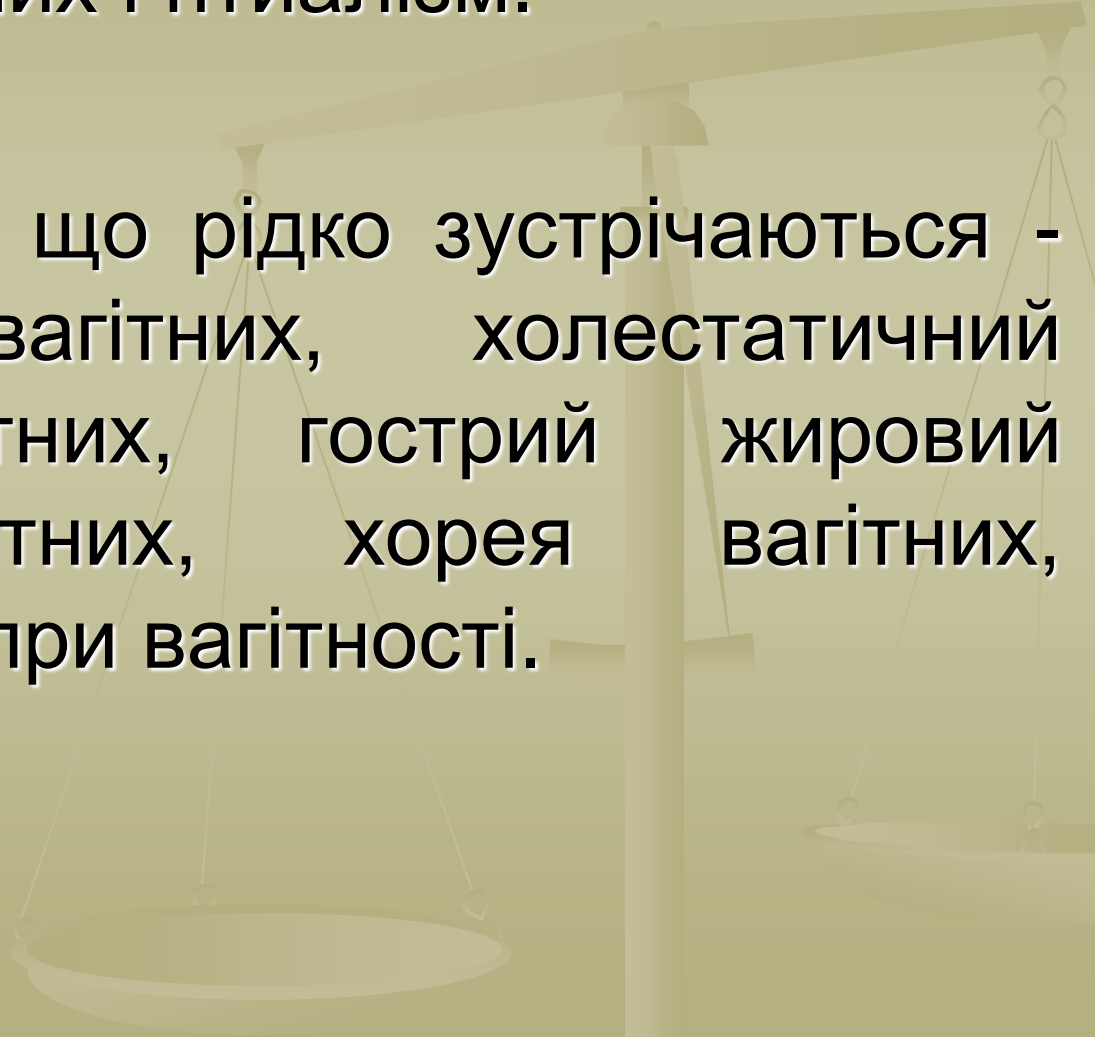


ПРОБЛЕМА ГЕСТОЗІВ ВАГІТНИХ



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".

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

Для пояснення причин виникнення ранніх гестозів запропоновано багато теорій:

- токсемічна,
- алергічна,
- ендокринна,
- нейрогена,
- психогенна,
- імунна та ін.



