

**Івано-Франківський національний медичний університет  
Кафедра акушерства та гінекології**

**РАННІ ГЕСТОЗИ. ГІПЕРТЕНЗИВНІ РОЗЛАДИ  
ПРИ ВАГІТНОСТІ. ПРЕЕКЛАМПСІЯ. ЕКЛАМПСІЯ.  
АТИПОВІ ФОРМИ ГЕСТОЗІВ.**

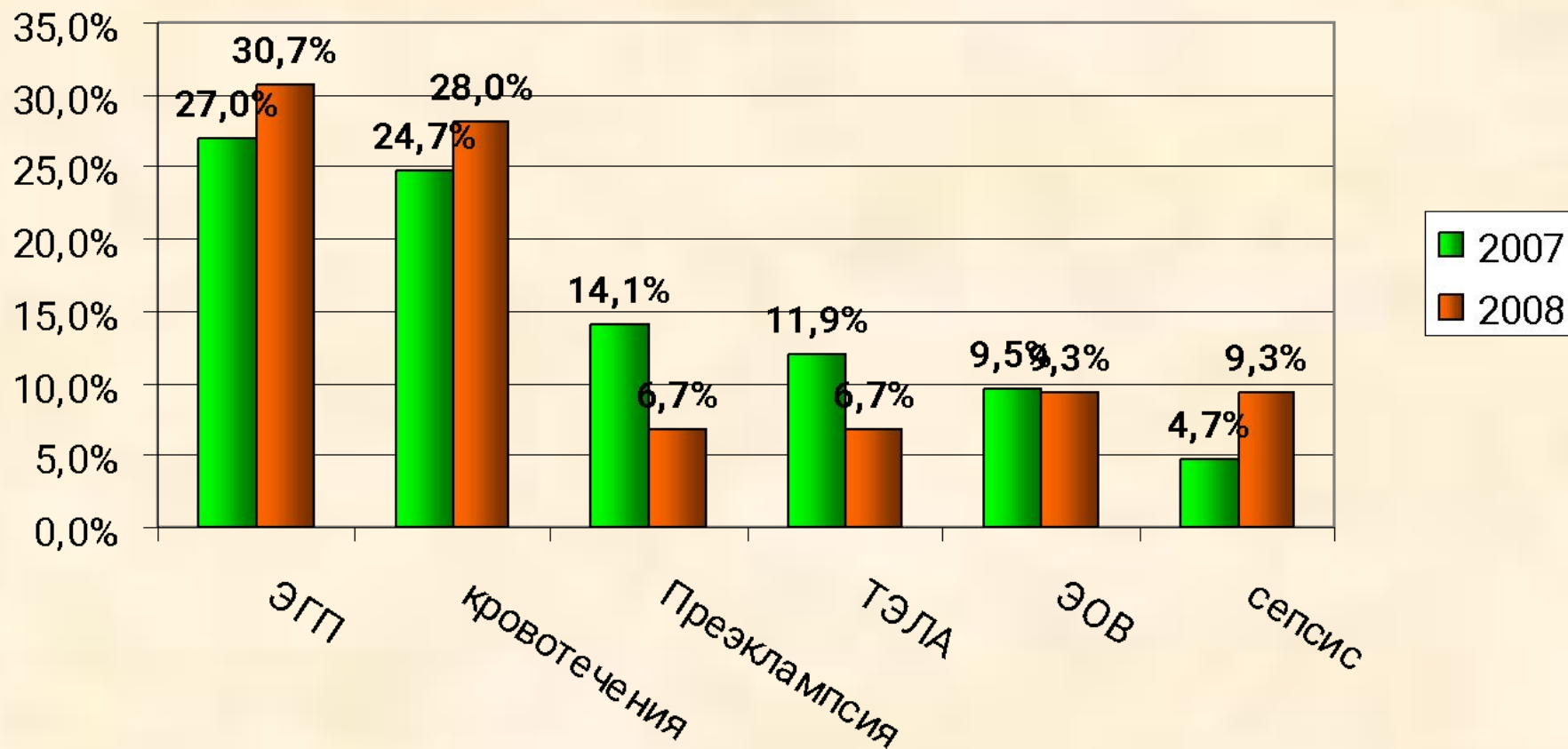


**Д.м.н., проф. Генік Н. І.**

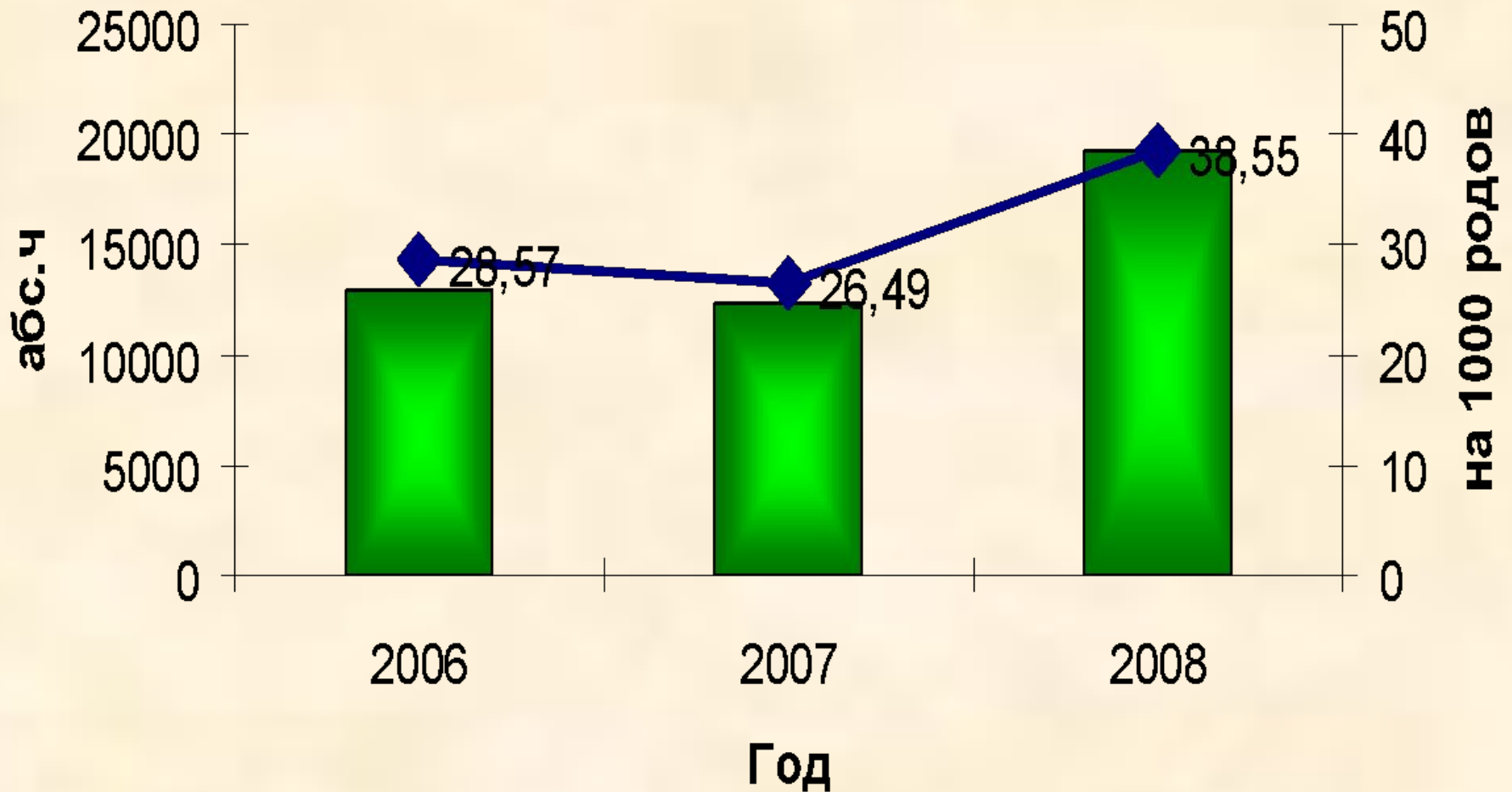
Частота гестозу 5 – 18%  
Щорічно у світі гине 65000 жінок від гіпертензивних розладів,  
пов'язаних із вагітністю  
**ГЕСТОЗ є синдромом, хворобою адаптації, а не  
самостійним захворюванням і розвивається в  
результаті нездатності адаптаційних систем  
материнського організму адекватно забезпечити  
потреби плоду, що розвивається**



# Структура материнської смертності в Україні



# Епідеміологія прееклампсії в Україні



**Гестози – захворювання, які виникають під час вагітності та зникають, як правило, після її припинення або в ранньому післяпологовому періоді.**

**Гестоз – синдром поліорганної функціональної недостатності, в основі якого лежить пошкодження ендотелію з розвитком периферичного спазму судин, який на певному етапі переходить у генералізований, що реалізується через перфузійно-інфузійну недостатність плаценти .**

### ***Класифікація:***

- **ранні** (до 20 тижнів)
- **пізні** (з 20 тижнів до кінця 7 діб післяпологового періоду)

# Ранні гестози

- Птіалізм (слинотеча)
- Блювота вагітних
- Дерматози вагітних
- Тетанія вагітних
- Остеомаляція вагітних
- Хорея вагітних
- Артропатія вагітних
- Гостра жовта атрофія печінки
- Бронхіальна астма вагітних

# Блювота вагітних

- легка – до 5 разів на день
