

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2**

ГІПЕРТЕНЗИВНІ РОЗЛАДИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Лекція для лікарів-інтернів акушерів-гінекологів I року навчання

**Доктор мед.наук, професор
ЛІХАЧОВ Володимир Костянтинович**

ПЛАН ЛЕКЦІЇ

- ▶ Термінологія, класифікація прееклампсії.
- ▶ Етіологія, патогенез прееклампсії.
- ▶ Фактори ризику щодо виникнення прееклампсії.
- ▶ Клініка прееклампсії різного ступеня тяжкості.
- ▶ Ускладнення прееклампсії.
- ▶ Методи діагностики прееклампсії.
- ▶ Методи лікування різних форм прееклампсії.
- ▶ Акушерська тактика при різних ступенях тяжкості прееклампсії.
- ▶ Еклампсія.
- ▶ Клініка, діагностика, лікування, акушерська тактика при HELLP-синдромі.

Гіпертензивні розлади під час вагітності за даними Європейського кардіологічного товариства є найпоширенішими медичними ускладненнями, які спостерігаються у 5-10% вагітних 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 внутрішньоутробного росту (25% випадків прееклампсії), недоношеності (27% випадків прееклампсії) та внутрішньоутробної

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. одноразово.

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 гестації.

КЛАСИФІКАЦІЯ

ГІПЕРТЕНЗИВНИХ РОЗЛАДІВ У ВАГІТНИХ (1)

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).

Гестаційна гіпертензія (ГГ) - артеріальна гіпертензія, яка виникла після 20 тижнів вагітності без патологічної протеїнурії чи інших органних порушень, АТ нормалізується протягом 6 тижнів післяпологового періоду.

КЛАСИФІКАЦІЯ

ГІПЕРТЕНЗИВНИХ РОЗЛАДІВ У ВАГІТНИХ (2)

Прееклампсія - артеріальна гіпертензія, яка виникла після 20 тижнів вагітності + протеїнурія.

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

КЛАСИФІКАЦІЯ

ГІПЕРТЕНЗИВНИХ РОЗЛАДІВ У ВАГІТНИХ (3)

Рання прееклампсія - прееклампсія, що розвинулась до 34 тижнів вагітності (спричинена первинною плацентарною дисфункцією, пов'язаною з неповноцінною інвазією трофобласта).

Пізня прееклампсія - прееклампсія, що розвинулась після 34 тижнів вагітності (має переважно кардіоваскулярний материнський генез, обумовлена вторинною плацентарною недостатністю).

КЛАСИФІКАЦІЯ

ГІПЕРТЕНЗИВНИХ РОЗЛАДІВ У ВАГІТНИХ (4)

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

Протеїнурія є проявом порушення функції нирок, при якому визначається ≥ 300 мг білка в добовій порції сечі, або білок $\geq 0,3$ г/л у разовій порції двічі, або співвідношення у сечі протеїн(мг):креатинін(ммоль) ≥ 30 , або співвідношення альбумін (мг):креатинін(ммоль) $\geq 8,0$.

Набряки. Діагностично значущими є генералізовані набряки або такі що виникли

КЛАСИФІКАЦІЯ

ГІПЕРТЕНЗИВНИХ РОЗЛАДІВ У ВАГІТНИХ (5)

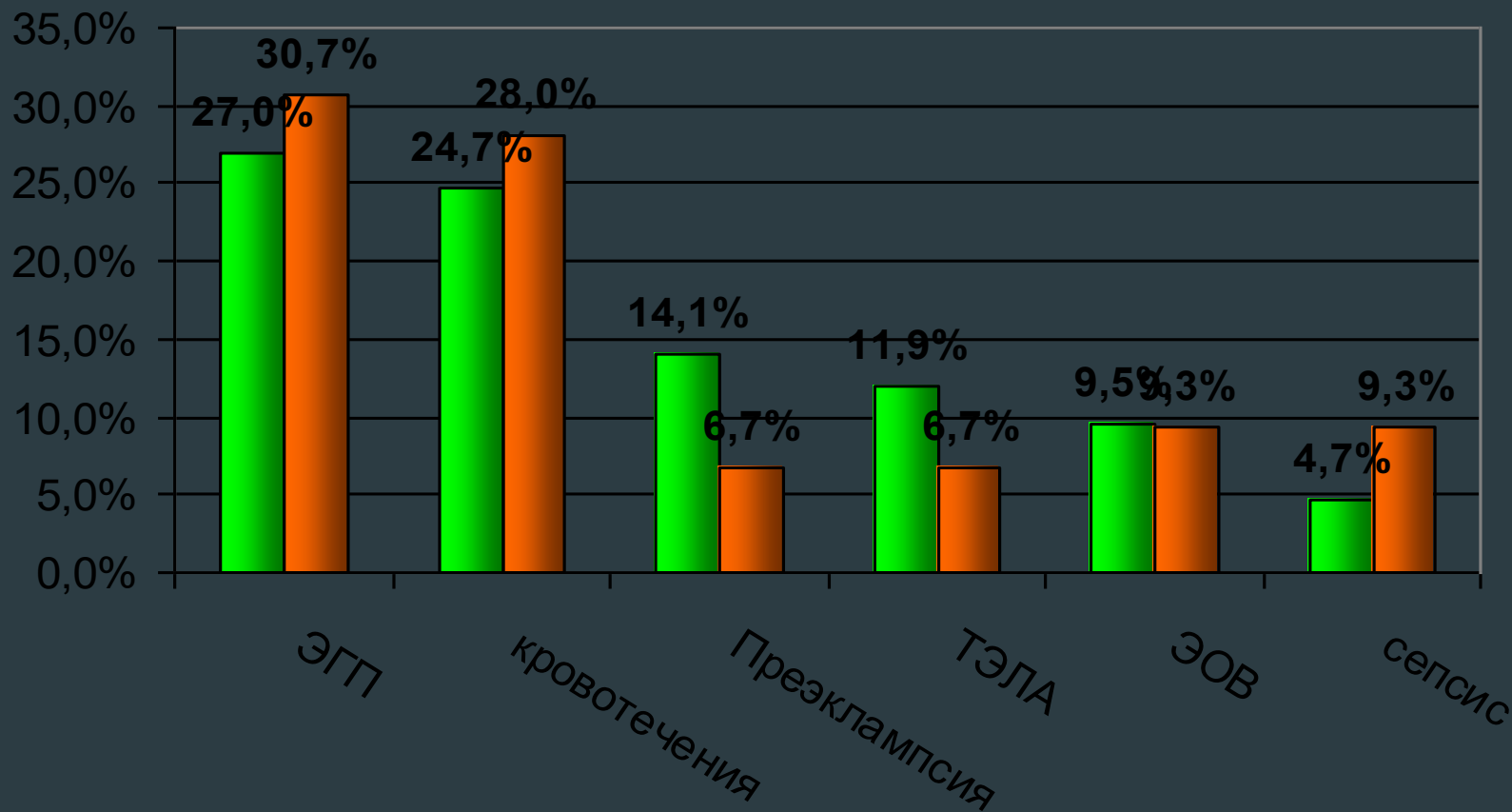
Тяжка прееклампсія визначається як тяжка гіпертензія (САТ ≥ 160 або ДАТ ≥ 110 мм рт.ст.) + протеїнурія АБО гіпертензія будь-якого ступеня + один чи більше з наступних симптомів: сильний головний біль; порушення зору; набряк диска зорового нерва; біль в епігастральній ділянці, нудота, блювання; біль у правому підребер'ї або болючість при пальпації печінки; підвищені сухожилкові рефлекси; генералізовані набряки; олігурія (діурез $< 0,5$ мл/кг/год); кількість тромбоцитів нижче 100×10^9 / л; підвищення рівня трансаміназ (АСТ та/або АЛТ > 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.