Фактори ризику виникнення ранніх гестозів

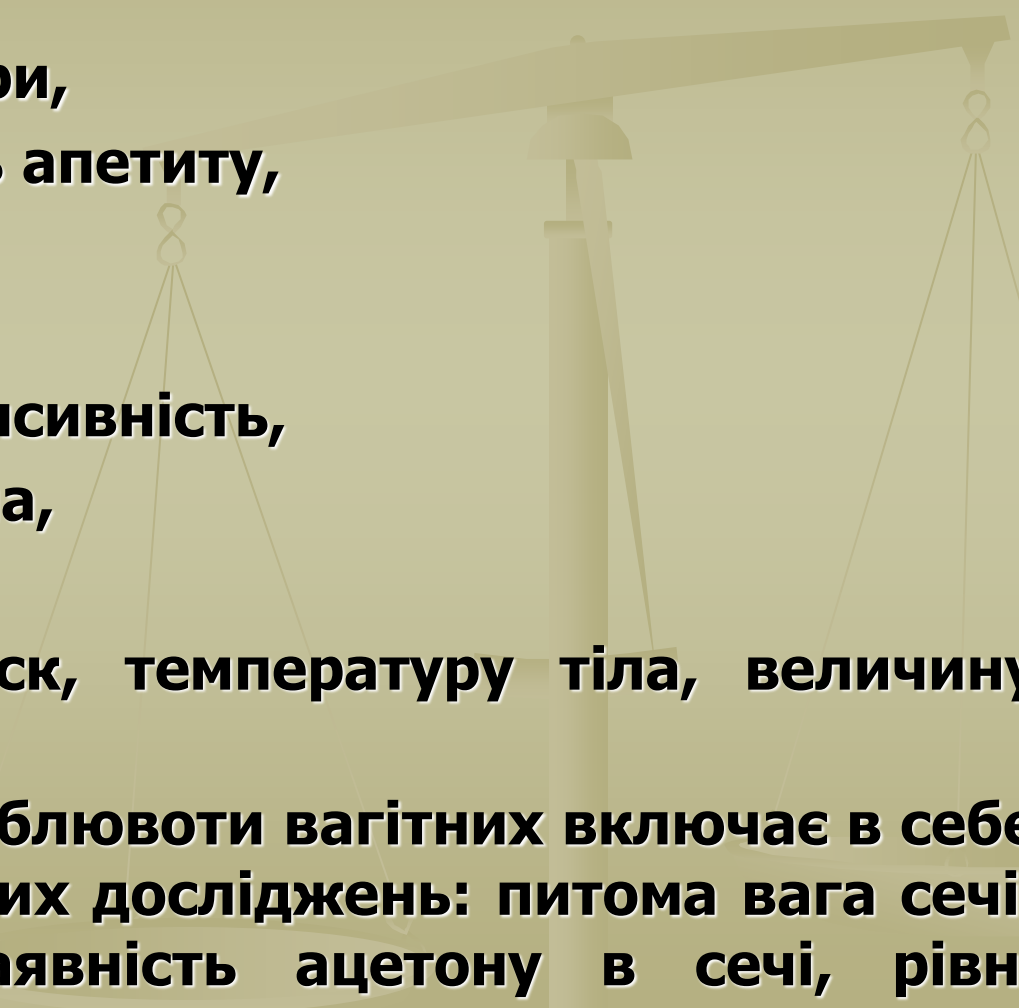
- Вроджена чи набута недостатність системи нейроендокринної регуляції адаптаційних реакцій (гіпоксія, інфекції, інтоксикації, порушення режиму в дитячому і підлітковому віці і т.п.).
- Екстрагенітальні захворювання.
- Порушення функції нервової системи, стресові ситуації.
- Перенесені захворювання статевих органів, які можуть бути причиною змін в рецепторному апараті матки і виникнення патологічної імпульсації в ЦНС.

Блювота вагітних (emesis gravidarum)

За ступенем тяжкості розрізняють:

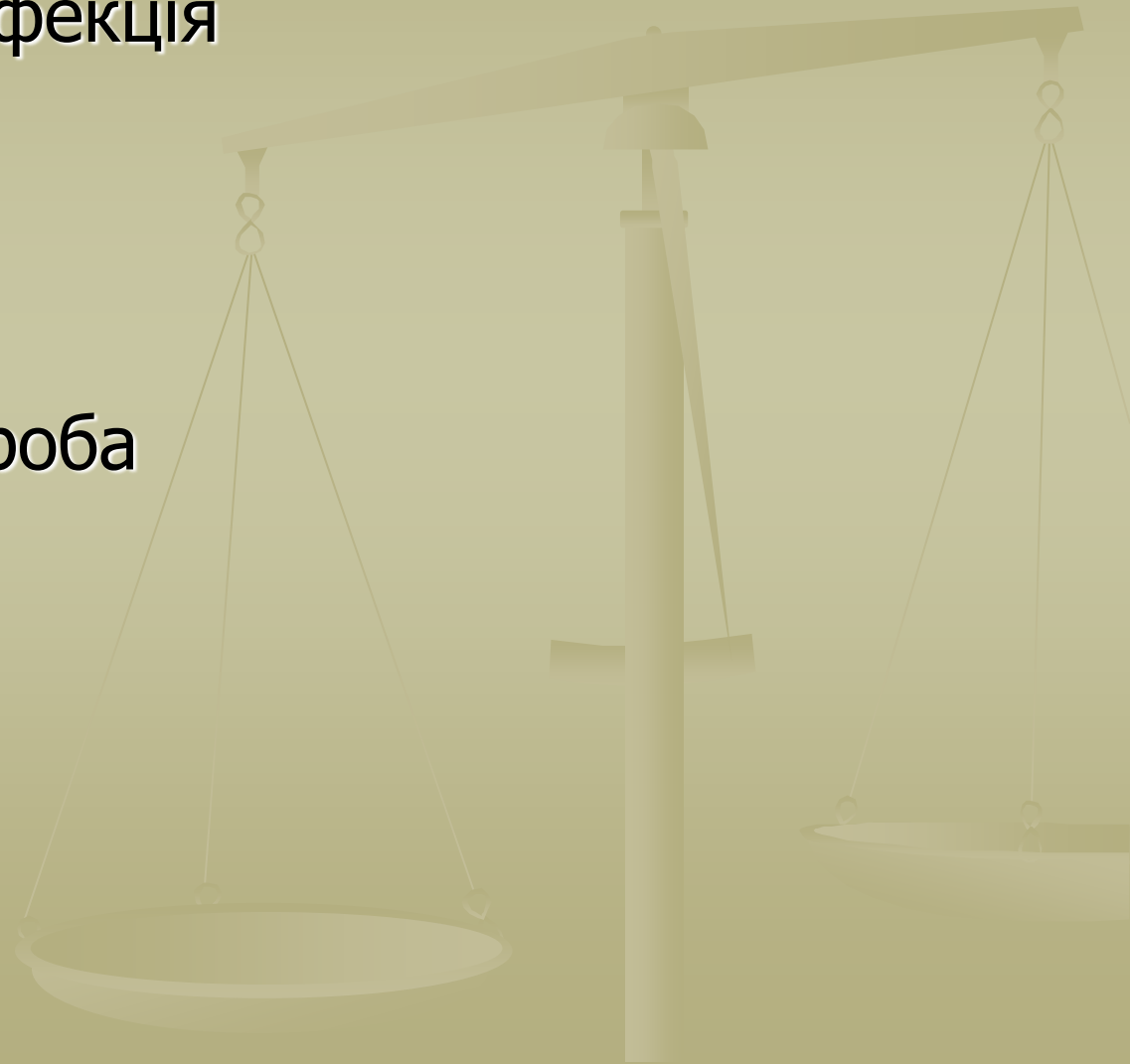
- Легкий ступінь (до 5 разів на добу),
- Помірну ступінь (від 5 до 10 разів),
- Надмірну або важку (hyperemesis gravidarum) з порушенням обміну речовин (більше 10 разів на добу).