- помірна – до 10 разів на день
- тяжка – більше 10 разів на день

## Фактори патогенезу:

- Психогенні розлади, підвищена збудливість та реактивність організму.
- Зміни гормонального фону із зростанням хоріонічного гонадотропіну.
- Нездатність печінки в адекватній мірі інактивувати естрогени та прогестерон, що продукуються плацентою.
- Надмірна активація збудливих процесів в стовбурових структурах мозку (блювотному та слиновидільному центрах) із виникненням вегето-судинної дистонії з переважанням ваготонічних симптомів.

## Клінічні прояви:

- нудота, блювання,
- падіння маси тіла, зневоднення,
- тахікардія, зниження АТ, сухість шкіри,
- зниження діурезу, адинамія, апатія,
- алкалоз, втрата електролітів, гіпопротеїнемія,
- гіпербілірубінемія, ацетонурія

## Лікування:

- дієта,
- при середній і тяжкій ступенях блювоти - госпіталізація
- в окремі палати,
- *вітамін*и - *піридоксин (вітамін В6),ціанокобаламін, фолієва кислота,*
- протиблювотні препарати - *Metoclopramide (церукал),*
- при надмірній блювоті - *дроперідол, Meclizine,*
- інфузійна терапія – *NaCl 0,9%, розчин Рінгера, глюкоза 5% з інсуліном, трисоль, плазма*



# Птіалізм (слинотеча)

- Часто супроводжує блювоту.
- Втрати слини досягають 1 літра на добу.
- Характерна мацерація шкіри та слизових оболонок губ, зневоднення, гіпопротеїнемія.
- Супроводжується пригніченим психічним станом.

## Лікування:

- 0,1% розчин атропіну 1,0 мл в/м, полокання порожнини рота розчином ментолу, настоєм шалфею, ромашки,
- інфузійна терапія.

