

Тема 7. Ранні гестози. Гіпертензивні розлади при вагітності. Преєклампсія. Еклампсія.

РАННІ ГЕСТАЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ

Гестозами вагітних називають захворювання, що виникають в зв'язку з розвитком плідного яйця при порушенні процесів адаптації організму жінки до вагітності.

Ранні гестаційні розлади — в акушерській практиці зарубіжних країн цей стан розцінюється як "малі" гестаційні ускладнення вагітності, або "неприємні симптоми при вагітності", переважно виникають в першій половині вагітності, внаслідок розладів в нейроендокринній системі та порушень обміну речовин.

Класифікація: ранні гестаційні ускладнення вагітності поділяють за клінічним перебігом на дві групи

I. Ранні гестози, що часто зустрічаються

- Блювання вагітних
- Слиноотеча (птіалізм) — гіперсаливація спостерігається при блюванні, іноді буває самостійним проявом раннього гестозу

За ступенем тяжкості розрізняють:

- блювання вагітних легкого ступеня
- середнього ступеня
- тяжкого ступеня (hyperemesis gravidarum)

II. Ранні гестози, що рідко зустрічаються

- дерматози вагітних;
- холестатичний гепатоз вагітних;
- гострий жировий гепатоз вагітних;
- хорея вагітних;
- остеомаліяція;
- бронхіальна астма при вагітності.

Етіологія і патогенез раннього гестозу

Фактори ризику:

- Вроджена або набута недостатність системи нейроендокринної регуляції та адаптаційних реакцій (гіпоксія, інфекції, інтоксикації, стрес, тощо);
- Екстрагенітальні захворювання;
- Захворювання статевих органів;
- Зміни рецепторному апарату матки

«Теорія патологічної еферентації» — тривала надмірна імпульсація з боку плідного яйця викликає надмірне подразнення тропних ділянок гіпоталамуса, стовбура мозку та утворень, які приймають участь в регуляції вегетативних функцій і гальмуванні нервових процесів в корі головного мозку, що призводить до переважання процесів збудження блювотного центру.

Клініко-лабораторні показники блювання вагітних за ступенем тяжкості

Симптоми	Легкий ступінь	Середній ступінь	Важкий ступінь
Частота блювання	3-5 разів	6-10 разів	11-15 та більше
Частота пульсу	80-90	90-100	> 100
Систолічний АТ	120-110мм.рт.ст.	110-100мм.рт.ст.	< 100 мм.рт.ст.
Втрата маси тіла/тиж-день	1-3 кг (до 5%)	3-5 кг (6-10%)	> 5 кг (> 10%)
Субфібрилітет	Відсутній	Рідко	У 35-80%хворих
Жовтяниця	Відсутня	У 5-7% хворих	У 20-30% хворих
Гіпербілірубінемія	Відсутня	21-40 мкмоль/л	21-60 мкмоль/л
Сухість шкірних покривів	+	++	+++
Стілець	Щоденно	Раз у 2-3 дні	Закрепи
Діурез	900-800 мл	800-700 мл	< 700 мл
Кетонурия	+, ++	++, +++ (20-50%)	+++, ++++ (70-100%)

Принципи лікування блювання вагітних:

- Нормалізація режиму праці та відпочинку
- Застосування фізіотерапевтичних методів з метою впливу на ЦНС (електросон, рефлексотерапія, нормобарична гіпоксітерапія)
 - Корекція харчового раціону: (дрібно 5-6 разів на добу) рясне пиття, вітамінотерапія.
 - При блюванні вагітних середнього і тяжкого ступенів показана госпіталізація до стаціонару, призначення інфузійної дезінтоксикаційної терапії та медикаментозного лікування

ІНФУЗІЙНА ДЕЗІНТОКСИКАЦІЙНА ТЕРАПІЯ

- Кристалоїди (ізотонічний р-н NaCl 0,9%, розчини Рінгера Локка, трисоль, реосорбілакт, іоностеріл)
- Замінники плазми (стерофундін 500мл)
- Альбумін 20% (при зниженні концентрації білка менше 40г/л)
- Парентеральне харчування: низькоконцентрована глюкоза 5% 500мл + вітамін С 5% 2 мл; амінокислоти — аміноплазмаль-гепа 500мл, інфузол (250мл) 500-750 мл/добу
- Показана доцільність застосування протиблювотних засобів — ондансетрону (селективного блокатора рецепторів серотоніну) при стійкій блювоті вагітних, або метоклопраміду.