При визначенні тяжкості захворювання визначають клінічні прояви:

- загальний стан вагітної,
 - сухість шкіри,
 - жовтушність склер і шкіри,
 - наявність або відсутність апетиту,
 - слиновиділення,
 - нудоту,
 - частоту блювоти і її інтенсивність,
 - криву зниження маси тіла,
 - ступінь зневоднення,
 - пульс, артеріальний тиск, температуру тіла, величину діурезу.
 - оцінка ступеня тяжкості блювоти вагітних включає в себе і результати лабораторних досліджень: питома вага сечі, наявність кетонурії, наявність ацетону в сечі, рівні білірубину, креатиніну в крові.
- 

Диференціальний діагноз блювоти вагітних необхідно проводити з наступними захворюваннями:

- харчова токсикоінфекція
- гастрит
- панкреатит
- пієлонефрит
- жовчокам'яна хвороба
- вірусний гепатит
- апендицит
- менінгіт
- пухлини мозку



Лікування блювання вагітних

- Легка ступінь: корекція харчового раціону - дробове (5-6 разів на добу), збалансоване харчування, рясне пиття, вітамінотерапія.
- При блювоті вагітних помірного та тяжкого ступеня показана госпіталізація і призначення медикаментозної терапії.

Слиноотеча вагітних (ptyalismus)

- Кількість слини при гіперсалівації може досягати 1,0 л на добу. Слиноотеча не викликає важких порушень в організмі, викликає мацерацію шкіри і слизової оболонки губ.
- З метою зменшення секреції слинних залоз призначають внутрішньом'язове введення атропіну по 0,5 мл 0,1% розчину 2 рази на добу. Доцільно полоскання порожнини рота настоєм шавлії, м'яти, ромашки, кори дуба і іншими засобами, що мають в'яжучі властивості.

Рідкісні форми гестозів

- дерматози вагітних



Рідкісні форми гестозів

- пемфігоїд вагітних



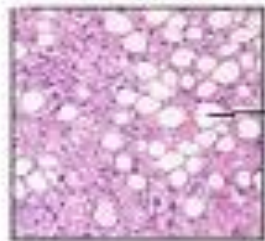
Рідкісні форми гестозів

- Холестатичний гепатоз вагітних
- Гострий жировий гепатоз вагітних

Здоровая печень



Жировое перерождение печени



Скопления
жира



- Хорея (тетанія) виникає в зв'язку з порушенням обміну кальцію, внаслідок гіпофункції паращитоподібних залоз.

Клінічно вона проявляється судомними некоординованими посмикуваннями м'язів верхніх, нижніх кінцівок, іноді обличчя, зовсім рідко гортані або шлунка.

■ остеомаліяція



Гестоз в сучасному акушерстві

- Пізній гестоз вагітних являє собою симптомокомплекс поліогранної і полісистемної недостатності, яка виникає під час вагітності.
- Частота ПГВ коливається від 7% до 16% серед усіх вагітних. У структурі смертності вагітних, роділь і породіль ПГ займає одне з перших місць.

- **ГЕСТОЗ не є самостійним захворюванням – це клінічний прояв неспроможності адаптаційних механізмів материнського організму адекватно забезпечити потреби плода, який розвивається.**
- **Реалізується ця неспроможність через різноманітну ступінь виразності перфузійної-дифузійної недостатності в системі мати-плацента-плід.**

Етіологія гестоза

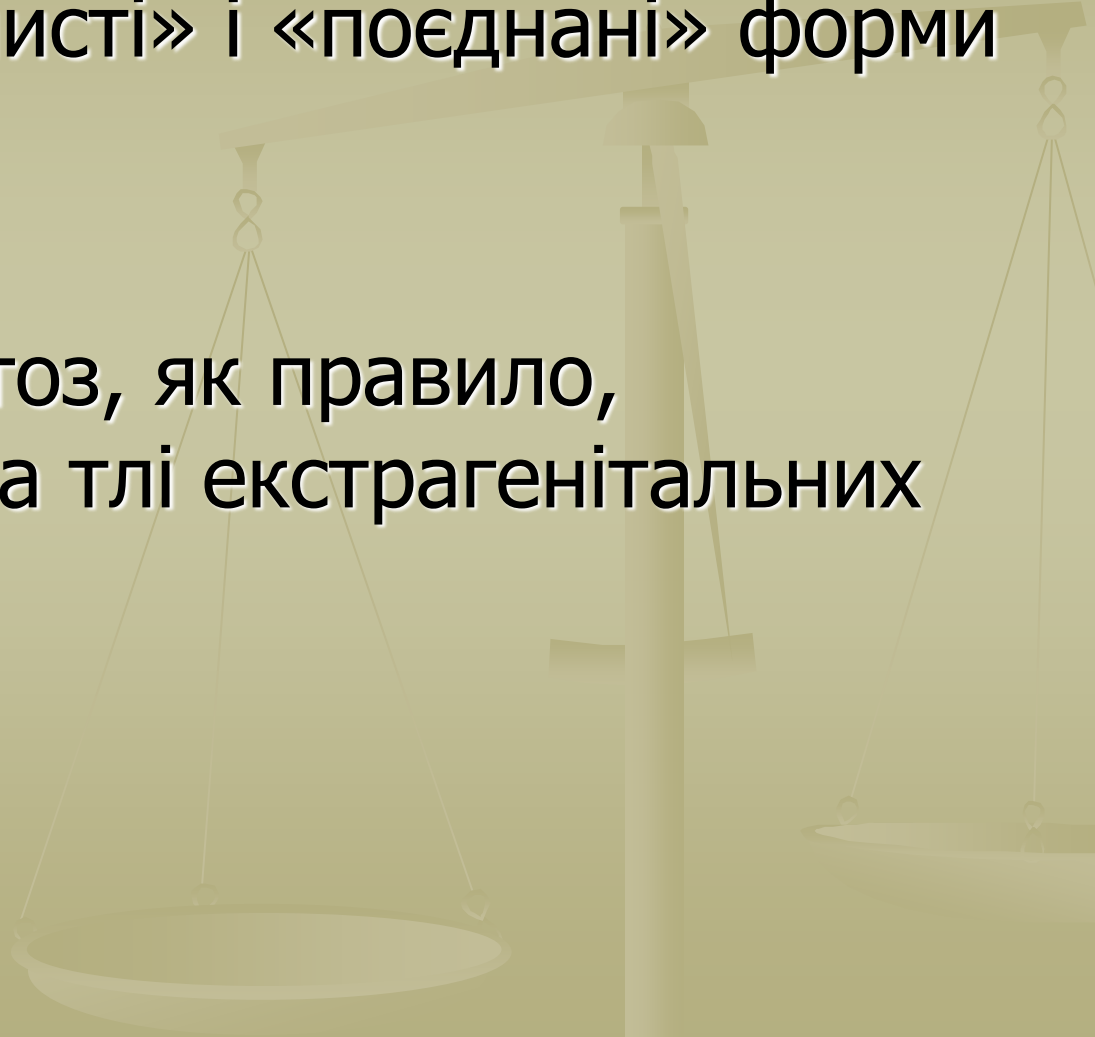
- **Етіологія гестоза остаточно не вивчена.**
- **Налічується близько 30 різноманітних теорій, але визначення гестоза як хвороби адаптації найбільшою мірою відповідає уявленням про нього. Особливе значення надається імунологічним змінам під час вагітності.**