# КЛАСИФІКАЦІЯ

## ГІПЕРТЕНЗИВНІ РОЗЛАДИ ПРИ ВАГІТНОСТІ

1. Хронічна гіпертензія
2. Гестаційна гіпертензія без значної протеїнурії
3. Прееклампсія (середнього ступеня тяжкості та тяжка)
4. Еклампсія
5. Поєднана прееклампсія на фоні хронічної гіпертензії
5. HELLP синдром
6. Гострий жировий гепатоз

# ГІПЕРТЕНЗИВНІ СТАНИ ПРИ ВАГІТНОСТІ

- **Хронічна гіпертензія** – гіпертензія, яка існувала до вагітності або діагностована до 20 тижнів вагітності, або зберігається більше 6 тижнів після пологів.
- **Гіпертензія, викликана вагітністю (гестаційна гіпертензія)** – гіпертензія, яка виникла після 20 тижнів вагітності без значної протеїнурії і набряків.
- **Прееклампсія** - гіпертензія, яка виникла після 20 тижнів вагітності та супроводжується протеїнурією більше 0,3 г/л.
- **Еклампсія** - судомні випадки у жінок із прееклампсією.
- **Протеїнурія** - добова екскреція білка 300 мг і більше або 0,3 г/л у середній порції сечі.
- **Поєднана прееклампсія** виникає у жінок із хронічною гіпертензією.

# Який нормальний рівень АТ при вагітності?

Нормальний систолічний тиск - менше 140 мм Нг, а діастолічний тиск - менше 90 мм Нг. В другому триместрі вагітності АТ зазвичай знижується, але потім знову зростає до кінця вагітності.

Збільшення систолічного тиску до 140 мм Нг та діастолічного АТ до 90 мм Нг та більше при двох вимірюваннях в стані спокою при вагітності є патологічним.



# ТЕОРІЇ РОЗВИТКУ ПРЕЕКЛАМПСІЇ

- ендотеліально-клітинні пошкодження,
- імунологічний конфлікт (недостатня продукція блокуючих антитіл),
- порушення плацентарної перфузії,
- зміни судинної реакційної здатності,
- дизбаланс між простациклінами і тромбоксаном,
- зменшення гломерулярної фільтрації із затримкою солі та води,
- зменшення об'єму циркулюючої крові,
- збільшення подразнення центральної нервової системи
- розвиток ДВЗ синдрому,
- ішемія при маткових скороченнях,
- харчові фактори,
- генетичні фактори.

# ПРЕЕКЛАМПСІЯ

## З БОКУ МАТЕРІ

**ЧАСТОТА – 2,3 - 16,6%**

**ПРЕЕКЛАМПСІЯ  
СЕРЕДНЬОГО  
І ТЯЖКОГО СТУПЕНІВ –  
6,8 - 12,1%**

**ЕКЛАМПСІЯ – 0,2 - 1,4%**

**МАТЕРИНСЬКА  
СМЕРТНІСТЬ – 12,9%**

## З БОКУ ПЛОДА

**РДСН – 10,9%**

**ГІПОТРОФІЯ – 45,4%**

**ПОРУШЕННЯ  
МОЗКОВОГО  
КРОВООБІГУ – 38,0%**

**ПЕРИНАТАЛЬНА  
СМЕРТНІСТЬ – 3,8 -  
9,5%**

## Фактори ризику прееклампсії

<p><b>Первинно залежні захворювання</b></p>	<p><b>Хронічна гіпертензія</b> <b>Хронічні ниркові захворювання</b> <b>Системні захворювання сполучної тканини</b> <b>Ожиріння</b> <b>Цукровий діабет</b> <b>Вік (&lt;20 та &gt;35)</b></p>
<p><b>Первинно імунозалежні захворювання</b></p>	<p><b>Перша вагітність</b> <b>Прееклампсія при попередніх вагітностях</b> <b>Багатоплідна вагітність</b> <b>Патологія плацентації</b> <b>Сімейний анамнез</b></p>

# Критерії діагностики прееклампсії/еклампсії

Діагноз	Діастолічний тиск	Протеїнурія г/24 год.	Інші критерії
Гестаційна гіпертензія	90-99 mm Hg	<0,3	—
Прееклампсія середньої тяжкості	100-109 mm Hg	0,3-5,0	Набряки (обличчя та/або рук)
Тяжка пре - еклампсія	≥110 mm Hg	>5,0	Генералізовані, значні набряки Порушення зору Головний біль Біль в епігастрії або/та правому підребір'ї Гіперрефлексія Олігурія (<500 мл/доб.) Тромбоцитопенія



## Додаткові критерії діагностики пreekлампсії

Критерії	Гестаційна гіпертензія	Середня пreekлампсія	Тяжка пreekлампсія
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
Тромбоцити, ·10 <sup>9</sup> /л	> 150	80–150	< 80

# КЛІНІЧНА ТРІАДА ПРЕЕКЛАМПСІЇ

Clinical triad



Elevated blood pressure



Excessive weight gain



Proteinuria



Puffiness of face



Pitting edema

F. Netter M.D.



Convulsion in true eclampsia

# **УСКЛАДНЕННЯ ПРЕЕКЛАМПСІЇ**

## **Материнські ускладнення**

- **Судоми**
- **Крововилив в головний мозок**
- **ДВЗ синдром та тромбоцитопенія**
- **Ниркова недостатність**
- **Розрив печінки або печінкова недостатність**
- **Набряк легень**
- **Плацентарна недостатність**
- **Відшарування плаценти**
- **Збільшення частоти передчасних пологів**
- **Збільшення частоти оперативних втручань**

# **УСКЛАДНЕННЯ ПРЕЕКЛАМПСІЇ**

## **Плодові ускладнення**

- **Гостра плацентарна недостатність**
- **Інфаркт та/або відшарування плаценти**
- **Дистрес плода**
- **Мертвонародження (в тяжких випадках)**
- **Хронічна плацентарна недостатність**
- **Асиметричний або симетричний ЗВУР плода**
- **Маловоддя**

# ЯКА ПРОФІЛАКТИКА ВИНИКНЕННЯ ПРЕЕКЛАМПСІЇ У ЖІНОК З ГРУПИ РИЗИКУ?

В другій половині вагітності необхідно ретельно спостерігати за:

- 1 - підвищенням діастолічного тиску,
- 2 - протеїнурією,
- 3 - симптомами прееклампсії.