СЛИНОТЕЧА ВАГІТНИХ

Слинотеча — гіперсалівація спостерігається при блюванні, а іноді буває і самостійним проявом раннього гестозу.

Клініка — кількість слини при гіперсалівації може досягати 1,0 л за добу. Слинотеча не спричиняє тяжких порушень в організмі, але пригнічує психіку хворих, викликає мацерацію шкіри і слизової оболонки губ.

Лікування — проводять аналогічне лікування, як при блюванні. З метою зменшення секреції слинних залоз призначають внутрішньом'язове введення атропіну по 0,5 мл 0,1% розчину 2 рази на добу. Полоскання порожнини рота настоєм шалфею, м'яти, ромашки, кори дубу та іншими засобами, що мають в'яжучі властивості.

ДЕРМАТОЗИ ВАГІТНИХ

Дерматози вагітних — захворювання шкіри під час вагітності. Розповсюдженість складає 1 випадок на 200 вагітностей

Патогенез — функціональний дисбаланс між корою і підкіркою, що супроводжується порушеннями іннервації шкіри, метаболічними, гемомікроциркуляторними змінами в ній.

Клініка — проявляється у вигляді свербіння шкіри, рідше у формі екземи, кропивниці, еритеми, папульозних висипів. Захворювання не впливає на стан плода.

Лабораторна діагностика — на підставі виявлення комплементу в базальній мембрані епідермісу. Лікування дерматозів: харчування з обмеженням білків і жирів, препарати, що регулюють функцію нервової системи і обмін речовин, антигістамінні засоби, системні або місцеві кортикостероїди.

ХОЛЕСТАТИЧНИЙ ГЕПАТОЗ ВАГІТНИХ

Виникає в різні терміни вагітності, виникає у 1 на 2000 вагітних жінок. Патогенез.

• Зміни метаболізму ліпідів під час вагітності пов'язані з пригніченням функції ліпази під впливом естрогенів та гіперінсулінемії.

• Гальмуючий вплив прогестерону на жовчовидільну функцію холангіол.

• Збільшення продукції холестерину.

• Зниження тонусу жовчовивідної системи, наростання в'язкості жовчі.

Клініка: інтенсивний свербіж шкіри, жовтяниця Діагностика:

• Підвищений вміст білірубину в крові (до 90 ммоль/л).

• Зростає рівень лужної фосфатази.

• Помірний лейкоцитоз,

• Нейтрофілоз,

• Підвищення ШОЕ Лікування:

• Дієта № 5

• Препарати урсодезоксіхолієвої кислоти.

• Гепатопротектори.

• Системні кортикостероїди.

• Ентеральні сорбенти

ГОСТРИЙ ЖИРОВИЙ ГЕПАТОЗ ВАГІТНИХ

Розповсюдженість 1 на 100000 вагітних і характеризується надзвичайно гострим початком і високою материнською смертністю (70-90%).

Клініка — за клінічним перебігом виділяють дві стадії. Дожовтянична — супроводжується болем в животі, слабкістю, головним болем, нудотою, виснажливою печією, свербінням шкіри. Жовтянична — наростають симптоми інтоксикації, печінкової та ниркової недостатності, енцефалопатії.

Лабораторна діагностика: гіпербілірубінемія (до 100 ммоль/л) лейкоцитоз, зсув формули крові вліво, підвищення лужної фосфатази та печінкових ферментів (АЛТ АСТ збільшуються у 5 разів), гіперурикемія, респіраторний алкалоз, метаболічний ацидоз. Морфологічно виявляється виразна жирова дистрофія гепатоцитів при відсутності ознак їх некрозу.

Лікування: негайне переривання вагітності, дезінтоксикаційної терапії, введенні білкових та ліпотропних засобів, застосування гемодіалізу.

ГІПЕРТЕНЗИВНІ СТАНИ У ВАГІТНИХ

Гіпертензивні стани у вагітних — поняття, що об'єднує різні клініко-патогенетичні типи артеріальної гіпертензії:

• Внаслідок хронічного захворювання нирок

• Есенціальна гіпертензія;

• Гестаційна гіпертензія (ГГ) та прееклампсія у нормотензивних до вагітності жінок, підвищення артеріального тиску індукується самою вагітністю, так звані гестаційні форми.