Головними ланками патогенезу ПГ є:

- Генералізований спазм судин.
- Гіповолемія.
- Порушення реологічних властивостей крові (зміна в'язкості крові, агрегаційних властивостей клітин крові – гемоконцентрація).
- Розвиток синдрому внутрішньосудинного згортання крові.
- Постгіпоксичні метаболічні порушення.
- Синдром поліогранної функціональної недостатності.

За рекомендаціями ВООЗ (1989) і вимогами МКХ 10-го перегляду (1995) асоціацією акушерів-гінекологів України затверджена МОЗ України така класифікація гестозу:

- **Гіпертензія під час вагітності.**
- **Набряки під час вагітності.**
- **Протеїнурія під час вагітності.**
- **Прееклампсія легкого ступеня (відповідає поняттю нефропатії 1 ступеня тяжкості за попередньою класифікацією).**
- **Прееклампсія середнього ступеня (відповідає поняттю нефропатії 2 ступеня тяжкості за попередньою класифікацією).**
- **Прееклампсія тяжкого ступеня (відповідає поняттю нефропатії 3 ступеня тяжкості за попередньою класифікацією).**
- **Еклампсія.**

- Розрізняють «чисті» і «поєднані» форми ПГ.
 - Поєднаний гестоз, як правило, розвивається на тлі екстрагенітальних захворювань.
- 
- A faint, stylized illustration of a scale of justice is visible in the background. It features a central vertical pillar supporting a horizontal beam. Two pans are suspended from the beam by thin lines, one on each side. The entire image is rendered in a light, monochromatic greenish-yellow tone.

Особливостями поєднаного гестозу є:

- ранній початок (до 25-30 тижнів)
- важкий перебіг
- моносимптомні прояви (тільки набряки, протеїнурія або гіпертензія)
- наявність в клініці атипових проявів: стурбованість, безсоння, парестезії, млявість, слинотеча та ін.
- ігнорування цих симптомів може привести до неадекватних і запізнених лікувальних заходів.

Фактори ризику:

1. Акушерсько-гінекологічні фактори ризику:

- наявність ПГ в спадковому анамнезі;
- наявність ПГ за попередньої вагітності;
- вік вагітної (менш 19 і більше 30);
- гіпотрофія плода;
- багатоводдя, багатоплідність;
- анемія вагітної;
- ізосенсибілізація за Rh-фактором і системою АВ0.

2. Екстрагенітальна патологія: серед них вагітні із захворюваннями нирок, печінки, гіпертонічною хворобою, хронічними захворюваннями легенів і бронхів, перенесені кілька дитячих інфекцій (особливо скарлатина), пороки серця різноманітного генезу, цукровий діабет, ожиріння та інші прояви ендокринопатії.

3. Соціально-побутові фактори:

- шкідливі звички;
- професійні шкідливості;
- незбалансоване харчування.

Ведення вагітних з групи ризику щодо розвитку ПГ В умовах жіночої консультації:

- Планування вагітності жінкам з ризиком розвитку ПГ:
- варто рекомендувати терміни зачаття так, щоб розвиток вагітності доводився на літній та літньо-осінній періоди.
- Інтенсивне диспансерне спостереження за вагітними: відвідування зазначеними вагітними жіночої консультації в першій половині гестації має відбуватися не рідше 1 разу на 2 тижні і 1 раз на тиждень у другій половині.

Ведення вагітних з групи ризику щодо розвитку ПГ в умовах жіночої консультації:

- З метою виявлення прегестоза і ранніх стадій гестозу необхідно проводити всі нижченаведені проби 1 раз в 3 тижні в 1 половині вагітності і 1 раз в 2 тижні в другій половині вагітності.
- Усунення негативних емоцій в побуті і на виробництві. Доцільна фітотерапія (валеріана, пустирнік, брусниця, глід, шипшина).
- Раціональне та збалансоване харчування.

Клінічні прояви:

- Класична тріада симптомів гестозу (набряки, протеїнурія, гіпертензія), описана в 1913 році німецьким акушером Цангемейстером.
- Головний біль, порушення зору, болі в епігастрії та правому підребер'ї є клінічними проявами важких форм прееклампсії.

