**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

**факультет** медичний № 2

**кафедра** акушерства і гінекології № 3

**не опорна**

**адреса** вул. В. Кучера, 7

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ДИСЦИПЛІНИ**

**«АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»**

**За темою «Ранні гетози. Гіпертензивні розлади при вагітності. Прееклампсія. Еклампсія».**

**за спеціальністю 222 «МЕДИЦИНА»**

**за навчальним планом підготовки фахівців другого (МАГІСТЕРСЬКОГО)**

**рівня галузі знань 22 «Охорона здоров’я» у вищих навчальних закладах**

**ІV рівня акредитації**

**ДЛЯ СТУДЕНТІВ V КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №2**

**ТА ФАКУЛЬТЕТУ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН**

**Затверджено**

На методичній нараді кафедри

акушерства і гінекології №3

протокол № 1 від 30.08.2023 р.

**Завідувач кафедри**

**акушерства і гінекології №3,**

**д.мед.н., професор Бенюк В.О.**

**КИЇВ 2023-2024**

**УДК 618 (072)**

***Методична вказівка для студентів V курсу медичного факультету №2 та факультету підготовки іноземних громадян* *з акушерства та гінекології***

**Авторський колектив:**

***Професор, д.мед.н., завідувач кафедри акушерства і гінекології № 3 Бенюк В.О.***

***Професор, д.мед.н. Диндар О.А.***

***Професор, д.мед.н. Іванюта С.О.***

***Професор, д.мед.н. Гінзбург В.Г.***

***Професор, д.мед.н. Гончаренко В.М.***

***Доцент, к.мед.н. Усевич І.А.***

***Доцент, к.мед.н. Бенюк С.В.***

***Доцент, к.мед.н. Друпп Ю.Г.***

***Доцент, к.мед.н. Ковалюк Т.В.***

***Доцент, к.мед.н. Ластовецька Л.Д.***

***Доцент, к.мед.н. Майданник І.В.***

***Доцент, к.мед.н. Никонюк Т.Р.***

***Доцент, к.мед.н. Гичка Н.М.***

***Доцент, д.мед.н. Манжула Л.В.***

***Доцент, к.мед.н. Вигівська Л.М.***

***Асистент, к.мед.н. Курочка В.В.***

***Асистент, к.мед.н. Олешко В.Ф.***

***Асистент, к.мед.н. Щерба О.А.***

***Асистент Чеботарьова А.С.***

***Асистент, к.мед.н. Бала О.О.***

***Асистент Фурса-Совгіра Т.М.***

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № 1 від 30.08.2023 року**

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № \_\_ від \_\_.\_\_.20\_\_ року**

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № \_\_ від \_\_.\_\_.20\_\_ року**

**Тема. Ранні гетози. Гіпертензивні розлади при вагітності. Прееклампсія. Еклампсія.**

**І. Актуальність теми**

Актуальність проблеми обумовлена високою частотою гестозів, яка не має тенденції до зниження (від 1,5 до 23,3% усіх вагітностей), відсутністю єдиної точки зору на патогенез, лікування і профілактику цієї акушерської патології. Нудота і блювання спостерігається майже у 80% вагітних. Гіпертонічні розлади при вагітності (прееклампсія) – загальна назва станів, викликаних вагітністю, які характеризуються розвитком гіпертензії з протеїнурією чи набряками, або тим і іншим, а при тяжких формах - набряком мозку і судомами, що проявляються переважно у другій половині вагітності або протягом першого тижня після пологів, і визначають структуру материнської та перинатальної смертності.

Частота вагітностей і пологів, ускладнених гіпертонічними розладами другої половини вагітності, в Україні коливається від 10 до 15%. Існує очевидна тенденція до збільшення частоти важких форм гестозів, що суттєво впливає на показники материнської та перинатальної смертності.

З часу затвердження принципів доказової медицини підходи до класифікації, діагностики, тактики ведення та лікування гіпертензивних розладів у вагітних, зокрема прееклампсії, істотно переглянуто.

**ІІ. Навчальні цілі**

**Для формування вмінь студент повинен *знати*:**

1. Визначення поняття «ранній гестоз».
2. Класифікацію ранніх гестозів.
3. Сучасні погляди на етіологію та патогенез ранніх гестозів.
4. Клініку ранніх гестозів.
5. Методи діагностики ранніх гестозів.
6. Диференціальну діагностику ранніх гестозів з екстрегенітальними захворюваннями.
7. Основні принципи і методи лікування ранніх гестозів.
8. Підходи до профілактики ускладнень та реабілітації при ранніх гестозах.
9. Термінологію, класифікацію прееклампсії.
10. Етіологію, патогенез прееклампсії.
11. Фактори ризику щодо виникнення прееклампсії.
12. Методи діагностики і оцінки ступеня тяжкості прееклампсії.
13. Клініку прееклампсії різного ступеня тяжкості.
14. Методи лікування різних форм прееклампсії.
15. Ускладнення прееклампсії.
16. Акушерську тактику при різних ступенях тяжкості прееклампсії.
17. Клініку, діагностику, лікування, акушерську тактику при еклампсії.
18. Методи профілактики прееклампсії, еклампсії.
19. Діагностику і особливості клінічних проявів рідкісних форм гестозів.
20. Методи лікування і профілактики рідкісних форм гестозів.

**У результаті проведеного заняття студент повинен *вміти:***

1. Виявляти і оцінювати фактори ризику розвитку ранніх гестозів.
2. Проводити діагностику ранніх гестозів.
3. Об'єктивно оцінювати ступінь тяжкості гестозу.
4. Виконувати необхідні скринінгові методи обстеження вагітних.
5. Призначати додаткові методи обстеження вагітних, інтерпретувати їх.
6. Складати план лікування вагітних з раннім гестозом.
7. Проводити профілактику ускладнень та реабілітацію вагітних при ранніх гестозах.
8. Оцінювати фактори ризику розвитку прееклампсії.
9. Проводити діагностику прегестозів.
10. Визначати ступінь тяжкості прееклампсії.
11. Розробляти оптимальний план динамічного спостереження вагітних із групи ризику виникнення прееклампсії.
12. Призначати лікування вагітним з прееклампсією різного ступеня тяжкості, включаючи еклампсію, з рідкісними формами гестозів.
13. Складати план розродження вагітної з прееклампсією, еклампсією.
14. Призначати профілактичні заходи розвитку прееклампсії.
15. Проводити медичну реабілітацію жінок, які перенесли прееклампсію, еклампсію.

**ІІІ. Вихідні і базові знання**

1. Діагностика вагітності в ранні та пізні терміни (можливі, вірогідні та достовірні ознаки вагітності).
2. Проведення загального і спецального огляду вагітної. Визначення терміну вагітності і передбачуваних пологів, маси плода.Оцінка стану плода.
3. Особливості гемоциркуляторних та адаптаційних змін в організмі вагітної. Механізми центральної і місцевої регуляції гемодинаміки.
4. Механізми регуляції водно-електролітного, вуглеводного, ліпідного, білкового обмінів, кислотно-лужного стану.
5. Механізми розвитку набрякового синдрому, види і ступені коагулопатій, ДВЗ-синдром.
6. Особливості перебігу раннього неонатального періоду у доношених новонароджених. Принципи надання медичної допомоги недоношеним новонародженим.

**ІV. Зміст теми**

## 1. Ранні гестози

Перш за все слід зазначити, що поняття «ранні гестози» існує тільки в практиці акушерів - гінекологів країн СНД. В акушерській практиці зарубіжних країн такого поняття не існує, тобто ці стани розцінюються як «малі» ускладнення вагітності або «неприємні симптоми при вагітності». Але в МКХ-10, розділ ХV, рубрика О21 включає блювання різного ступеня тяжкості при вагітності, а рубрики О26 та О28 передбачують інші стани, пов’язані з вагітністю. Вважається за доцільне розглядати в окремому розділі особливі стани вагітності під рубрикою «ранні гестози».

Вказану патологію вагітності поділяють на дві групи (за клінічним перебігом):

1. Ранні гестози, що часто зустрічаються - блювання вагітних і птіалізм.
2. Ранні гестози, що рідко зустрічаються – дерматози вагітних, холестатичний гепатоз вагітних, гострий жировий гепатоз вагітних, хорея вагітних, остеомаляція при вагітності.

**Етіологія і патогенез ранніх гестозів**

Для пояснення причин виникнення ранніх гестозів запропоновано багато теорій (токсемічна, алергічна, ендокринна, нейрогенна, психогенна, імунна та ін.).

В сучасних теоріях ранні гестози розглядають як наслідок порушень нейро-вегетативно-імунно-ендокринно-обмінної регуляції, в якій провідну роль відіграє функціональний стан ЦНС.

Тривала надмірна імпульсація з боку плідного яйця викликає надмірне подразнення трофотропних ділянок гіпоталамуса, стовбура мозку та утворень, які приймають участь в регуляції вегетативних функцій і гальмуванні нервових процесів в корі головного мозку. Як наслідок - переважання процесів збудження в стовбурі мозку (зокрема, блювотного центру).

**Фактори ризику виникнення ранніх гестозів**

* Вроджена або набута недостатність системи нейроендокринної регуляції адаптаційних реакцій (гіпоксія, інфекції, інтоксикації, порушення режиму в дитячому та підлітковому віці тощо).
* Екстрагенітальні захворювання.
* Порушення функції нервової системи, стресові ситуації.
* Перенесені захворювання статевих органів, які можуть бути причиною змін в рецепторному апараті матки і виникнення патологічної імпульсації до ЦНС.

**1.1. Блювання вагітних**

Блювання вагітних (emesis gravidarum) являє собою складний клінічний синдром. Акт блювання — один із проявів захворювання, при якому розвиваються диспепсичні, моторні, секреторні, чутливі, судинні та інші розлади. Блювання вагітних виникає внаслідок порушень функціональног стану головного мозку і нейроендокринної регуляції всіх видів обміну речовин. Якщо блювання є тривалим, то на тлі прогресивної втрати рідини й виснаження настають зміни реологічних властивостей крові, зниження запасів глікогену, посилення розщеплення жирів, накопичення в крові недоокиснених продуктів обміну жирів. Усе це спричинює ацидоз, появу в сечі ацетону, гіповітаміноз, порушення функцій надниркових залоз та підшлункової залози, зниження АТ, тахікардію, субфебрілітет. Виникнення цих станів пов’язують переважно з підвищенням рівня людського хоріонічного гонадотропіну (ХГЛ) бета.

*За ступенем тяжкості розрізняють* блювання вагітних легке (до 5 разів на добу), помірне (від 5 до 10 разів) і надмірне або тяжке блювання вагітних (hyperemesis gravidarum) з порушенням обміну речовин (більше 10 разів на добу). Слід відмітити, що у 50% вагітних в ранніх строках спостерігається "ранкове блювання", яке не має патологічного характеру і не потребує медикаментозної корекції.

При визначенні тяжкості захворювання визначають *клінічні прояви*: загальний стан вагітної, сухість шкіри, жовтяничність склер та шкіри, наявність або відсутність апетиту, салівацію, нудоту, частоту блювання та його інтенсивність, криву зниження маси тіла, ступінь зневоднення, пульс, артеріальний тиск, субфебрильну температуру, діурез. Оцінка ступеню тяжкості блювання вагітних включає в себе і результати лабораторних досліджень: питому вагу сечі, наявність кетонурії, наявність ацетону в сечі, рівні білірубіну, креатініну в крові.

Для *діагностики* та контролю ефективності лікування проводять наступні дослідження:

* + контроль маси тіла;
  + контроль діурезу;
  + динаміку АТ;
  + визначення гематокриту та гемоглобіну;
  + дослідження сечі (питома вага, ацетон, кетонові тіла, білок);
  + біохімічне дослідження крові (білірубін і його фракції, печінкові фермент, креатінін);
  + визначення рівня електролітів в крові (K, Na, Cl);
  + визначення кислотно-лужного стану крові (КЛС).

*Диференціальний діагноз* блювання вагітних потрібно проводити з наступними захворюваннями: харчова токсикоінфекція, гастрит, панкреатит, пієлонефрит, жовчнокам’яна хвороба, вірусний гепатит, апендицит, менінгіт, пухлини мозку, тощо.

*Лікування блювання вагітних*

Велика кількість рекомендованих засобів лікування відображають більшість теорій, що пояснюють причини розвитку блювання вагітних. Але неконтрольоване застосування цих засобів лікування ранніх гестозів в деяких випадках може бути шкідливим, зважаючи на те, що в ранніх термінах вагітності відбувається ембріогенез.

