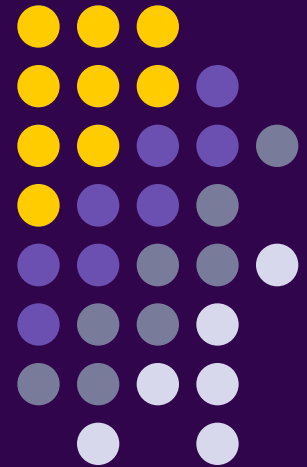




**РАННІ ГЕСТОЗИ. ГІПЕРТОНІЧНІ
РОЗЛАДИ ПРИ ВАГІТНОСТІ.
ПРЕЕКЛАМПСІЯ. ЕКЛАМПСІЯ.**

**Завідувач кафедри акушерства та
гінекології №1**

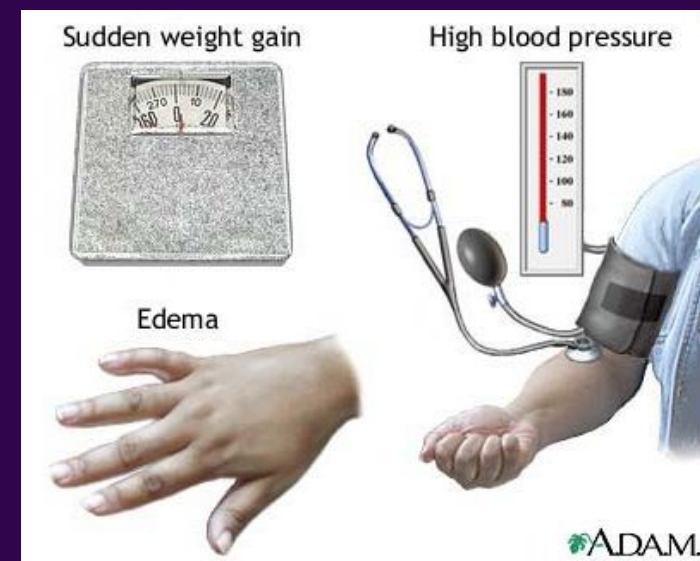
проф. Маланчук Л.М.

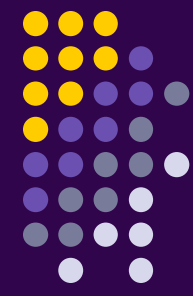


Актуальність

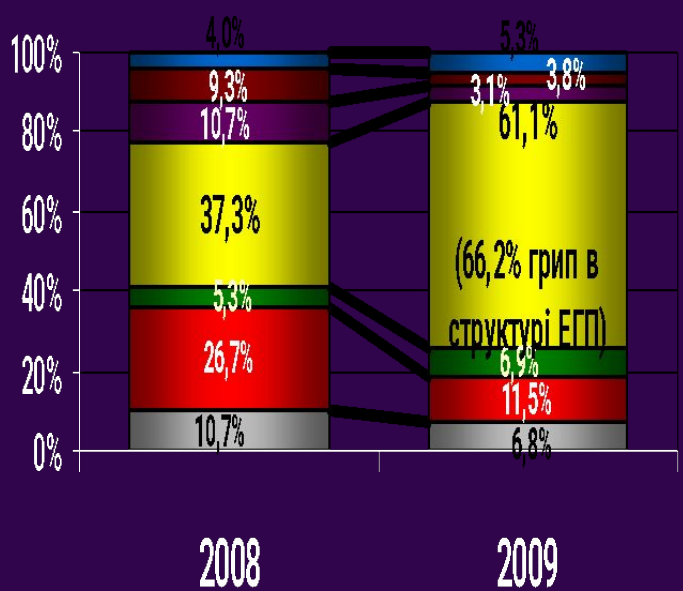


- Гестози, ускладнюючи перебіг вагітності та пологів, є однією з причин материнської та перинатальної захворюваності та смертності.