Набряки



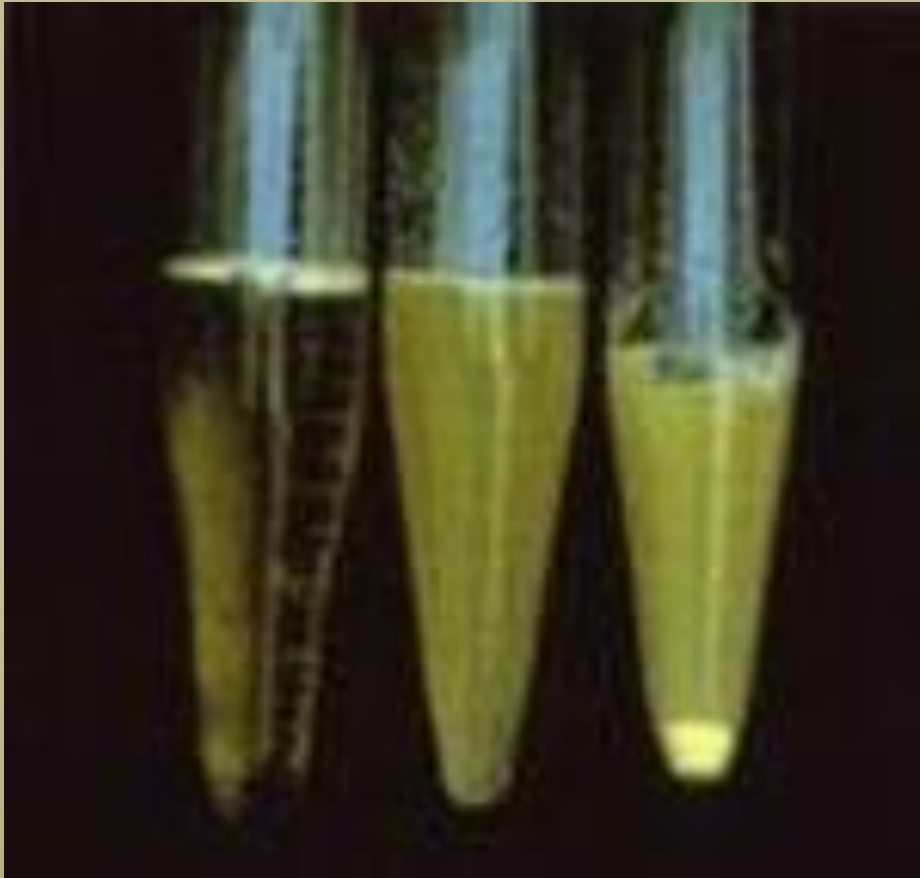
A



B



Протеїнурія



Діагностичні критерії тяжкості пreeклампсії / еклампсії

Діагноз	Діаст. АТ, мм рт.ст.	Протеїн урія, г/доба	Інші ознаки
Гестаційна гіпертензія або легка пreeклампсія	90-99	<0,3	—
Пreeклампсія середня	100-109	0,3-5,0	набряки на обличчі, руках, іноді головний біль

Діагностичні критерії тяжкості пreeклампсії / еклампсії

Діагноз	Діаст. АТ,	Протеїн урія,	Інші ознаки
Важка пreeклампсія	≥ 110	> 5	набряки генералізовані, сильний головний біль порушення зору біль в епігастрії та/або в правому підребер'ї Гіперрефлексія Олігурія (< 500 мл/доб.) Тромбоцитопенія
Еклампсія	≥ 90	$\leq 0,3$	Судомний напад (один чи більше)

Додаткові клініко-лабораторні критерії пreeклампсії

Ознаки	Легка пreeкла мпсія	Пreeклампсія середня	Тяжка пreeклампс ія
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

Легка прееклампсія

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 артеріального тиску, контроль балансу рідини і набряків, реєстрація рухів плода.

Легка прееклампсія

Показання для госпіталізації:

поява хоча б однієї ознаки прееклампсії середньої тяжкості, порушення стану плода.

У разі стабільного стану жінки в рамках критеріїв легкої прееклампсії тактика ведення вагітності вичікувальна.

Пологи ведуть, виходячи з акушерської ситуації.

Прееклампсія середня

Планова госпіталізація вагітної до стаціонару.

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

Охоронний режим - напівпостільний, обмеження фізичного та психічного навантаження.

Прееклампсія середня

Розродження

Метод розродження у будь-якому терміні гестації визначається готовністю пологових шляхів і станом плода. При неефективності проведеної підготовки пологових шляхів простагландінами проводять операцію кесаревого розтину.

Якщо шийка матки достатньо зріла, проводять пологодзбудження і пологи ведуть через природні пологові шляхи.

Клінічна діагностика прееклампсії тяжкого ступеня базується також на класичних симптомах:

- Гіпертензія - відображає ступінь вазоспазму і є основою діагнозу.
- Збільшення маси тіла і набряки; збільшення маси тіла вагітної більше 900,0 грам за місяць може бути першою ознакою прееклампсії.
- Головний біль в області чола і потилиці, резистентний до анальгетиків, може вказувати на набряк мозку, часто передує судомам.

Клінічна діагностика преєклампсії тяжкого ступеня базується також на класичних симптомах:

- Біль в епігастрії або в правому верхньому квадранті живота як ознака набряку або крововиливу в печінку. Дана ознака є симптомом важкої преєклампсії, може бути передвісником судом.
- Порушення зору - від миготіння мушок і сітки перед очима до повної сліпоти. Вони пов'язані з вазоспазмом, ішемією і петехіальними геморагіями в корі головного мозку, а також зі спазмом артеріол сітківки, її ішемією і набряком, що передує відшаруванню сітківки.
- Відчуття закладання носа (периваскулярний набряк).

Важка прееклампсія. Тактика ведення.