ПРЕЕКЛАМПСІЯ – патологічний стан, пов'язаний з порушенням адаптації материнського організму до плідного яйця, що розвивається, з формуванням гіповолемії, гіпоперфузії органів і тканин та розвитком поліорганної недостатності.

Структура материнської смертності в Україні

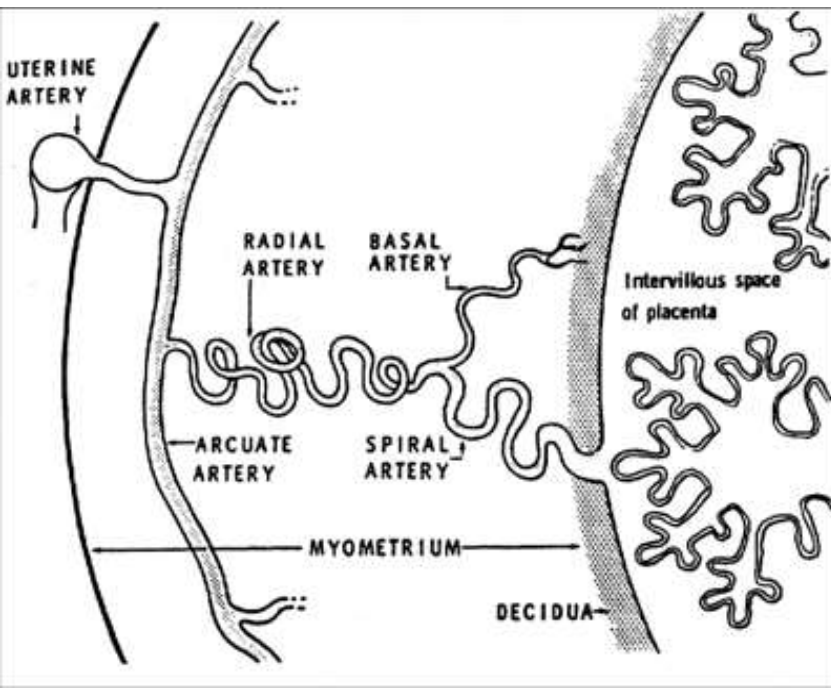
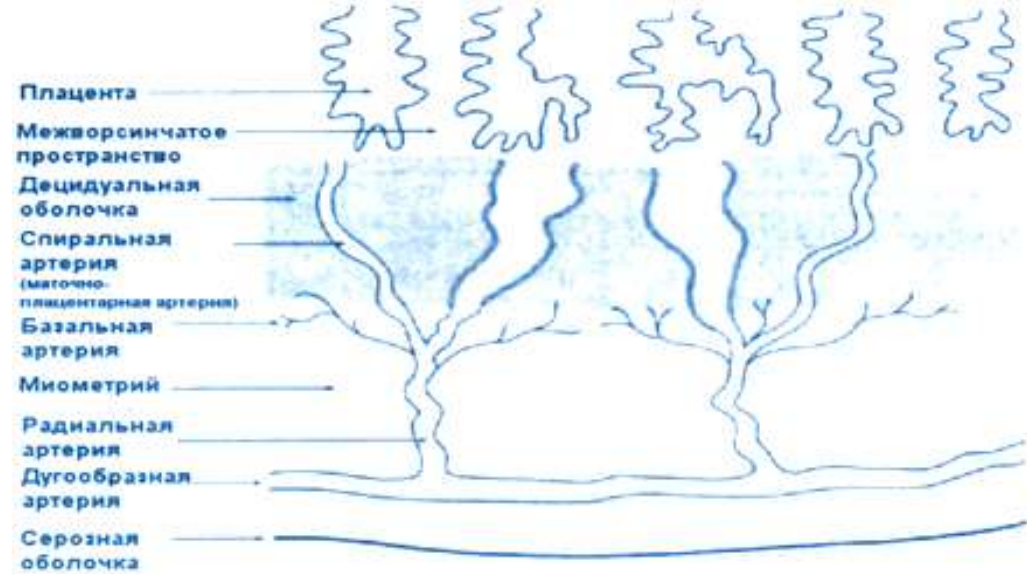


Найбільш обґрунтованими теоріями патогенезу пreekлампсії є:

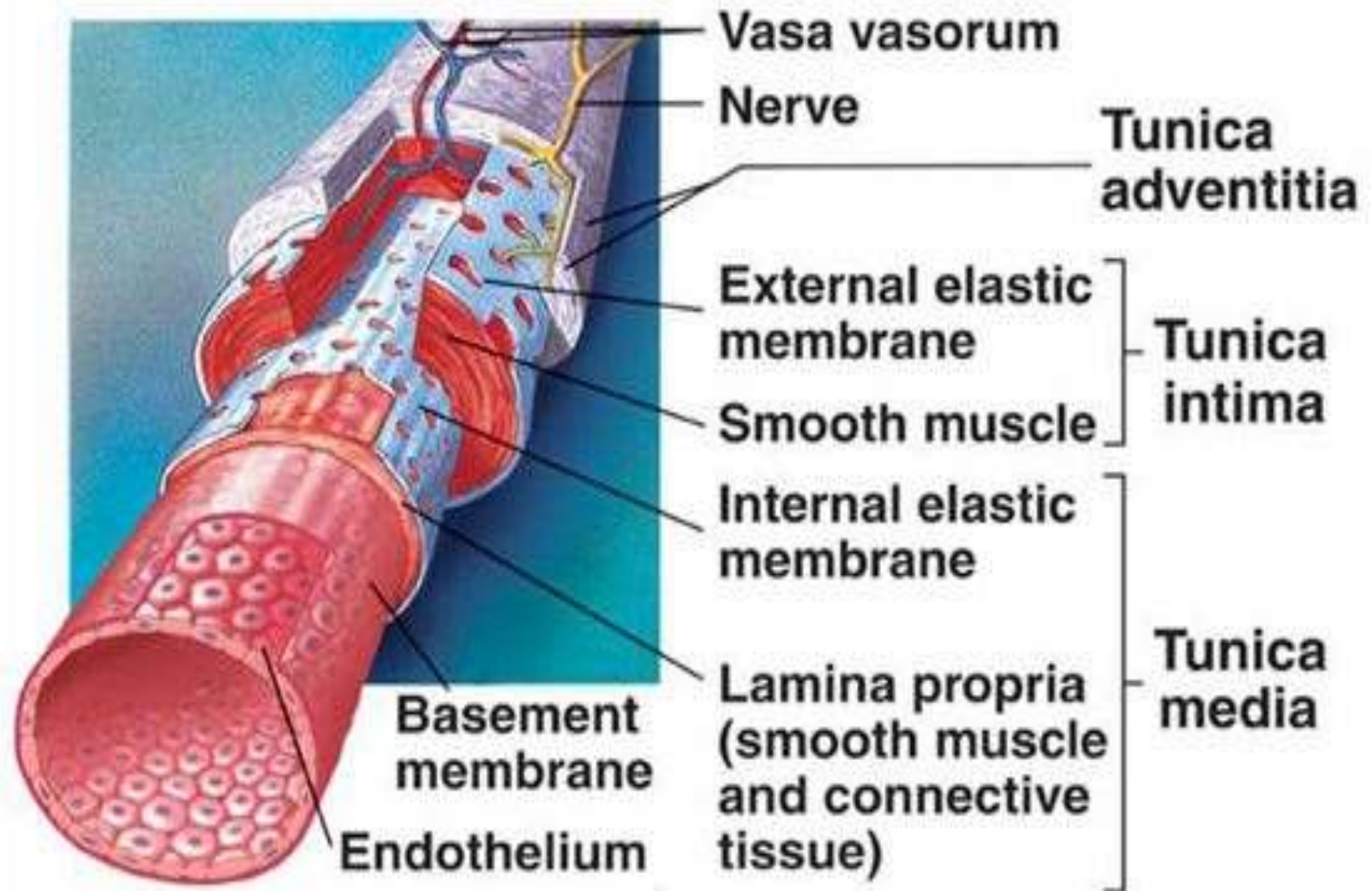
- *плацентарна;*
- *имунологічна;*
- *теорія вроджених та набутих
тромбофілій (в т.ч.
антифосфоліпідний синдром).*

Плацентарна теорія

В зв'язку з недостатньою інвазією трофобласта у вагітних з преєклампсією фізіологічна адаптація матково-плацентарного кровоплину обмежується лише децидуальним сегментом судин.