З 14 тижнів вагітні повинні отримувати 75 мг аспірину щоденно для зниження ризику розвитку прееклампсії.





# Законодавча база

## Наказ МОЗ № 676

- Сучасний практичний підхід до діагностики та лікування прееклампсії/еклампсії знайшов відображення в клінічному протоколі «Гіпертензивні розлади під час вагітності»



## ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ПРИ ГЕСТАЦІЙНИХ НАБРЯКАХ

1. Відпочинок, дієта.
2. Відвідування жіночої консультації 1 раз на тиждень для виявлення можливої гіпертензії та протеїнурії.
3. Ретельний моніторинг рухової активності плоду.

## ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ГЕСТАЦІЙНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

- Госпіталізація.
- Вимірювання артеріального тиску кожні 8 годин, зважування - щоденно, обстеження добової протеїнурії 2 рази на тиждень.
- Реєстрація рухів плоду проводиться 2 рази на день.
- Пацієнткам із діастолічним АТ 100 mm Hg або більше необхідно починати гіпотензивну терапію.
- **Альфа-метилдофа є препаратом вибору.**



- При стабільному стані вагітної– тактика ведення вагітності вичікувальна.
- Пологи ведуться через природні пологові шляхи.

## ВЕДЕННЯ ВАГІТНОЇ З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ СЕРЕДНЬОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ

- Госпіталізація пацієнтки,
- контроль АТ кожні 6 годин першої доби, далі - двічі на добу, зважування щоденно,
- загальний аналіз сечі та добова протеїнурія щодоби,
- гемоглобін, гематокрит, коагулограма, кількість тромбоцитів, АсТ, АлТ, креатинін, сечовина, загальний білок – кожні три дні,
- консультація терапевта, невропатолога, окуліста,
- антигіпертензивна терапія при діастолічному АТ  $\geq 100$  mm Hg (препарат вибору - метилдофа по 0,25-0,5 г 3-4 рази на добу, при необхідності другого препарату – ніфедипін по 10 мг 2-3 рази

- при терміні вагітності до 34 тижнів – профілактика РДС-синдрому (дексаметазон або бетаметазон 24 мг/курс),
- моніторинг стану плода: тест рухів плода щоденно, кардіотокографія щоденно, доплерометрія 1 раз в три дні, біофізичний профіль плода при госпіталізації та за показаннями,
- при прогресуванні прееклампсії або погіршенні стану плода – підготовка до пологів – при “незрілій” шийці матки місцево простагландини E2, при “зрілій” шийці матки пологодистимуляція окситоцином з ранньою амніотомією,
- кесарів розтин проводять за акушерськими показаннями.

# Перехід до ведення вагітної за алгоритмом тяжкої прееклампсії:

- Діастолічний АТ  $\geq 110$  mm Hg,
- стійкий головний біль,
- порушення зору,
- біль в епігастрії та/або правому підребір'ї,
- ознаки печінкової недостатності,
- олігоурія (25 мл/год.),
- тромбоцитопенія ( $100 \times 10^9$ /л),
- ознаки ДВЗ-синдрому,
- підвищення АсТ, АлТ.

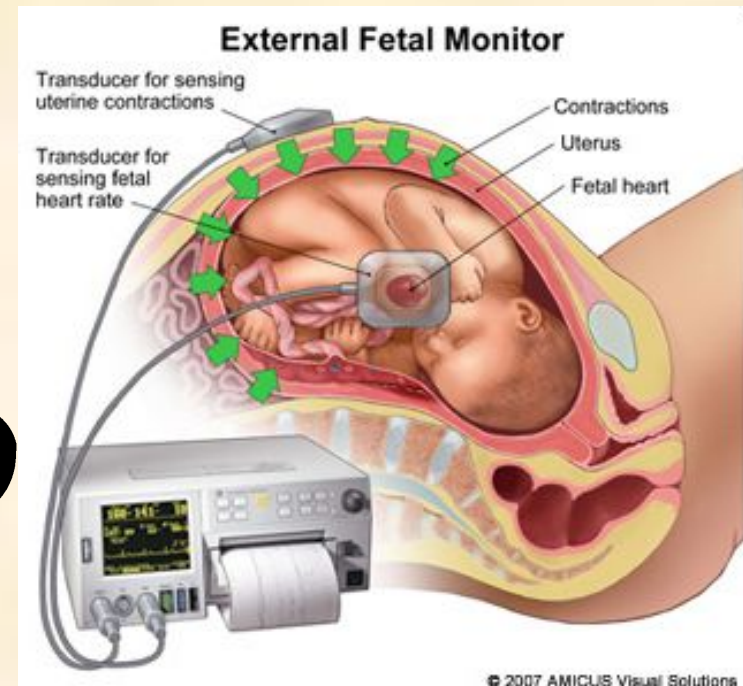
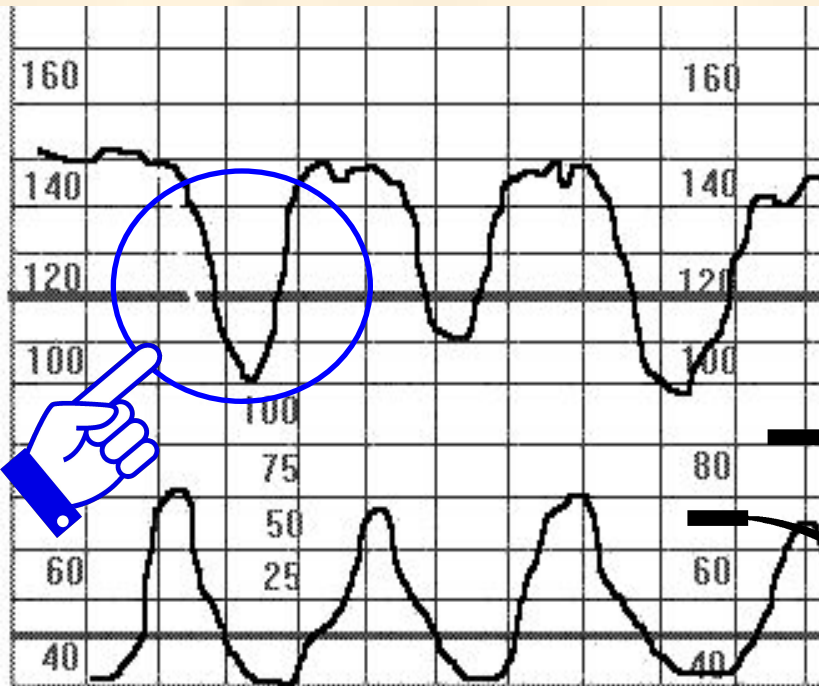


