

Фондова лекція

Тема: «Гестози вагітних»

План

1. Сучасні теорії виникнення. Класифікація.
2. Ранні гестози. Клініка. Діагностика. Принципи лікування.
3. Пізні гестози вагітних. Клініка. Діагностика. Принципи лікування.
4. План ведення вагітності при гестозах.
5. Клініка. Діагностика. Невідкладна медична допомога при прееклампсії тяжкого ступеня, еклампсії.
6. Профілактика гестозів.



Потребують спеціального лікування
14-19% вагітних, в 0,9% розвиваються тяжкі форми гестозу.

Гестоз – складний нейрогуморальний патологічний процес, який проявляється різними розладами функцій центральної і вегетативної нервової, серцево-судинної ендокринної систем, а також порушенням ряду обмінних процесів тощо.

Теорії етіопатогенезу гестозів

Існує біля 30 теорій виникнення гестозів

1. Алергічна теорія - в кров матері поступають алергени від плода та плаценти.
2. Гормональна теорія - із-за гіперфункції наднирників порушуються обмінні процеси.
3. Імунологічна теорія - у деяких жінок спостерігається порушення процесів адаптації організму до вагітності.

Поява ранніх гестозів співпадає з формуванням кровообігу і накопиченням полісахаридів в хоріоні, а припинення – з початком їх високої активності в плаценті. Найбільша вираженість ранніх гестозів відмічається в період посиленої проліферації лімфоїдної тканини і виходу лімфоцитів у периферичну кров, що може свідчити про імунну природу гестозу.

Подразнення нервових закінчень матки імпульсами від плода є патологічними і призводить до порушення рефлєкторних реакцій адаптації материнського організму до вагітності. Тривала патологічна імпульсація викликає переподразнення трофотропних зон гіпоталамуса, стовбура мозку, порушуються нейровегетативні, ендокринно-обмінні регуляції центральної нервової системи.

Сприяють розвитку ранніх гестозів і спричиняють їх важкий перебіг перенесені стреси, отруєння, захворювання ендокринної системи, печінки, нирок, авітаміноз.

Клінічна картина ранніх гестозів.

Ранній гестоз виникає в першій половинні вагітності, переважно в перші **12 тижнів**.

- Основний клінічний симптом раннього гестозу – блювота, частота якої залежить від важкості стану.
- Супутні симптоми: нудота, розлади смаку, печія, знижений апетит, атонічні закрепи, гіпотензія.
- При відсутності лікування - порушення обміну речовин (особливо водно – сольовий обмін, що призводить до зниження **ОЦК**), підвищення гематокриту, згущення крові, порушення білкового вуглеводного, жирового обміну.

Ступені важкості блювання вагітних.

- **Легкий** – блювання не більше 5 разів на добу. Загальний стан задовільний, вага тіла не зменшується, А/Т без змін, тахікардія (може зростати до 90 поштовхів в 1хв). Змін у крові і сечі немає. Температура тіла і діурез у межах норми.
- **Середній** - блювання 6-10 разів на добу.
- Постійна нудота, слинотеча, відсутність апетиту, розлад смаку, нюху.
- Зниження маси тіла, неврологічні прояви.
- Зневоднення організму (сухість шкіри і язика, зниження діурезу). Можлива поява закрепів
- Гіпотонія, тахікардія (90 – 100 поштовхів в 1 хв.)

Важкий - блювання більше 10 разів на добу.

- Загальний стан тяжкий.
- Гіпотензія, тахікардія (120 уд/хв).
- Температура субфебрильна (інколи висока).
- Схуднення до 10 кг і більше за тиждень.
- Загальна слабкість, адинамія.
- Іктеричність шкіри і видимих слизових.
- Атонічні закрепи, діурез знижений, болючість в епігастральній ділянці.
- В крові підвищується вміст білірубіну, в сечі з'являються уробілін, жовчні пігменти.

Якщо вагітна не втримує їжу, прогресивно втрачає масу тіла, показана обов'язкова госпіталізація.

