

## Лекція № 9

### Тема: Гестози вагітних. Екстрагенітальна патологія і вагітність

#### План

- Уявлення про гестози. Класифікація. Ранні гестози.
- Пізні гестози. Клінічний перебіг, сучасні методи діагностики. Принципи ведення та лікування гестозів. Показання до переривання вагітності.
- Особливості надання першої допомоги при тяжких формах гестозів. Показання до передчасного розродження.
- Профілактика гестозів.
- Вагітність і серцево-судинна патологія. Гіпертензивні розлади.
- Захворювання нирок у вагітних.
- Інфекційні захворювання (TORCH). Вплив на перебіг вагітності та пологів.
- Особливості ведення вагітності та пологів у ВІЛ-інфікованих жінок.

**Гестоз (токсикоз) вагітних** - низка патологічних станів, які виникають під час вагітності, ускладнюють її перебіг і зникають після закінчення вагітності.

Розрізняють ранній гестоз (блювання, слинотеча), що розвивається у перші 3 місяці, і пізній (гіпертензія, набряки, протеїнурія під час вагітності, прееклампсія, еклампсія), який виникає головним чином в останні 2-3 місяці вагітності.

До рідкісних форм гестозів відносять жовтяницю, дерматит, бронхіальну астму, тетанію, остеомаліацію вагітних.

#### Ранні гестози

##### Блювання

Блювання є найчастішим проявом гестозу. Слід зауважити, що у перші місяці вагітності у багатьох жінок вранці бувають нудота та блювання, але не щодня і на загальному стані вагітної це не позначається. Про розвиток гестозу вагітних свідчить блювання, яке не тільки виникає вранці, а й повторюється декілька разів на день.

Розрізняють легку, помірну (середньої тяжкості) і надмірну (тяжку) форми блювання.

**Легка форма блювання.** Головними симптомами захворювання є нудота, зниження апетиту і блювання, яке повторюється декілька разів 2-4 рази на добу, переважно після їди. Загальний стан вагітної залишається задовільним, температура тіла не підвищується, може бути незначне прискорення пульсу (до 90 за 1 хв); артеріальний тиск, результати аналізу крові, діурез у межах фізіологічної норми. Спостерігаються мінливий настрій, сонливість, проте без занепаду сил. Блювання зникає самостійно або легко піддається лікуванню. У 10-15% вагітних воно посилюється, і гестоз переходить у наступну фазу.

**Середня форма блювання.** Ступінь вегетативних порушень збільшується, з'являються розлади вуглеводного і жирового обміну, кетоацидоз. Блювання виникає незалежно від приймання їжі і повторюється до 10 разів на добу і більше. Нерідко воно супроводжується значною слинотечею. Вагітна худне, виснажується, стає апатичною. Температура тіла не перевищує 37,5°C, пульс - до 100 уд. за 1 хв, шкіра і язик сухуваті. Діурез знижується, у сечі з'являється ацетон, спостерігаються закрепи. Можливе зменшення кількості гемоглобіну, еритроцитів і хлоридів у крові. Іноді бувають рецидиви блювання, при яких вагітна потребує повторного стаціонарного лікування. У деяких випадках помірне блювання переходить у надмірне.

**Важка форма блювання** спостерігається рідко. Це тяжке захворювання, яке характеризується значним порушенням функції нервової системи, залоз внутрішньої секреції, печінки, нирок та інших органів. Порушуються вуглеводний і жировий, а також білковий і сольовий обміни. У

крові накопичується багато токсичних продуктів обміну, змінюється кислотно-лужний стан, виникає метаболічний ацидоз. Нерідко розвиваються дистрофічні зміни у печінці, нирках та інших органах. Загальний стан вагітної тяжкий, відзначаються кволість, адинамія, біль голови, відраза до їжі. Не затримується не тільки їжа, а й вода. Часто приєднується слинотеча. Усе це може призвести до різкого виснаження вагітної, зменшення маси її тіла. Шкіра стає сухою, втрачає тургор, підшкірна основа зникає. Слизова оболонка губ суха, язик з нальотом, відзначається запах ацетону із рота. Живіт запалий, інколи болючий при пальпації. Температура тіла субфебрильна, але може підвищуватися до 38°C. Пульс 100-120 уд. за 1 хв, артеріальна гіпотензія. Діурез знижений, у сечі виявляють ацетон, нерідко білок і циліндри. В крові зростає вміст залишкового азоту, зменшується кількість хлоридів, нерідко збільшується концентрація білірубіну. Внаслідок зневоднення організму збільшується кількість гемоглобіну та еритроцитів. Ушкоджується печінка, що зумовлює жовте забарвлення склер і шкіри. У разі несвоєчасного початку лікування зростають ознаки інтоксикації та дистрофії, виникає кома, і вагітна може померти.