# ВЕДЕННЯ ВАГІТНОЇ З ТЯЖКОЮ ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ

- Госпіталізація до стаціонару III рівня та вибору методу розродження протягом 24 годин,
- негайна консультація терапевта, невропатолога, окуліста,
- катетеризація периферичної вени для інфузійної терапії, погодинний контроль діурезу (при тяжкому стані за допомогою постійного катетера) і водного балансу,
- ліжковий режим в окремій палаті,
- контроль АТ кожні 15 хвилин, надалі кожні 30 хвилин до стабілізації тиску, далі кожні 1-4 години при консервативному веденні,
- загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, коагулограма щодоби,
- загальний аналіз сечі кожні 4 год., добова протеїнурія щодня,

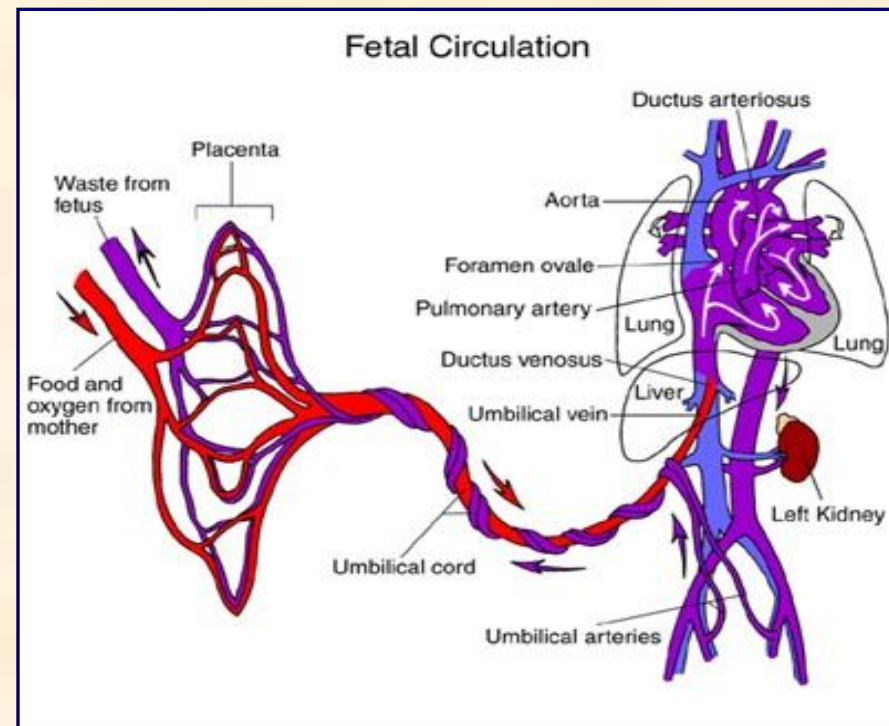


- моніторинг стану плода: тест рухів плода щоденно, кардіотокографія щоденно, доплерометрія 1 раз в три дні, оцінка об'єму навколоплідних вод та біофізичний профіль плода при госпіталізації та за показаннями,
- при терміні вагітності до 34 тижнів – профілактика РДС-синдрому (дексаметазон або бетаметазон 24 мг/курс).





- гіпотензивна терапія проводиться з метою попередження гіпертензивної енцефалопатії та мозкових крововиливів, необхідно довести АТ до рівня не нижче 150/90 – 160/100 mm Hg (для забезпечення адекватного плацентарного кровообігу), гіпотензивна терапія проводиться разом з магнезіальною терапією (лабеталол, ніфедипін, гідралазин, клонідін).



# **ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ З ТЯЖКОЮ ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ АБО ЗАГРОЖУЮЧОЮ ЕКЛАМПСІЄЮ**

## **КРОК 1**

- 1. Довенне введення Рінгера лактата і розпочати магнезіальну терапію.**
- 2. Початкова доза магнезії сульфат – 4 г повільно довенно протягом 15 хв. (приготувати 4 г шляхом додавання 16 мл 25% магнезії сульфат до 12 мл води для ін'єкцій).**
- 3. Підтримуюча доза - 1 г (3,33%) магнезії сульфат/год. довенно краплинно (приготувати 3,33% розчину шляхом додавання 30 мл 25% сульфату магнію до 220 мл 0,9% NaCl або Рінгера лактата) протягом 24 год. після пологів.**



## **КРОК 2**

- Після розпочатого введення магnezії сульфат, необхідна катетеризація сечового міхура для визначення діурезу.