Основні принципи лікування блювання вагітних:

- нормалізація функцій цнс;
- блокування патологічного блювотного рефлексу;
- нормалізація водноелектролітного обміну;
- усунення гіповолемії, порушень реологічних властивостей крові;
- ліквідація гіпопротеїнемії;
- регуляція тканинного метаболізму;
- корекція дефіциту вітамінів, мікроелементів.

Дієта і режим харчування.

Рекомендують їжу за вибором вагітної, виключаючи гостру і подразнюючу. Вживати продукти в охолодженому вигляді, невеликими порціями, лежачи, через кожні 2-3 години.

Бажаний прийом мінеральних лужних вод 5-6 разів на добу.

В раціон включати їжу багату на білок (м'ясо, риба, молочні продукти), вітаміни (зелень, фрукти, овочі, яблука, дині, шипшина).

Медикаментозне лікування при легких формах раннього гестозу застосовують перорально, при більш важких – парентерально.

Використовувати мінімальні дози препаратів враховуючи ембріотоксичний, тератогенний ефекти на плід.

Для регулюючого впливу на центральну нервову систему і блокування патологічного блювотного рефлексу застосовують:

- етаперазин (0,002 г 3-4 рази на день)
- торекан (по 1 мл (6,5 мг) в/м, в/в кр. 1-2р.на добу;
- аміназин 2,5% - 1мл. в/м 2 рази на добу;
- дроперидол 0,25% -0,5 -1мл в/м-1-3 рази на добу;
- церукал (метаклопрамід) перорально по 10мг-2-3 рази на добу або в/м чи в/в по 2 мг 1-3р. на добу.

- Транквілізатори:
- тріоксазин по 0,3мг перорально 2-3 рази на добу;
- сібазон 0,5% -2мл в/м або 2,5 – 5 мг перорально 1-2 рази на добу.

Десенсибілізуючі препарати:

- - піпольфен по 0,025мг перорально 1-2 рази на добу;
- супрастин по 0, 025мг перорально 2-3 рази на добу або 2% - 1–2 мл в/м.

- Для нормалізації водно – електролітного обміну в легких випадках дають хворій перекип'ячену, підігріту до 38 – 40°C воду з додаванням солі. При важкій формі – інфузійна терапія: сольові розчини (0,9% розчин хлориду натрію, Рінгера-Локка, «Дисоль»), 5% розчин глюкози з інсуліном.

Для ліквідації гіпопротеїнемії введення білкових препаратів (плазми, альбуміну).

Для корекції кетоацидозу:

5%-500,0 розчин глюкози з інсуліном з додаванням аспаркаму чи панангину;

Для покращення реологічних властивостей крові - реополіглюкін, трентал.

Для покращення тканинного метаболізму:

- кокарбоксилаза 0,05 – 0,1 г в/м, в/в 1 раз на добу;
- ліпоєва кислота 0,025 – 0,05 перорально 2 – 3 рази на добу.

Для відновлення біоенергетичних ресурсів:

- фолієва кислота 0,001-0,002 перорально 3 рази на добу;
- вітамін Е 30% 1 мл в/м або 1 капсулу 3 рази на добу;
- есенціале 1 капсула 3 рази на добу.

Вітамінотерапія (аскорбінова кислота т. д.).

Фізіотерапевтичні методи лікування:
електросон, електроаналгезія.

Прогресування блювоти вагітних на фоні лікування вимагає переривання вагітності.

Гестози II половини вагітності.

З'являються імунологічні зміни в системі мати - плацента - плід. Наступає генералізований спазм судин (артеріальних судин на рівні артеріол), підвищується їх проникливість, порушуються реологічні особливості крові, кров стає в'язкою, розвивається ДВЗ-синдром (дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові). Порушуються обмінні процеси (вражаються нирки, головний мозок, печінка...), погіршується матково-плацентарний обіг, порушується транспортна, білоксинтезуюча, гормональна та інші функції плаценти. Ці зміни призводять до гіпоксії та гіпотрофії плода.



За рекомендацією ВООЗ (1989) та вимогами МКХ 10-го перегляду (1995) асоціацією акушерів - гінекологів України рекомендовано та запроваджена МОЗ України

класифікація пізніх гестозів.