При *легкому ступені* блювання нормалізація режиму вагітної жінки інколи дозволяє уникнути госпіталізації в стаціонар. Рекомендується корекція харчового раціону: дробове (5-6 разів на добу), збалансоване харчування, часте вживання рідини, вітамінотерапія. Хворим призначають легку їжу, яка добре засвоюється (сухарі, пюре, чай, какао, каву, нежирне м'ясо, рибу, яйця, вершкове масло та ін.). Приймати її слід лежачи, часто і малими порціями, бажано в охолодженому вигляді.

Можуть бути застосовані нетрадиційні методи впливу: голкорефлексотерапія, гіпноз, центральна електроаналгезія, гомеопатична терапія та інші. В рандомізованих дослідженнях доведена ефективність акупресінга на зону Найгуан (Р6) в ділянці зап’ястя.

У разі блювання вагітних *помірного та тяжкого ступенів* показана госпіталізація і призначення медикаментозного лікування.

3 метою ліквідації гіпопротеінемії і зневоднення доцільне внутрішньовенне крапельне введення білкових препаратів (плазми), розчину Рінгера-Локка, «Дисоль», «Трисоль», ізотонічного розчину натрія хлориду, реосорбілакту, вітаміни групи В. Взагалі всі інфузії проводять тільки за показаннями залежно від показників лабораторних досліджень. Кількість рідини визначається станом водного балансу.

**За рекомендацією Королівського коледжу акушерів і гінекологів (RCOG) Великобританії** (2016 р.) можна застосовувати засоби антиеметичної терапії, які включають антагоністи рецепторів гістаміну Н1, фенотіазіни, антагоністи дофаміну:

**Перша лінія:**

- циклізин 50 мг усередину, в/м чи в/в кожні 8 годин; прохлорперазин 5-10 мг усередину кожні 6-8 годин або 12,5 мг в/м чи в/в кожні 8 годин, або 25 мг на день ректально; прометазин 12,5 мг усередину кожні 4-8 годин, в/м, в/в чи ректально; аміназин 10-25 мг усередину кожні 4-6 годин або 50-100 мг кожні 6-8 годин ректально.

**Друга лінія:**

- метоклопрамід 5-10 мг усередину кожні 8 годин. в/м або в/в (максимальна тривалість лікування 5 днів); домперидон 10 мг усередину кожні 8 годин, 30-60 мг кожні 8 годин ректально; ондасетрон 4-8 мг усередину кожні 6-8 годин, 8 мг протягом 15 хв. Кожні 12 годин в/в.

**Третя лінія:**

- кортикостероїди: гідрокортизон 100 мг двічі на добу і тільки-но відбудеться клінічне покращення, він замінюється пероральним прийомом преднізолону 40-50 мг на добу, при цьому доза поступово знижується до найнижчої підтримуючої дози, що дозволяє контролювать симптоми.

*Ускладнення:* надмірне блювання може призводити до зневоднення, виснаження, синдрому Мелорі-Вейса (розрив слизової оболонки шлунка). У ряді випадків доводиться достроково переривати вагітність в інтересах матері. Показанням до цього є відсутність ефекту від лікування протягом 7— 10 днів, загрозливі стани життю матері, стійка тахікардія, гарячкові стани, прогресуюча протеїнурія і циліндрурія, наявність жовтяниці та ацетону в сечі.

Профілактикою ранніх гестозів вагітних є своєчасне виявлення жінок з ризиком щодо розвитку раннього гестозу, їх оздоровлення, лікування супутньої патології, рання постановка на облік по вагітності.

**1.2. Слинотеча вагітних**

Слинотеча (ptyalismus) спостерігається при блюванні, а іноді буває і самостійним проявом гестозу. Кількість слини при гіперсолівації може сягати 1,0л назовні за добу. Слинотеча не спричиняє тяжких порушень в організмі, але пригнічує психіку хворих, викликає мацерацію шкіри і слизової оболонки губ. При слинотечі проводять аналогічне лікування, як при блюванні. Іноді з метою зменшення секреції слинних залоз призначають внутрішньом'язове введення атропіну по 0,5 мл 0,1% розчину 2 рази на добу. До­цільне полоскання порожнини рота настоєм шалфею, м’яти, ромашки, кори дуба та іншими засобами, що мають в'яжучі властивості. Переривання вагітності ця патологія не потребує.

Профілактика раннього гестозу полягає в лікуванні хронічних екстрагенітальних захворювань до вагітності, забезпеченні психоемоційного спокою вагітної, зменшенні впливу несприятливих чинників навколишнього середовища.

Вагітні з раннім гестозом, особливо з його рецидивами, становлять групу ризику акушерської й перинатальної патології (невиношування вагітності, прееклампсії, гіпотрофія плода).

**2.**

* 1. **Прееклампсія**

В Україні існувала різна термінологія стосовно даної патології. До цього часу застосовували термін – пізні гестози, який можна вважати застарілим. Сучасними термінами є – прееклампсія, гіпертонічні розлади при вагітності. Гіпертензія під час вагітності визначається, коли сАТ ≥ 140 мм рт.ст. та дАТ ≥ 90 мм рт.ст. при двохкратному вимірі з інтервалом більше ніж 4 години АБО сАТ ≥ 160 мм рт.ст. та дАТ ≥ 110 мм рт.ст., при однократному вимірюванні. Гіпертензія під час вагітності зустрічається у жінок з раніше існуючою первинною або вторинною хронічною артеріальною гіпертензією, а також у вагітних жінок, які мають маніфестацію гіпертензії в другій половині ґестації. Відповідно до чинного Наказу МОЗ України № 151 від 24.01.22 р. і Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги використовується наступна термінологія:

**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 після 6 тижнів (42 доби післяпологового періоду).

**Ґестаційна гіпертензія (ГГ)** - артеріальна гіпертензія, яка виникла після 20 тижнів вагітності без патологічної протеїнурії чи інших органних порушень, АТ нормалізується протягом 6 тижнів післяпологового періоду. Ґестаційна гіпертензія може перейти в прееклампсію, тому вимагає відповідного моніторування.

**Поєднана прееклампсія** – артеріальна гіпертензія, яка виникла до вагітності або до 20 тижнів вагітності + протеїнурія АБО прогресування гіпертензії на ≥ 30/15 мм рт. ст. при тому самому об’ємі медикаментозного лікування у другій половині вагітності АБО органні порушення.

**Рання прееклампсія** – прееклампсія, що розвинулась до 34 тижнів вагітності.

**Пізня прееклампсія** – прееклампсія, що розвинулась після 34 тижнів вагітності.

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

**Тяжка прееклампсія визначається як тяжка гіпертензія** (сАТ ≥ 160 або дАТ ≥ 110 мм рт. ст.) + протеїнурія АБО гіпертензія будь-якого ступеня + однин чи більше з наступних симптомів: сильний головний біль; порушення зору; набряк диска зорового нерва; біль в епігастральній ділянці нудота, блювання; біль у правому підребер’ї або болючість при пальпації печінки; підвищені сухожилкові рефлекси; генералізовані набряки; олігоурія (діурез < 0,5 мл/кг/год); кількість тромбоцитів нижче 100 x 109/л; підвищення рівня трансаміназ (АсАТ та/або АлАТ > 70 МО/л); затримка росту плода.

**Еклампсія** – один чи більше судомний напад, у хворої з прееклампсією.

**HELLP-синдром** – гемоліз еритроцитів, підвищення активності печінкових ферментів та тромбоцитопенія.

**Протеїнурія** є проявом порушення функції нирок, при якому визначається ≥ 300 мг білка в добовій порції сечі, або білок ≥ 0,3 г/л у разовій порції двічі, або співвідношення у сечі протеїн (мг) / креатинін (ммоль) ≥ 30.

**Набряки.** Діагностично значущими є генералізовані набряки або такі, що виникли раптово. Помірні набряки спостерігаються у 50-80% вагітних з фізіологічним перебігом вагітності.

Гіпертензивні розлади під час вагітності за даними Європейського кардіологічного товариства є найпоширенішими медичними ускладненнями, які спостерігаються у 5–10% вагітностей у всьому світі. Вони залишаються основною причиною захворюваності та смертності матерів, плодів та новонароджених. Ризики для матері включають передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, інсульт, поліорганну недостатність та синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові. Плід має високий ризик затримки росту (25% випадків прееклампсії), недоношеності (27% випадків прееклампсії) та внутрішньоутробної смерті (4% випадків прееклампсії). За даними статистично-аналітичного довідника «Стан здоров’я жіночого населення в Україні за 2020 рік», опублікованого Державним закладом «Центр медичної статистики МОЗ України», згідно даних жіночих консультацій зареєстровано 17 592 випадки вагітностей, ускладнених набряками, протеїнурією та гіпертензивними розладами, що склало 6,4 на 100 вагітностей, у тому числі 5867 випадків прееклампсії, еклампсії, що склало 2,13 на 100 вагітностей, з них 701 випадок важких форм прееклампсії та еклампсії, що склало 0,25 на 100 вагітностей. Однак за даними акушерських стаціонарів кількість випадків ГВР була значно вищою, у 2020 р. зареєстровано 21 004 випадки пологів, ускладнених набряками, протеїнурією та гіпертензивними розладами, що склало 74,57 на 1000 пологів, у тому числі 11 075 випадків прееклампсії, еклампсії, що склало 39,32 на 1000 пологів, з них 1573 випадки тяжких форм прееклампсії та еклампсії, що склало 5,58 на 1000 пологів.

Прееклампсія є симптомокомплексом поліорганної та полісистемної недостатності, що виникає під час вагітності. Прееклампсія не є самостійним захворюванням, це клінічний прояв неспроможності адаптаційних механізмів материнського організму адекватно забезпечити потреби плода, що розвивається. Реалізується ця неспроможність через різноманітний ступінь виразності перфузійно-дифузійної недостатності в системі мати -плацента - плід.

**Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»**

Набряк, протеїнурія та гіпертензія під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді (O10-O16):

O10 Раніше існуюча гіпертензія, що ускладнює вагітність, пологи та післяпологовий період

O11 Преклампсія, на фоні хронічної гіпертензії

O12 Гестаційний [зумовлений вагітністю] набряк та протеїнурія без гіпертензії

O12.0 Гестаційний набряк

O12.1 Гестаційна протеїнурія

O12.2 Гестаційний набряк з протеїнурією O13 Гестаційна [зумовлена вагітністю] гіпертензія

O14 Прееклампсія O14.0

Прееклампсія легкої або середньої тяжкості

O14.1 Важка прееклампсія

O14.2 HELLP синдром

O14.9 Прееклампсія, неуточнена

O15 Еклампсія

O15.0 Еклампсія під час вагітності

O15.1 Еклампсія під час пологів

O15.2 Еклампсія в післяпологовому періоді

O15.9 Еклампсія, не уточнена щодо проміжку часу, коли виникла

O16 Неуточнена материнська гіпертензія.

Прееклампсія, що перебігає без набряків, визнана небезпечнішою для матері та плода, ніж прееклампсія з набряками.

**Класифікація прееклампсії**

МКХ-10: О13–О15

Легка прееклампсія або гестаційна гіпертензія без значної протеїнурії

Прееклампсія середньої тяжкості

Тяжка прееклампсія

Прееклампсія неуточнена

Еклампсія

Еклампсія під час вагітності

Еклампсія під час пологів

Еклампсія в післяпологовому періоді

Еклампсія неуточнена за терміном

**Етіопатогенез прееклампсії**

Нараховується близько 30 різноманітних теорій. Серед причин прееклампсії, особливо тяжких форм, провідне місце належить екстрагенітальній па­тології, аутоімунним порушенням, ендокринним захворюванням. Різноманітність теорій патогенезу прееклампсії свідчить про те, що жодна із них не відображає його повністю.

Важлива роль у розвитку прееклампсії належить:

1) недостатності спіральних артеріол матки, яка спричиняє порушення плацентарного кровообігу;

2) дисфункції ендотелію судин, пов'язаної з аутоімунним порушенням, викликаним вагітністю.

*Зміни в органах, характерні для прееклампсії*:

1. В серцево-судинній системі: генералізований вазоспазм, підвищення периферичного опору судин, гіповолемія.
2. Гематологічні зміни: активація тромбоцитів, що супроводжується коагулопатією споживання, зниження обсягу плазми, підвищення в′язкості крові, гемоконцентрація.
3. В нирках: протеїнурія, зниження швидкості клубочкової фільтрації, зниження екскреції сечової кислоти.
4. В печінці: перипортальні некрози, субкапсулярна гематома.
5. В ЦНС: набряк головного мозку, внутрішньочерепні крововиливи.

**Чинники ризику розвинення прееклампсії**

1. Екстрагенітальна патологія: захворювання нирок, печінки, гіпертонічна хвороба, хронічні захворювання легенів та бронхів, вади серця, цукровий діабет, ожиріння та інші прояви ен­докринопатії.