## **КРОК 3**

- При діастолічному АТ 110 мм рт. ст. або більше лікування розпочинається з **лабеталолу довенно 10 мг, через 10 хв. при АТ  $\geq$  110 mm Hg ще 20 мг препарату (макс. 300 мг).**
- **За відсутності лaбеталолу розпочинати з гідралазину: 20 мг (1 мл) гідралазину додати до 20 мл 0,9 % NaCl і вводити довенно повільно 5 мл (5 мг гідралазину) кожні 10 хвилин до зниження діастолічного АТ до 90-100 mm Hg, за необхідності 12,5 мг гідралазину в/м кожні 2 години або 5-10 мг ніфедипіну всередину.**
- **Вимірювання АТ проводять кожні 5 хвилин наступні 30 хв. Якщо АТ знижується надто швидко ввести довенно швидко розчин Рінгера лактату, до підняття АТ до нормальних величин (90-100 mm Hg).**

- Пацієнткам, які отримали 10 мг ніфедипіну, повторну дозу ніфедипіну 10 мг всередину можуть отримати через 30 хвилин, якщо діастолічний АТ утримується 110 мм рт. ст. При необхідності, дозу можна повторювати кожні півгодини до максимальної 50 мг.

## **КРОК 4**

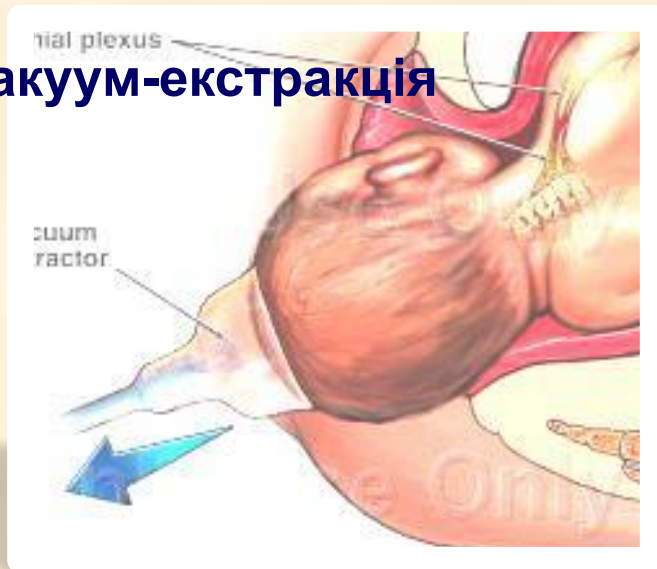
- Проведення розродження негайно після стабілізації стану. При готових пологових шляхах – амніотомія з подальшимпологозбудженням окситоцином з адекватним знеболенням. При неготовності – кесарів розтин.



**Показаннями до планового кесаревого розтину при тяжкій прееклампсії є прогресування захворювання або погіршення стану плода у вагітної з незрілими пологовими шляхами.**

**При погіршенні стану вагітної або плода в II періоді пологів – акушерські щипці або вакуум-екстракція плода на фоні адекватного знеболення.**

**Вакуум-екстракція**



**Акушерські щипці**



# ІНФУЗІЙНА ТЕРАПІЯ

- Умовою адекватної інфузійної терапії є суворий контроль введеної і випитої рідини та діурезу (не менше 60 мл/год.).
- В цілому, кількість рідини, яка вводиться повинна задовільняти щоденні фізіологічні потреби хворої (в середньому по 30-35 мл/кг).
- Препаратами вибору для інфузійної терапії до пологів є Рінгер лактат, розчини гідроксиетилкрохмалу 6 або 10% (рефортан), свіжозаморожена плазма для корекції гіпопротеїнемії (кількість загального білка плазми <55 г/л), новий плазмозамінник з газотранспортною функцією – перфторан.



# Розчини гідроксиетилкрохмалу 6 % або 10 % (ГЕК)

- **Перше покоління**
  - 670/0.75
  - 450/0.5 (**Стабізол**)
- **Друге покоління**
  - 200/0.62
  - 200/0.5 (**Рефортан**)
  - 70/0.5
- **Третє покоління**
  - 130/0.4
  - 130/0.42 (**Венофундин**)



# ЕКЛАМПСІЯ

**ЕКЛАМПСІЯ** – гострий розлад, який характеризується клонічними і тонічними судомами у жінок з прееклампсією.

**Судоми можуть виникати:**

- під час вагітності (25%),
- під час пологів (50%),
- після пологів (25%).

**Більшість післяпологових судом виникають в перші 48 годин після пологів, але можуть спостерігатися і через декілька тижнів.**

# ЯКІ СИМПТОМИ ЗАГРОЖУЮЧОЇ ЕКЛАМПСІЇ?

## Симптоми:

- Інтенсивний головний біль.
- Висока гіпертензія (АТ > 120 мм рт. ст.)
- Розлади зору, поява «мушок» перед очима.
- Біль в правому підребір'ї та/або в епігастрії.
- Розм'якшення в ділянці печінки.
- Нудота, блювання.
- Зростання сухожилкових рефлексів (колінних рефлексів).