Вагітну госпіталізують до відділення анестезіології та інтенсивної терапії стаціонару III рівня для оцінки ступеня ризику вагітності для матері і плоду і вибору методу розродження протягом 24 годин. Виділяють індивідуальну палату з інтенсивним цілодобовим спостереженням медичного персоналу. Негайні консультації терапевта, невропатолога, окуліста.

Важка прееклампсія. Тактика ведення.

- Катетерізують периферичну вену для тривалої інфузійної терапії при необхідності контролю ЦВТ - центральну вену, для контролю погодинного діурезу – сечовий міхур. За свідченнями - трансназальна катетеризація шлунка. Первинне лабораторне обстеження: загальний аналіз крові, гематокрит, кількість тромбоцитів, коагулограма, АлТ і АсТ; група крові та резус-фактор, загальний аналіз сечі, визначення протеїнурії, креатиніну, сечовини, загальний білок, білірубін і його фракції, електроліти.

Важка прееклампсія. Тактика ведення.

Лікування.

- Охоронний режим (суворий постільний).
- У термінах вагітності до 34 тижнів - кортикостероїди для профілактики РДС.
- Антигіпертензивна терапія.
- Інфузійна терапія
- Моніторинг стану вагітної

Важка преекламписія. Тактика ведення.

Розродження проводять з урахуванням акушерської ситуації.

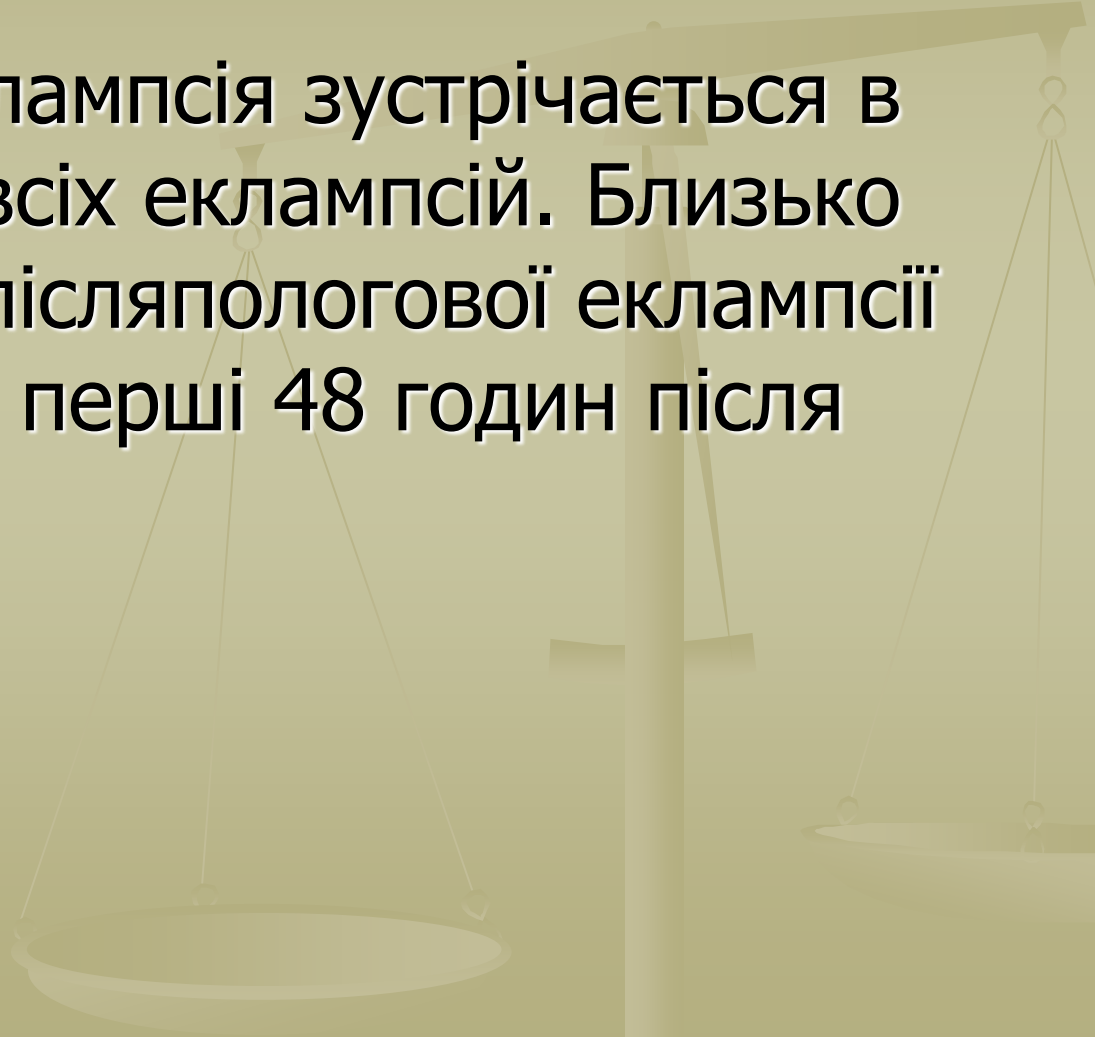
Перевагу віддають пологам через природні пологові шляхи з адекватним знеболенням.

При готових пологових шляхах проводять амніотомію з наступною пологостимуляцією.

При неготовності шийки матки і відсутності ефекту від підготовки простагландинами, або в разі прогресування гіпертензії, загрози судомного нападу, погіршення стану плода розродження проводиться шляхом операції кесарів розтин.

Еклампсія

- Еклампсія - характеризується розвитком тоніко - клонічних судом на тлі прееклампсії.
- Зустрічається в 0,2 -0,5% випадків всіх вагітностей.
- Залежно від часу виникнення перших судом щодо пологів виділяють еклампсію вагітних, післяпологову еклампсію і еклампсію під час пологів.