А міометральні сегменти спіральних артерій залишаються анатомічно не зміненими и зберігають чутливість до вазоконстрикторних стимулів.

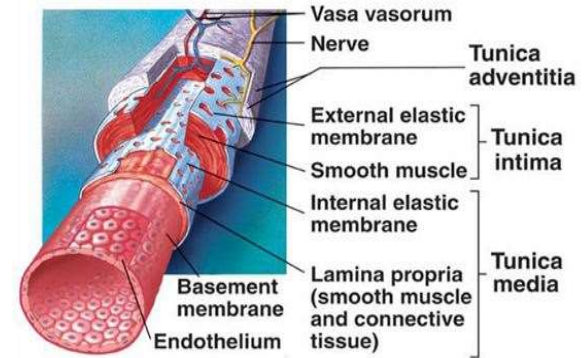


Ендотелій

Загальна площа поверхні > 4000 кв. м,
загальна маса > 1800 г,
число клітин 1×10^{12} .

Основна функція ендотелію - підтримання рівноваги протилежних процесів:

- Вазодилатації/вазоконстрикції.
- Регуляції судинної проникності.
- Регуляції адгезії лейкоцитів.
- Протизапальні/прозапальні реакції.
- Регуляції тромбоцитарно-судинних взаємовідносин.
- Антитромботичні/протромботичні реакції.
- Антиоксидантна/ прооксидантна дія.
- Інгібування/стимуляція проліферативних процесів.
- Ремоделювання судин.



Имунологічна теорія

У вагітних, у яких в подальшому виникне прееклампсія, існує гіперактивність на антигени плода, що попадають в її кровоток. Утворюються імунні комплекси, які відкладаються в судинах плаценти та інших органах, стимулюють процеси згортання крові, відкладення фібрину та викликають системну дисфункцію ендотелія.

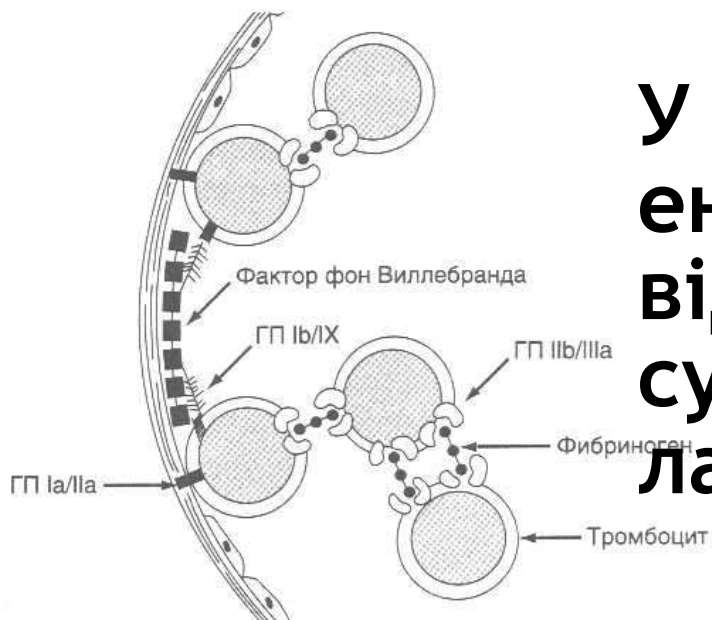
Теорія вроджених та набутих тромбофілій (в т.ч. антифосфоліпідний синдром)

При тромбофіліях відбувається мікро-
та макротромбування судин,
пошкодження ендотелія, ендотеліоз і
системна дисфункція ендотелія

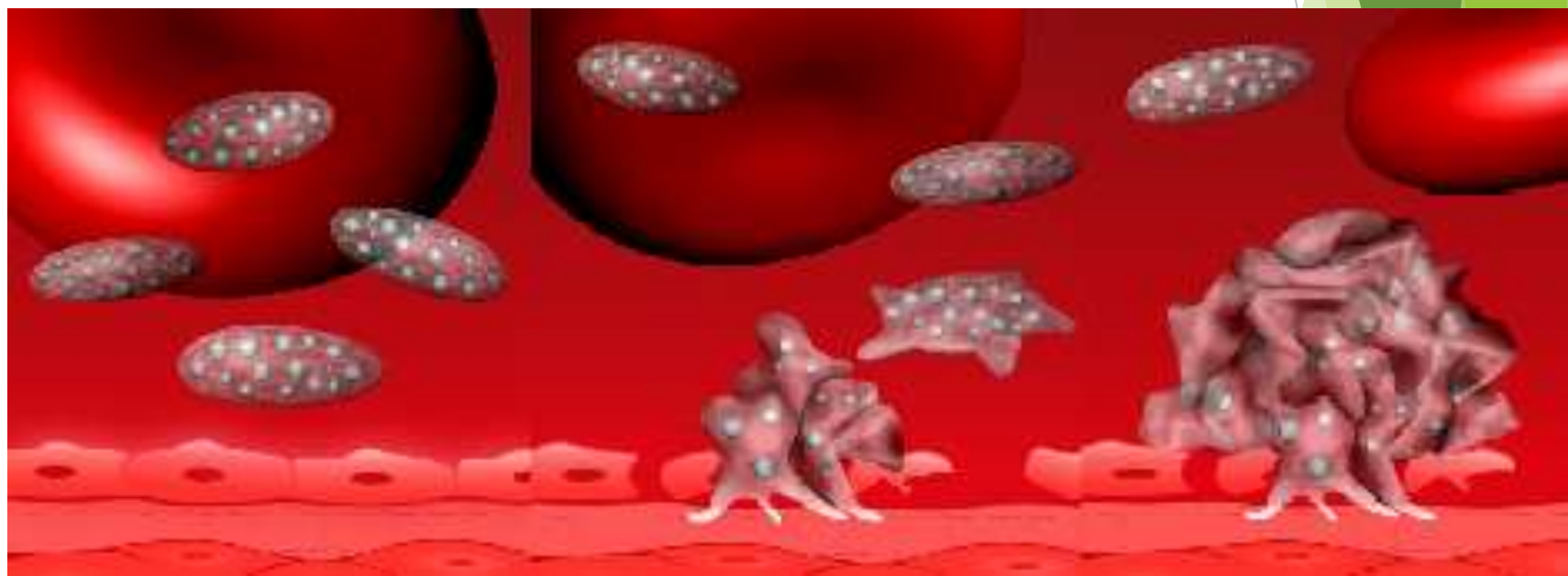
Як б з наведених причин ні сприяла виникненню прееклампсії, всі вони викликають пошкодження ендотелія з розвитком

ендотеліальної дисфункції

і подальший патогенез прееклампсії є єдиним для всіх вагітних, які захворіли на цю патологію.