- Легка прееклампсія або гестаційна гіпертензія без значної протеїнурії.
- Прееклампсія середньої тяжкості.
- Тяжка прееклампсія.
- Прееклампсія не уточнена.
- Еклампсія.
- Еклампсія під час вагітності.
- Еклампсія під час пологів.
- Еклампсія в післяпологовому періоді.
- Еклампсія не уточнена за терміном.

Ступені прееклампсії

Симптоми	Прееклампсія легкого ступеня	Прееклампсія середнього ступеня	Прееклампсія тяжкого ступеня
	Виражена триада Цангемейстера		
Систолічний А/Т Діастолічний А/Т	130 -150 мм.рт.ст. 80 -90 мм.рт.ст	150-170мм.рт.ст. 90-110 мм.рт.ст.	більше170мм.рт.ст більше110мм.рт ст
Набряки	На нижніх кінцівках	На нижніх кінцівках, передній стінці живота	Генералізовані набряки, набряк слизової оболонки носа, забруднене дихання
Протеїнурія	В разовій порції сечі білка до 1г/л.	В разовій порції сечі білка до 5г/л. В сечі можуть бути зернисті циліндри.	В разовій порції сечі білка понад 5 г/л. В сечі зернисті циліндри
Погодинний діурез	Сечі понад 50мл на годину	Сечі не менше 40мл на годину	Сечі менше 40 мл на годину
Офтальмоскопія	Спазм артеріальних і розширення венозних капілярів	Спазм артеріальних і розширення венозних капілярів	Спазм артеріальних і розширення венозних капілярів

Ступені набряків вагітних:

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



Рідкі форми гестозів:

- дерматози вагітних;
- хорея вагітних;
- тетанія вагітних;
- гостра жовта дистрофія печінки;
- остеомалія;
- бронхіальна астма вагітних.

Атипічні форми гестозів:

- моносимптомна прееклампсія з проявами гіпертензії;
- прееклампсія з 2 симптомами в будь-якому поєднанні;
- еклампсія без судом.

Розпізнають «чисті і поєднанні» форми ПГВ.

- «Поєднаний» гестоз розвивається на фоні екстрагенітальних захворювань.

Особливості поєднаного гестозу:

- ранній початок (до 25-30 тиж);
- тяжкий перебіг;
- моносимптомні прояви (набряки, протеїнурія, гіпертензія);
- погано піддається лікуванню.

Група ризику серед вагітних по виникненню гестозів

- 1. Екстрагенітальна патологія:** цукровий діабет, ожиріння, ендокринопатії, гіпертонічна хвороба, вади серця, хронічні захворювання легенів, бронхів, нирок, перенесені дитячі інфекції.
- 2. Акушерсько – гінекологічні фактори ризику:**
 - наявність ПГВ у спадковому анамнезі;
 - вік вагітної (менше 19 і більше 30 років);
 - гіпотрофія плода;
 - багатоводдя, багатопліддя;
 - анемія вагітної;
 - ізосенсибілізація за Rh–фактором та АВО–системою.

3. Соціально - побутові чинники:

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

Ведення вагітних, які стоять в групі ризику по виникненню гестозів

- Планування вагітності провести так, щоб її розвиток припадав на літній та літньо – осінній період.
- Диспансерне спостереження за вагітними: відвідування ж\к в:
 - I половині вагітності не рідше 1 разу в 2 тижні,
 - II половину вагітності 1 раз в тиждень (при кожній явці: скарги, А/Т на двох руках, набряки, прибавка в вазі, скринінгові тести, визначення білка в сечі).
- Усунення негативних емоцій.
- Фітотерапія (валеріана, глід, шипшина).
- Раціональне збалансоване харчування.

Проведення скринінгових тестів

Завдання	Послідовність дій	Зауваження
Проведення скринінгових тестів	Матеріальне забезпечення: тонометр, фонендоскоп, сантиметрова стрічка, фізіологічний розчин 0,9% -10мл, шприц з голкою, спирт, ватні кульки, гумові рукавиці, годинник, набір кілець і інше.	
1. Проведення гемодинамічних проб	Судинна асиметрія: виміряти артеріальний тиск на обох руках. Асиметрія (різниця) в нормі має бути не більшою 10-15 мм рт. ст. Збільшення асиметрії свідчить про тяжкість патології.	Вимірювання А/Т проводиться в стані спокою, при нормальній температурі тіла.
	Вимірюється А/Т спочатку в стані спокою, а потім в трьох статистичних положеннях: лежачи на спині; лежачи на боці; сидячи. Різниця А/Т в нормі має бути не більше 15 мм.рт.ст.	