## ***В випадку розрізняють 4 періоди:***

### ***1 період: ввідний (30 сек)***

Дрібні фібрилярні посіпування м'язів обличчя, а потім верхніх кінцівок. Погляд фіксований в одну сторону, зіниці розширюються і заходять під верхню повіку. Шия напружена, яремні вени поширені, тризм (жінка може прикусити язик).

### ***2 період: тонічні судоми (30 сек)***

Скорочення всієї скелетної мускулатури, яка поширюється з голови, шиї та верхніх кінцівок на тулуб і живіт. Голова відкидується назад, інколи спостерігається опістотонус, дихання припиняється, швидко наростає ціаноз, втрата свідомості, пульс практично не визначається. Це найбільш небезпечний період, може наступити раптова смерть, найчастіше від крововиливу в мозок.



### **3 період: клонічні судоми (30 сек - 2 хв)**

Несистемне скорочення поперечносмугастої мускулатури, яке аналогічно поширюється зверху донизу. Нерухомо лежача до цього, “витягнута в струну”, хвора починає битися в ліжку, різко рухаючи руками і ногами. Дихання відсутнє, обличчя темно-багрово-синього кольору.

### **4 період: розрішення припадку**

Судоми слабкішають і припиняються. Хвора робить глибокий шумний вдих, який супроводжується хрипінням, з роту піна (часто з домішкою крові), пізніше дихання стає регулярним. Зменшується ціаноз, відновлюється пульс, зіниці поступово звужуються.

Після припадку настає **коматозний стан**. Коли вагітна приходить до свідомості, про припадок вона не пам’ятає в зв’язку із ретроградною амнезією, яка у неї розвивається.

## **ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ЕКЛАМПСІЇ ВКЛЮЧАЄ:**

- управління судомами,**
- контроль артеріального тиску,**
- профілактику виникнення подальших судом.**

### **КРОК 1**

**Запобігання аспірації шлунковим вмістом:**

- 1. Повернути негайно хвору на бік.**
- 2. Відкрити рот за допомогою роторозширювача, при відсутності підручними засобами, висунути вперед нижню щелепу для доступу повітря.**
- 3. Евакуювати вміст ротової порожнини.**
- 3. Надати 100% кисень через носо-лицеву маску, якщо хвора в комі - ШВЛ.**

## **КРОК 2**

- 1. Катетеризація периферичної вени для налагодження довенної інфузії Рінгера лактату та болюсного введення сульфату магнію, як описано при тяжкій прееклампсії з метою зупинки судом і запобігання подальшим нападам.**
- 2. Катетеризація центральної вени для визначення ЦВТ.**
- 3. Катетеризація сечового міхура для встановлення погодинного діурезу.**
- 4. За показаннями трансназальна катетеризація шлунку.**
- 5. Контроль за гіпертонією досягається за допомогою лабеталолу, гідралазину або ніфедипіну.**

## **КРОК 3**

- 1. Проведення негайного розродження після стабілізації стану. Під час вагітності та в I періоді пологів проводять кесарів розтин, в II періоді пологів - накладання акушерських щипців.**
- 2. Магnezіальна терапія триває не менше 48 годин.**

## ХРОНІЧНА ГІПЕРТЕНЗІЯ

Хронічна гіпертензія складає 0.5-4%. Хронічна гіпертензія при вагітності найчастіше ідіопатична (80%) або ниркового генезу (20%). До найбільш частих захворювань нирок відносяться хронічний гломерулонефрит, інтерстиціальний нефрит, діабетичний гломерулосклероз, IgA нефропатія та стеноз ниркової артерії.

Діагноз ґрунтується на документах про встановлену гіпертонію до вагітності або до 20 тижнів гестації.

## Критерії діагностики хронічної гіпертензії

<b>Хронічна гіпертензія</b>	<b>Систолічний АТ, mm Hg</b>	<b>Діастолічний АТ, mm Hg</b>
<b>Стадія 1</b>	<b>140-159</b>	<b>90-99</b>
<b>Стадія 2</b>	<b>160-179</b>	<b>100-109</b>
<b>Стадія 3</b>	<b>≥180</b>	<b>≥110</b>

# Ускладнення хронічної гіпертензії

## Материнські ускладнення

- Поєднана преєклампсія – виникає в 1/3 пацієнток
- Відшарування плаценти
- ДВЗ синдром
- Гостра ниркова недостатність

## Плодові ускладнення

- 25-30% ризик передчасних пологів
- 10-15% ризик затримки розвитку плода
- Дистрес плода

**Збільшення систолічного АТ на 30 mm Hg або діастолічного на 15 mm Hg у порівнянні із АТ до вагітності є проявом поєднаної преєклампсії.**

# Лікування хронічної гіпертензії

Центральні $\alpha$ -адреноагоністи	Метилдофа Клонідин	250-500mg 3 рази на день 0.1-0.2 mg 2 рази на день
Блокатори Ca каналів	Ніфедіпін Верапаміл	10-20mg 3-4 рази на день 40-80mg 3-4 рази на день
Бета блокатори	Лабеталол	100 mg 3-4 рази на день
Артеріолярні вазоділятатори	Гідралазин Гідрохлортіазид	10 mg 4 рази на день
Тіазидні діуретики	Гідрохлортіазид	12.5-50 mg 1 раз на день

***Метилдофа - препарат вибору при лікуванні ХГ.***  
Категорично протипоказані вагітним інгібітори ангіотензин-перетворюючого ферменту (каптоприл, еналаприл, лізиноприл та інш.). Діуретики не застосовують в якості базисної терапії ХГ при вагітності.

## HELLP синдром

Приблизно у 4-12 % пацієток з тяжкою преєклампсією розвивається HELLP синдром. **Діагностичними критеріями HELLP–синдрому є:**

- **гемолітична анемія** - підвищення лактатдегідрогенази, підвищення загального білірубіну,
- **підвищення ферментів печінки** - збільшення АлАт та АсАт,
- **тромбоцитопенія.**

Розтягнення печінкової капсули спричинює біль в епігастрії, нудоту, блювоту і може призвести до розриву печінки.