**Діагностика** нескладна. Виключають захворювання, при яких може виникнути блювання (інфекційні хвороби, інтоксикації, захворювання шлунка, головного мозку тощо).

**Лікування** проводять у стаціонарі. Воно передбачає:

- вплив на нервову систему з метою відновлення її порушених функцій;
- боротьбу з розладами харчування, зневодненням та інтоксикацією організму;
- лікування супровідних захворювань;
- відновлення обміну речовин і функцій найважливіших органів.

У палаті створюють лікувально-охоронний режим. Застосовують методи психо- й рефлексотерапії. Призначають натрію бромід у вигляді мікроклізм (30-50 мл 4 розчину один раз на добу) і кофеїн підшкірно (по 1 мл 10% розчину 2 рази на добу). Якщо хвора утримує їжу, кофеїн призначають усередину (по 0,1 г 1-2 рази на добу). Як сильний протиблювотний і заспокійливий засіб застосовують аміназин, а також інші препарати - етаперазин, який призначають усередину по 0,002-0,004 г 2-3 рази на добу, пропазин (по 0,025 г 1-2 рази на добу), дроперидол (у присутності анестезіолога) внутрішньом'язово (1-2 мл 0,25% розчину) або внутрішньовенно з 20 мл 40% розчину глюкози, новокаїн внутрішньовенно (щоденно по 10 мл 0,5% розчину), кальцію хлорид внутрішньовенно (по 10 мл 10% розчину), гормони кіркової речовини надниркових залоз (АКТГ, преднізолон та ін.), вітаміни, аскорбінову кислоту, тіамін, піридоксин, ціанокобаламін та ін. З успіхом використовують фітопрепарати. Останніми роками у лікуванні гестозів використовують хофітол — рослинний препарат, який є гепатопротектором, антиоксидантом, діуретиком. Цінною є його здатність захищати печінку та нирки від дії аміназину, дроперидолу та інших препаратів, що використовуються для припинення блювання. Переконаливим є застосування хофітолу при невпинному блюванні вагітних. З цією метою його призначають по 5 мл внутрішньовенно, розводячи в 200 мл фізрозчину, 5 вливань із наступним вживанням всередину по 2 табл. тричі на день протягом 2-3 тижнів. Існують повідомлення про успішне застосування фізіотерапії (індуктотермія ділянки черевного сплетення, ендоназальна гальванізація, нейтральна електроаналгезія, електрофорез кальцію хлориду на комірцеву ділянку або ділянку черевного сплетення).

Хворим призначають малими порціями різноманітну їжу, добре вітамінізовану, таку, що легко засвоюється. Якщо їжа не засвоюється, то вводять глюкозу внутрішньовенно (30-50 мл 40% розчину з інсуліном і 5 мл 5% розчину аскорбінової кислоти) або призначають крапельні клізми об'ємом 1,5-2 л (на 1 л ізотонічного розчину натрію хлориду 100 мл 40% розчину глюкози). Інколи замість ізотонічного розчину застосовують складніші (Рінгера, Рінгера-Локка). Для ліквідації метаболічного ацидозу внутрішньовенно вливають 100-150 мл 5% розчину натрію гідрокарбонату або вводять його в клізмі. При значному виснаженні хворої переливають внутрішньовенно 100 мл одноступенної крові, плазму, альбумін. Після припинення блювання необхідно продовжити загальнозміцнювальне лікування (вітаміни, ультрафіолетове опромінювання).

Здебільшого лікування блювання вагітних буває успішним.

За відсутності ефекту показане переривання вагітності. Показання: невпинне блювання, тривалий субфебрилітет, значна тахікардія, прогресуюче схуднення, протеїнурія, циліндрурія і ацетонурія.