**У відповідь на пошкодження
ендотелію при прееклампсії
відбувається також активація
судинно-тромбоцитарної
ланки гемостаза**



Ендотеліальна дисфункція + активація судинно-тромбоцитарного гемостаза



- ✓ генералізований судинний спазм із збільшенням проникності капілярної стінки;
- ✓ розвиток гіповолемії;
- ✓ зменшення венозного повернення крові до серця із падінням серцевого викиду;
- ✓ підвищення загального периферичного опору судин;
- ✓ розвиток синдрому ДВЗ з мікро- та макротромбуванням судин;
- ✓ гіперфузія органів, тотальна тканинна гіпоксія, розвиток постгіпоксичних метаболічних порушень, метаболічного ацидозу з апоптозом клітин та розвитком



синдрому поліорганної недостатності

Наслідки ПОН: найближчі

- ✓ еклампсія, кома, гіпертензивна енцефалопатія, відшарування сітківки ока, крововиливи в мозок;
- ✓ синдром гострого легеневого ушкодження;
- ✓ HELLP – синдром, субкапсулярні гематоми та розриви печінки;
- ✓ ГНН (кортикальний та тубулярний некроз);
- ✓ ПВНРП;
- ✓ дистрес, ЗРП та загибель плода.

віддалені:

- ГХ, порушення серцевого ритму, СН, кардіоміопатія;
- порушення діяльності ЦНС: геміпарези, геміплегії, порушення зору, пам'яті, психичні розлади;
- патологія, пов'язана з гіпоксією гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи (хвороба Шихана);
- вторинний нефросклероз, хронічний гломерулонефрит;
- хронічний гепатит;
- коагулопатії, анемія.

Діагностичні критерії пreekлампсії (1)

І. 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.

Протеїнурія є проявом порушення функції нирок, при якому визначається ≥ 300 мг білка в добовій порції сечі, або у разовій порції двічі,

або співвідношення у сечі протеїн(мг):креатинін(ммоль) ≥ 30 ,

або альбумін(мг):креатинін(ммоль) $\geq 8,0$.

Набряки. Діагностично значущими є генералізовані набряки або такі, що виникли раптово. Пreekлампсія, що перебігає без набряків, визнана небезпечнішою для матері та плода, ніж пreekлампсія з набряками.

Діагностичні критерії пreeклампсії (2)

II. Дисфункція інших органів матері:

- **ниркова недостатність** (рівень креатиніну крові більше 90 мкмоль/л);
- **страждання печінки** (підвищення рівня трансаміназ - більше, ніж в 2 рази вище верхньої межі норми, а також біль в правому підребір'ї/епігастрії);
- **неврологічні ускладнення** (еклампсія, змінений психічний стан, слепота, інсульт, гіперрефлексія, судоми; сильний головний біль, візуальні скотоми).

Діагностичні критерії пreekлампсії (3)

- ▶ гематологічні ускладнення
(тромбоцитопенія - рівень
тромбоцитів нижче 150000/дл,
синдром ДВЗ, гемоліз
еритроцитів).

III. Маточно-плацентарная дисфункція:

- ▶ задержка роста плода.

Діагностичні критерії тяжкості пreekлампсії/еклампсії

Діагноз	Діаст. АТ, мм рт.ст.	Протеїнурія, г/добу	Інші ознаки
Гестаційна гіпертензія або пreekлампсія з помірними проявами	90-109	0,3 – 5,0	набряки на обличчі, руках, інколи головний біль
Тяжка пreekлампсія	≥ 110	$> 5,0$	набряки генералізовані, значні, головний біль, порушення зору, біль в епігастрії, гіперрефлексія, олігурія, тромбоцитопенія
Еклампсія	≥ 90	$\geq 0,3$	судомний(і) напад(и)

Додаткові клініко-лабораторні критерії пreeклампсії

Ознаки	Пreeклампсія з помірними проявами	Тяжка пreeклампсія
Сечова кислота, ммоль/л	0,35-0,45	> 0,45
Сечовина, ммоль/л	4,5-8,0	> 8
Креатинін, мкмоль/л	75-90	> 90 або олігурія
Тромбоцити, 10 ⁹ /л	<150	< 80

Клінічними ознаками тяжкої пreekлампсії (в доповнення до гіпертензії та протеїнурії) є:

ВЕЛИКА БРИТАНІЯ

- ▶ порушення зору
- ▶ біль в епігастрії та/або блювання
- ▶ клонус
- ▶ папілоедема
- ▶ болючість печінки
- ▶ Зниження тромбоцитів нижче 100 тис.
- ▶ аномальна кількість ферментів печінки (ALT або AST зростає більше 70 МО/л)
- ▶ HELLP-синдром.

УКРАЇНА

- ▶ діастолічний АТ >110 мм рт. ст.;
- ▶ головний біль
- ▶ порушення зору;
- ▶ біль у епігастральній ділянці або правому підребер'ї;
- ▶ печінкова недостатність;
- ▶ олігурія (< 25 мл/год);
- ▶ тромбоцитопенія (< 100·10⁹/л)
- ▶ ДВЗ-синдром;
- ▶ підвищення активності АлАТ і АсАТ.

Сучасні підходи до ведення вагітних з прееклампсією (1)

ISSHP схвалила наступні ключові моменти тактики ведення вагітних з гіпертензивними порушеннями:

- ▶ 1. Жінки з вперше діагностованою прееклампсією повинні бути госпіталізовані в усіх випадках.
- ▶ 2. Аналізи крові (гемоглобін, тромбоцити, ферменти печінки, електроліти, креатинін) повинні виконуватись не менше двох разів на тиждень (а також повторно при погіршенні стану жінки).

Сучасні підходи до ведення вагітних з прееклампсією (2)

3. При АТ вище 150-160/110 мм рт. ст. необхідно терміново його знижувати протягом декількох годин. При гострому стані зазвичай використовують пероральний ніфедипин короткої дії.

Для повсякчасного контролю АТ широко використовувати пероральні метилдопу, ніфедипин, оксіпренолол та гідралазин.

Не можна застосовувати інгібітори ангіотензинперетворюючого фермента та блокатори α_2 -рецепторів!

Сучасні підходи до ведення вагітних з прееклампсією (3)

- ▶ 4. В світі є різні рекомендації у відношенні рівня АТ, який необхідно підтримувати при лікуванні прееклампсії. Спілкою акушерів і гінекологів Канади рекомендовано тримати АТ **130-155/ 90-105 мм рт. ст.** Національний інститут охорони здоров'я Великої Британії рекомендує підтримувати систолічний тиск **нижче 150 мм рт. ст.**, а діастолічний - **80-100 мм рт. ст.**
- ▶ В ISSHP наголошують, що АТ не можна зменшувати нижче цих рівнів, так як це може погіршити плацентарну перфузію із зігрозою загибелі плода.

Сучасні підходи до ведення вагітних з прееклампсією (4)

- ▶ 5. Доказано, що застосування сульфату магнію знижує частоту еклампсії приблизно вдвічі. ISSHP рекомендує застосовувати сульфат магнію всім жінкам з прееклампсією.
- ▶ 6. В звичайній клінічній практиці ISSHP не рекомендує робити різницю при спостереженні та лікуванні жінок з помірною та тяжкою прееклампсією. Лікувати слід всі випадки цього захворювання, оскільки прееклампсія залишається однією з головних причин материнської смертності в усьому світі.