Завдання	Послідовність дій	Зауваження
	<p>Визначення пульсового тиску В нормі – не менше 40мм.рт.ст. Зменшення ПАТ – свідчить про погіршення стану вагітної.</p>	<p>Пульсовий А/Т (ПАТ) – це різниця між систолічним і діастолічним артеріальним тиском.</p>
<p>2. Виявлення прихованих набряків</p>	<p>Щотижневий контроль ваги: А) Щотижневе збільшення маси тіла, особливо після 30 тижнів вагітності не більше ніж на 400г. Б) Патологічна прибавка в масі тіла з урахуванням масово – зростового коефіцієнтів. В) Позитивний симптом кільця. Використовують набір силіконових кілець різних розмірів. г) Визначення добового діурезу. Вагітна збирає сечу з 6 годин ранку до 6 години ранку наступного дня. В нормі діурез 1500 – 2000мл.</p>	<p>Нормостеніки добавляють в нормі за вагітність $9,7 \pm 1$кг; гіпостеніки $10,6 \pm 1$кг гіперстеніки ± 1кг Під час проведення тесту вагітна має звичайне фізичне та водне навантаження.</p>

Завдання	Послідовність дій	Зауваження
	<p>Збільшення обводу гомілковостопного суглоба більше ніж на 1 см протягом тижня або збільшення окружності гомілки на 8 - 10% від початкового розміру.</p> <p>Е) Проба Мак –Клюра – Олдрича.</p> <p>Внутрішньошкірно на внутрішній поверхні передпліччя вводиться 0,2 мл фізіологічного розчину. Папула, яка утворилась, має розсмоктатись через 60 хвилин. При схильності до набряків папула зникає через 40 хв. раніше.</p>	<p>Папула утворюється з горошину</p>

Визначення білка в сечі

Проба з сульфасаліциловою кислотою:

- у пробірку набрати 5 мл профільтрованої сечі;
- додати 10 крапель 20% розчину сульфасаліцилової кислоти;
- якщо сеча містить білок, то випадає осад

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 А/Т, контроль балансу рідини та набряків, реєстрації рухів плода.

- Проводять лабораторне обстеження: загальний аналіз сечі, добова протеїнурія, креатинін, сечовина плазми крові, гемоглобін, гематокрит. кількість тромбоцитів, коагулограма, 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 критерії легкої прееклампсії – тактика ведення вагітності вичікувальна.
- Пологи ведуть через природні пологові шляхи.

Прееклампсія середньої тяжкості.

- При терміні гестації 37 тижнів і більше – планова госпіталізація вагітної до стаціонару II рівня для розродження, при прогресуванні прееклампсії або порушенні стану плода госпіталізація вагітної до стаціонару III рівня.
- Первинне лабораторне обстеження: загальний аналіз крові, гематокрит, кількість тромбоцитів, коагулограма, група крові, резус – фактор, АлАТ, АсАТ.
- **Охоронний режим** - напівліжковий, обмеження фізичного та психічного навантаження.
- **Раціональне харчування:** їжа з підвищеним вмістом білків, без обмеження солі та води.
- Комплекс вітамінів та мікроелементів.

- При діастолічному А/Т ≥ 100 мм рт ст. - призначення гіпотензивних препаратів (метилдофа по 0,25-05г 3-4 рази на добу, максимальна доза - 3г на добу, за необхідності додають ніфедипін по 10мг 2-3 рази на добу, максимальна добова доза – 100мг).
- При терміні вагітності до 34 тижнів призначають кортикостероїди для профілактики респіраторного дистрес синдрому (РДС) – дексаметазон по 6 мг через 12 годин чотири рази впродовж 2 діб.