Структура гіпертензивних розладів під час вагітності:

• гестаційна гіпертензія — 43%,

• прееклампсія — 27%,

• есенціальна гіпертензія — 19%,

• прееклампсія що нашарувалася на попередню гіпертензію — 7%,

- вторинна (симптоматична) гіпертензія — 4%.

Щорічно у всьому світі понад 50 тисяч жінок гине в період вагітності через ускладнення, пов'язані із гіпертензивними розладами. У розвинених країнах в 12-18%. Перинатальна смертність для даної патології коливається в межах від 10 до 30%, перинатальна захворюваність — від 463 до 780‰. Перинатальна захворюваність і смертність при преєклампсії обумовлені недоношеністю (30,0%), хронічною гіпоксією (40,0%), затримкою розвитку та росту плода (30,0%), які впливають на перинатальну смертність у 20-25% випадках.

Сучасні етіологічні теорії виникнення гіпертензивних розладів під час вагітності:

- Кортиковісцеральна — в організмі вагітної жінки виникає невроз, результаті якого порушуються фізіологічні взаємини кори та підкоркових елементів головного мозку.
- Ендокринна — в результаті змін функцій ендокринних органів.
- Імунологічна — дисфункція ендотелію судин, пов'язана з аутоімунним порушенням, викликаним вагітністю.
- Генетична — підтверджується статистикою спадковою появою ознак пізнього гестозу.
- Плацентарна — порушення інвазії трофобласту, недостатність спіральних артеріол матки.

ЛАНКИ ЕТІОПАТОГЕНЕЗУ ПРЕЕКЛАМПСІЇ



Гіпертензія під час вагітності визначається, коли ДАТ підвищується, або дорівнює 110 мм.рт.ст., а САТ підвищується, або дорівнює 160 мм.рт.ст. при разовому вимірюванні, або перевищує, чи дорівнює ДАТ 90 мм.рт.ст. та САТ 140 мм.рт.ст. при дворазовому вимірі з інтервалом більше ніж 4 години.

АГ легкої та помірної ступенів — АТ 140/90-159/109 мм.рт.ст.

АГ тяжкого ступеню — АТ і 160/110 мм.рт.ст.

Хронічна артеріальна гіпертензія (ХАГ) — артеріальна гіпертензія, яка виникла до вагітності або до 20 тижнів вагітності або якщо жінка вже приймає антигіпертензивні препарати. ХАГ може бути первинною чи вторинною за етіологічним чинником. Гіпертензія зберігається 6 тижнів і більше після пологів.

Гестаційна гіпертензія (ГГ) — артеріальна гіпертензія, яка виникла після 20 тижнів вагітності без патологічної протеїнурії, АТ нормалізується протягом 6 тижнів у

післяпологового періоду. Гестаційна гіпертензія може перейти в преєклампсію, тому вимагає відповідного моніторингування.

Преєклампсія (ПЕ) — синдром мультисистемної дисфункції, що виникає у другій половині вагітності, в основі якого лежить підвищена проникливість судинної стінки з наступним розвитком волемічних та гемодинамічних порушень.

Помірна преєклампсія (ПЕ) — це полісистемний синдром, що проявляється, після 20 тижнів вагітності, підвищенням артеріального тиску в межах 140/90-159/109 мм.рт.ст. та протеїнурією.

Тяжка преєклампсія визначається як тяжка гіпертензія (САТ вище ніж 160 або ДАТ вище ніж 110 мм.рт.ст.) + протеїнурія (більше 1 г\л); + один з загрозливих симптомів.

Еклампсія — поява однієї чи більше судом, що не мають відношення до інших проявів мозкових порушень (епілепсія або інсульт) у хворих з преєклампсією.