Ведення вагітних з пreeкламписією з помірними проявами

Наказ МОЗ України від 24 січня 2022 р. № 151 «Гіпертензивні розлади під час

вагітності, пологів та у післяпологовому періоді». К. - 2022. ●

Госпіталізація:

- ▶ При терміні гестації 37 тижнів і більше - планова госпіталізація вагітної до стаціонару II рівня для розродження.
- ▶ При терміні вагітності менше 37 тижнів, прогресуванні пreeкламписії або порушенні стану плода - госпіталізація вагітної до стаціонару III рівня.
- ▶ Первинне лабораторне обстеження: загальний аналіз крові, гематокрит, кількість тромбоцитів, коагулограма, АлАТ і АсАТ, група крові та резус-фактор, заг. ан. сечі, визначення добової протеїнурії, креатиніну, сечовини, сечової кислоти, плазми, електроліти (Na та K), оцінка стану плода.
- ▶ Охоронний режим - напівліжковий, обмеження фізичного та психічного навантаження.
- ▶ Раціональне харчування: їжа з підвищеним вмістом білків, без обмеження солі та води, вживання продуктів, які не викликають спраги (А).
- ▶ Комплекс вітамінів та мікроелементів для вагітної, за необхідності препарати заліза.
- ▶ При діастолічному АТ>100 мм рт.ст. призначення гіпотензивних препаратів (метилдофа по 0,25-0,5 г 3-4 рази на добу, максимальна доза - 3 г на добу; за необхідності додають ніфедипін по 10 мг 2-3 рази на добу, максимальна добова доза - 100 мг) (А).

Ведення вагітних з преєклампсією з помірними проявами (1)

- ▶ При терміні вагітності до 34 тижнів призначають кортикостероїди для профілактики респіраторного дистрес-синдрому (РДС) - дексаметазон по 6 мг через 12 годин - 4 рази впродовж 2 діб.
- ▶ Дослідження проводять із встановленою кратністю динамічного спостереження показників (С):
 - контроль АТ - кожні 6 годин першої доби, надалі - 2 рази на добу;
 - аускультация серцебиття плода кожні 8 годин;
 - аналіз сечі - щодоби;
 - добова протеїнурія - щодоби;
 - Нб, гематокрит, коагулограма, кількість тромбоцитів, АЛАТ і АсАТ, креатинін, сечовина - кожні 3 дні;
 - моніторинг стану плода: кількість рухів за 1 годину, ЧСС - щодня;
 - оцінка біофізичного профілю плода (за показаннями);
 - кардіотокографія (за показаннями).
- ▶ При прогресуванні преєклампсії або погіршенні стану плода розпочинають підготовку до розродження:
 - підготовка пологових шляхів у разі «незрілої» шийки матки - простагландини E2 (місцево).

АНТИГІПЕРТЕНЗИВНА ТА ПРОТИСУДОМНА ТЕРАПІЯ

Антигіпертензивні препарати I ряду з доведеною ефективністю щодо зниження ризику розвитку ускладнень:

-антиадренергічні засоби з центральним механізмом дії (метилдопа),

-дигідропіридинові антагоністи кальцієвих каналів (ніфедипін, амлодипін),

-бета-адреноблокатори (атенолол, бісопролол, карведилол, метопролол, небіволол) та їх комбінації.

Препарати II ряду (урапідил - блокатор альфа₁ та стимулятор альфа₂ адренорецепторів). За резистентної гіпертензії можливе використання клонідину або нітрогліцерин.

Профілактична протисудомна терапія магнію сульфатом.

Регулярне лікування проводиться до стійкого досягнення цільового рівня АТ.

Ведення вагітних з пreeкламписією з помірними проявами (2)

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

- ✓- діастолічний АТ > 110 мм рт.ст.;
- ✓- головний біль;
- ✓- порушення зору;
- ✓- біль у епігастральній ділянці або правому підребер'ї;
- ✓- ознаки печінкової недостатності;
- ✓- олігурія (< 25мл/год);
- ✓- тромбоцитопенія (< $100 \cdot 10^9/\text{л}$);
- ✓- ознаки ДВЗ-синдрому;
- ✓- підвищення активності АЛТ та АСТ.

Розродження жінок з прееклампсією з помірними проявами

- ▶ Метод розродження у будь-якому терміні гестації визначається готовністю пологових шляхів або станом плода.
- ▶ При неефективності підготовки пологових шляхів простагландинами проводять операцію кесаревого розтину.
- ▶ Якщо шийка матки достатньо зріла, проводять родостимуляцію та пологи ведуть через природні пологові шляхи.
- ▶ За умови стабільного стану вагітної та показниках АТ, що не виходять за межі критеріїв прееклампсії з помірними проявами, у процесі пологів утримуються від магнезіальної терапії. У разі погіршення загального стану вагітної, появи ознак тяжкої прееклампсії, нестабільних показниках АТ показано проведення магнезіальної терапії для профілактики судом (А).

Ведення вагітних з тяжкою прееклампсією (1)

Госпіталізація:

- ▶ Госпіталізують до відділення анестезіології та інтенсивної терапії стаціонару III рівня для оцінки ступеня ризику вагітності для матері та плода і вибору методу розродження протягом 24 годин.
- ▶ Виділяють індивідуальну палату з інтенсивним цілодобовим спостереженням медичного персоналу.
- ▶ Негайні консультації терапевта, невропатолога, окуліста.
- ▶ Катетеризують периферичну вену для тривалої інфузійної терапії, за необхідності контролю ЦВТ - центральну вену, для контролю погодинного діурезу - сечовий міхур. За показаннями - трансназальна катетеризація шлунка.
- ▶ Первинне лабораторне обстеження: загальний аналіз крові, гематокрит, кількість тромбоцитів, коагулограма, АЛТ та АСТ; група крові та резус-фактор (за відсутності); загальний аналіз сечі, визначення протеїнурії, креатиніну, сечовини, загальний білок, білірубін та його фракції, електроліти.

Ведення вагітних з тяжкою прееклампсією (2)

Ретельне динамічне спостереження:

- ❖ - контроль АТ - щогодини;
- ❖ - аускультация серцебиття плода - кожні 15 хвилин;
- ❖ - аналіз сечі - кожні 4 години;
- ❖ - контроль погодинного діурезу
- ❖ - гематокрит, тромбоцити, функціональні печінкові проби, креатинін плазми - щодоби;
- ❖ - моніторинг стану плода: кількість рухів за 1 годину, ЧСС, доплерометричний контроль кровообігу у судинах пуповини, судинах мозку плода, плаценті та фетоплацентарному комплексі;
- ❖ - оцінка об'єму навколоплідних вод та біофізичного профілю плода - за показаннями;
- ❖ - тест на відсутність стресу плода - при погіршенні показників щоденного моніторингу плода і обов'язково перед розродженням (оцінка етапу серцевої діяльності плода за допомогою фетального монітору).

ТЕРМІНИ РОЗРОДЖЕННЯ ВАГІТНИХ З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ

► У терміні гестації 22 - 33+6 тижнів:

- **помірна пreeклампсія** - вичікувальна тактика лише у медичних закладах, які здатні виходити передчасно народжену дитину та забезпечити постійний моніторинг жінки в умовах BAIT.
- **тяжка 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).

► При гестації 34 - 36+6 тижнів:

- **помірна 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;
- **тяжка ПЕ** - показано розродження до 48 годин - в закладі, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, після стабілізації стану вагітної.

► При гестації після 37 тижнів:

- розродження жінок з **тяжкою ПЕ** - лише в закладі, що надає третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, упродовж 24 годин після стабілізації стану гемодинаміки.