Спостереження:

- контроль А/Т – кожні 6 годин в першу добу, надалі – двічі на добу;
- аускультация серцебиття плода кожні 8 годин;
- аналіз сечі щодоби;
- добова протеїнурія – щодоби;
- гемоглобін, гематокрит, коагулограма, сечовина – кожні 3 дні;
- моніторинг рухів плода – кількість рухів за 1 годину; частота серцевих скорочень – щодня;
- кардіотокографія – за показаннями.

- При прогресуванні прееклампсії або погіршенні стану плода розпочинають підготовку до розродження:
- підготовка пологових шляхів у разі «незрілої» шийки матки простагландини E2 (місцево).
- **Розродження:**
- Метод розродження у будь – якому терміні гестації визначається готовністю пологових шляхів або станом плода.

Перехід до ведення вагітної за алгоритмом тяжкої преєклампсії здійснюють у випадках наростання хоча б однієї з наступних ознак:

- діастолічний А/Т >110 мм.рт.ст;
- головний біль;
- порушення зору;
- біль у епігастральній ділянці або правому підребер'ї;
- ознаки печінкової недостатності;
- олігурія (< 25 мл/год);
- тромбоцитопенія;
- ознаки ДВЗ – синдрому;
- підвищення АлАТ та АсАТ.

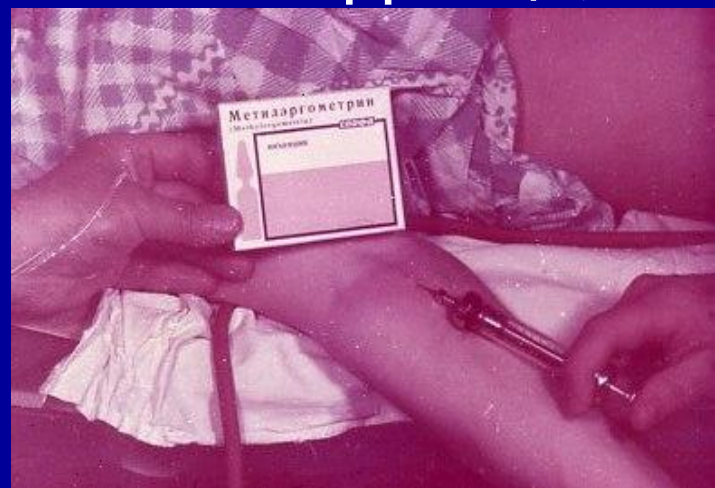
Тяжка прееклампсія.

- Хвору госпіталізують до відділення анестезіології та інтенсивної терапії стаціонару III рівня для оцінки ступеня ризику вагітності для матері і плода та вибору методу розродження протягом 24годин.
- Виділяють індивідуальну палату з інтенсивним цілодобовим спостереженням медичного персоналу.
- Негайні консультації терапевта, невропатолога, окуліста.
- За умови неефективності проведеної підготовки пологових шляхів простагландинами, проводять операцію кесаревого розтину.



- Якщо шийка матки достатню зріла проводять родостимуляцію, пологи ведуть через природні пологові шляхи.
- За умови стабільного стану вагітної та показниках А/Т, що не виходять за межі критеріїв преєклампсії середнього ступеня тяжкості, у процесі пологів утримуються від магnezіальної терапії. У разі погіршенні загального стану вагітної, появи ознак тяжкої преєклампсії, нестабільних показниках А/Т або постійно високих показниках А/Т на рівні максимальних, характерних для преєклампсії середнього ступеня тяжкості, показано проведення магnezіальної терапії для профілактики судом.

- Катетеризують периферичну вену для тривалої інфузійної терапії, для контролю погодинного діурезу - катетеризація сечового міхура. За показаннями - трансназальна катетеризація шлунка.
- Первинне лабораторне обстеження: загальний аналіз крові, гематокрит, кількість тромбоцитів, коагулограма, група крові, резус – фактор (за відсутності), загальний аналіз сечі, визначення протеїнурії, сечовини, загальний білок, білірубін та його фракції, електроліти та інше.



- **Ретельне динамічне спостереження:**
- контроль А/Т – щогодини;
- аускультация серцебиття плода – кожні 15 хвилин;
- аналіз сечі – кожні 4 години;
- контроль погодинного діурезу (катетеризація сечового міхура);
- гемоглобін, гематокрит, кількістю тромбоцитів і інші – щодоби.
- моніторинг стану плода: кількість рухів за годину, за можливості доплерометричний контроль кровообігу у судинах пуповини, судинах мозку плода, плаценти та фетоплацентарному комплексі.