Ознаки преєклампсії:

• Високий артеріальний тиск: 140/90 мм.рт.ст і вище та зниження ефективності гіпотензивної терапії

• Протеїнурія: 300 мг в пробі, зібраної за 24 год, або відмітка 1+ на тестовій смужці

• набряки рук, ніг чи обличчя: особливо навколо очей, якщо залишаються відбитки від надавлювання великим пальцем, зменшення сечовипускання. Раптова надбавка у вазі (більше 500 г за тиждень)

Загрозливі симптоми:

• Сильний головний біль;

• Порушення зору;

• набряк диска зорового нерву;

• Біль в епігастральній ділянці та / або нудота, блювота;

• Судомна готовність;

• Генералізовані набряки;

• Олігоурія (діурез менший за 0,5 мл/кг/год.);

• Болючість при пальпації печінки;

• Кількість тромбоцитів нижче 100×10^9 /л;

• Підвищення рівня трансаміназ (АсАТ або АлАТ вище 70 МО/л)

• HELLP-синдром

АНАМНЕСТИЧНІ МАРКЕРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПРЕЕКЛАМПСІЇ:

Сімейний анамнез	<ul style="list-style-type: none">• Вік ≥ 40 років• Сімейна преєклампсія• Серцево-судинні захворювання• Інфаркт або інсульт у родичів по материнській лінії• Діабет 1-го або 2-го типу у родичів• Низький соціальний статус
Анамнез жінки	<ul style="list-style-type: none">• Гіпертензія (діаст. АТ ≥ 90 мм.рт.ст.)• Аутоімунні розлади• Спадкові тромбофілії• Підвищений рівень тригліцеридів• Цукровий діабет• Хвороби нирок• Шкідливі звички• ІМТ ≥ 35 кг/м³• Попередній викидень < 10 тижнів
Теперішня вагітність	<ul style="list-style-type: none">• Багатоплідна вагітність• Кровотеча у ранньому терміні• Інтервал між вагітностями ≥ 10 років або < 2 років• САТ ≥ 130 або ДАТ ≥ 80 мм.рт.ст.• ДРТ• Трофобластична хвороба• Інфекції
Біохімічні та клінічні маркери	<p>I триместр:</p> <ul style="list-style-type: none">• Мікроальбумінурія• Аномальні рівні скринінгових маркерів (РАРР, ХГЧ, PIGF) <p>II–III триместр:</p> <ul style="list-style-type: none">• Гіпертензія• Аномальні рівні скринінгових маркерів (АФП, ХГЧ, естріол, ІnhА)• ЗРП• Порушення кровоплину у маткових артеріях \uparrow sFlt-1/PIGF та PAI-1/PAI-2

Лабораторні маркери преєклампсії/еклампсії:

Тест	Інтерпретація результатів
Гемоглобін і гематокрит	Підвищення гемоконцентрації (у важких випадках — зниження за рахунок гемолізу)
Кількість тромбоцитів	Зменшення тромбоцитів < 150 000/мкл, < 100 000/мкл ризик HELLP
Рівень активності лактатдегідрогенази Аспаратамінотрансферази Аланінамінотрансферази	Підвищення активності ферментів свідчить про ураження печінки
Білок у добовій кількості сечі	Збільшення >0,3 г/добу, а ≥3 г/добу свідчить про тяжкість процесу.
Рівень мочевої кислоти у сироватці крові	Підвищення рівню за ступенем тяжкості
Рівень креатиніну у сироватці крові	Підвищення рівню (необхідно визначати кліренс креатиніну)

КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ТЯЖКОСТІ ПРЕЕКЛАМПСІЇ

- З боку сечовидільної системи: сироватковий показник креатиніну > 90 мкмоль / л, олігоурія: < 0.5 мл/кг/ год.
- Значима протеїнурія більше 0,3 г/д. в повній порції сечі за 24 год або 0,3 г/л двічі через 6 год.
- З боку системи травлення: підвищення трансаміназ в сироватці крові, блювання, гострий біль у епігастрії та/або у правому верхньому квадранті.
- З боку системи крові: тромбоцитопенія <100*10⁹/л, гемоліз: шизоцити або фрагменти еритроцитів, білірубін, Іі лактатдегідрогенази > 600тП) / л, порушення гемостазу.
- З боку ЦНС та органів зору: гіперрефлексія, постійний головний біль, погіршення зору (розмиття або мерехтіння перед очима).
- З боку серцево-судинної системи: серцева недостатність, набряк легенів.
- З боку плода: ЗРП + гіпоксія