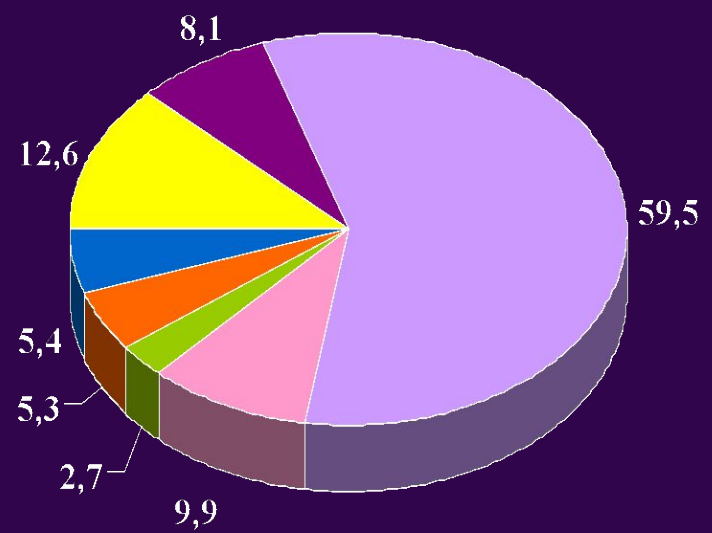
Структура причин материнської смертності



В 2009 році 40,5% складає смертність від грипу в структурі МС

- Емболія навколплідними водами
- Сепсис
- Гестози
- Тромбоемболія
- Кровотечі
- Екстрагенітальна патологія
- Аборти

Структура МС в 2010 році



- кровотечі
- ЕГП
- гестози
- аборт
- тромбо-емболічні ускладнення
- сепсис
- анестезіологічні ускладнення

Структура материнської смертності у 2001-2011 роках



	I місце	II місце	III місце	IV місце	V місце
2000	Кровотечі	сепсис	ЕГП	інші	гестози
2001	інші	Кровотечі	сепсис	ЕГП	гестози
2002	інші	ЕГП	Кровотечі	гестози	сепсис
2003	ЕГП	інші	Кровотечі	сепсис	гестози
2004	інші	ЕГП	Кровотечі	сепсис	гестози
2005	ЕГП	інші	Кровотечі	гестози	сепсис
2006	інші	Кровотечі	ЕГП	сепсис	гестози
2007	ЕГП	Кровотечі	гестози	ТЕЛА	ЕНВ
2008	ЕГП	Кровотечі	ЕНВ	гестози	інші
2009	ЕГП	Кровотечі	сепсис	ЕНВ	ТЕЛА
2010	ЕГП	Кровотечі	Сепсис	ТЕЛА	Аборти
2011	ЕГП	Кровотечі	сепсис	ТЕЛА	гестози

Структура причин МС по Україні за 2012 рік



- 1 місце – ЕГП - 29 випадків (34,9%).
- 2 місце – кровотечі – 19 випадків (22,9%).
- 3 місце – сепсис – 9 випадків (10,8%).
- 4 місце – ТЕЛА + ЕНВ – 15 випадків (18%).
- 5 місце – гестоз – 9 випадків (10,8%).

Ранні гестози (що часто зустрічаються)



- *Блювання вагітних (50-60% випадків);*
- *Гіперсалівація.*



Ранні гестози, які рідко зустрічаються



- **Дерматози** вагітних;
- **Свербіж** вагітних;
- **Жовтяниця** вагітних;
- **Гострий жировий гепатоз** вагітних;
- **Хорея** вагітних;
- **Невропатія і психопатія** вагітних;
- **Бронхіальна астма** вагітних,
остеомаліяція і артропатія вагітних.

Пізній гестоз.



Тріада класичних симптомів:

- набряки,
- протеїнурія,
- артеріальна гіпертензія.