2. Акушерсько-гінекологічні фактори ризику:

- наявність гіпертонічних розладів у спадковому анамнезі;

- наявність прееклампсії при попередній вагітності;

- вік вагітної (менше 19, більше 30 років);

- багатоводдя, багатопліддя;

- анемія вагітної;

- ізосенсибілізація за Rh-фактором та АВ0-системою;

3. Соціально-побутові чинники:

- шкідливі звички;

- професійні шкідливості;

- незбалансоване харчування.

Знання чинників ризику розвинення прееклампсії та їх виявлення дозволить своєчасно формувати групи ризику щодо виникнення преекламсії.

**Клінічні прояви**

Класична тріада симптомів прееклампсії (набряки, протеїнурія, гіпертонія), описана у 1913 році німецьким акушером Цангемейстром.

Головний біль, порушення зору, біль в епігастрії та правому підребер′ї є клінічними проявами тяжких форм прееклампсії.

**Діагностика**

Діагноз прееклампсії є правомірним у терміні більше 20 тижнів гестації за наявності AT більше 140/90 мм рт. ст. або у разі підвищення діастолічного AT на 15% від вихідного в І триместрі вагітності з наявністю протеїнурії (білок у добовій сечі більше 0,3 г/л) і генералізованих набряків (збільшення маси тіла вагітної більше 900,0 г за тиждень чи 3 кг за місяць).

Діагноз "прееклампсія" встановлюють за наявності гіпертензій у поєднанні з протеїнурією або генералізованими набряками або за наявності всіх трьох ознак.

На даний час розрізняють "чисті" і "поєднані" форми ПГВ. Поєднаний гестоз розвивається на тлі екстрагенітальних захворювань.

Для поєднаних форм гестозів ставлять діагноз гестозу залежно від проявів і ступеня тяжкості, а потім додають фразу "на тлі" якоїсь екстрагенітальної патології.

З метою моніторінгу стану вагітних з групи ризику щодо розвитку прееклампсії необхідно проводити скринінгові тести діагностики до клінічних стадій прееклампсії - прегестозу-комплексу патологічних змін в організмі вагітної, який безпосередньо передує клінічній картині прееклампсії:

* контроль маси тіла – щотижневе збільшення маси тіла більш ніж на 400г, що свідчить про наявність прихованих набряків;
* збільшення обводу гомілковостопного суглоба більш ніж на 1 см упродовж тижня;
* позитивний симптом «кільця»;
* проба Мак Клюра – Олдрича – у передпліччя чи гомілку внутрішньошкірно вводять 0,2 мл фізіологічного розчину і реєструють час - у нормі розсмоктується пухир близько 60 хв., при схильності до набряків папула зникає менш ніж за 40 хв.;
* підвищення нічного діурезу більш ніж на 75 мл, та зниження добового діурезу більш ніж на 150 мл свідчить про схильність до утворення набряків;
* зменшення пульсового артеріального тиску (ПАТ) (ПАТ = АТ систолічний – АТ діастолічний) до 30 мм рт. ст.;
* збільшення АТ на 30-40% порівняно з початковим рівнем;
* збільшення середнього артеріального тиску (САТ) на 10-20 мм рт ст..

АТ систолічний + 2АТ діастолічних

САТ = ----------------------------------------------------------- ;

3

* зменшення кількості тромбоцитів на 10-15%. Критичний рівень – 180 × 109/л.
* підвищення рівня агрегації тромбоцитів на 15 – 20%;
* гіперкоагуляція периферичної крові, що виявляється скороченням часу Лі-Уайта (норма 6-8 хвилин);
* визначення Hb та Ht в динаміці – підвищення на 15-20%;
* при проведенні капіляроскопії нігтьового ложа, щілинною лампою ЩЛ-56 спостерігається периваскулярний набряк, ущільнення судинної сітки, звивистість капілярів, поява зернистого чи «штрих-пунктирного» кровотоку у функціонуючих капілярах, а також відмічаються явища агрегації еритроцитів у венулах дрібного і середнього калібру.

Проводиться дослідження сечі на вміст білка, бактеріоскопічне дослідження сечі 1 раз на 3 тижні в першій половині вагітності і 1 раз на 2 тижні з 20 до 28 тижня та щотижнево після 28 тижня.

ЕТАПИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

**Клінічний супровід вагітних жінок із хронічною артеріальною гіпертензією (ХАГ)**

1. *Консультація до вагітності.* Прийом інгібіторів АПФ та блокаторів рецепторів ангіотензину (БРА) слід припинити при плануванні вагітності або відразу після встановлення діагнозу «вагітність». Жінкам, які приймають інгібітори АПФ або БРА, необхідно повідомити, що є підвищений ризик вроджених вад, якщо приймати вказані препарати під час вагітності.

2. *Допологовий нагляд вагітних з ХАГ.* Вагітні жінки із ХАГ мають бути оцінені на предмет протеїнурії. Значуща протеїнурія визначається при рівні протеїну>0,3 г/добу в повній порції сечі за 24 год. або 0,3 г/л двічі через 6 годин. Визначення співвідношення протеїн/креатинін для кількісної оцінки рівня протеїнурії у вагітних (за 24 год. ≥ 30 мг/ммоль) рекомендується, коли є підозра на розвиток прееклампсії. Питання щодо пролонгування вагітності при ХАГ вирішується спільно лікарем акушером-гінекологом та лікарем-терапевтом (лікарем-кардіологом) з урахуванням даних обстеження та інформації про перебіг АГ*.*

*3. Антигіпертензивна терапія (АГТ)*. Припинити застосування інгібіторів АПФ та БРА протягом 2 діб з моменту діагностики вагітності. Початкова терапія проводиться одним з доступних антигіпертензивних препаратів: метилдофа, бета-адреноблокатори або ніфедипін. При гіпертонічному кризі перевага надається урапідилу. При резистентній гіпертензії можливе використання клонідину або гліцерилу тринітрату (нітрогліцерин). При проведенні антигіпертензивної терапії слід запобігати надмірному зниженню артеріального тиску (не більше, ніж 25% від максимальних показників АТ). У вагітних жінок з неускладненою ХАГ цільовий рівень АТ має бути 130- 150/80-100 мм рт.ст. Жінкам з ураженням органів-мішеней необхідно пропонувати лікування, що буде утримувати АТ <140/90 мм рт.ст.

4. *Спостереження за станом плода.* У 28, 32 та 36 тижнів проводять: ультразвукову фетометрію, визначають амніотичний індекс + доплерометрію артерій пуповини. Кардіотокографію слід проводити лише за клінічними показаннями. При порушені стану плода, подальшу тактику має вирішувати перинатальний консиліум. У жінок з ХАГ з метою нейропротекції плода в терміни ≤ 31 тижнів +6 діб вводиться магнію сульфат (МС), якщо пологи мають відбутися протягом найближчих 24 годин*.*

*5. Термін розродження.* Вагітні із тяжкою ХАГ повинні народжувати лише у закладах, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу. Жінкам із ХАГ, у яких АТ <160/110 мм рт.ст., з або без антигіпертензивного лікування, не рекомендовано розродження до 37 тижнів вагітності. Для вагітних жінок з неускладненою ХАГ оптимальний термін розродження має бути від 38 + 0 до 39 + 6 тижнів вагітності. За необхідності дострокового розродження (≤ 34 тиж.) рекомендовано провести курс глюкокортикоїдів для профілактики РДС синдрому плода відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров’я.

6*. Спостереження в пологах.* АТ 140/90 - 159/109 мм рт.ст. Продовжити допологову АГТ. АТ повинен вимірюватися щогодини. Якщо АТ стабільний, зазвичай не обмежують тривалість другого періоду пологів. Доцільно проведення епідуральної аналгезії. АТ ≥ 160/110 мм рт.ст. - продовжити допологову АГТ. Додатково урапідил в/в. АТ повинен вимірюватися кожні 15 хвилин до стабілізації стану, а потім кожні 30 хвилин в початковій фазі клінічної оцінки. Якщо АТ контролюється в межах цільового діапазону (140-159/90-109 мм рт. ст.) зазвичай не обмежують тривалість другого періоду пологів. Обов’язкове проведення епідуральної аналгезії. Якщо АТ не коригується АГТ, вирішити питання про оперативне розродження.

7. *Післяпологовий нагляд.* Контроль АТ у жінок з хронічною гіпертензією після пологів: щодня протягом перших двох днів після пологів; щонайменше один раз між 3-ою та 5-ою добами після пологів; за клінічними показаннями, якщо гіпотензивну терапію змінюють після пологів. У жінок з хронічною гіпертензією, після пологів, АТ необхідно підтримувати нижче 140/90 мм рт. Продовжити лікування антигіпертензивними препаратами, що були призначені до пологів, **окрім метилдофи.** Припиняють призначення вказаного препарату протягом 2-ох діб після пологів та призначають каптоприл або еналаприл до закінчення грудного вигодовування. Далі лікування проводять відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров’я з лікування АГ.

**Клінічний супровід вагітних жінок із гестаційною гіпертензією**

1. *Допологовий нагляд вагітних з ГГ.* Жінки із ГГ мають бути оцінені на предмет протеїнурії. Значуща протеїнурія визначається при рівні протеїну > 0,3 г/добу в повній порції сечі за 24 год або 0,3 г/л двічі через 6 годин. Визначення співвідношення протеїн/креатинін для кількісної оцінки рівня протеїнурії у вагітних (за 24 год ≥ 30 мг/ммоль) рекомендується, коли є підозра на розвиток прееклампсії. АТ повинен вимірюватися 2 рази на тиждень. Тест на протеїнурію при кожному відвідуванні. Креатинін, електроліти, ЗАК (тромбоцити), трансамінази, білірубін (при АТ 150/100 -159/109 мм рт.ст.). Не проводити додаткових аналізів крові, якщо немає подальшої протеїнурії. Госпіталізація при АТ ≥ 160/110 мм рт.ст.

2. *Антигіпертензивна терапія.* Початкова терапія може розпочинатись одним з антигіпертензивних препаратів: метилдофа, бета-адреноблокатори, ніфедипін. Друга лінія антигипертензивних препаратів - урапідил. За резистентної гіпертензії можливе використання клонідину або гліцерила тринітрату (нітрогліцерин). Цільовий рівень АТ має бути 120-140/80-90 мм рт.ст.

3. *Спостереження за станом плода.* Ультразвукова фетометрія, амніотичний індекс + допплерометрія артерій пуповини (за показаннями - венозної протоки, середньої мозкової артерії), (якщо планується консервативна тактика), повторювати кожні 2–4 тижні, якщо є клінічні показання (тяжка ГГ- кожні 2 тижня). Кардіотокографія. У жінок із гестаційною гіпертензією кардіотокографію слід проводити лише за клінічними показаннями, якщо жінка із тяжкою ГГ повідомила про зміну кількості рухів плода, вагінальну кровотечу, абдомінальний біль, погіршення стану. Не повторювати більше, ніж раз на тиждень, якщо результати моніторингу плода нормальні. При порушені стану плода, подальшу тактику має вирішувати перинатальний консиліум. У жінок з гестаційної гіпертензією магнія сульфат може бути введений з метою нейропротекції плода в терміни ≤ 31 тижнів + 6 діб, якщо пологи мають відбутися протягом найближчих 24 годин.

4. *Термін розродження.* Вагітні із тяжкою ГГ повинні народжувати лише у закладах, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу. Бажаний термін розродження після 37 тижнів. Спосіб розродження відповідно до акушерської ситуації. За необхідності дострокового розродження (≤ 34 тиж.) рекомендовано провести курс глюкокортикоїдів для профілактики РДС синдрому плода відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров’я.

5. *Спостереження у пологах.* Продовжити допологову АГТ. АТ повинен вимірюватися кожні 15 хвилин до стабілізації стану, а потім кожні 30 хвилин в початковій фазі клінічної оцінки. Якщо АТ контролюється в межах цільових діапазонів, зазвичай не обмежують тривалість другого періоду пологів. Якщо АТ не коригується АГТ, вирішити питання про оперативне розродження.

6. *Післяпологовий нагляд*. Контроль АТ у жінок з ГГ, після пологів: щодня протягом перших двох днів після пологів; щонайменше один раз між 3-ою та 5-ою добами після пологів; за клінічними показаннями, якщо гіпотензивну терапію змінюють після пологів. Після пологів АТ необхідно підтримувати на рівні <140/90 мм рт. ст. Продовжити АГТ, що була призначена до пологів. Якщо не було допологової АГТ, ропочати гіпотензивну терапію при АТ ≥ 140/90 мм рт. ст. **Якщо жінка приймала метилдофу для лікування ГГ, припиняють призначення вказаного препарату протягом 2-ох діб після пологів** та призначають каптоприл або еналаприл за необхідності, контроль АТ до 42 діб. Якщо АТ знижуєтьсяся до140/90 мм рт.ст., розглянути можливість скасування гіпотензивної терапії.