### **Слиноточа**

Досить часто супроводжує блювання вагітних, але може бути самостійним проявом раннього гестозу вагітних. Салівація буває помірною і значною. Помірна слиноточа мало позначається на загальному стані вагітної. При виділенні за добу 1 л слини і більше виникає мацерація шкіри та слизової оболонки губ, знижується апетит, погіршується самопочуття, хвора худне, порушується сон, розвивається зневоднення.

**Лікування.** Полоскання рота настоями шавлії, ромашки або розчином ментолу. При сильній слиноточі можна застосовувати атропіну сульфат по 0,0005 г усередину або по 0,3-0,5 мл 0,1% розчину підшкірно двічі на день. Шкіру навколо рота змащують вазеліном. Слиноточа піддається лікуванню, вагітність розвивається нормальню.

### **Пізнi гестози**

**Пізнi гестози вагітних (ПГВ)** - це симптомокомплекс поліорганної та полісистемної недостатності, який виникає під час вагітності, здебільшого в II її половині. Характеризуються тріадою симптомів (ЕРН-гестоз):

- артеріальна гіпертензія (Н - hypertension);
- протеїнурія (Р - proteinuria);
- набряки (Е - edema).

Пізнi гестози вагітних зустрічаються від 7 до 16% серед усіх вагітних. Головними ланками патогенезу пізніх гестозів 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 поліорганної функціональної недостатності.

Результатом цих змін є гіпоксія, що призводить до порушення функцій життєвоважливих органів (мозок, печінка, нирки). Ці ж зміни сприяють зменшенню матковоплацентарного кровообігу, що є головною причиною розвитку плацентарної недостатності.

За рекомендацією ВООЗ (1989) та вимогами МКХ 10-го перегляду (1995) Асоціацією акушерів-гінекологів України рекомендована та запроваджена МОЗ України наступна **класифікація гестозів:**

- 1)гіпертензія під час вагітності;
- 2)набряки під час вагітності;
- 3)протеїнурія під час вагітності;
- 4)пreeклампсія легкого ступеню (відповідає поняттю нефропатії I ступеня тяжкості за попередньою класифікацією);
- 5)пreeклампсія середнього ступеню (відповідає поняттю нефропатії II ступеня тяжкості за попередньою класифікацією);
- 6)пreeклампсія тяжкого ступеню (відповідає поняттю нефропатії III ступеня тяжкості, або/і пreeклампсії за попередньою класифікацією);
- 7)еклампсія.

### **Прегестоз (претоксикоз)**

**Прегестоз (претоксикоз)** - комплекс патологічних змін в організмі вагітної, який безпосередньо передує клінічній картині ПГВ і виявляється лише спеціальними методами дослідження. Цю доклінічну форму пізнього гестозу виділяють тільки вітчизняні акушери. Характерні зміни — гіповолемія, спазм судин матково-плацентарного комплексу, периферичний судинний спазм, порушення гемостазу (хронічна чи підгостра стадія синдрому ДВЗ), в той час як клінічні прояви гестозу відсутні.

На даний час розрізняють чисті і поєднані форми ПГВ.

Чисті гестози виникають без супутньої екстрагенітальної патології.

Поєднаний гестоз, як правило, розвивається на фоні екстрагенітальних захворювань: гіпертонічної хвороби, захворювань легенів, нирок, серця, печінки, цукрового діабету, гіпоталамічно-нейрообмінно-ендокринного синдрому та іншої патології. Для поєднаних форм пізніх гестозів встановлюють діагноз гестозу залежно від проявів і ступеня тяжкості, а потім додають, на тлі якої екстрагенітальної патології. Наприклад, прееклампсія важкого ступеню на тлі хронічного пієлонефриту.

Крім дуже складних і дорогих методів діагностики пізнього токсикозу розроблені й ефективно використовуються прості скринінгові тести для виявлення його доклінічних стадій:

#### *1. Гемодинамічні проби:*

- вимірювання артеріального тиску на обох руках у трьох статичних положеннях: лежачи на спині, лежачи на боці, сидячи. У нормальних умовах систолічний тиск змінюється не більше ніж на 15 мм рт. ст., а діастолічний залишається на попередньому рівні або змінюється на 5-10 мм рт. ст. Більші коливання артеріального тиску свідчать про лабільність гемодинаміки;

- судинна асиметрія при вимірюванні тиску на обох кінцівках перевищує 10-15 мм рт. ст.;
- зменшення пульсового тиску до 30 мм рт. ст. і нижче;
- збільшення артеріального тиску на 30-40% порівняно з вихідним рівнем.