Лікування вагітних з тяжкою преекклampsією

- ❖ Охоронний режим (суворий ліжковий), виключення фізичного та психічного напруження.
- ❖ При терміні вагітності до 34 тижнів - кортикостероїди для профілактики РДС - дексаметазон по 6 мг через 12 год. чотири рази впродовж 2 діб.
- ❖ У разі необхідності проводять підготовку пологових шляхів за допомогою простагландинів.
- ❖ **Тактика ведення** активна з розродженням у найближчі 24 години з моменту встановлення діагнозу.

Вичікувальна тактика в усіх випадках тяжкої преекклampsії не рекомендується!

Лікування вагітних з тяжкою прееклампсією (продовження)

Антигіпертензивна терапія

❑ Лікування артеріальної гіпертензії не є патогенетичним, але необхідне для матері та плода. Зниження АТ має на меті попередження гіпертензивної енцефалопатії та мозкових крововиливів. Слід прагнути довести АТ до безпечного рівня (150/90-160/100мм рт. ст., не нижче!), який забезпечує збереження адекватного мозкового та плацентарного кровотоку (В).

Швидке і різке зменшення рівня АТ може викликати погіршення стану матері та плода (С).

❑ При підвищенні діастолічного тиску >110 мм рт.ст. антигіпертензивну терапію проводять разом з магнезіальною терапією.

Антигіпертензивна терапія (продовження)

Як антигіпертензивний засіб, у хворих з тяжкою прееклампсією можна застосовувати **клонідин**: 0,5-1,0мл 0,01% розчин внутрішньовенно чи внутрішньом'язово або 0,15-0,2мг під язик 4-6 разів на день.

За умови можливості дослідження типу гемодинаміки, антигіпертензивну терапію проводять з його урахуванням. У разі **гіперкінетичного типу** доцільно застосовувати лабеталол+ніфедипін;

при гіпокінетичному - клонідин+ніфедипін при відновленні ОЦК;

при еукінетичному - метилдофа+ніфедипін.

Як антиконвульсант з одночасною антигіпертензивною дією, використовують **сульфат магнію**, що є препаратом вибору для профілактики та лікування судом (А), які у госпіталізованих жінок виникають внаслідок недостатнього лікування тяжкої прееклампсії.

Антигіпертензивна терапія (продовження)

Метилдофу для лікування тяжкої прееклампсії застосовують не часто, оскільки препарат має відстрочену дію (ефект настає через 4 години). Як правило, застосовують дози 1,0-3,0г на добу як монотерапію або у комбінації з **ніфедипіном** 0,5 мг/кг/доб (В).

У разі недоношеної вагітності добова доза метилдофи не повинна перевищувати 2,0г, бо це може призвести до розвитку меконіальної непрохідності у недоношених новонароджених.

На фоні застосування метилдофи навіть звичайні дози тіопенталу-натрію можуть призвести до колапсу.

Лікування вагітних з тяжкою прееклампсією (продовження)

Магnezіальна терапія

- ▶ Магnezіальна терапія - це болюсне введення 4г сухої речовини сульфату магнію з подальшою безперервною внутрішньовенною інфузією зі швидкістю, яка визначається станом хворої.
- ▶ Магnezіальну терапію починають з моменту госпіталізації, якщо діастолічний АТ>110 мм рт.ст.
- ▶ Мета магnezіальної терапії - підтримка концентрації іонів магнію в крові вагітної на рівні, потрібному для профілактики судом.
- ▶ Стартову дозу (дозу насичення) - 4г сухої речовини (16мл 25%-го розчину сульфату магнію) вводять шприцом дуже повільно протягом 15 хвилин (у разі еклампсії протягом 5 хвилин). Зважаючи на те, що концентрований розчин сульфату магнію може викликати значне подразнення стінки вени, у яку проводиться інфузія (аж до некрозу), стартову дозу сульфату магнію розчиняють в 0,9% розчині хлориду натрію чи розчині Рінгера-Локка. Для цього у стерильний флакон з 34 мл розчину вводять 4г магнію сульфату (16 мл 25%-го розчину).

Магnezіальна терапія (продовження)

- ▶ Підтримуючу терапію стандартно починають з дози 1г сухої речовини сульфату магнію на годину. За такої швидкості введення концентрація Mg у сироватці крові досягне 4-8ммоль/л (терапевтична концентрація) через 18 годин. При введенні зі швидкістю 2 г/год. - через 8 годин, а при швидкості 3 г/год. - через 2 години.
- ▶ Наведені швидкості введення сульфату магнію можливі тільки за умови нормального діурезу (не менше 50 мл/год), у разі навіть незначної олігурії швидкість введення необхідно зменшити, постійно проводячи моніторинг ознак магnezіальної інтоксикації за клінічними проявами, якщо є можливість визначення рівня магнію у плазмі крові.
- ▶ Робочий розчин сульфату магнію вводять одночасно з усіма розчинами, необхідними для проведення інфузійної терапії у пацієнтки. Загальна кількість рідини, що вводиться, становить від 75 до 125 мл за годину і не повинна перевищувати 2500-3000мл за добу (35 мл/кг) (з урахуванням рідини, що вводиться із сульфатом магнію, і випитої рідини).

Магnezіальна терапія (продовження)

Швидкість введення 3,33% розчину сульфату магнію

Доза сульфату магнію (перерахунок на суху речовину)	Швидкість введення	
	<u>мл/год</u>	<u>крапель/хв</u>
1 г/год	33,33	10-11
1,5 г/год	50	16-17
2 г/год	66,66	22
3 г/год	100	33
4 г/год	133,33	44

- Для виконання процедури використовують два флакони - один з 250 мл 3,33% розчину сульфату магнію, інший - з інфузійним середовищем. Крапельниці, що виходять з цих флаконів, з'єднують між собою колектором чи голкою. При цьому основною є лінія з інфузійним середовищем, а лінія із сульфатом магнію повинна впадати до неї, а не навпаки.

Магnezіальна терапія (продовження)

- ✓ Рішення щодо зміни швидкості введення сульфату магнію (збільшення або зменшення дози) чи припинення магnezіальної терапії приймають на підставі оцінки показників сироваткового магнію або у разі появи клінічних ознак токсичності сульфату магнію.
- ✓ Достатність дози сульфату магнію визначається рівнем його у сироватці крові у перші 4-6 годин. Якщо немає можливості проводити контроль рівня сироваткового магнію, погодинно ретельно оцінюють наявність/відсутність клінічних симптомів токсичності сульфату магнію, що документується в історії хірурби.
- ✓ *Ознаки магnezіальної інтоксикації можливі навіть на фоні терапевтичних концентрацій магнію у плазмі крові за умови комбінації з іншими препаратами, особливо з блокаторами кальцієвих каналів.*

МАГНЕЗІАЛЬНА ТЕРАПІЯ (продовження)

- ✓ З появою ознак токсичності сульфату магнію призначають 1г глюконату кальцію (10 мл 10% розчину) в/в, який завжди повинен знаходитися біля ліжка хворої.
- ✓ *Магnezіальну терапію проводять протягом 24-48 годин після пологів, разом із симптоматичним лікуванням. Слід пам'ятати, що застосування сульфату магнію під час пологів та у ранньому післяпологовому періоді знижує скоротливу активність матки.*
- ✓ **Критерії закінчення магнезіальної терапії:**
 - припинення судом;
 - відсутність симптомів підвищеної збудливості ЦНС (гіперрефлексія, гіпертонус, судомна готовність);
 - стійке зниження діастолічного АТ (90-100 мм рт. ст.);
 - нормалізація діурезу (> 50мл/год).