ПЕРЕЛІК ОБСТЕЖЕНЬ ВАГІТНИХ ЖІНОК З ПЕРТЕНЗИВНИМИ РОЗЛАДАМ

Обов'язкові лабораторні обстеження:

- ЗАК (гемоглобін, тромбоцити)
- ЗАС, доповнений визначенням протеїнурії (за добу)
- рівень глікемії, креатиніну, АлАТ, АсАТ, білірубін

За наявності показань:

- аналіз сечі методом Нечипоренка
- коагулограма (фібриноген)
- глікемічний профіль

Обов'язкові інструментальні обстеження:

- Фетометрія, кількість навколоплідних вод, доплерометрія пупкової артерії
- КТГ за критеріями Доуз-Редмана
- КТГ з визначенням показника варіабельності за короткі відрізки часу (5TV)
- Реєстрація ЕКГ в 12-ти відведеннях. УЗД серця (ЕхоКГ, ДоплерКГ)
- Офтальмоскопія, консультація офтальмолога
- Консультація невролога

КРИТЕРІЇ ДОУЗ-РЕДМАНА (ОЦІНКА СТАНУ ПЛОДА)

1. Базальна частота серцевого ритму від 116 до 160 ударів за хвилину
2. Наявність щонайменше одного руху плода або трьох акселерацій
3. Відсутність децелерацій щонайменше один епізод високої варіабельності
4. Відсутність ознак синусоїдального ритму плода
5. Варіабельність за короткі відрізки часу повинна перевищувати 4,0 мсек
6. Втрата сигналу не більше, ніж 30% часу

7. Відсутність артефактів при закінченні запису

ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТЕНЗИВНИХ РОЗЛАДІВ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Показанням до призначення антигіпертензивної терапії під час вагітності є: діастолічний тиск ≥ 100 мм.рт.ст., систолічний тиск ≥ 150 мм.рт.ст.

Мета лікування — досягнення максимального зниження сумарного ризику розвитку перинатальних ускладнень за рахунок досягнення та підтримання цільового рівня АТ 140/90 мм рт. ст. (у пацієнтів з хронічною хворобою нирок цільовий рівень АТ становить 130/80 мм.рт.ст.), ефективного лікування супутніх клінічних станів.

Покази до госпіталізації: АТ $>150/100$ мм.рт.ст. Гіпотензивна терапія:

α 2-адреноагоністи — метилдофа, клонідін.

β -адреноблокатори — лабеталол (з властивостями α -адреноблокатора), атенолол, піндолол, окспренолол.

Антагоністи кальцію — ніфедипін, верапаміл.

Міомоторні вазоділататори — гідралазін, нітропрусид натрію.

α 1-адреноблокатори — урапіділ

Препарати I ряду з доведеною ефективністю щодо зниження ризику розвитку ускладнень (β -адреноблокатори, антагоністи кальцієвих каналів) та їх комбінації. При неможливості нормалізації АТ за допомогою препаратів I ряду додатково призначають

Препарати II ряду — блокатори периферійних рецепторів, при резистентній гіпертензії використання клонідину або гліцерола тринітрату (нітрогліцерин).

У жінок з важкою ПЕ рекомендовано проведення профілактичної протисудомної магnezіальної терапії.

Сульфат магнію — застосовується виключно для попередження або лікування судомного нападу у разі приєднання преєклампсії/еклампсії, знижує АТ завдяки загальноседативній дії.

Мета — підтримка концентрації іонів магнію в крові вагітної для профілактики судом.

Стартова доза — 16 мл 25% р-ну магнію сульфату (4 г) + 34 мл 0,9% розчину натрію хлориду

• при АТ $>160/110$ або клінічних ознаках тяжкої преєклампсії (головний біль, біль в епігастрії, блювання, порушення зору — за 10-15 хв.)

• при судамах — за 5 хв. **

• при повторі судом — $\frac{1}{2}$ дози (2 г) за 5 хв.

Підтримуючий режим — 1г сухої речовини магнію сульфату на годину 30 мл 25% р-ну магнію сульфату (7,5 г) + 220 мл 0,9% розчину натрію хлориду (1 г/год. = 10 крап./хв. = 0,5 мл/хв). Не припиняти введення магнію сульфату під час розродження!!! Макс. добова доза — 32 г магнію сульфату

Критерії закінчення магnezіальної терапії:

• припинення судом;

• відсутність підвищеної збудливості ЦНС;

• нормалізація АТ;

• нормалізація діурезу.