#### *2. Виявлення прихованих набряків:*

- позитивний симптом обручки;
- збільшення об'єму гомілково-ступневого суглобу понад 1 см протягом тижня або збільшення об'єму гомілки на 8-10% відносно вихідної величини;
- щотижневе зростання маси тіла, особливо після 30 тиж. вагітності, більше ніж на 400 грамів.

Складніші тести діагностики субклінічних проявів пізніх гестозів проводять в умовах стаціонару.

Раціональна дієтотерапія має важливе значення у превентивній терапії пізнього токсикозу. Кількість рідини обмежують до 1000 мл (з урахуванням рідини, що міститься в овочах і фруктах), кухонної солі — до 3-5 г. Обов'язково виключають екстрактивні речовини; щотижня проводять розвантажувальні дні: яблучні — 1,5 кг несолодких яблук, сирні — 500 г сиру, яблучно-сирні — 1 кг яблук і 250 г сиру. Профілактика гестозів полягає також у своєчасному виявленні та усуненні так званої фонові патології, на ґрунті якої вони виникають.

### **Набряки вагітних**

У пізні терміни вагітності інколи виникають незначні й несталі гіпостатичні набряки у вигляді пастозності в ділянці ступнів і гомілок. Якщо ця пастозність повністю зникає після відпочинку, то вона не є водянкою вагітних. Для водянки вагітних характерна поява стійких набряків на нижніх кінцівках, зовнішніх статевих органах, а в тяжких випадках - у ділянці тулуба і обличчя. У більшості випадків водянка виникає у другій половині вагітності і набряки розвиваються поступово.

Розрізняють 4 ступені поширення набряків:

- I - набряки нижніх кінцівок;
- II - набряки нижніх кінцівок і стінки живота;
- III - набряки нижніх кінцівок, стінки живота й обличчя;
- IV - загальний набряк.

У другій половині вагітності наростання маси тіла не повинно перевищувати 200-350 г за 1 тиждень. При водянці воно досягає 500-700 г. Потрібно зважувати вагітну (не рідше ніж 1 раз на тиждень) і вимірювати діурез.

Змін у діяльності серця, печінки, нирок та інших органів не спостерігається. Артеріальний тиск не підвищується. Загальний стан хворої не погіршується, лише при значних набряках з'являються скарги на відчуття важкості, втомлюваність, спрагу. Приблизно у 20% вагітних при недотриманні режиму водянка може перейти у прееклампсію.

Лікування полягає в обмеженні споживання рідини (до 700-800 мл на добу) і кухонної солі (3-5 г на добу). Їжа повинна містити велику кількість вітамінів, повноцінні білки (сир, кефір, відварне м'ясо, риба та ін.), вуглеводи (300-500 г на добу); вживання жирів обмежують до 50 г на добу. У разі появи значних або невеликих, але сталих набряків вагітну направляють у стаціонар. При значних набряках хворій показані ліжковий режим, суворе обмеження рідини (до 300-500 мл), розвантажувальні дні один раз на тиждень. Призначають вітаміни, внутрішньовенно глюкозу (20-40 мл 40% розчину), всередину амонію хлорид (5% розчин, по 1 столовій ложці 3-4 рази на день). Застосовують також гіпотіазид по 0,025 г 1-2 рази на день протягом 3-4 днів, після 2-3-денної перерви його призначають повторно у такій самій дозі. У дні приймання гіпотіазиду необхідно вживати калію хлорид по 1 г 3 рази на день. Після відміни гіпотіазиду застосовують амонію хлорид або діакарб (фонурит) по 0,25 г 1-2 рази на день. Хворим показані препарати валеріани, настойка кропиви собачої та інші засоби заспокійливої дії.