**Клінічний супровід пацієнток із прееклампсією**

*1.Допологовий нагляд вагітних з ПЕ*.

**Помірна прееклампсія** (АТ 140-159/90-109 мм рт.ст., протеїнурія 0,3 - 3г/доб.). Госпіталізація. *Критерії початку АГТ*: АТ ≥ 150/100 мм рт. ст., за наявності додаткових ознак тяжкості ПЕ початок гіпотензивної терапії при АТ ≥ 140/90 мм рт. ст. Початкова терапія може розпочинатись з одного з препаратів АГТ: метилдофа, бета-адреноблокатор або ніфедипін. Цільовий рівень АТ: сАТ130 -150 мм рт. ст., дАТ 80-95 мм рт.ст. Недоцільно різке зниження АТ (не більш ніж 25% від максимальних показників АТ). АТ повинен вимірюватися 4 рази на добу. Креатинін, електроліти, ЗАК (тромбоцити), трансамінази, білірубін (2-3 рази на тиждень).

**Тяжка прееклампсія** (АТ ≥ 160/110 мм рт.ст., протеїнурія > 3г/доб.) АБО будь яка гіпертензія, що супроводжується одним або декількома з наступних ознак:

- серцева недостатність, набряк легень;

- гіперрефлексія, постійний головний біль, погіршення зору (розмитість або мерехтіння перед очима);

- сироватковий показник креатиніну > 90 мкмоль / л, олігурія < 0,5мл/кг/ год., протеїнурія > 0,3 г/доб. або 0,3 г/л двічі через 6 год;

- тромбоцитопенія <100\*109/л;

- гемоліз: шизоцити або фрагменти еритроцитів;

- ↑ непрямого білірубіну;

- ↑ лактатдегідрогенази > 600мМО/л;

- порушення гемостазу;

- ↑ трансаміназ в сироватці крові удвічі чи більше;

- блювання;

- гострий біль у епігастрії та/або у правому верхньому квадранті.

Госпіталізація до ВРІТ закладу, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу. Розпочати протисудомну терапію (магнію сульфат).

2. *Протисудомна терапія.* Початкова доза: 16 мл 25% розчину (4 г) магнію сульфат + 34 мл 0,9% розчину хлориду натрію ввести протягом 10-15 хв. в/в повільно (бажано з використанням перфузора - шприцевого насосу). Підтримувальна доза:

Варіант 1: за допомогою перфузора 50 мл 25% р-ну магнію сульфату вводять із швидкістю 4 мл (1 г) / год; Варіант 2: введення магнію сульфату в/в крапельно (розчин готують таким чином: 30 мл 25 %-го розчину 7,5 г магнію сульфату вводять до флакону, що містить 220 мл 0,9% розчину хлориду натрію. Отриманий 3,33% розчин магнію сульфату 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.).

3. *Спостереження за станом плода.* У разі вибору консервативного лікування ПЕ рекомендується проведення наступних тестів: ультразвукова фетометрія та оцінка амніотичного індексу; допплерометрія кровоплину в артеріях пуповини (у закладах, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, додатково проводять допплерометрію кровоплину у венозній протоці та середній мозковій артерії). Рекомендовано щоденне проведення КТГ. У жінок із ПЕ кардіотокографію слід повторити за клінічними показаннями: жінка повідомляє про зміну рухів плода, вагінальна кровотечу, біль в животі, погіршення загального стану матері. При порушені стану плода, подальшу тактику має вирішувати перинатальний консиліум. Допологове призначення глюкокортикостероїдів для жінок із ПЕ при терміні вагітності ≤ 34 тижнів для профілактики РДС синдрому плода відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров’я.

4. *Термін та метод розродження при ПЕ.* Для жінок з помірною прееклампсією у терміні гестації 22+0 – 33+6 тижнів рекомендовано обрати вичікувальну тактику, проте лише у медичних закладах, які здатні надати висококваліфіковану медичну допомогу передчасно народженій дитині та забезпечити постійний моніторинг жінки в умовах ВАІТ. При тяжкій ПЕ необхідно вирішити питання про пологи після стабілізації гемодинамічного стану матері, після проведення профілактики РДС плода та транспортування вагітної жінки до закладу, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу (за можливості). 34+0 - 36+6 тижнів: при тяжкій ПЕ показано розродження до 48 годин – в закладі, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, після стабілізації стану вагітної; при помірній ПЕ при стабільному стані плода – консервативна тактика. Розродження жінок з помірною ПЕ після 37 тижнів – упродовж 24-48 годин, після стабілізації гемодинаміки, при забезпеченні цілодобової доступності екстреної допомоги та адекватного моніторингу за станом матері та плода. Розродження жінок з тяжкою ПЕ після 37 тижнів – лише в закладі, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, упродовж 24 годин після стабілізації стану гемодинаміки. Підвищена резистентність в судинах пуповини, вдвічі знижує відсоток успішних вагінальних пологів; при нульовому або реверсивному кровотоці показаний кесарів розтин. Можливість пологів через природні пологові шляхи повинна бути розглянута в усіх випадках ПЕ (включаючи тяжку) за відсутності показань до кесарева розтину, задовільному стані плода. Кінцевий вибір методу розродження повинен ґрунтуватися на аналізі клінічної ситуації, враховувати стан матері, плода, можливості лікувального закладу, досвід лікарів.

5. *Спостереження в пологах.* Продовжити допологову АГТ. АТ слід вимірювати щогодини при помірній ПЕ, при тяжкій – постійний моніторинг. Забезпечити адекватне знеболення пологів. За відсутності протипоказань оптимальним методом знеболення пологів є епідуральна аналгезія. Якщо АТ стабільний, зазвичай не обмежують тривалість другого періоду пологів. Протисудомну терапію та АГТ проводять упродовж усього періоду пологів (у т.ч. під час кесарева розтину), щоб підтримати показники сАТ <160 мм рт. ст. та дАТ <100 мм рт. ст. у жінок з цукровим діабетом, АТ необхідно утримувати на рівні <130/80 мм рт.ст. Профілактика тромбоемболічних ускладнень у післяпологовому періоді має проводитись в жінок з ПЕ, з додатковими факторами ризику. У жінок з тяжкою ПЕ АГТ продовжують в післяпологовому періоді. У жінок без супутніх патологій, АГТ необхідно проводити для утримання АТ <140/90 мм рт. ст. Дози АГТ поступово зменшують, але не раніше, ніж через 48 годин після пологів. Якщо жінка отримувала два чи більше антигіпертензивних препарати – один препарат скасовують. Терапія магнія сульфатом триває не менше 24 годин після пологів або після останнього нападу судом. Лікарські засоби для зниження АТ у жінок, які годують груддю: ніфедипін, бета-адреноблокатори, каптоприл та еналаприл.

**Особливості медичної допомоги при тяжкій прееклампсії**

1. *Контроль інфузії магнію сульфату*. В антенатальному періоді призначення магнію сульфату має супроводжуватися кардіомоніторуванням плода. Введення магнію сульфату не можна переривати тільки на підставі зниження артеріального тиску. Тривалість терапії магнію сульфату - не менше 24 годин. Рішення щодо зміни швидкості введення магнію сульфату (збільшення або зменшення дози) чи припинення терапії магнію сульфату приймають на підставі оцінки показників сироваткового магнію або у разі появи клінічних ознак токсичності магнію сульфату (сплутана свідомість, зниження ЧД до 12 і менше за хв., зниження SpO2 <14/хв.; артеріальна гіпотензія (сАТ <0,5 мл/кг/год., пригнічення колінних рефлексів, розвиток AV-блокади).
2. *Моніторинг стану вагітної під час проведення терапії магнієм сульфату*: вимірювання АТ кожні 20 хв.; підрахунок частоти серцевих скорочень (ЧСС); спостереження за частотою та характером дихання (ЧД має бути ≥ 14 за 1 хв.); визначення концентрації магнію кожні 4-6 годин (терапевтичний діапазон – 3-8 ммоль/л); визначення сатурації O2 ( ≥ 95%); перевірка колінних рефлексів кожні 2 год.; контроль погодинного діурезу (≥ 0,5 мл/кг/год.); аускультація серцебиття плода щогодини, фетальний моніторинг (за показаннями).
3. *Протипоказання до терапії магнієм сульфату:*

- гіпокальціємія ( <1 ммоль/л іонізованого кальцію);

- пригнічення дихального центру (ЧД < 14/хв.);

- артеріальна гіпотензія (сАТ <90 мм рт.ст.);

- кахексія (ІМТ менше 16 кг/м2).

Тільки за неефективності або непереносимості терапії магнієм сульфату та протягом короткого проміжку часу може використовуватися діазепам (10-20мг в/в). Рутинне використання діазепаму в якості протисудомного засобу у пацієнток з ПЕ та еклампсією не рекомендоване. У пацієнток з еклампсією діазепам – це лише допоміжний седативний засіб при проведенні ШВЛ.

Застосування тіопенталу натрію (вища разова доза - 1,0 г, добова - 5,0 г внутрішньовенно) має розглядатися тільки як седація та протисудомна терапія за умови ШВЛ.

*Інфузійна терапія (ІТ) при прееклампсії*

Проведення ІТ не є рутинною практикою при лікуванні прееклампсії. ІТ не повинна застосовуватися для лікування олігурії (<0,5 мл/кг/год). Для лікування стійкої олігурії не рекомендується введення допаміну та фуросеміду. Загальний об’єм рідини обмежується фізіологічною добовою потребою (40-45 мл/кг/добу) з урахуванням введеної та випитої рідини та нефізіологічних втрат (крововтрата тощо), але не більше 80 мл/год або 1мл/кг/год. При проведенні ІТ баланс рідини повинен бути від’ємним. Максимальний об’єм інфузії не повинен перевищувати 800 мл на добу.

У разі необхідності корекції колоїдно-онкотичного тиску (альбумін плазми ≤25 г/л або загальний білок плазми ≤ 50 г/л) показано введення 15-25% альбуміну. Свіжозаморожена плазма не рекомендується для корекції КОТ. Контроль показників центральної гемодинаміки проводити за допомогою ехокардіографії або неінвазивного контролю серцевого викиду (за можливості). Рутинний моніторинг центрального венозного тиску не рекомендується. За необхідності катетеризації центральної вени дану маніпуляцію проводити під контролем ультразвукового дослідження судин.

*Знеболення пологів та кесаревого розтину при ПЕ*

Вибір методу анестезії повинен залежати від досвіду лікаря-анестезіолога. Раннє введення епідурального катетера (за відсутності протипоказань) рекомендується щодо контролю болю під час пологів. Визначення кількості тромбоцитів має бути проведено всім пацієнткам з ПЕ, які поступили для розродження, якщо не проведено раніше. При операції кесаревого розтину у жінок з ПЕ методом вибору є регіонарна (спінальна, епідуральна, спінально-епідуральна) анестезія за відсутності протипоказань.

*Умови для проведення регіонарної анестезії при тяжкій ПЕ та після нападу еклампсії:*

- відсутність судом;

- рівень свідомості 14 -15 балів (шкала Глазго);

- відсутність неврологічного дефіциту;

- контрольований АТ;

- відсутність коагулопатії;

- рівень тромбоцитів ≥ 100\*109/л;

- відсутність ознак гострого порушення стану плода.

При операції кесарева розтину у жінок з еклампсією метод вибору - загальна анестезія. Для індукції використовують тіопентал натрію (4-5 мг/кг). У випадках значної вихідної артеріальної гіпертензії (АТ > 190/130 мм.рт.ст) у вагітних з ПЕ/еклампсією допускається застосування фентанілу 50–100 мкг до народження дитини, а також урапідилу. Міорелаксація забезпечується суксаметонієм (1,5 мг/кг). **Не припиняти введення магнію сульфату під час розродження!** Після операції продовжують введення магнію сульфату зі швидкістю 1-2 г/год. з метою попередження судомного нападу.