Клінічні ознаки токсичності сульфату магнію: зниження частоти дихання, пригнічення колінних рефлексів; розвиток АВ — блокади. При передозуванні магнію сульфату — припинити введення магнію сульфату та в/в ввести 10 мл 10% р-ну кальцію глюконату за 10 хв! ЧД <16 ; кількість сечі <10 мл/год — припинити інфузію магнію сульфату!

КЛІНІЧНИЙ СУПРОВІД ВАГІТНИХ ЖІНОК ХРОНІЧНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Жіноча консультація:

• Питання щодо пролонгування вагітності при ХАГ вирішується спільно акушером-гінекологом та терапевтом (кардіологом) з урахуванням даних обстеження та інформації про перебіг соматичного захворювання. Припинити інгібітори АПФ та БРА протягом 2 діб з моменту діагностики вагітності.

- Початкова терапія проводиться одним з рекомендованих антигіпертензивних препаратів

Моніторинг стану плода:

- У 28-30 та 32-34 тижнів проводять:
 - ультразвукову фетометрію, визначають амніотичний індекс + доплерометрія пуповинної артерії, Рекомендувати використання біофізичного профілю (БФП) в рамках графіка тестування плода.
 - При порушенні стану плода, подальшу тактику має вирішувати перинатальний консиліум.
 - У жінок з ХАГ магнію сульфат може бути введений з метою нейропротекції плода в терміні менше або дорівнює 31+6 тижнів, якщо пологи мають бути протягом найближчих 24 годин.

Розродження:

Вагітні із тяжкою ХАГ повинні народжувати лише у медичних закладах III рівня. Жінкам із ХАГ, чий артеріальний тиск нижче, ніж 160/110 мм.рт.ст., з або без антигіпертензивного лікування, не рекомендовано розродження до 37 тижнів. Для вагітних жінок з неускладненою ХАГ, оптимальний термін розродження має бути визначений з 38 + 0 до 39 + 6 тижнів вагітності.

При наявності резистентної гіпертензії пропонують розродження після курсу глюкокортикостероїдів.

Клінічний супровід вагітних жінок з гестаційною артеріальною гіпертензією

Жіноча консультація:

- АТ повинен вимірюватися 2 рази на тиждень.
- Початкова терапія може розпочинатись з одного з антигіпертензивних препаратів: метилдопа, бета-адреноблокатори. Друга лінія антигіпертензивних препаратів ніфедипін та урапіділ.
 - Вимірювання артеріального тиску та тест на протеїнурію 2 рази в тиждень
 - Креатинін, електроліти, тромбоцити, трансамінази, білірубін (при АТ 150 / 100-159/109 мм.рт.ст.).
 - Ніяких додаткових аналізів крові, якщо немає подальшої протеїнурії.

Потребує госпіталізації при АТ \geq 160/110 мм.рт.ст.

- При наявності резистентної гіпертензії можливе використання клонідину або гліцерола тринітрату.
 - Цільовий рівень АТ має бути не < 150/80-100 мм.рт.ст.

Моніторинг стану плода:

- Не повторювати більше, ніж раз на тиждень, якщо результати моніторингу плода нормальні.
 - Повторити якщо: жінка повідомила про зміну рухів плода; вагінальна кровотеча; абдомінальний біль; погіршення стану матері.

Розродження:

Вагітні із тяжкою ГТ повинні народжувати лише у медичних закладах III рівня. Після 37-го тижня, термін розродження згідно клінічної ситуації.

При наявності резистентної гіпертензії пропонують розродження після курсу глюкокортикостероїдів (за необхідності). Якщо АТ контролюється в межах цільових діапазонів зазвичай не обмежують тривалість другого періоду пологів. Якщо АТ не реагує на АГТ вирішити питання про оперативне розродження.

КЛІНІЧНИЙ СУПРОВІД ВАГІТНИХ ЖІНОК З ПОМІРНОЮ ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ

Госпіталізація:

Для жінок з преєклампсією у терміні гестації 22⁰-33¹⁶ тиж рекомендовано проводити вісичувальне лікування, проте лише у медичних закладах, які здатні виходити передчасно-народженої дитини та забезпечити постійний моніторинг жінки в умовах ВАІТ.