Діагностичні критерії тяжкості пreeклампсії/еклампсії



Діагноз	Діаст. АТ, мм рт.ст.	Протеїн урія, г/доб	Інші ознаки
Пreeклампсія легкого ступеня	90-99	<0,3	—
Пreeклампсія середньої тяжкості	100-109	0,3-5,0	Набряки на обличчі, руках Інколи головний біль

Діагностичні критерії тяжкості пreeклампсії/еклампсії



Діагноз	Діаст. АТ,	Протеїну рія,	Інші ознаки
Тяжка пreeклампсія	≥ 110	> 5	Набряки генералізовані, значні Головний біль Порушення зору Біль в епігастрії або/та правому підребер'ї Гіперрефлексія Олігурія (< 500 мл/доб) Тромбоцитопенія
Еклампсія	≥ 90	$\leq 0,3$	Судомний напад (один чи більше)

Додаткові клініко-лабораторні критерії преєклампсії



Ознаки	Легка преєклампсія	Преєклампсія середньої тяжкості	Тяжка преєклампсія
Сечова кислота, ммоль/л	< 0,35	0,35-0,45	> 0,45
Сечовина, ммоль/л	< 4,5	4,5–8,0	> 8
Креатинін, мкмоль/л	< 75	75–120	> 120 або олігурія
Тромбоцити, $\cdot 10^9$ /л	> 150	80–150	< 80



Легка прееклампсія.

При терміні вагітності до 37 тижнів *можливий нагляд в умовах стаціонару денного перебування.*

- Рекомендовано повноцінне харчування.



Прееклампсія середньої тяжкості.



Госпіталізація в терміні гестації 37 тижнів.





ЛІКУВАННЯ

- *Охоронний режим.*
- *Раціональне харчування.*



ЛІКУВАННЯ



- При діастолічному АТ >100 мм рт.ст. – призначення гіпотензивних препаратів (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).
- При терміні вагітності до 34 тижнів призначають кортикостероїди для **профілактики респіраторного дистрес-синдрому (РДС)** – дексаметазон по 6 мг через 12 год.чотири рази впродовж 2 діб.

Тяжка прееклампсія *Госпіталізація.*



- розродження протягом **24 годин.**
- **Негайні консультації терапевта, невропатолога, окуліста.**
- **Катетеризують** периферичну вену, центральну вену, сечовий міхур.



Первинне лабораторне обстеження:



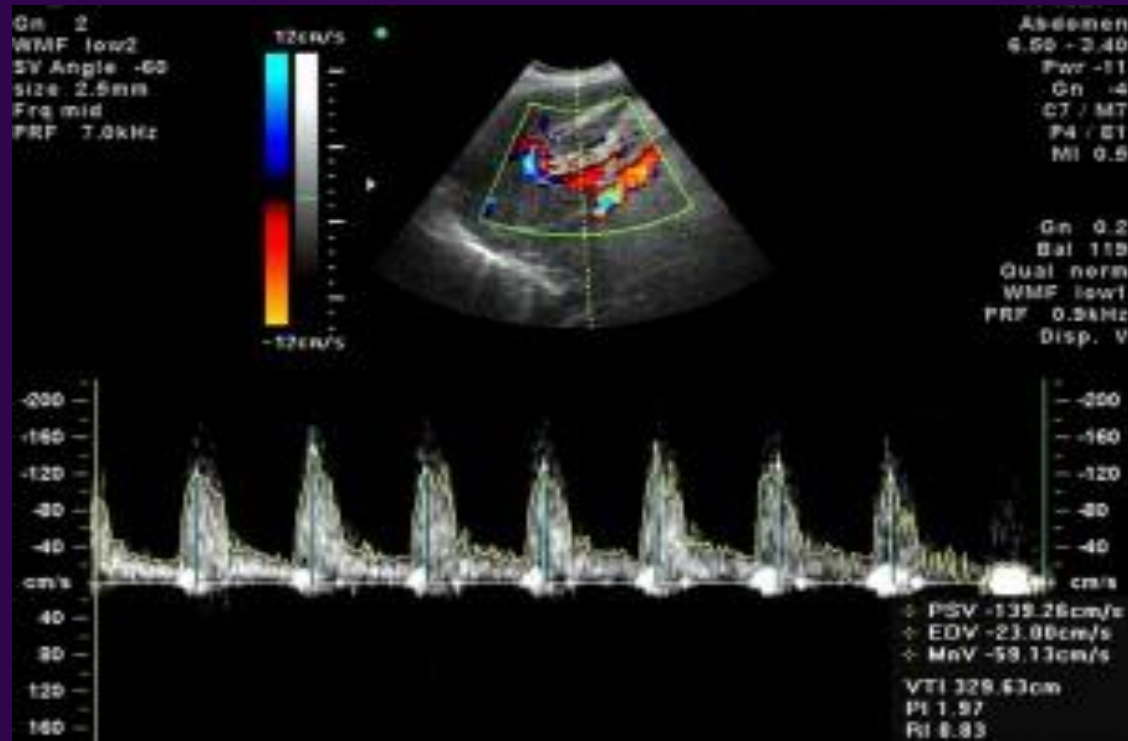
- загальний аналіз крові, гематокрит,
- кількість тромбоцитів, коагулограма,
- АлАТ та АсАТ;
- група крові та резус-фактор (за відсутності);
- загальний аналіз сечі,
- визначення протеїнурії,
- креатиніну, сечовини,
- загальний білок,
- білірубін та його фракції,
- електроліти.