Лікування:

- Охоронний режим (суворий ліжковий), виключення фізичного та психічного напруження.
- Комплекс вітамінів для вагітної, за необхідності – мікроелементи.
- При терміні вагітності до 34 тижнів – кортикостероїди– дексаметазон по 6мг через 12 год. чотири рази впродовж 2 діб.
- У разі необхідності проводять підготовку пологових шляхів за допомогою простагландинів.
- Тактика ведення активна з розродженням у найближчі 24 години з моменту встановлення діагнозу.
- Вичікувальна тактика у всіх випадках тяжкої прееклампсії не рекомендується.



ПРИНЦИПАЛЬНАЯ СХЕМА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ РОДАХ, ОСЛОЖНЕННЫХ ПОЗДНИМ ТОКСИКОЗОМ БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМ СИНДРОМОМ



Регуляція функції ЦНС:

- Діазепам 0,5% р-н в/в 2-4 мл
- Дроперідол 0,25% р-н в/в 2-4 мл

Антигіпертензивну терапію проводять при підвищенні діастолічного тиску більше 100 мм.рт.ст. разом з магнезіальною терапією.

- **Лабеталол** – застосовують спочатку в/в 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 хв. і якщо діастолічний тиск залишається вище 110 мм.рт.ст. вводять 40 мг, а потім 80 мг лабеталолу (максимально до 300 мг).

- **Ніфедипін** 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 підвищеного розвитку гіпотензії.
- **Гідралазин** - 20 мг (1мл) препарату розчиняють у 20 мл 0,9% розчину хлориду натрію, вводять повільно в/в по 5 мл (5 мг гідролазину) кожні 10 хв, до того часу поки діастолічний АТ не знизиться до безпечного рівня (90-100 мм.рт. ст.). За необхідності повторюють в/в введення гідролазину по 5-10 мг, щогодини або 12,5 мг внутрішньом'язево кожні 2 год.

- **Метилдофу** для лікування тяжкої прееклампсії застосовують рідше, бо препарат має відстрочену дію (ефект настає через 4 год).
- Застосовують дози 1,0-3,0 г на добу як монотерапію або у комбінації з ніфедипіном 0.5 мг/кг/добу.
- У разі недоношеної вагітності добова доза метилдофи не повинна перевищувати 2,0 г, бо це може визвати меконіальну непрохідність у недоношених новонароджених.

Клонідин - 0,5-10 мл 0,01% розчин в/в чи в/м

або 0,15-0,2 мг під язик 4-5 разів на день.

Магnezіальна терапія

- Сульфат магнію – препарат вибору, який застосовується для профілактики та лікування судом.
- **Магnezіальна терапія** – це болусне 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 тиск більше 110 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% розчину сульфату магнію) вводять шприцом дуже повільно протягом 15 хвилин (у разі еклампсії – протягом 5 хв). Стартову дозу сульфату магнію розчиняють в 34 мл 0,9% розчину хлориду натрію чи розчині Рингера-Лока.
- Магnezіальну терапію проводять протягом 24-48 годин після пологів, разом із симптоматичним лікуванням. Застосування сульфату магнію під час пологів та у ранньому післяпологовому періоді знижує скоротливу активність матки.

- Для підтримуючої терапії:
- 7,5 г сульфату магнію (30 мл 25% розчину) вводять у флакон, що містить 220 мл 0,9% розчину хлориду натрію чи розчину Рингера-Локка. 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).
- **Критерії закінчення магнезіальної терапії:**
- припинення судом, відсутність симптомів підвищеної збудливості ЦНС, стійке зниження діастолічного артеріального тиску (90-100 мм.рт.ст), нормалізація діурезу (більше 50 мл/год.)

Еклампсія – найтяжча форма пізнього гестозу, яка частіше виникає на тлі прееклампсії.

Клініка – судомні м'язів тіла, які супроводжуються розвитком стану непритомності (кома).