Критерії початку АГТ: АТ > 150/100 мм.рт.ст., при наявності додаткових ознак тяжкості ПЕ початок гіпотензивної терапії при АТ > 140/90 мм рт. ст.

Початкова терапія може розпочинатись з одного з препаратів АГТ: метилдопа, бета-адреноблокатори та ніфедіпін.

Цільовий рівень АТ має проведенні антигіпертензивної терапії: САТ 130-150 мм.рт.ст.; ДАТ 80-95 мм.рт.ст.

АТ повинен вимірюватися 4 рази на добу.

Креатинін, електроліти, тромбоцити, трансамінази, білірубін (2-3 рази на тиждень).

Призначення глюкокортикостероїдів (ГКС) для жінок із ПЕ при терміні вагітності <34 + 6 тиж з високим ризиком передчасних пологів 7 днів або більше після початкового курсу ГКС. Призначення ГКС можуть бути розглянуті для жінок які будуть розроджені за допомогою кесарева розтину при вагітності <38 + 6 тиж.

Розродження:

- Жінок з помірною ПЕ після 37 + 6 тижнів, в умовах стаціонару не нижче II рівня.
- При помірній ПЕ при стабільному стані плода — консервативна тактика
- Якщо плануються вагінальні пологи при «незрілій» шийці матки, слід використовувати засоби підготовки ш/м.

КЛІНІЧНИЙ СУПРОВІД ВАГІТНИХ ЖІНОК З ТЯЖКОЮ ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ

Госпіталізація до стаціонару III рівня.

- Розпочати протисудомну терапію (магнію сульфат).
- Початкова антигіпертензивна терапія на госпітальному етапі має починатись з ніфедіпіну (у краплях або в капсулах), урапіділу парентерально або бета-адреноблокаторів парентерально.
- Цільовий рівень АТ має бути не нижче 150/100 мм.рт.ст.
- АТ повинен вимірюватися 4 рази на добу, або у залежності від клінічної ситуації.
- Креатинін, електроліти, тромбоцити, коагулограма, трансамінази, білірубін (3 рази на тиждень).

- Моніторинг стану плода
- Підвищена резистентність в судинах пуповини, вдвічі знижує відсоток успішних вагінальних пологів; при нульовому або реверсивному кровотоці показаний кесарів розтин;

Розродження

Протягом 24-48 годин після стабілізації гемодинаміки, при забезпеченні цілодобової доступності екстреної допомоги та адекватного моніторингу за станом матері та плода; в лікувальному закладі III рівня.

Можливість пологів через природні пологові шляхи повинна бути розглянута в усіх випадках ПЕ (враховуючи тяжку), при задовільному стані плода.

Кінцевий вибір методу розродження повинен ґрунтуватися на аналізі клінічної ситуації, станом матері плода, можливостей лікувального закладу, досвіду лікарів.

Метилергометрин не застосовувати! Кетамін не застосовувати!!!

ПРОТОКОЛ НАДАННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ПРЕЕКЛАМПСІЇ/ЕКЛАМПСІЇ

- Забезпечити положення жінки лежачи при АТ > 150/90 мм рт. ст. на лівому боці під кутом 15-30° або ручне зміщення матки в лівий бік
- Катетеризація периферичної вени, катетер 16-18 G, а при АТ > 180/100-110 мм.рт.ст.— катетеризація 2-х вен для введення магнію сульфату та урапіділу.
- Забір крові з периферичної вени для біохімічного аналізу (сечовина, креатинін, білірубін, загальний білок, АлАТ), коагулограми (фібриноген, ПДФ, ПТІ, Д-дімер), резус-фактору (за відсутності), приліжкового тесту

• Обстеження СІТО! ЗАК (гемоглобін, тромбоцити). Катетеризація сечового міхура — ЗАС (білок)

• Викликати лікарів-консультантів (терапевт, невропатолог, окуліст).

• Магнію сульфат- попередження судом: 16 мл 25% магнію сульфату (4г) + 34 мл 0,9% розчину натрію хлориду при АТ>160/110 або клінічних ознаках тяжкої прееклампсії (головний біль, біль в епігастрії, блювання, порушення зору) — за 10-15 хв. при судамах — за 5 хв., при повторі судом — ½ дози (2 г) за 5 хв. Макс. добова доза 1/2 32 г магнію сульфату Протипоказання до магnezіальної терапії: гіпокальціємія.