Лікування вагітних з тяжкою прееклампсією (продовження)

Схема застосування діазепаму при тяжкій прееклампсії та еклампсії

<u>Стартова доза</u>	10 мг (2мл) в/в протягом 2 хв в 10мл 0,9% NaCl Якщо судоми відновились або не припинились – повторити стартову дозу <u>НЕ ПЕРЕВИЩУВАТИ</u> 30мг/год – може зупинитися дихання!
<u>Підтримуюча доза</u>	40мг/500мл 0,9% NaCl або р-ну Рінгеру в/в 6-7 крапель/хв При в/м введенні – по 10 мг через 4 год
<u>Ректальне введення</u>	20мг/10мл 0,9% NaCl, ввести шприц до прямої кишки на половину його довжини і вприснути його вміст, стиснуті сідниці утримувати протягом 10 хв Можна вводити в пряму кишку розчин і через катетер

Лікування вагітних з тяжкою прееклампсією (продовження) ІНФУЗІЙНА ТЕРАПІЯ

- ✓ *Суровий контроль випитої та введеної рідини та діурезу*
- ✓ Загальний об'єм рідини, що вводиться, має відповідати добовій фізіологічній потребі жінки (30-35мл/кг) з додаванням об'єму нефізіологічних втрат
- ✓ *Швидкість введення рідини не повинна перевищувати 85 мл/год*
- ✓ Препаратами вибору інфузійної терапії до моменту розродження - ізотонічні розчини
- ✓ *Для відновлення ОЦК оптимальними препаратами є збалансовані кристалоїди*
- ✓ До інфузійно-трансфузійної програми доцільно включати донорську свіжозаморожену плазму для нормалізації співвідношення антикоагулянти/прокоагулянти
- ✓ **Не використовують гіпоосмолярні розчини!**

Профілактика розвитку прееклампсії (А)

- ❖ *Ацетилсаліцилова кислота* 150мг/добу, починаючи з 12 тижнів вагітності;
- ❖ *Препарати кальцію* 1-2г/добу (у перерахунку на елементарний кальцій), починаючи з 16 тижнів вагітності;
- ❖ Включення до раціону харчування морських *продуктів із високим вмістом поліненасичених жирних кислот.*
- ❖ Перспективний препарат - *вітамін Д3.*

Не слід обмежувати вживання кухонної солі та рідини!

ЕКЛАМПСІЯ

Про високий ризик ЕКЛАМПСІЇ свідчать:

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

Головні цілі екстренної допомоги:

- ✓ відновлення прохідності дихальних шляхів;
- ✓ припинення судом.

Задачі інтенсивної терапії після ліквідації судом:

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

Перша допомога при розвитку приступу еклампсії (1)

- ▶ Лікування у разі нападу судом починається на місці.
- ▶ Розгортають палату інтенсивної терапії чи госпіталізують вагітну до відділення анестезіології та інтенсивної терапії.
- ▶ Хвору укладають на рівну поверхню у положенні на лівому боці, швидко звільняють дихальні шляхи, відкриваючи рот і висуваючи вперед нижню щелепу, паралельно евакуюють вміст ротової порожнини. За можливості, якщо збережено спонтанне дихання, вводять повітровід та проводять інгаляцію кисню.
- ▶ За умови розвитку тривалого апноє негайно починають примусову вентиляцію носо-лицевою маскою з подачею 100% кисню у режимі позитивного тиску наприкінці видиху. Якщо судоми повторюються або хвора залишається у стані коми, вводять м'язові релаксанти (суксаметонію бромід 2 мг/кг) та переводять пацієнтку на штучну вентиляцію легенів (ШВЛ) у режимі помірної гіпервентиляції.

Перша допомога при розвитку приступу еклампсії (2)

- ▶ Починають введення протисудомних препаратів (сульфат магнію - болюс 4 г протягом 5 хвилин внутрішньовенно, потім підтримуюча терапія 1-2 г/год). Якщо напади тривають, внутрішньовенно вводять ще 2 г сульфату магнію (8 мл 25% розчину) протягом 3-5 хвилин. Замість додаткового болюсу сульфату магнію можна використовувати діазепам внутрішньовенно (10 мг) чи тіопентал-натрій (450-500 мг) упродовж 3 хвилин. Якщо напад судом триває понад 30 хвилин, цей стан розглядають як екламптичний статус.
- ▶ Якщо діастолічний АТ залишається на високому рівні (> 110 мм рт.ст.), проводять антигіпертензивну терапію.
- ▶ Катетеризують сечовий міхур.
- ▶ Усі маніпуляції (катетеризація вен, сечового міхура, акушерські маніпуляції) проводять під загальною анестезією тіопенталом-натрієм або закисом азоту з киснем.

Моніторинг стану вагітної під час проведення терапії сульфатом магнію включає:

- ▶ - вимірювання АТ кожні 20 хв.;
- ▶ - підрахунок ЧСС;
- ▶ - спостереження за частотою та характером дихання (ЧД має бути не менше 14 за 1 хв.);
- ▶ - визначення сатурації O_2 (не нижче 95%);
- ▶ - кардіомоніторний контроль;
- ▶ - ЕКГ;
- ▶ - перевірка колінних рефлексів кожні 2 год.;
- ▶ - контроль погодинного діурезу (має бути не менше 50 мл/год.).

Обстеження (здійснюють після припинення судом)

- ✓ *Консультація невролога та окуліста;*
- ✓ *Лабораторні аналізи:*
 - *повний аналіз крові;*
 - *коагулограма;*
 - *біохімічний аналіз крові (загальний білок, альбумін, глюкоза, сечовина, трансамінази, електроліти, фібриноген та ін.);*
 - *загальний аналіз сечі;*
 - *добова протеїнурія.*
- ✓ *Моніторинг АТ;*
- ✓ *Визначення погодинного діурезу;*
- ✓ *Щогодинна оцінка клінічних симптомів.*

Розродження (здійснюється терміново)

- ✓ Якщо екламптичний напад стався у I періоді пологів, виконують операцію кесарів розтин.
- ✓ Розродження проводять відразу після ліквідації нападу судом на фоні постійного введення сульфату магнію та антигіпертензивної терапії.
- ✓ За умови продовження нападу судом термінове розродження проводять після переведення хворої на ШВЛ.
- ✓ Після закінчення оперативного втручання ШВЛ продовжують до стабілізації стану пацієнтки.
- ✓ Після пологів лікування продовжують відповідно до стану хворої. Магnezіальна терапія має тривати ще не менше 48 годин.

Лікування еклампсії після пологів (1)

- ✓ Продовжують залежно від стану жінки, клінічної симптоматики та лабораторних показників.
- ✓ Необхідні моніторинг АТ і антигіпертензивна терапія. Дози антигіпертензивних препаратів поступово зменшують, але не раніше, ніж через 48 годин після пологів.
- ✓ Якщо жінка отримувала два чи більше антигіпертензивних препаратів - один препарат відміняють.
- ✓ Магnezіальна терапія триває не менше 24 годин після пологів або після останнього нападу судом.