### **Прееклампсія вагітних**

**Характерна триада симптомів:** набряки, підвищення артеріального тиску, наявність білка в сечі (протеїнурія). Однак нерідко спостерігаються не три, а дві зазначені ознаки. Постійним проявом прееклампсії вагітних є підвищення артеріального тиску, що виникає внаслідок порушення нервової регуляції судинної системи. У хворих на прееклампсію, в яких до вагітності відзначалася артеріальна гіпотензія, підвищення артеріального тиску інколи проявляється тим, що він досягає нормального рівня. У таких випадках симптомом прееклампсії є підвищення артеріального тиску на 20-30 мм рт. ст., порівняно з вихідним, нерівномірно на кожній кінцівці. Протеїнурія також належить до найхарактерніших ознак прееклампсії. Спочатку в сечі з'являються сліди білка, з наростанням гестозу протеїнурія збільшується. При тривалому спазмі судин нирок відбувається зміна їх трофіки і, крім протеїну, в сечі з'являються гіалінові, зернисті й навіть воскоподібні циліндри.

#### **Розрізняють 3 ступені прееклампсії.**

- I ступінь - артеріальний тиск не перевищує 150/90 мм рт. ст., пульсовий - не менший ніж 50 мм рт. ст., рівень білка в сечі - до 1 г/л. Набряки відзначаються тільки на нижніх кінцівках;
- II ступінь - артеріальний тиск до 170/110 мм рт. ст., пульсовий - не менший ніж 40 мм рт. ст., рівень білка в сечі - до 3 г/л, можуть бути гіалінові циліндри. Набряки на нижніх кінцівках, передній черевній стінці. Діурез не менший від 40 мл/год;
- III ступінь - артеріальний тиск перевищує 170/110 мм рт. ст., пульсовий - менший від 40 мм рт. ст., рівень білка в сечі становить понад 3 г/л. З'являються зернисті циліндри. Спостерігаються генералізовані набряки. Величина діурезу менша ніж 40 мл/год. При цій ступені прееклампсії може виникнути слідуюча триада симптомів: порушення гостроти зору, біль у надчеревній ділянці, голвний біль, які свідчать про судомну готовність організму.

Прееклампсія частіше виникає у першовагітних в останні місяці вагітності. Якщо прееклампсія почалася рано і перебіг її тривалий, то можливий перехід у важку прееклампсію та еклампсію. Спостерігається відставання розвитку плода (гіпотрофія). Пологи нормальні або ускладнені (асфіксія плода, аномалії пологової діяльності, кровотечі).

**Лікування** проводять у відділенні патології вагітних. Терапію набряків вагітних, прееклампсії I та II ступенів проводять у загальних палатах акушерського відділення, а лікування прееклампсії III ступеня і еклампсії — тільки у спеціально обладнаних палатах інтенсивної терапії або в реанімаційному блоці.

Обов'язковим при лікуванні всіх форм токсикозу вагітних є створення лікувально-охоронного режиму: повноцінний відпочинок, сон і лікарські засоби, які призначають залежно від ступеня тяжкості захворювання (мікстури Павлова, Шарко, настойки кропиви собачої, валеріани, тріоксазин, реланіум, дроперидол). Основні принципи дієтотерапії такі ж, як при субклінічних формах гестозів, однак розвантажувальні дні є обов'язковими (2 рази на тиждень з обмеженням рідини до 800-1000 мл на добу).

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

термін вагітності. Проводять навчання пацієнтки самостійному моніторингу основних показників розвитку прееклампсії: вимірювання АТ, контроль балансу рідини та набряків, реєстрація рухів плода. Роблять загальний аналіз сечі, визначають добову протеїнурію, креатинін та сечовину плазми крові, гемоглобін, гематокрит, кількість тромбоцитів, коагулограму, АлАТ і АсАТ, визначення стану плода. Медикаментозну терапію не призначають. Не обмежують вживання рідини та кухонної солі.

*Показання для госпіталізації:*

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

У разі стабільного стану жінки у межах критеріїв легкої прееклампсії - тактика ведення вагітності вичікувальна. Пологи ведуть через природні пологові шляхи.

**Прееклампсія середньої тяжкості.** Такі вагітні підлягають госпіталізації акушеркою ФАПу до пологового будинку. При терміні гестації 37 тижнів і більше показана планова госпіталізація вагітної до стаціонару для розродження. При терміні вагітності менше 37 тижнів, прогресуванні прееклампсії або порушенні стану плода вагітну госпіталізують у ВПВ.