**2.2 Еклампсія**

Про високий ризик розвитку еклампсії свідчать: сильний головний біль, висока гіпертензія (діастолічний АТ > 120 мм рт.ст.), нудота, блювання, порушення зору, біль у правому підребер’ї та/або епігастральній ділянці. Еклампсія – складний симптомокомплекс поліорганної недостатності, який полягає в розвитку одного або більше судомних нападів, етіологічно не пов’язаних з іншими патологічними станами (епілепсія, порушення мозкового кровообігу та інш.). Серія судомних нападів, які можуть виникати один за одним через короткі проміжки часу (жінка між ними втрачає свідомість), називають еклампсичним статусом. У проміжках між нападами ровивається період прострації: очні щілини напіввідкриті, погяд байдужий, зіниці широкі, очні яблука дещо відведені вбік, рот напіввідкритий, обличчя бліде, ціанотичне. Раптова втрата свідомості без нападу судом – «coma hepatica». Всі клінічні ознаки свідчать про глибокі патологічні зміни в організмі вагітно, залучення в процес мозкових структур, нерідко внаслідок крововиливу у мозок або його набряку. Напад еклампсії поділяється на 4 періоди. 1 – вступний, супроводжується фібрілярними посмикуваннями мімічної мускулатури, а потім верхніх кінцівок. Погляд в одну точку. Триває 30 секунд. ІІ – виникають тонічні судоми, які поширюються від голови, шиї і верхніх кінцівок на тулуб і нижні кінцівки. Голова відхилена назад, опістотонус, дихання припиняється, пульс майже не визначається, зіниці розширені, ціаноз, язик прикушується (30 секунд). ІІІ – клонічні судоми, які розповсюджуються також зверху донизу (тривають 1,5-2 хвилини). ІV – глибоке переривчасте дихання, з рота піна з домішками крові, відновлюється дихання, пульс. Вагітна приходить до свідомості, після коматозного стану про напад не пам’ятає з приводу амнезії. Про тяжкість стану судять за кількістю нападів, їх тривалістю. Крім того, діагностиці допомагають такі ознаки, як гіпертермія, артеріальна гіпер- або гіпотонія, олігурія, жовтяниця. Причиною смерті безпосередньоо після нападів є параліч дихального центру, гостра серцево-судинна недостатність, зупинка серця, набряк легень, крововилив у мозок, більш пізні – печінкова кома, аспірацій на або гіпостатична пневмонія. Гостра ниркова недостатність,некроз кори надниркових залоз.

*Головні цілі екстреної допомоги*:

- припинення судом;

- відновлення прохідності дихальних шляхів.

*Задачі інтенсивної терапії після ліквідації судом:*

- попередження повторних судомних нападів;

- усунення гіпоксії і ацидозу (дихального та метаболічного);

- профілактика аспіраційного синдрому;

- невідкладне розродження.

**Тактика ведення у разі еклампсії**

Допомогу починають надавати на місці, де стались судоми. **Необхідно:** зафіксувати час та покликати колег на допомогу; захистити жінку від пошкоджень, утримуючи її під час судом; підготувати обладнання (повітроводи, відсмоктувач, маска, мішок Амбу, кисень) та магнію сульфат для болюсного введення. Після судом, за необхідності, електровідсмоктувачем очистити ротову порожнину та гортань. Провести аускультацію легень. За можливості, проводять інгаляцію киснем. Покласти жінку на рівну поверхню у положенні на лівому боці або зі зміщенням матки вліво на 15-200. Забезпечити подачу кисню (100% кисень зі швидкістю 8-10 л за хв.), оцінити дихання після нападу судом, пульсоксиметрія, аускультація легенів для виключення аспірації або набряку легень. За умови розвитку тривалого апное негайно розпочати примусову вентиляцію маскою з подачею 100% кисню. Якщо судоми повторюються або хвора залишається у стані коми, вводять м’язові релаксанти (2 мг/кг суксаметонію) та переводять пацієнтку на штучну вентиляцію легенів (ШВЛ). Після нападу негайно розпочати терапію магнієм сульфату, не використовувати діазепам в якості альтернативи магнію сульфату. Ввести болюс 4 г (16 мл 25% р-ну + 34 мл 0,9% розчину хлориду натрію) упродовж 5 хв. в/в, потім продовжувати по 1–2 г/год. Якщо напад повторюється, внутрішньовенно вводять ще 2 г (8 мл 25% розчину) протягом 3-5 хвилин. Замість додаткового болюсу магнію сульфату можна використовувати діазепам 5-10 мг в/в (2-5 мг за хв., максимум 10 мг), АБО мідозолам 5-10 мг в/в протягом 2-5 хв., АБО клоназепам 1–2 мг в/в протягом 2–5 хв. Якщо сАТ ≥ 160 мм рт.ст. або дАТ ≥ 110 мм рт. ст. проводять АГТ. Прагнути знизити сАТ до 130–150 мм рт.ст. і дАТ до 80–90 мм рт.ст. Якщо напад судом триває понад 30 хвилин, цей стан розглядають як екламптичний статус. **Не призначати метилергометрин**! Після нападу судом показане невідкладне розродження. Кращий метод розродження після нападу еклампсії - кесарів розтин. Розродження має бути здійснене незалежно від терміну ґестації. Розглянути використання карбетоцину, якщо є ризик післяпологової кровотечі. Профілактика венозної тромбоемболії. У випадках розвитку нападу еклампсії в кінці другого періоду пологів можливе використання вихідних акушерських щипців. Активне ведення ІІІ періоду.

**Показання до подовженої ШВЛ у разі еклампсії:**

**-** кома;

**-** крововилив у мозок;

**-** поєднання з коагулопатичною кровотечею;

**-** поєднання з шоком (геморагічним, септичним, анафілактичним);

**-** набряк легень;

**-** нестабільна гемодинаміка;

**-** прогресуюча поліорганна недостатність.

**Критерії припинення ШВЛ:**

- повне відновлення свідомості;

- відсутність судом та судомної готовності без застосування протисудомних препаратів;

- стабілізація гемодинаміки;

- припинення дії препаратів, які пригнічують дихання;

- відсутність ознак гострого респіраторного дистрес синдрому;

- стабільність стану системи гемостазу;

- сатурація О2 > 95%, PaO2 > 120 мм рт. ст. при FiO2 < 0,4 (PaO2/FiO2 > 300).

**Інтенсивна терапія еклампсії без ШВЛ:**

- напад судом виник під дією надзвичайних стимулів (перейми, потуги) чи у післяпологовому періоді;

- після нападу еклампсії збережені елементи свідомості;

- відсутність неврологічної симптоматики;

- відсутність інших показань до ШВЛ.

**Післяпологовий період.** Жінку, яка перенесла еклампсію, наглядають в умовах ВАІТ. Рання нутрітивна підтримка до 25 ккал/кг/добу (назогастральний зонд після операції); магнію сульфат 1-2г/год. в/в не менше доби.

**Профілактика тромбоемболічних ускладнень**: введення профілактичних доз низькомолекулярного гепарину за відсутності протипоказань (коагулопатія, тромбоцитопенія, неконтрольована артеріальна гіпертензія, геморагічні ускладнення) починається через 8-12 годин після розродження.

**Додаток 1.**

**Препарати, які найчастіше використовуються для зниження АТ ≥ 160/110 мм рт. ст.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Препарат** | **Доза** | **Коментарі** |
| **Урапідил** | Рекомендована макс. початкова швидкість - 2 мг/хв. Підтримуюча доза 6 - 9 мг/год, (7 крап. /хв. = 0,33 мл/хв.) для утримання АТ ≥150/100 мм рт. ст. Якщо після початкової в/в ін'єкції препарату (25 мг) протягом 2 хв. АТ не знижується, проводиться повторна ін'єкція урапідилу (25 мг) | В/в 10-25 мг препарату вводять повільно під контролем АТ протягом 2-4 хв. Зниження АТ спостерігається протягом 5 хв. після ін'єкції. В/в крапельна інфузія або безперервна інфузія за допомогою перфузора. Розчин для крапельної інфузії для підтримки АТ на певному рівні готується наступним чином: 250 мг урапідилу (50 мл) додають до 500 мл розчину для інфузій. Якщо для введення підтримуючої дози використовується перфузор, то 20 мг препарату (4 мл) вводять у шприц перфузора і додають 40 мл розчину для інфузій. В/в ін'єкція урапідилу (25 мг) проводиться: у разі зниження рівня АТ через 2 хв., його подальша стабілізація проводиться за допомогою інфузії, початкова доза якої до 6 мг за 1-2 хв., потім дозу знижують |
| **Ніфедипін** | 3-5 крап (2-3,35 мг) під язик, початок дії 2-3 хвилини. Час настання гіпотензивного ефекту 30-45 хв. або 10 мг таблетку розжувати, а потім проковтнути, кожні 30 хв. | Дозу підбирають індивідуально, починаючи з трьох крапель, і поступово збільшувати на 2-3 краплі (1,34-2 мг) до досягнення клінічного ефекту. Надалі у випадках підвищення артеріального тиску необхідно орієнтуватися саме на цю дозу. Персонал має знати час між прийомами капсул короткотривалого ніфедипіну, використаних для лікування важкої гіпертензії |
| **Клонідин** | 0,075 - 0,15 мг per os. Можливо в/в введення. Час настання гіпотензивного ефекту 2 - 15 хв. | Застосування при рефрактерній АГ до терапії АГ: 0,075 мг 3 рази на добу, максимальна разова доза 0,15 мг, максимальна добова 0,6 мг. Внутрішньовенна мікроперфузія клофеліну в дозі 1 мл 0,01% розчину (1 мл на 50 мл фізіологічного розчину) або внутрішньовенна інфузія (1 мл на 200 мл фізіологічного р-ну). Протипоказаний при синдромі слабкості синусового вузла, AV-блокаді, брадикардії у плода |
| **Гліцеролу**  **тринітрат** | В/в крапельно 10-20 мг в 100-200 мл 0,9% фіз.розчину, швидкість введення 1-2 мг/годину, максимально 8-10 мг/годину. Час настання гіпотензивного ефекту 1- 2 хв. За відсутності в/в форми - сублінгвально 0,5-1,0 мг, кожні 10-15 хв. Час настання гіпотензивного ефекту 2-3 хв. | Є препаратом вибору при розвитку набряку легенів на тлі підвищення артеріального тиску. сАТ слід підтримувати на рівні не менше 100 - 110 мм рт. ст. Не бажано в/в застосування більше 4 годин, в зв'язку з ризиком негативного впливу на плід та ризиком розвитку набряку мозку у матері |

**Додаток 2.**

**Методика вимірювання артеріального тиску під час вагітності**

АТ слід вимірювати у вагітної, яка перебуває в положенні «сидячи», при цьому рука пацієнтки повинна бути розташована на рівні її серця. Перед вимірюванням АТ пацієнтка повинна перебувати в стані спокою не менше 5-10 хвилин. Жінка повинна сидіти зручно її ноги повинні знаходитися на плоскій поверхні не перехрещуватись. Тиск, виміряний в положенні «сидячи» буде трохи вище, ніж в положенні лежачи. Вимірювання АТ в положенні вагітної «лежачи на спині» може супроводжуватися гіпотензією, а вимірювання АТ в положенні «на лівому боці» може дати найнижчі показники, оскільки права рука буде знаходитися вище рівня серця пацієнтки. Вимірювання слід проводити на обох руках і будь-яка різниця в показниках повинна бути обов'язково задокументована. Для вимірювання АТ слід використовувати манжетку відповідного розміру (довжина манжетки повинна бути в 1,5 рази більше окружності плеча). Використання занадто маленькою манжетки буде супроводжуватися переоцінкою систолічного АТ на 7-13 мм рт.ст. та діастолічного АТ на 5-10 мм рт.ст. Манжетка ніколи не повинна накладатися поверх одягу! Для визначення діастолічного АТ слід використовувати 5-й тон по Короткову. 5-й тон за Коротковим - це точка повного зникнення артеріальних шумів. При так званому «нескінченному» тоні Короткова, коли звукові явища в судині тривають до дуже низького тиску в манжеті, для визначення діастолічного АТ слід використовувати 4-й тон по Короткову, тобто точку послаблення інтенсивності артеріальних шумів. Якщо АТ послідовно вищий на одній руці, рука з більш високими значеннями повинна використовуватися для всіх вимірювань артеріального тиску. Точність всіх пристроїв вимірювання артеріального тиску, що використовуються в лікарнях або консультаціях повинні регулярно перевірятися на калібрування. Автоматизовані (електронні) пристрої для вимірювання АТ можуть недооцінювати (іноді істотно) показники у жінок з ПЕ, тому отримані дані необхідно порівнювати з показниками ртутного або анероїдного сфігноманометра.

**Додаток 3.**

**Критерії Доуз-Редмана**

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

Виписування породіллі з пологового стаціонару здійснюють після нормалізації стану породіллі під нагляд лікаря жіночої консультації та необхідних спеціалістів.

*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 помірного ступеня або тяжку прееклампсію чи еклампсію:

– патронаж на дому,

– консультація профільних спеціалістів (за необхідності),

– комплексне обстеження через 6 тижнів після пологів.