Діазепам 10-20 мг в / в, рутино не повинні використовуватися в якості протисудомних засобів у пацієток з ПЕ та еклампсією. У пацієток з еклампсією тільки в якості допоміжного седативного засобу при проведенні ШВЛ.

Застосування тіопенталу натрію (вища разова 1,0 г та добова дози тіопенталу внутрішньовенно — 5,0 г) має розглядатися тільки як седація та протисудомна терапія в умовах ШВЛ.

Антигіпертензивна терапія.

Монітування стану жінки + Монітування стану плода.

Монітування стану жінки при тяжкій прееклампсії/еклампсії:

- Оцінка АТ і ЧСС
- Контроль балансу рідини
- Моніторинг при введенні магнію сульфату:
- При відсутності дихання — оцінити прохідність, очистити дихальні шляхи та при відновленні дихання — подача кисню через маску або канюлю 4-6 л/х в.

- При відсутності дихання — ШВЛ

- Сатурація O₂, аускультация легень

- При еклампсії або при

- АТ > 160/110 — кожні 15 хв.

- При стабілізації АТ — кожні 4 год.

- Введення рідини 60-80мл/год.

- Контроль діурезу та випитої рідини

- Контроль ознак набряку легень — аускультация, рентген легень.

- При діурезі <100 мл за 3-4 год. — катетеризація центральної вени + моніторинг ЦВТ

- Кожні 30 хв — колінні рефлекси, ЧД

- Щогодини — АТ, ЧСС, діурез,

- Температура, неврологічний статус, сатурації O₂ (не нижче 95%)

- Кожні 24 год.— ЕКГ

- Вирішити питання про розродження після стабілізації стану вагітної

Моніторинг стану плода при тяжкій прееклампсії

При обрані консервативного лікування тяжкої ПЕ рекомендується проведення наступних тестів:

- ультразвукова фетометрія та оцінка амніотичного індексу;

- кровоплин у маткових артеріях, артерії пуповини (у клінічних закладах III рівня додатково кровоплин у венозній протоці та середній мозковій артерії) (за показами).

- Рекомендовано щоденне проведення КТГ.

- У жінок з тяжкою ПЕ, повторити кардіотокографію, у будь-якому з наступних випадків: жінка повідомляє про зміну руху плода; вагінальна кровотеча; болі в животі; погіршення стану матері.

- При порушенні стану плода, подальшу тактику має вирішувати перинатальний консиліум.

HELLP-синдром

HELLP-синдром (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets) — гемоліз, підвищення печінкових ферментів, тромбоцитопенія. Термін запропонував L. Weinstein у

1985 році. HELLP- синдром розвивається в 4-12% випадках, характеризується високою материнською і перинатальною смертністю (24-75%).

Патогенез: порушення перфузії у печінці — розвиток токсичного гепатозу.

Основні клінічні симптоми: нудота, блювання, головний біль, гіперрефлексія, сильний ріжучий біль в верхньому відділі живота, поява петехіальних крововиливів на шкірі.

Патогенетичний метод лікування — переривання вагітності, негайне розродження. В якості анестезії рекомендують виключно ендотрахіальний наркоз, продовжену ШВЛ, інтенсивну диференційовану терапію. Ускладнення:

- Крововилив у мозок;
- Відшарування плаценти;
- Синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові;
- Післяпологова кровотеча;
- Передчасні пологи;
- Гострий респіраторний дистрес синдром;
- Спонтанний підкапсулярний розрив печінки.

Профілактика розвитку прееклампсії

Призначати:

- препарат АСК 100 мг на добу з 12 тижнів до 36 тижнів вагітності (у нічний час)
- L-аргінін (Тівортін)

Включення до раціону харчування:

- продуктів з високим вмістом поліненасичених жирних кислот
- 1 -2 г елементарного кальцію (що дорівнює 2,5 г карбонату кальцію або 4 г цитрату кальцію), з 20 тижнів кальцій в комбінації з вітаміном й

Уникати:

- тютюнопаління;
- надлишкової маси тіла;
- недостатньої фізичної активності.