Еклампсія може розвинутись під час:

- Вагітності – 28%
- Пологів – 50%

- Клінічно судомам передують посилення головного болю, погіршення зору, безсоння, неспокій, підвищення артеріального тиску, температура тіла.
- Напади судом тривають 1-2 хв. 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 несприятливий.
- При еклампсії підвищується збудливість центральної нервової системи, тому зовнішні подразники (шум, біль, яскраве світло) призводять до нового нападу.

- Під час нападу можливі крововиливи у головний мозок та інші життєво важливі органи, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, внутрішньоутробна смерть плода, відшарування сітківки ока, гостра ниркова недостатність, гостра серцева та дихальна недостатність.

Періоди еклампсії.

Передсудомний – дрібне посіпування м'язів обличчя, замикання повік, опускання кутів рота. Триває 20-30 сек.

Тонічних судом –судоми м'язів усього тіла – тулуб напружується, дихання припиняється, обличчя синіє, хвора непритомніє.

Клонічних судом – бурхливе хаотичне скорочення м'язів обличчя, тулуба, кінцівок. Потім судоми слабшають, виникає хрипке дихання, з рота виділяється піна, яка внаслідок прикушування язика, забарвлена кров'ю. Триває 20-30 сек.

Розв'язання нападу – судоми припиняються, хвора ще деякий час перебуває у коматозному стані. Притомність повертається поступово, про те що з нею трапилось, хвора не пам'ятає. Тривалість коми різна, іноді декілька год.

Невідкладна медична допомога при еклампсії:

- оцінити стан хворої (з'ясувати скарги, підрахувати А/Т на обох руках, визначити наявність набряків, стан плода);
- негайно викликати машину швидкої допомоги;
- хвора не транспортабельна, лікування починати на місці, розгорнути палату інтенсивної терапії;
- хвору положити на рівну поверхню, на лівий бік, зафіксувати голову;
- відкрити рот, звільнити дихальні шляхи;
- евакуювати вміст з ротової порожнини (ввести роторозширювач, язикотримач);
- якщо збережене спонтанне дихання, ввести повітропровід, почати інгаляцію кисню;



- у разі виникнення повторних судом, зупинці серця, провести ШВЛ та закритий масаж серця;
- паралельно з проведеними заходами провести катетеризації периферичної вени, почати магnezіальну терапію;
- якщо діастолічний тиск залишається на високому рівні (110 мм.рт.ст), проводити гіпотензивну терапію під контролем артеріального тиску;

- артеріальний тиск доводиться до безпечного рівня (не нижче 150/90, - 160/90 мм.рт.ст.).
- провести катетеризацію сечового міхура, ввести постійний катетер, за показанням провести трансназальну катетеризацію шлунка;
- виклик спеціалізованої бригади швидкої допомоги або госпіталізація у стані наркозного сну (фторотан, тіопентал-натрію) тільки після зняття нападу до реанімаційного відділення акушерського стаціонару з попереднім його повідомленням.

Спостереження за жінкою, яка перенесла пreeклампсію/еклампсію, після виписки з пологового стаціонару:

- патронаж на дому;
- консультація профільних спеціалістів (за необхідності);
- комплексне обстеження:
 - загальний аналіз сечі – через 1, 3, 6, 9 і 12 місяців після пологів;
 - загальний аналіз крові – через 1 і 3 місяці;
 - офтальмоскопія – через 1, 3 і 12 місяців;
 - ЕКГ – через 1 місяць, далі – за призначенням терапевта;
 - вимірювання АТ.

- **Профілактика гестозів:**
- Дієта
- Режим
- Вітаміни
- Фітотерапія
- Лікування супутньої патології

- **Реабілітація**
- Нагляд у терапевта .

Рекомендована література

1. Хміль С.В. «Медсестринство в акушерстві», Тернопіль: Укрмедкнига, 2000.
2. А.Громова «Клінічне медсестринство в акушерстві та гінекології» Київ: «Здоров'я», 2004
3. Жученко В.»Акушерство» Київ: «Здоров'я», 1995.
4. Г.Степанковська «Неотложне акушерство» Київ: «Здоров'я», 1994
5. Нормативно – регламентуючі документи.