*Рекомендації породіллям після виписки з акушерського стаціонару:*

ХРОНІЧНА ГІПЕРТЕНЗІЯ: виміряти артеріальний тиск на 4 добу. Якщо АТ 140/90 або нижче та стан породіллі задовільний, подальші перевірки АТ не потрібні. Якщо АТ 141-150/91-100 мм рт.ст., вимірювати АТ кожні 2 доби. Якщо АТ вище 150/100 - звернення до лікаря акушера-гінеколога за порадою. Візит до сімейного лікаря через 2 тижня після пологів.

ГЕСТАЦІЙНА ГІПЕРТЕНЗІЯ: виміряти артеріальний тиск на 4 добу. Звернення до сімейного лікаря, якщо АТ нижче 140/90 для зменшення дози або відміни антигіпертензивної терапії (АГТ). Вимірювати АТ поперемінно, якщо АГТ була змінена після пологів. Звернення до лікаря акушера-гінеколога, якщо стан породіллі поганий, або АТ вище за 149/99 мм рт. ст.

ПРЕЕКЛАМПСІЯ: виміряти артеріальний тиск на 1 добу після виписки Звернення породіллі до лікаря акушера-гінеколога при поганому самопочутті, або якщо АТ вище за 150/100 мм рт. ст. При АТ меншому за 150/100 - подальших дій не потрібно. Якщо АТ 130-149/80-99, продовжувати призначену АГТ. У разі АТ ниччому за 130/80 мм рт. ст. - звернення до сімейного лікаря за перегляд АГТ. Якщо доза АГТ зменшена, повторне вимірювання АТ через 2 доби.

У разі збереження гіпертензії протягом 3 тижнів після пологів жінку госпіталізують до терапевтичного стаціонару. Тривалість диспансерного нагляду після перенесеної помірного ступеня або тяжкої прееклампсії чи еклампсії – 1 рік.

Об’єм і терміни 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;

Рекомендувати жінкам, що перенесли тяжку прееклампсію/еклампсію щоденний контроль АТ протягом року після пологів, тому що у великих проспективних дослідженнях продемонстровано, що в жінок, які перенесли гестаційну гіпертензію або прееклампсію, існує підвищений ризик розвитку артеріальної гіпертензії у подальшому, смерті від інсульту, смерті від усіх серцево-судинних причин.

Велике значення для жінок, що перенесли еклампсію (а також для її чоловіка) представляє допомога психолога, оскільки тяжкі ускладнення вагітності часто призводять до посттравматичного стресового розладу.

Додаток 4.

Препарати, рекомендовані для лікування прееклампсії

|  |  |
| --- | --- |
| Міжнародна непатентована назва | Торгові назви |
| Ацетилсаліцилова кислота | Аспірин, аспекард, анопірин, ацесал, терапін, упсарин та ін. |
| Препарати кальцію | Кальцію фосфат, кальцію глюконат, кальцію кар­бонат, кальцію лактат, кальцію лактоглюконат, кальцію гліцерофосфат, кальцію ацетат |
| Метилдофа | Допегіт, альдомет, альфадопа, допанол |
| Клоні дин | Гемітон, клофелін, катапресан, хлофазолін |
| Піндолол | Віскен |
| Окспренолол | Тразикор |
| Атенолол | Атенобене, атенова, тенолол, унілок, атеносан, блокатенол, аткардил та ін. |
| Метопролол | Вазокардин, корвітол, лопресор, метопролол |
| Лабеталол | Лакардія |
| Ніфедипін | Адалат, коринфар, аніфед, кординін, нікардія, ніфебене, ніфедикор, ніфекард, фармадинін, фенігідин та ін. |
| Верапаміл | Ізоптин, фіноптин, лекоптин |
| Гідралазин (дигідралазин) | Апресин |
| Нітропрусид натрію | Наніпрус |
| Гідрохлортіазид | Гіпотіазид, гідротіазид |
| Фуросемід | Лазикс, діуфур, елсимід, фрусемід, фурон |
| Празозин | Празозинбене, польпресин, празозин |
| Пророксан | Піроксен |
| Препарати заліза ІІ | Гіно-тардиферон, тардиферон, сорбіфер дурулес, актиферин, гемофер пролонгатум, ферро-градумет, тотема, хеферол, ранферон 12 та ін. |
| Дексаметазон | Дексазон, дексавен, фортекортин, декадрон, дексабене |
| Простагландин Е2 (для місцевого застосування) | Препідил-гель, простин Е2 |
| Діазепам | Реланіум, валіум, седуксен, сибазон, фаустан, діапам та ін. |
| Гідроксиетильований крохмаль | Інфукол ГЕК 6%, інфукол ГЕК 10%, рефортан, рефортан плюс, стабізол, хаес-стерил |
| Декстран | Декстран 40 000, реополіглюкін, реомакродекс, реоседоман |
| Тіопентал-натрій | Тіопентал |
| Деполяризуючі міорелаксанти  Суксаметонію йодид | Дитилін |
| Суксаметонію хлорид | Листенон, хлорсукцинал |
| Недеполяризуючі міорелаксанти  Піпекуроній бромід | Ардуан |
| Панкуроній бромід | Мускурон, паву лон |
| Тубокурарин хлорид | Тубокурарин |

**2.3. Рідкісні форми гестозів**

До рідкісних форм гестозів належать:

- НELLР-синдром;

- дерматоз;

- жовтяниця;

- гострий жировий гепатоз вагітних (ГЖГВ);

-хорея (тетанія);

- остеомаляція;

- невро- і психопатія;

- бронхіальна астма;

- артропатія.

НЕLLР-синдром - одна з найтяжчих клінічних форм пізнього гестозу. НЕLLР-синдром - це (**Н**emolysis) - мікроангіопатична гемолітична анемія, (**Е**levation of **L**iver enzymes) - підвищена концентрація ферментів печінки в плазмі крові; (**L**ow **Р**latelet count) - зниження рівня тромбоцитів. Частота захворювання на фоні гіпертензивних розладів і прееклампсії в перинатальних центрах становить 1 випадок на 150 - 300 пологів. При цьому материнська смертність сягає 75%, а перинатальна - від 8,0 до 30,0%.

Патофізіологічні зміни при НELLР-синдромі відбуваються переважно в печінці. Сегментний вазоспазм спричинює порушення кровотоку в печінці і розтягнення глісонової капсули (болі у верхній ділянці живота). Гепатоцелюлярний некроз зумовлює підвищення трансаміназ. Тромбоцитопенія і гемоліз виникають внаслідок ушкодження ендотелію в обструктивно змінених судинах. Якщо це порочне коло, що складається з ушкодження ендотелію та внутрішньосудинної активізації системи згортання, не переривається, то впродовж кількох годин розвивається ДВЗ-синдром зі смертельною кровотечею.

Захворювання частіше (59%) виникає під час вагітності в терміні 35 тижнів, у 10% випадків - у терміні менш, ніж 27 тижнів.

Клінічний перебіг НЕLLР-синдрому непередбачуваний і проявляється головним болем, нудотою, блюванням, дифузним або локалізованим болем у правому підребер'ї чи епігастрії. Характерними є жовтяниця, криваве блювання, крововиливи в місцях ін'єкцій, прогресуюча печінкова недостатність, судоми і кома. У більшості хворих швидко розвивається загострення захворювання, що резистентне до терапії і спричинює тяжкі ускладнення: передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти (15-22%), гостру ниркову недостатність (8%), набряк легенів (4,5%), внутрішньочерепну кровотечу (5%), розрив печінки (1,5%), ДВЗ- синдром (38%).

У разі появи підозри на НЕLLР-синдром потрібне негайне проведення лабораторних досліджень. Синдром характеризується появою перелічених ознак, особливо вираженим зростанням активності лактатдегідрогенази, тромбоцитопенією на фоні часто стертих, невиразних симптомів гестозу. Характерні болі в епігастральній ділянці, напруження й болючість при пальпації в правому верхньому квадранті живота, дискомфорт, нудота, блювання. Печінка може бути збільшена, за консистенцією як м'якою, так і надзвичайно щільною, часто з субкапсулярними крововиливами. Значно, до 500 ОД замість 35 ОД, збільшуються амінотрансферази (АлАТ, АсАТ), у 3-10 разів підвищується активність лактатдегідрогенази, число тромбоцитів знижується до (15 - 100) х 109/л, концентрація гемоглобіну - до 90 г/л і нижче, гематокрит знижується до 0,25 - 0,3 г/л, збільшується рівень білірубіну, можливий гемоліз. Порушуються показники системи гемостазу: зменшується рівень антитромбіну III, збільшується протромбіновий час і частково тромбопластиновий час, рівень фібриногену стає нижчим від потрібного під час вагітності. Одночасно відмічають артеріальну гіпертензію (140-150/90-100 мм рт. ст.), збільшення в плазмі сечової кислоти, азотистих речовин, зниження вмісту цукру в крові до гіпоглікемії в тяжких випадках.

Для раннього виявлення субкапсулярної гематоми показана сонографія верхньої частини живота. Слід пам'ятати, що у 15% вагітних з НЕLLР-синдромом на початку захворювання не буває гіпертензії. Помилкові діагнози - холецистит, гастрит, гепатит, гемолітико-уремічний синдром, тромбоцитопенічна пурпура та ін. - призводять до міжпрофільних суперечок та лікування у відділеннях, що не відповідають цій патології. Печінкова дисфункція може виявлятися болями в правому верхньому квадранті живота, що є причиною помилкового діагнозу холециститу і порушення травлення. Безсумнівно, варіантів клінічного перебігу гестозів дуже багато, що визначається переважним ураженням тих чи інших життєво важливих органів і систем, поєднанням гестозу з соматичною патологією та іншими причинами.

У деяких випадках проявляються не всі симптоми НЕLLР-синдрому. Відсутність гемолітичного синдрому визначається як ЕLLР-синдром. За відсутності або незначних проявів тромбоцитопенії захворювання називають НЕL-синдромом.

Розвиток НЕLLР-синдрому свідчить про занедбаність випадку, дуже запізнілу діагностику, що можна пояснити незадовільним, неякісним спостеріганням за вагітною. Навіть за своєчасної діагностики НELLР-синдрому материнська і перинатальна смертність залишається високою.

Диференційиий діагноз слід проводити з вірусними гепатитами, іншими формами гепатозів, гемолітичною анемією, хронічним гепатохолециститом, ДВЗ-синдромом іншої етіології.

*Діагностика та лікування НELLР-синдрому*

Обсяг лабораторних та інструментальних методів обстежень:

- загальний аналіз крові та сечі;

- ЧСС, пульсоксиметрія;

- ЕKГ;

- біохімічне обстеження крові (білірубін, холестерин, трансамінази, АлАТ, АсАТ, білкові фракції, бета-ліпопротеїди, лужна фосфатаза, сечовина, іонограма);

- УЗО черевної порожнини;

- виявлення вірусних маркерів ГВ-вірусної інфекції;

- ЕЕГ;

- гемостазіограма;

- діурез погодинний.

Необхідні консультації суміжних спеціалістів: інфекціоніста-гепатолога, терапевта, хірурга, лікаря інтенсивної терапії.

Лікування (медикаментозне, інтенсивна інфузійна терапія (ІІТ), хірургічне):

- ШВЛ за показаннями, киснетерапія;

- комплексна інфузійна терапія - альбумін, плазма;

- лікування прееклампсії;

- гепатопротектори, антиоксиданти, мембраностабілізатори (есенціале, глюкоза, вітаміни С, Є, флакозид, конфлавін, кверцитин);

- лікування ДВЗ-синдрому (переливання свіжозамороженої плазми, тромбоцитарної маси, інгібіторів протеаз, екстирпація матки, перев'язування клубових артерій);

- методи екстракорпоральної детоксикації за показаннями.

**Тактика ведення при HELLP-синдромі**

Невідкладне розродження. За відсутності умов для пологів через природні родові шляхи - абдомінальне розродження, при розвиненому HELLP-синдромі кесарів розтин є «золотим» стандартом. Профілактика масивної інтра- та післяопераційної крововтрати (перев'язка висхідних гілок маткових артерій, інгібітори фібринолізу – транексамова кислота 1 г, повторити через 8 годин), свіжозаморожена плазма. Призначення кортикостероїдів у якості лікувального заходу не рекомендується. Трансфузія тромбоцитарної маси у разі, якщо тромбоцитів < 20\*109 /л за відсутності геморагічного синдрому, або < 50\*109 /л за наявності геморагічних проявів. Загальний об’єм рідини (40-45 мл/кг/добу) з урахуванням введеної та випитої рідини та нефізіологічних втрат (крововтрата тощо), але не більше 80 мл/год. При проведенні ІТ баланс рідини повинен бути від’ємним. Максимальний об’єм ІТ не повинен перевищувати 800 мл за добу. У разі необхідності корекції КОТ (альбумін плазми ≤25г/л або загальний білок плазми ≤ 50г/л) показано введення альбуміну. Гіпотензивна терапія (при АТ >150/100 мм рт. ст). Профілактика гнійно-септичних ускладнень: антибактеріальна терапія. Інгібітори фібринолізу (транексамова кислота - 1 г болюсно в/в, до 4 г на годину). Подовжена ШВЛ до стабілізації вітальних функцій і корекції гемостазу.