У стаціонарі проводять 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, добова протеїнурія, креатинін, сечовина, сечова кислота плазми, електроліти (натрій та калій), оцінка стану плода.

Обов'язковим є охоронний режим — напівліжковий, обмеження фізичного та психічного навантаження.

Вагітна повинна дотримуватись раціонального 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 призначають препарати заліза.

Якщо діастолічний АТ > 100 мм рт.ст. вагітній призначають гіпотензивні препарати (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).

За вагітною з гестозом проводять динамічне спостереження:

- 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. У разі незрілої шийки матки місцево вводять простагландини Е2.

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 пологостимуляцію та пологи ведуть через природні пологові шляхи.

За умови стабільного стану вагітної та при 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, при появі ознак тяжкої прееклампсії, нестабільних або постійно високих показниках АТ на рівні максимальних, характерних для прееклампсії середнього ступеня тяжкості, показане проведення магnezіальної терапії для профілактики судом.

**Тяжка прееклампсія.** Хвору госпіталізують до відділення анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ) стаціонару 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.

Необхідні 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 проводять трансназальну катетеризацію шлунка.

**Лікування.** Важливим моментом в лікуванні преєклампсії тяжкого ступеня є дотримання суворого ліжкового режиму, виключення фізичного та психічного напруження. У разі необхідності проводять підготовку пологових шляхів за допомогою простагландинів.

Проводять активну тактику з розродженням у найближчі 24 години з моменту встановлення діагнозу. Вичікувальну тактику в усіх випадках тяжкої преєклампсії не рекомендують.

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. Попередньо слід відновити ОЦК.

Лабеталол застосовують спочатку внутрішньовенно 10 мг, через 10 хвилин, за відсутності адекватної реакції (діастолічний АТ залишився вище 110 мм рт.ст.) — додатково ще 20 мг препарату. АТ контролюють кожні 10 хвилин, і якщо діастолічний тиск лишається вищим 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'язево кожні 2 години.

Метилдофу для лікування тяжкої преєклампсії застосовують рідше, оскільки препарат має відстрочену дію (ефект настає через 4 години). Як правило, застосовують дози 1,0-3,0 г на добу як монотерапію або у комбінації з ніфедипіном 0,5 мг/кг/доб.

Як антигіпертензивний засіб у хворих з тяжкою преєклампсією можна застосовувати клонідин: 0,5-1 мл 0,01% розчину внутрішньовенно чи внутрішньом'язево або 0,15-0,2 мг під язик 4-6 разів на день.

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

Проводять **магnezіальну терапію** — 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). Зважаючи на те, що концентрований розчин сульфату магнію може викликати значне подразнення стінки вени, у яку проводиться інфузія (аж до некрозу), стартову дозу сульфату

магнію розчиняють в 0,9% розчині хлориду натрію чи розчині Рінгера-Локка. Для цього у стерильний флакон з 34 мл розчину вводять 4 г магнію сульфату (16 мл 25%-го розчину).

Підтримуючу терапію стандартно починають з дози 1 г сухої речовини сульфату магнію на годину. За такої швидкості введення концентрація магнію у сироватці крові досягне 4 - 8 ммоль/л (терапевтична концентрація) через 18 годин. При введенні зі швидкістю 2 г/год - через 8 годин, а при швидкості 3 г/год - через 2 години.

Наведені швидкості введення сульфату магнію можливі тільки за умови нормального діурезу (не менше 50 мл/год). У разі навіть незначної олігурії швидкість введення необхідно зменшити, постійно проводячи моніторинг рівня магнію у плазмі крові.

Розчин для підтримуючої терапії сульфатом магнію готують таким чином: 7,5 г сульфату магнію (30 мл 25 %-го розчину) вводять у флакон, що містить 220 мл 0,9% розчину хлориду натрію чи розчину Рінгера-Локка. Отриманий 3,33% розчин сульфату магнію необхідно вводити через допоміжну лінію крапельниці (паралельно інфузійній терапії). Швидкість введення розчину підбирають згідно зі станом вагітної - від 1 г/год (10-11 крапель) до 2 г/год (22 краплі/хв) або 3 г/год (33 краплі/хв).