- 
- Допологова еклампсія зустрічається в 75% випадків всіх еклампсій. Близько 50% випадків післяпологової еклампсії розвивається в перші 48 годин після пологів.

Судоми при еклампсії



- Провісниками судом можуть бути головний біль, біль під грудьми, порушення зору.
- За першими судомами можуть піти інші, всього їх може бути від 10 до 100 і більше в важких випадках екламптичного статусу.
- Смерть може наступити від масивного крововиливу в мозок. При церебральних геморагіях може розвинутися геміплегія.
- При відсутності адекватного лікування розвивається екламптична кома.
- Втрата свідомості може бути раптової без нападу судом «еклампсія без еклампсії». Слід проводити диференційний діагноз еклампсії з енцефалітом, менінгітом, розривом аневризми, мозкових судин, істерією.

Еклампсія

Основні цілі екстреної допомоги:

- припинення судом;
- відновлення прохідності дихальних шляхів.

Завдання інтенсивної терапії після ліквідації судом:

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

Загальні вимоги до ведення хворих з важкими формами пізнього гестозу.

- 1. Індивідуальна палата з інтенсивним цілодобовим спостереженням медичного персоналу в умовах ІТ або ВР і ІТ.
- 2. Дотримання принципу трьох катетерів:
 - - Обов'язкова катетеризація центральних судин (переважно підключичної вени) для тривалої інфузійної терапії і контролю ЦВТ;
 - - Катетеризація сечового міхура для контролю за погодинним діурезом;
 - - Трансназальна катетеризація шлунка для евакуації його секрету і профілактики синдрому Мендельсона під час інтенсивної терапії.
- 3. Наявність дихальної апаратури для інгаляції закису азоту і кисню або проведення ШВЛ.
- 4. Кардіомоніторинг.
- 5. Клініко-біохімічний контроль основних показників.

Перша допомога при розвитку судом і коми.

- Хвору укладають на рівну поверхню, уникаючи ушкоджень.
- Звільняють дихальні шляхи, відкривають рот за допомогою ложки або шпателя, витягають вперед язик і по можливості аспірують вміст порожнини рота.
- При відновленні спонтанного дихання подається кисень. При тривалому апное негайно починають допоміжну вентиляцію.
- При припиненні серцевої діяльності паралельно з ШВЛ виконують закритий масаж серця і усі прийоми серцево-судинної реанімації.
- Для припинення судом в/в крім 20 мл 25% розчину сірчаної кислоти вводять 0,002 г сибазона і повторюють введення через 10 хв. 0,01г.

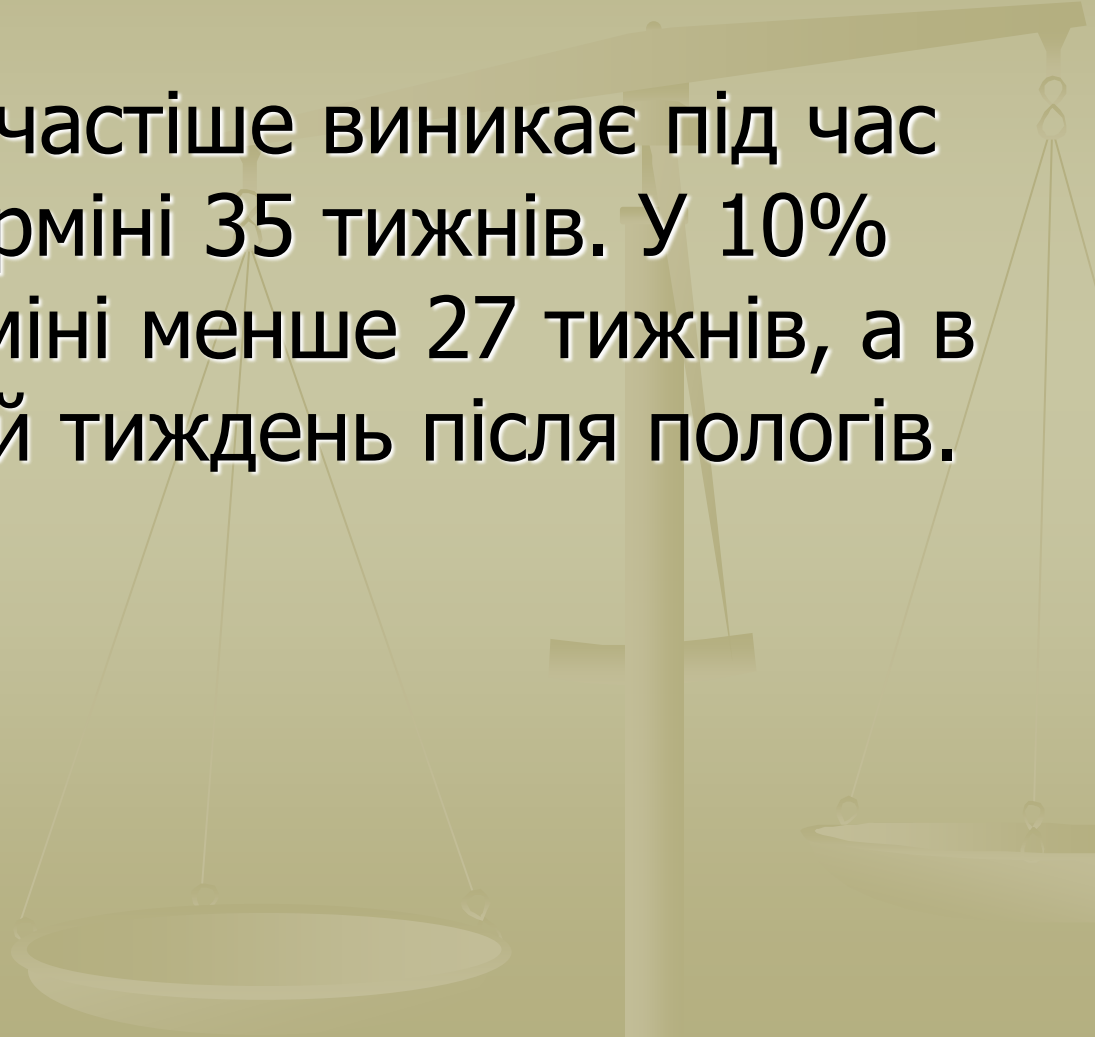
- Препаратом вибору для протисудомної терапії вважається сульфат магнію, який має протисудомну і седативну дію, не викликає помітного пригнічення свідомості, що дозволяє зняти проблему диференціації між глибиною медикаметозної алергії нейролептиками, седативними і наркотичними препаратами. Сульфат магнію має ще сечогінний і гіпотензивний ефект, а також знижує внутрішньочерепний тиск. Доза залежить від жінки і рівнів АТ.