Моніторинг стану плода:

- Аускультация ЧСС.
- Допплерометричний контроль.
- Біофізичний профіль плода.



Антигіпертензивна терапія.



- Слід прагнути довести АТ до безпечного рівня (150/90–160/100 мм рт. ст., не нижче!), який забезпечує збереження адекватного мозкового та плацентарного кровотоку.



Магнезіальна терапія

- Магнезіальна терапія – це болюсне введення 4 г сухої речовини сульфату магнію





Магнезіальна терапія

- Підтримуючу терапія

1 г сухої речовини сульфату магнію на годину.





Тактика ведення

- Активна, з розродженням у найближчі 24 години з моменту встановлення діагнозу.
- ***Вичікувальна тактика в усіх випадках тяжкої прееклампсії не рекомендується.***

Тактика розродження.



За умови готових пологових шляхів проводять амніотомію з наступним призначенням родозбудження окситоцином.

- Розродження проводять з урахуванням акушерської ситуації.
- Перевагу віддають пологам через природні пологові шляхи з адекватним знеболенням (регіональна анестезія).

За умов неготової шийки матки та відсутності ефекту від підготовки простагландинами,

- або у разі прогресування гіпертензії,
- загрози судомного нападу,
- погіршення стану плода
- розродження проводять шляхом операції **кесаревого розтину.**

Еклампсія.



Про *високий ризик* розвитку еклампсії свідчать:

- сильний біль голови,
- висока гіпертензія (діастолічний АТ > 120 мм рт. ст.),
- нудота, блювання,
- порушення зору,
- біль у правому підребер'ї та/або епігастральній ділянці.

Завдання інтенсивної терапії після ліквідації судом



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

Оксигенотерапія



Допомога при розвитку приступу еклампсії.



- Усі маніпуляції (катетеризація вен, сечового міхура, акушерські маніпуляції) проводять під загальною анестезією тіопенталом-натрієм
- Проводять антигіпертензивну терапію.

HELLP-синдром



- **HELLP-синдром** – тяжка клінічна форма гестозу (**hemolysis** - мікроангіопатична гемолітична анемія; **elevatijn of liver enzymes** - підвищена концентрація ферментів печінки в плазмі крові; **low platelet count**- зниження рівня тромбоцитів).

Захворювання частіше (59%) виникає під час вагітності - в терміні 35 тижнів.

В 10% випадків в терміні менше 27 тижнів, а в 31% — в перший тиждень після пологів.

HELLP- синдром



- Біль, нудота, блювота.



Діагностика HELLP-синдрому



- Для раннього виявлення субкапсулярної гематоми показана сонографія верхньої частини живота.



HELLP-синдром



- При зрілій шийці матки і відсутності протипоказань до самостійних пологів екстрене родорозрішення проводиться через природні пологові шляхи,
- при неготовності пологових шляхів проводять кесарів розтин.
- В подальшому пацієнтки потребують інтенсивної терапії, яка включає введення глюкокортикоїдних препаратів (не менше 1 г преднізолону на добу), введення імуноглобулінів, генатопротекторних речовин.



ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!