Робочий розчин сульфату магнію вводять одночасно з усіма розчинами, необхідними для проведення інфузійної терапії у пацієнтки. Загальна кількість рідини, що вводиться, становить від 75 до 125 мл за годину і не повинна перевищувати 2500-3000 мл за добу (35 мл/кг) (з урахуванням рідини, що вводиться із сульфатом магнію, і випитої рідини).

Для виконання процедури використовують два флакони — один з 250 мл 3,33% розчину сульфату магнію, інший — з інфузійним середовищем. Крапельниці, що виходять з цих флаконів, з'єднують між собою конектором чи голкою. При цьому основною є лінія з інфузійним середовищем, а лінія із сульфатом магнію повинна впадати до неї, а не навпаки.

Рішення щодо зміни швидкості введення сульфату магнію (збільшення або зменшення дози) чи припинення магнезіальної терапії приймають на підставі оцінки показників сироваткового магнію або у разі появи клінічних ознак токсичності сульфату магнію (зниження частоти дихання до 14 і менше за хвилину, пригнічення колінних рефлексів, розвиток АВ-блокади).

Достатність дози сульфату магнію визначається рівнем його у сироватці крові у перші 4-6 годин. Якщо немає можливості проводити контроль рівня сироваткового магнію, погодинно ретельно оцінюють наявність/відсутність клінічних симптомів токсичності сульфату магнію, що документується в історії хвороби.

Ознаки магнезіальної інтоксикації можливі навіть на фоні терапевтичних концентрацій магнію у плазмі крові за умови комбінації з іншими препаратами, особливо з блокаторами кальцієвих каналів. З появою ознак токсичності сульфату магнію призначають 1 г глюконату кальцію (10 мл 10%-го розчину) в/в, який завжди повинен знаходитися біля ліжка хворої.

Магнезіальну 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 магнезіальної 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 магнезіальної терапії:***

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

Необхідно проводити інфузійну терапію дотримуючись суворого контролю об'ємів 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 (Рінгера, NaCl 0,9%).

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

До інфузійно-трансфузійної програми доцільно включати донорську свіжозаморожену плазму для ліквідації гіпопротеїнемії, нормалізації співвідношення антикоагулянти прокоагулянти, що є профілактикою кровотеч у пологах і післяпологовому періоді.

**Тактика розродження.** За умови підготовлених пологових шляхів проводять амніотомію з наступною стимуляцією пологової діяльності окситоцином.

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

За умови непідготовленої 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 знеболювання.

У третьому періоді пологів - утеротонічна терапія з метою профілактики кровотечі (окситоцин внутрішньовенно крапельно). *Метилергометрин 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 відміняють. Магnezіальна терапія триває не менше 24 годин після пологів або після останнього нападу судом.

Проводять ретельний контроль інволюції матки. *Профілактика кровотечі введенням метилергометрину протипоказана.*

Виписування з пологового стаціонару здійснюють після нормалізації стану хворої. У разі відсутності стабілізації стану жінку переводять до терапевтичного відділення. Під час виписування лікар акушер-гінеколог проводить з породіллею бесіду з питань подальшого спостереження, раціонального харчування, режиму, контрацепції та планування наступної вагітності.

### **Еклампсія**

**Еклампсія** - найтяжча форма гестозу вагітних, яка виникає на тлі прееклампсії. Найхарактернішим її симптомом є судоми м'язів тіла, які супроводжуються розвитком стану непритомності (кома). Еклампсія може розвинутися під час вагітності (28%), пологів (50%) і після пологів (22%). Частіше буває у вікових першовагітних із захворюваннями серцево-судинної системи, печінки, нирок, нейроендокринними та іншими порушеннями. Клінічно судомам передують посилення головного болю, погіршення зору, безсоння, неспокій, підвищення артеріального тиску і вмісту білка в сечі. Напади судом тривають 1-2 хв.