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

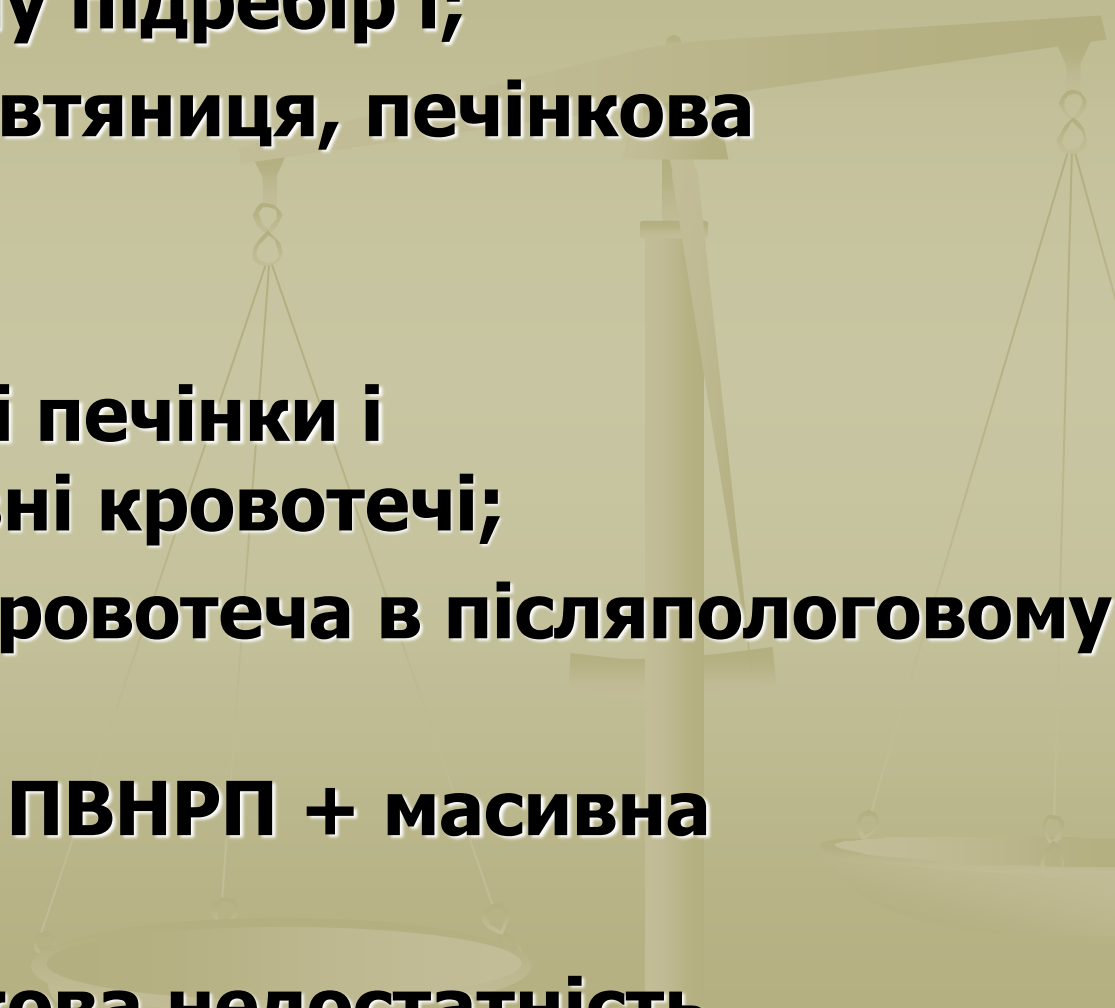
В умовах жіночої консультації за участю терапевта проводять диспансерний нагляд за жінкою, яка перенесла середню або важку прееклампсію або еклампсію:

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

- В літературі наводяться дані про ще одну клінічну форму гестозу - **HELLP-синдром**.
- **HELLP-синдром** - це hemolysis (H) - мікроангіопатична гемолітична анемія, elevated liver ferments (EL) - підвищення концентрації ферментів печінки в плазмі крові; low platelet quantity (LP) - зниження рівня тромбоцитів.
- Захворювання в перинатальних центрах становить 1 випадок на 159-300 пологів. Материнська смертність досягає 3,5%, а перинатальна - 79%. Патофізіологічні зміни при HELLP-синдромі відбуваються переважно в печінці.

- 
- Захворювання частіше виникає під час вагітності, в терміні 35 тижнів. У 10% випадків в терміні менше 27 тижнів, а в 31% - у перший тиждень після пологів.

КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ:

- головний біль, блювота, болі в животі, частіше у правому підребір'ї;**
 - наростаюча жовтяниця, печінкова недостатність;**
 - судоми, кома;**
 - нерідко розриві печінки і внутрішньочеревні кровотечі;**
 - коагулопатія, кровотеча в післяпологовому періоді;**
 - часто тотальне ПВНРП + масивна кровотеча;**
 - печінково-ниркова недостатність.**
- 

ЗМІНИ У ПЕЧІНЦІ ПРИ HELLP-синдромі