**Ускладнення HELLP синдрому:**

-крововилив у мозок;

-відшарування плаценти;

-синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові;

-післяпологова кровотеча;

-передчасні пологи;

-гострий респіраторний дистрес синдром;

-спонтанний підкапсульний розрив печінки.

**Післяпологовий період.** Ведення жінки, яка перенесла HELLP-синдромі, здійснюється відповідно до ведення жінок після тяжкої прееклампсії.

Оцінка ефективності терапії — купірування клінічних симптомів, нормалізація лабораторних показників.

Після пологів усі ознаки НЕLLР-синдрому зникають упродовж 5-7 діб, якщо діагностика, лікування і переривання вагітності були своєчасними. Як правило, ознаки НЕLLР-синдрому не повторюються під час наступних вагітностей.

**Дерматози вагітних** - це група певних шкірних захворювань, що виникають під час вагітності і зникають після її закінчення. Найпоширенішою формою є свербіж вагітних. Значно рідше зустрічаються екзема, екзантема, еритема, кропивниця, герпетичні висипання. Свербіж може обмежуватися ділянкою вульви або поширюватися по всьому тілу, спричинюючі дратівливість, розлади сну, втому. Лікування має бути комплексним: психотропні, антигістамінні препарати, седативні засоби, вітамінотерапія (вітаміни групи В), ультрафіолетове опромінення.

Свербіж вагітних слід диференціювати з іншими патологічними станами: цукровий діабет з латентним перебігом, глистяна інвазія, мікози, трихомоноз, алергічні реакції.

На собливу увагу заслуговує аутоімунний прогестероновий дерматоз, пов'язаний з алергією на прогестерон, який виробляється плацентою. Основою в лікуванні таких ускладнень є призначення кортикостероїдів.

**Жовтяниця** вагітних може розвинутись у будь-який термін вагітності.

Характеризується порушенням функції печінки, жовтяничним забарвленням шкіри і слизових оболонок, свербіжем.

Виділяють три групи жовтяниць: перша група - результат приєднання гепатотропної інфекції (віруси гепатиту, інфекційного мононуклеозу, спірохети, бактерії, найпростіші); друга — пов'язана з безпосереднім ураженням печінки і жовчних шляхів під впливом механічних факторів (холелітіаз, холецистити), обмінних факторів (ожиріння, гіпертиреоз), токсичних факторів (медикаментозні, професійні), септикотоксичних факторів (сепсис); третя - зумовлена власне патологією вагітності: в ранні терміни - надмірне блювання, в пізні - холестатичний гепатоз, пізній гестоз з нирково-печінковим синдромом, гострий жировий гепатоз.

В практиці важливим є розмежування жовтяниць у вагітних з метою визначення терапевтичної та акушерської тактики.

Лікування при жовтяницях, зумовлених надмірним блюванням, складається з режимних та медикаментозних заходів (див. розділ про лікування блювання вагітних). У разі відсутності позитивного ефекту в результаті проведення інтенсивної консервативної терапії впродовж найближчих днів таким хворим показане штучне переривання вагітності.

Якщо жовтяниця є симптомом вірусного гепатиту або інших захворювань, лікування здійснюють спільно з терапевтом та інфекціоністом. Тільки після встановлення достовірного діагнозу можливе вирішення питання про обсяг терапії, продовження або переривання вагітності.

**Пемфігоїдвагітних** – рідка, але важка патологія, що супроводжується передчасними пологами, затримкою розвитку плода, дистресом плода, підвищенням перинатальної смертності. Сверблячі висипи спочатку з’являються на шкірі живота біля пупка, потім розповсюджуються на кінцівки, досягаючи долоні та стопів. Спочатку це папули та бляшки, через 2 тижня вони трансформуються у везикули та щільні пухирі. Діагноз ставиться на підставі виявлення комплементу в базальній мембрані епідермісу.

*Лікування:* місцево 1% крем гідрокортизону, або системні кортикостероїди та антигістамінні засоби із седативним ефектом.

**Гострий жировий гепатоз вагітних (ГЖГВ)** - порівняно рідкісний, однак найзагрозливіший варіант ураження печінки, природа якого залишається нез'ясованою, а смертність високою. В основі патогенезу лежить масивне системне ожиріння тканин печінки без ознак некрозу.

У дожовтяничному періоді, в терміні 32 - 34 тижнів, клінічно виявляється нудотою, слабкістю, свербіжем шкіри, печією надзвичайного ступеня інтенсивності, блюванням «кавовою гущею» внаслідок ерозії слизової оболонки стравоходу. Характерна загальна інтоксикація - слабкість, головний біль, задишка, тахікардія, втрата маси тіла на фоні нормальної температури. Через 1-2 тижні розвивається жовтяниця з бурхливим темпом зростання, але без гепатолієнального синдрому (печінка зазвичай зменшена в розмірі). Патолого-анатомічна картина характеризується різким порушенням внутрішньосудинного згортання крові у вигляді частих крововиливів майже в усіх органах, гематотораксом, гемоперитонеумом, характерним жировим переродженням печінки й ниркових канальців.

Обсяг лабораторних та інструментальних методів обстежень:

- загальний аналіз крові та сечі;

- АТ, ЧСС, пульсометрія;

- ЕКГ;

- фетальний моніторинг;

- біохімічний аналіз крові (білірубін, холестерин, трансамінази, АлАТ, АсАТ, загальний білок та білкові фракції, бета-ліпопротеїди, лужна фосфатаза, сечовина, іонограма);

- УЗО черевної порожнини;

- фіброгастроскопія за показаннями;

- виявлення вірусних маркерів ГВ-вірусної інфекції;

- ЕЕГ;

- гемостазіограма;

- діурез погодинний.

Необхідні консультації суміжних спеціалістів:

- інфекціоніста-гепатолога;

- терапевта;

- невропатолога;

- хірурга;

- лікаря інтенсивної терапії.

ГЖГВ властиві гіпо- або олігурія, гіпопротеїнемія, геморагічний синдром. Показники рівня трансфераз у межах норми або підвищені, що дає змогу диференціювати цю патологію з тяжкими формами вірусних гепатитів.

ГЖГВ може ускладнитись печінковою енцефалопатією, антенатальною загибеллю плода, ДВЗ-синдромом.

Диференційний діагноз потрібно проводити з вірусними гепатитами, іншими формами гепатозів, гемолітичною анемією, хронічним гепатохолециститом, ДВЗ-синдромом іншої етіології.

Лікування полягає в інтенсивній медикаментозній терапії та хірургічному втручанні:

- ШВЛ, киснетерапія;

- термінове розродження шляхом кесарева розтину;

- комплексна інфузійна терапія - альбумін, плазма, реополіглюкін;

- гепатопротектори, антиоксиданти, мембраностабілізатори (есенціале, глюкоза, вітаміни С, Є, флакозид, конфлавін, кверцитин);

- преднізолон 300 мг /добу;

- лікування ДВЗ-синдрому (переливання СЗП, тромбоцитарної маси, інгібіторів протеаз, екстирпація матки, перев'язування клубових артерій);

- методи екстракорпоральної детоксикації за показаннями.

Оцінка ефективності терапії - купірування клінічних симптомів, нормалізація лабораторних показників.

**Тетанія (хорея) вагітних** - виникає за умов зниження або випадання функції паращитоподібних залоз, внаслідок чого порушується обмін кальцію. Є тісний зв'язок цього захворювання із суглобовою формою ревматизму, ендокардитом, що свідчить про його ревматичну природу і визначається активністю основного захворювання.

Клінічно захворювання проявляється судомами м'язів, частіше верхніх кінцівок ("рука акушера"), рідше - нижніх ("нога балерини"), іноді м'язів обличчя ("риб'ячий рот" або "картина тризму"), тулуба і дуже рідко - гортані й шлунка.

Лікування проводять у стаціонарі спільно з терапевтом. Для лікування застосовують паратиреоїдин, препарати кальцію, вітаміни групи В, токоферолу ацетат. Важливо створити лікувально-охоронний режим, нормалізувати функцію кори головного мозку, підкіркових структур (психотерапія, електросон, електроанальгезія, седативні препарати).

У разі тяжкого перебігу захворювання, що супроводжується ларингоспазмами, або неефективності лікування порушують питання про переривання вагітності.

**Бронхіальна астма вагітних** - зустрічається дуже рідко. Причини її залишаються до кінця не з'ясованими.

**Остеомаляція вагітних** - характеризується декальцинацією кісток та їх розм'якшенням внаслідок порушення фосфорно-кальцієвого обміну. Частіше вражаються кістки таза й хребта. У вираженій формі трапляється рідко. Вагітність у цих випадках абсолютно протипоказана. Частіше спостерігається стерта форма остеомаляції - симфізопатія.

Клінічними проявами симфізопатії є біль у ногах, кістках таза, кульшових суглобах, хребті, м'язах, що посилюється під час ходіння. Спостерігаються загальна слабкість, стомлюваність, парестезії, змінюється хода ("качина"), підсилюються сухожильні рефлекси. При пальпації - болючість кісток, їх деформація (дзьобоподібне випинання кісток симфізу, значне зміщення мису в порожнину таза, зменшення міжвертлюжного розміру). На рентгенограмах таза іноді виявляється розходження кісток лобкового симфізу, однак без деструктивних змін (це буває при справжній остеомаляції).

Лікування полягає у призначенні препаратів кальцію, кальциферолу, риб'ячого жиру, вітаміну Є, ультрафіолетового опромінення.

**Невропатія і психопатія вагітних** - потребує спільної терапії акушера і невропатолога. Слід пам'ятати, що вагітність може сприяти виявам замаскованих форм функціональних порушень нервової системи. Лікування має бути комплексним, з урахуванням вираженості гестозу та неврологічної симптоматики.

**V. План організації заняття**

|  |  |
| --- | --- |
| Організаційний момент | 2% навчального часу; |
| Мотивація теми | 3% навчального часу; |
| Контроль вихідного рівня знань | 20% навчального часу; |
| Самостійна робота студента під контролем викладача | 35%навчального часу; |
| Контроль остаточного рівня знань | 20% навчального часу; |
| Оцінка знань студентів | 15% навчального часу; |
| Узагальнення викладача, завдання додому | 5% навчального часу; |

**VI. Основні етапи заняття**

1. *Підготовчий етап* — мотивація теми, контроль базового і основного рівня знань, видача завдання для самостійної роботи.

2. *Основний етап* — самостійна робота студентів під контролем виклада­ча: робота з навчальною літературою при низькому рівні базових знань і навчальними посібниками.

* Аналіз лабораторних аналізів, клінічна інтерпретація результатів лабо­раторних досліджень.
* Курація вагітних з раннім гестозом, прееклампсією.
* Самостійне розв'язання ситуаційних задач і їх складання.
* Призначення лікування відповідно ступеню тяжкості гестозу, прееклампсії.
* Визначення показників і часу для дострокового переривання вагітності, вибір методу переривання.
* Аргументація плану і прогнозу вагітності. Призначення рекомендацій при виписуванні вагітної.

3. *Заключний етап* — контроль кінцевого рівня знань, узагальнення, оцінка роботи кожного студента, завдання додому.

**VII. Методичне забезпечення**

*Місце проведення заняття:* відділення патології вагітних, гінекологічне відділення, реанімація, операційна, пологовий зал, жіноча консультація, учбові кімнати.

*Оснащення:* таблиці, дані лабораторних досліджень, історії хво­роб вагітних з раннім гестозом і прееклампсією, відеоматеріали.