Розрізняють такі періоди еклампсії:

1. Передсудомний - дрібне посіпування м'язів обличчя, замикання повік, опускання кутів рота. Триває 20-30 с
2. Тонічних судом м'язів усього тіла - тулуб напружується, дихання зупиняється, обличчя і слизові оболонки синіють, настає стан непритомності. Тривалість цього періоду становить 20-30 с Він дуже небезпечний для матері й плода.
3. Клонічних судом - проявляється бурхливим хаотичним скороченням м'язів обличчя, тулуба

і кінцівок. Триває 20-30 с. Потім судоми слабшають, виникає хрипке дихання, з рота виділяється піна, яка, внаслідок прикушування язика, забарвлена кров'ю.

4. Розв'язання нападу - судоми припиняються, хвора ще деякий час перебуває у коматозному стані. Притомність повертається поступово; про те, що з нею трапилося, хвора нічого не пам'ятає. Тривалість коми різна, інколи декілька годин.

Напади еклампсії нерідко супроводжуються підвищенням температури тіла, артеріального тиску, інколи у хворої, що перебуває в стані коми, з'являються нові напади. Еклампсія може проходити без судом, при цьому хвора відразу впадає в коматозний стан. **Прогноз при такій формі токсикозу несприятливий.** Перебіг еклампсії, яка почалася під час вагітності, тяжчий порівняно з еклампсією, що виникла під час пологів. При еклампсії значно підвищується збудливість центральної нервової системи, тому всякі зовнішні подразники (яскраве світло, шум, голосна розмова, біль) призводять до нового її нападу. Під час нападу або після нього жінка може померти.

**Головна мета невідкладної допомоги** - припинення судом та відновлення прохідності дихальних шляхів.

**Перша допомога при розвитку нападу еклампсії.** Лікування у разі нападу судом починають на місці. Розгортають палату інтенсивної терапії або 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 - 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 натрію (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. 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. Моніторинг АТ, визначення погодинного діурезу, оцінку клінічних симптомів проводять з обов'язковою реєстрацією в історії пологів щогодини.

Штучна вентиляція легенів не є основним способом лікування еклампсії, однак усунення гіпоксії (найважливішого патогенетичного чинника розвитку поліорганної недостатності) - обов'язкова умова проведення інших заходів. Жінку, яка перенесла еклампсію, наглядають в умовах палати реанімації та інтенсивної терапії, або організують індивідуальний пост.

Розродження здійснюють терміново. Якщо акушерська ситуація не дозволяє провести негайне розродження через природні пологові шляхи (екламптичний напад стався у II періоді пологів), виконують операцію кесаревого розтину. 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.

Проводять 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 проводять через 6 тижнів після пологів.

**Профілактика** пізнього токсикозу має ґрунтуватися на ранньому виявленні випадків розвитку гіпертензивного і набряково-нефротичного гестозу та запобіганні пізньому гестозу шляхом корекції виявлених порушень гомеостазу на доклінічному етапі розвитку ускладнень. До груп підвищеного ризику відносять вагітних із:

- хворобами серцево-судинної системи (гіпертонічна хвороба, вади і хвороби серця, артеріальна гіпотензія); печінки і жовчовивідних шляхів; нирок; органів системи дихання; центральної і вегетативної нервової систем; ендокринної системи (цукровий діабет, ожиріння);
- токсоплазмозом, лістеріозом;
- професійними та побутовими шкідливостями;
- обтяженим акушерським і гінекологічним анамнезом (наявність токсикозу при попередніх вагітностях, раннього токсикозу в спадковому анамнезі; юний і старший вік жінок, що народжують уперше; анемія вагітних, багатоплідна вагітність, багатоводдя, ізоіммунні конфлікти за Rh-фактором і системою АВО).

## Література

1. *Грищенко В.І., Щербина М.О.* Акушерство: підручник. - К.: Медицина, 2009. - 408 с.
2. *Назарова І.В.* Невідкладні стани в акушерстві: навч. посіб. - К.: Медицина, 2008. - 104с.
3. *Назарова І.Б.* Медсестринство в акушерстві: підручник. - К.: Медицина, 2008. - 224 с.
4. *Назарова І.Б., Самойленко В.Б.* Фізіологічне акушерство: підручник. - К.: Медицина, 2009. - 407 с.
5. *Хміль С.В., Романчук Л.І., Кучма З.М.* Акушерство: підручник. - Тернопіль: Підручники і посібники, 2008. - 624 с.