**HELLP синдром є дуже небезпечним, оскільки він може виникнути до появи класичних симптомів преєклампсії. Протеїнурія та набряки можуть не мати місце. Гіпертензія може бути від помірної до тяжкої.**

**Клінічні прояви HELLP синдрому часто нагадують різні серйозні захворювання, які виникають у невагітних жінок, що може призвести до помилкової і запізнілої діагностики. На відміну від більшості форм преєклампсії, HELLP синдром не є захворюванням, яке переважно виникає при першій вагітності. Захворюваність серед повторновагітних майже в два рази перевищує частоту ніж у першовагітних.**

# ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ З HELLP СИНДРОМОМ

- Розродження є єдиним методом терапії HELLP синдрому.
- При відсутності лабораторних проявів ДВЗ, можуть бути призначені глюкокортикоїди для пришвидшення дозрівання легеневої тканини плоду при терміні вагітності до 34 тижнів. Протягом цього періоду проводиться консервативне ведення, спостереження за станом матері та плоду аналогічних для жінок з тяжкою прееклампсією.
- HELLP синдром не являється показанням для негайного кесаревого розтину. Використання епідуральної анестезії протипоказано через ризик кровотечі. Загальна анестезія є методом вибору для кесаревого розтину. Переливання тромбоцитарної маси показано до або після пологів при наявності кровотечі та кількості тромбоцитів менше  $20 \times 10^9/\text{л}$ .

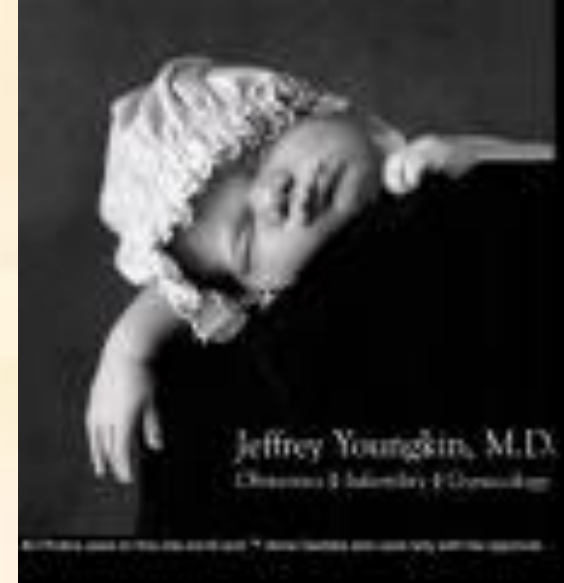
# ГОСТРИЙ ЖИРОВИЙ ГЕПАТОЗ ВАГІТНИХ

Це рідкісна форма пізнього гестозу з бурхливим розвитком печінкової недостатності та прееклампсією. Захворювання було вперше описана в 1940 році H.L.Sheehan як "гостра жовта атрофія" печінки.

- Захворюваність коливається від 1 на 7000 та 1 в 15000 популяції.
- Материнська і перинатальна смертність сягає 75% і 85% відповідно.
- До кінця не з'ясовано, чи можна вважати ГЖГ дійсно в складі преекламптичного синдрому чи зовсім окремим захворюванням з аналогічними ознаками та симптомами. У більше ніж 50 % пацієнтів з ГЖГ відмічається також гіпертензія і протеїнурія, як при прееклампсії, клініка зазвичай зникає через 2-3 дні після пологів.
- Належить до хвороб з групи системних мітохондріальних цитопатій, пов'язаний із ензимопатією, викликане недоліком в ферменті - 3-гідроксил-коензим А дегідрогенази, що призводить до глибоких порушень жирового обміну. Страждає також процес окислення вуглеводів та частини амінокислот. Порушенням циклу Кребса пояснюють гіпоглікемію та підвищення рівня аміаку в крові.

# Симптоми:

- нудота, блювота
- нездужання
- біль в животі - залежить від положення і тяжкості хвороби
- гіпертензія
- набряки
- протеїнурія
- жовтяниця
- підвищення печінкових ферментів
- гіпоглікемія
- коагулопатія
- нецукровий діабет
- енцефалопатія, може залежити від рівня аміаку в крові



## **ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ З ГЖГ**

- **Розродження повинно бути виконане в найкоротші терміни.**
- **Більшість геморагічних ускладнень у жінок з ГЖГ відбуваються в результаті хірургічної травми. З іншого боку, тривала індукція в критичних обставинах, є потенційно небезпечною для матері та плоду.**
- **При вирішенні питання про метод розродження найчастіше схиляються до кесаревого розтину. Рішення повинно прийматися індивідуально в залежності від стану матері та плоду, а також зрілості шийки матки та готовності до пологів.**

## **ВИСНОВОК**

**Материнська смертність від прееклампсії-еклампсії рідкісна в розвинених країнах, проте смерть може бути викликана крововиливом в мозок, аспіраційною пневмонією, гіпоксичною енцефалопатією, тромбоемболією, розривом печінки, нирковою недостатністю або ускладненнями при анестезії.**

**Важливо підкреслити, що ятрогенним впливом є збільшення ускладнень у випадку призначання декількох препаратів.**

**Якщо у пацієнтки дійсно була прееклампсія, то ризик рецидиву при повторній вагітності значно менший (33%), ніж якщо вона мала хронічну гіпертензію, помилково прийняту за прееклампсію. В останньому випадку ризик рецидиву дуже високий і становить 70%.**



**ДЯКУЮ  
ЗА  
УВАГУ !**