**VIIІ. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:**

**Питання для самоконтролю**

1. Які сучасні погляди на етіологію та патогенез ранніх гестозів вагітних?Які фактори ризику розвитку ранніх гестозів?
2. Яка класифікація ранніх гестозів з переліком форм?
3. Які ступені тяжкості ранніх гестозів?
4. Яка клініка блювання вагітних?
5. Які головні принципи лікування блювання вагітних та препарати які використовуються при лікуванні цієї патології?
6. Яка тактика ведення вагітних при блюванні різного ступеня тяжкості?
7. Які ускладнення блювання вагітних та інших форм ранніх гестозів?
8. Яка клініка та лікування, блювання вагітних легкого та середнього ступеня тяжкості?
9. Яка клініка та лікування блювання вагітних важкого ступеня тяжкості?
10. Які показання для дострокового переривання вагітності при ранніх гестозах?
11. Які є рідкісні форми гестозів (клініка, діагностика, акушерська тактика)?
12. З якими екстрагенітальними захворюваннями потрібно проводити диференційну діагностику ранніх гестозів?
13. Які необхідно проводити заходи для профілактики ранніх гестозів вагітних?
14. Яка сучасна термінологія і визначення поняття прееклампсія/еклампсія?
15. Які основні етіологічні теорії і патогенез прееклампсії?
16. Які фактори ризику виникнення прееклампсії?
17. Яка класифікація прееклампсії?
18. Які методи моніторингу стану вагітних з групи ризику щодо розвитку прееклампсії?
19. Які клінічні прояви прееклампсії?
20. Яка діагностика преекламсії?
21. Які форми і діагностичні критерії тяжкості преекламсії?
22. Принципи і методи лікування прееклампсії?
23. Яка клініка еклампсії?
24. Яке лікування еклампсії?
25. Які основні принципи інфузійної терапії при прееклампсії та еклампсії?
26. Які групи препаратів застосовують для лікування прееклампсії?
27. Яка тактика розродження при прееклампсії в залежності від ступеня тяжкості?
28. Яка тактика розродження при еклампсії?
29. Яке спостереження за жінкою, що перенесла прееклампсію після виписки з пологового будинку?
30. Які профілактичні заходи щодо прееклампсії?

**ІХ. Тестовий контроль**

**1**. Вагітна 23 років, поступила в акушерський стаціонар в терміні вагітності 8-9 тижнів. Скарги на нудоту,блювання до 10 разів на добу, значне слиновиділення. Об’єктивно: загальний стан середньої тяжкості, шкірні покриви бліді, слизові оболонки губ сухі, з мацерацією шкіри біля кутів. Втрата ваги 2 кг за 2 тижні. Температура тіла 37,3°С, пульс 88 уд. за хв., АТ-100/60 мм рт. ст. Значно зменшений діурез.У сечі - ацетонурія. З боку внутрішніх органів патологічних змін не виявлено.

Який метод стимуляції діурезу застосовується в комплексі лікування олігурії у даної вагітної?

**A**. Адекватна інфузійна терапія

**B**. Призначення салуретиків

**C**. Використання антагоністів альдостерону

**D**. Використання осмодиуретиків

**2**. Тяжкість гестозу першої половини вагітності характеризується:

**A**. Втратою маси тіла

**B**. Ацетонурією

**C**. Субфебрилітетом

**D**. Головним болем

**3**. Першовагітна 22 років у терміні 9 тижнів вагітності скаржиться на нудоту, ранкове блювання. Загальний стан задовільний, вага не зменшилась, температура тіла 36,5°С. Пульс 76 уд. за хв., АТ-110/60 мм рт. ст.З боку внутрішніх органів патологічних змін не виявлено. Аналіз крові та сечі в межах норми, діурез задовільний.

Які необхідні рекомендації треба надати щодо лікування:

**A**. Медико-генетична консультування

**B**. Застосування спазмолітиків, анальгетиків у ранні терміни вагітності

**C**. Низькокалорійна рослинна дієта з обмеженням рідини

**D**. Дробне харчування, вживання достатньої кількості ридини, «суха» дієта

**4**. У першовагітної в терміні 36 тижнів з’явився сильний головний біль, нудота, погіршився зір і слух. Об’єктивно: шкіра бліда, анасарка, фібрилярні скорочення м’язів, а згодом тонічні і клонічні судоми і втрата свідомості, тони серця ритмічні, АТ - 200/110 мм рт. ст., сечовина - 30 ммоль/л, Hb - 100 г/л, білок сечі - 6,6 г/л. Хлориди плазми - 86 ммоль/л. Ваш діагноз?

**A**. Екламптична кома

**B**. Уремічна кома

**C**. Хлоропенічна кома

**D**. Епілептична кома

**5**.Вагітну З.,. 29 років, доставлено каретою швидкої допомоги у приймальне відділення пологового будинку, де з’явились скарги на біль в епігастральній ділянці, нудота, блювання, миготіння «мушок» перед очима. АТ на обох руках 170/100 мм рт. ст., визначаються генералізовані набряки. Встановіть правильний діагноз.

**А**. Еклампсія

**В**. Відшарування сітківки ока

**С**. Загроза крововиливу в мозок

**D**. Прееклампсія важкого ступеня

**6**. Першовагітна У., 18 років, відвідала жіночу консультацію у терміні 34 тижнів вагітності. Скаржилась на сильний головний біль. При огляді раптом з’явились посмикування м’язів обличчя, тонічні і клонічні судоми. В свідомість прийшла через 2 хвилини. На обліку у гінеколога не була. Соматично здорова. Протягом 2 тижнів відмічає набряклість обличчя. АТ 190/120 мм рт. ст. В сечі – білок 3 г/л. Який діагноз у вагітної?

**А**. Еклампсія

**В**. Прееклампсія помірного ступеня

**С**. Епілепсія

**D**. Прееклампсія тяжкого ступеню

**7**.Вагітна К., 38 років, в терміні вагітності 34 тижні госпіталізована у реанімаційне відділення з відсутністю свідомості. Годину тому у жінки відбувся напад еклампсії. Об’єктивно: АТ 200/110 мм рт.ст., значні набряки тіла. Пологова діяльність відсутня. Серцебиття плода приглушене 120 уд. за 1 хв. Піхвове дослідження – шийка матки незріла, щільна, цервікальний канал закритий. Яка подальша тактика?

**А**. Провести кесарів розтин

**В**. Комплексна терапія екламптичної коми

**С**. Проведення плодоруйнівної операції

**D**. Пологозбудження

**8**.Каретою швидкої допомоги в пологовий будинок доставлена вагітна Н. на 35-36 тижні вагітності після одноразового судомного нападу. В свідомості, але дещо заторможена. Спостерігаються набряки лиця, вік, нижніх кінцівок. АТ 180/110 мм рт.ст., пульс 100 уд. за 1 хвилину. Який препарат неможна використовувати в даному випадку для зниження артеріального тиску?

**А**. Клофелін

**В**. Еуфілін

**С**. Магнія сульфат

**D**. Фуросемід

**9**.В другому періоді пологів, коли голівка плода знаходилась у порожнині малого тазу, у жінки відбувся напад еклампсії. АТ 150/100 мм. рт. ст. Пульс 88 уд. за хвилину. Серцебиття плода 124 удари за хвилину, приглушене. Яка тактика подальшого ведення пологів?

**А**. Накладання порожнинних акушерських щипців

**В**. Пологи шляхом ургентного кесарева розтину

**С**. Продовжити вести пологи консервативно на фоні інтенсивної терапії

**D**. Епізіотомія

**10**. Вагітну М., 28 років, доставлено каретою швидкої допомоги до пологового будинку зі скаргами на головний біль, нудоту, блювання, відчуття закладеності носа. Строк гестації 39-40 тижнів. АТ 170/110 мм. рт. ст. Генералізовані набряки. Протеїнурія 3,6 г/л. Який вірогідний діагноз?

**А**. Прееклампсія помірного ступеня

**В**. Еклампсія

**С**. Прееклампсія важкого ступеня

**D**. Набряки вагітних

**Х. Ситуаційні задачі**

*Задача №1.* Вагітна 27 років поступила до гінекологічного відділення в терміні 9-10 тижнів вагітності зі скаргами на блювання протягом доби (до 10-12 разів). При об'єктивному обстеженні: шкіра суха, пульс 110/120 уд. / хв., АТ 90/60 мм. рт.ст., з рота пахне ацетоном, жінка виснажена, неспокійна, язик сухий з білуватим нальотом, тахіпное (до 30 дихальних рухів за хвилину), зменшення виділення сечі. Поставте діагноз, складіть план обстеження та лікування.

*Задача №2.* Вагітна 25 років доставлена каретою швидкої допомоги на каталці. Вагітність третя, термін 8 тижнів. Дві перші вагітності перервані у зв'язку з раннім гестозом тяжкого ступеня. Вагітність бажана. Жінка виснажена, шкіра суха, з рота пахне ацетоном. Блювота 20 разів на добу, їжу не приймає. Не обстежена, лікування не приймала. Поставте діагноз. Призначте лікування.

*Задача №3*. Вперше вагітна відвідала жіночу консультацію у терміні 38 тижнів. Скарг немає. За останні два тижні набула 2 кг маси. Спостерігаються набряки нижніх кінцівок. АТ 115/70 мм. рт. ст. У сечі патологічних змін немає. Поставте діагноз. Визначте тактику лікаря жіночої консультації.

**ХІ. Спискок рекомендованої літератури:**

**РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА**

**Основна**

1. Алгоритми в акушерстві і гінекології. Видання третє, доповнене, під редакцією проф. В.О. Бенюка. К.: «Бібліотека «Здоров’я України». -2018.- 504 с.
2. Акушерський фантом/Під редакцією проф. В.О. Бенюка, І.А. Усевича, О.А. Диндар. - Київ: «Здоров’я Украіни», 2019. - 198 с.
3. Браян А. Маґован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон."Клінічне акушерство та гінекологія". Підручник, К. Видавництво «Медицина», 2021, 445 с.
4. Грищенко В., Щербина М., Венцківський Б. «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 1. Акушерство. 4-е видання. К. Видавництво «Медицина», 2020, 422 с.
5. Грищенко В., Щербина М., Венцківський Б. «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 2. Гінекологія. 3-є видання.. К. Видавництво «Медицина», 2020, 376 с.
6. Алгоритми в акушерстві і гінекології. Навчальний посібник (под ред. Бенюка В.О.). Співавтори: Диндар О.А., Усевич І.А., Говсеев Д.В., Гончаренко В.Н., Гичка Н.М., Ковалюк Т.В.-  К., 2019 - «Бібліотека «Здоров’я України» - С.542.
7. Акушерський фантом: посібник українською мовою (за ред. Бенюка В.О.). Співавтори: Усевич І.А., Диндар О.А., Ковалюк Т.В., Самойлова М.В.- К., 2018 - «Бібліотека «Здоров’я України», С.191.
8. Obstetrical phantom: посібник англійською мовою (Edited by V. Benyuk, O. Dyndar, I.Usevych). Co-authors: T. Kovaliuk, M.Samoilova – К., 2018 - «Бібліотека «Здоров’я України», С. 190.
9. Назарова І. Б., Самойленко В. Б., Фізіологічне акушерство: підручник (ВНЗ І—ІІІ р.а.) ВСВ «Медицина», 2018, 408 с.
10. Hryshchenko V.I., Shcherbyna M.O., Ventskivskyi B.M. et al., «Obstetrics and Gynecology: in 2 volumes». Volume 2. Gynecology (textbook) ВСВ «Медицина», 2022, 352 с.
11. Ліхачов В. К. «Акушерство. Том 1. Базовий курс.» Гінекологія. 2-ге видання. Видавництво «Нова книга», 2021, 392 с.
12. Ліхачов В.К. та ін. «Акушерство. Том 2. Сучасна акушерська практика.» Видавництво «Нова книга», 2021, 512 с.
13. Ліхачов В. К. «Гінекологія. 2-ге видання.» Видавництво «Нова книга», 2021. 688 с.

**Додаткова**

1. Бачинська І.І. Практикум з акушерства: навчальний посібник. — 2-е видання. К. Видавництво «Медицина», 2021, 104 с.
2. Зозуля І. С., Волосовець А. О., Шекера О. Г. та ін. «Медицина невідкладних станів. Екстрена (швидка) медична допомога». Підручник. 5-е видання. ВСВ «Медицина», 2023, 560 с.
3. МОЗ України Наказ № 13 «Про деякі питання застосування україномовного варіанту міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2-E)» від 04.01.2018
4. МОЗ України Наказ № 8 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної та третинної медичної допомоги «Кесарів розтин» від 05.01.2022
5. МОЗ України Наказ № 151 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді» від 24.01.2022
6. МОЗ України Наказ № 170 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи» від 26.01.2022
7. МОЗ України Наказ № 692 «Клінічна настанова, заснована на доказах «профілактика передачі віл від матері до дитини» від 26.04.2022
8. МОЗ України Наказ № 1437 «Нормальна вагітність. Клінічна настанова, заснована на доказах» від 09.08.2022
9. Медведь В.І. Вибрані лекції з екстрагенітальної патології вагітних. - К., 2013.- 239с.
10. Орлик В. В. «Трансфузійна медицина» підручник, ВСВ «Медицина», 2023, 424 с.
11. A practical guide to obstetrics and gynecology/ Richa Saxena, 2015