Лікування еклампсії після пологів (2)

- ✓ Якщо судоми повторюються або хвора залишається в стані коми, вводять м'язові релаксанти та переводять пацієнтку на ШВЛ.
- ✓ Здійснюють катетеризацію периферичної вени та починають введення протисудомних препаратів під ретельним контролем АТ і ЧСС. Якщо напад судом триває понад 30 хв., цей стан розглядають як екламптичний статус.
- ✓ Якщо діастолічний АТ залишається на високому рівні проводять антигіпертензивну терапію.
- ✓ Катетеризують сечовий міхур.
- ✓ Усі маніпуляції виконують під загальною анестезією.
- ✓ Після ліквідації судом проводять корекцію метаболічних порушень, водно-електролітного балансу і кислотно-основного стану, білкового стану.
- ✓ **Не застосовують кетамін!**

Ускладнення, що супроводжують ПРЕЕКЛАМПСІЮ / ЕКЛАМПСІЮ

Для вагітної:

- ▶ кома, гіпертензивна енцефалопатія, крововилив у головний мозок, відшарування сітківки;
- ▶ синдром гострого легеневого ушкодження;
- ▶ гостра ниркова недостатність;
- ▶ HELLP-синдром, субкапсулярні гематоми й розриви печінки;
- ▶ ДВЗ-синдром і геморагічний шок;
- ▶ крововилив у наднирники та інші органи;
- ▶ передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- ▶ передчасні пологи.

Для плоду та новонародженого:

- ▶ дистрес плоду;
- ▶ затримка розвитку плоду;
- ▶ внутрішньоутробна загибель плоду;
- ▶ асфіксія новонародженого;
- ▶ синдром дихальних розладів у новонародженого.

ВІДДАЛЕНІ УСКЛАДНЕННЯ ПРЕЕКЛАМПСІЇ

- гіпертонічна хвороба, порушення серцевого ритму, хронічна серцева недостатність, кардіоміопатія;
- порушення діяльності ЦНС: геміпарези, геміплегії, порушення зору, пам'яті, психічні розлади;
- патологія, пов'язана з гіпоксією гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи (хвороба Шихана);
- вторинний нефросклероз, хронічний гломерулонефрит;
- хронічний гепатит;
- коагулопатії, анемія.

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 середнього ступеня або тяжку прееклампсію чи еклампсію:
 - потронаж на дому;
 - консультація профільних спеціалістів (за необхідності);
 - комплексне обстеження через 6 тижнів після пологів.
- ✓ У разі збереження гіпертензії протягом 3 тижнів після пологів жінку госпіталізують до терапевтичного стаціонару.
- ✓ Тривалість диспансерного нагляду після перенесеної прееклампсії чи еклампсії - 1 рік.

HELLP-СИНДРОМ

HELLP-СИНДРОМ

HELLP-синдром - одна з найбільш важких форм преєклампсії. Синдром вперше описав Вейнстейн в 1985 році, утворивши його з перших букв англійських слів: ***H*** - ***гемоліз*** (*haemolyse*), ***EL*** - ***підвищений рівень печінкових ензимів*** (*elevated liver enzymes*), ***LP*** - ***знижений рівень тромбоцитів*** (*low platelet count*).

Прояви HELLP-синдрому виникають в основному в перші 24-48 годин післяпологового періоду, що зв'язують із масивною імунною відповіддю організму матері на надходження плодових антигенів у її кров'яне русло в процесі пологів.

Основні патофізіологічні зміни при HELLP-синдромі відбуваються переважно в печінці. Головною ланкою в розвитку синдрому є порушення в системі гемостазу внаслідок ушкодження ендотелію та внутрішньосудинної активації системи згортання. Відкладення фібрину в синусоїдальних капілярах печінки призводить до центральних некрозів з утворенням набряку печінки й напруження глісонової капсули. Подальше прогресування процесу може призвести до розриву печінки. Якщо це порочне коло вчасно не розірвати, то протягом декількох годин розвивається ДВЗ-синдром зі смертельною кровотечею.

Всі симптоми HELLP-синдрому можна розділити на специфічні, неспецифічні й характерні.

СИМПТОМИ HELLP-СИНДРОМУ

Симптоми	Прояви
Специфічні	Гемоліз Збільшення печінкових ферментів Тромбоцитопенія
Неспецифічні	Нездужання Головний біль, стомлення Нудота, блювота Болі в животі, правому підребер'ї
Характерні	Блювота з домішками крові Жовтяниця. Судоми Крововиливи в місцях ін'єкцій Наростаюча печінкова недостатність

ПРОВІДНІ СИМПТОМИ HELLP-СИНДРОМУ

- ✓ **↑** білірубіну внаслідок посиленого гемолізу еритроцитів, жовтяниця, **↓** гемоглобіну до 90 г/л і нижче, **↓** гематокриту до 0,25-0,3;
- ✓ **↑** активності печінкових ферментів (АСТ, АЛТ, ЛДГ), **↑** в плазмі концентрації сечової кислоти, азотистих речовин; гіпоглікемія, що пов'язана з печінковою недостатністю;
- ✓ порушення в системі гемостазу (**↓** рівня антитромбіну ІІІ, **↑** протромбінового часу, **↓** рівня фібриногену), що й спричиняє розвиток ДВЗ-синдрому.

Протокол інтенсивної терапії HELLP-синдрому

Мета

- усунення гемолізу й тромботичної мікроангіопатії;
- профілактика синдрому мультисистемної дисфункції;
- оптимізація неврологічного статусу й екскреторної функції нирок (креатинін плазми та кліренс креатиніну);
- нормалізація АТ.

Протокол інтенсивної терапії HELLP-синдрому

Необхідний обсяг обстеження

- моніторний контроль АТ і баланс рідини;
- повний клінічний аналіз крові;
- проби на гемоліз (мазок периферичної крові, сироватковий гаптоглобін, сеча на вільний гемоглобін);
- гемостазіологічні показники: гематокрит, тромбоцити, протромбиновий час, АЧТВ, фібриноген, ПДФ.
- функція печінки: АЛТ, АСТ, ЛДГ, ЛФ, білірубін (непрямий), глюкоза крові, УЗД органів черевної порожнини, МРТ печінки (при болях в епігастральній і в правій підреберній ділянці);
- функція нирок: діурез, білок у сечі, сечовина, креатинін;
- фетоплацентарний комплекс: моніторинг стану плода при надходженні й мінімум 1 раз на добу, ультразвукове дослідження, БПП, доплерометричне дослідження кровотоку в фетоплацентарному комплексі;
- консультація: невролога, гематолога, невропатолога.

Послідовність лікувальних дій

- термінове розродження: при "зрілій" шийці матки - через природні родові шляхи, у випадку неготовності родових шляхів - кесарів розтин;
- інтенсивна терапія важкої преєклампсії, дихальна підтримка (ШВЛ за показаннями, оксигенотерапія);
- профілактика масивної інтра- та післяопераційної крововтрати (перев'язка висхідних гілок маткових артерій, інгібітори фібринолізу - транексамова кислота, свіжозаморожена плазма;
- **Призначення кортикостероїдів у якості лікувального заходу не рекомендується.**
- трансфузія тромбоцитарної маси у разі, якщо тромбоцитів $< 20 \cdot 10^9$ /л за відсутності геморагічного синдрому, або $< 50 \cdot 10^9$ /л за наявності геморагічних проявів;
- інфузійна терапія - збалансовані кристалоїди, альбумін (10 і 20%);
- при гемоглобіні менше 70 г/л - трансфузія еритроцитарної маси при строках зберігання не більше 3 доби;
- гепатопротектори, антиоксиданти, мембраностабілізатори;
- антибактеріальна терапія;
- антитромбін III (з метою профілактики вводять 1000-1500 МО/добу; при лікуванні початкова доза - 1000-2000 МО/добу, потім 2000-3000 МО/добу).

Показання до екстреного розродження

- прогресуюча тромбоцитопенія;
- різке погіршення перебігу прееклампсії;
- порушення свідомості й груба неврологічна симптоматика;
- прогресуюче погіршення функції печінки й нирок;
- дистрес плоду.

Субкапсулярні гематоми й розриви печінки частіше виникають при дородових проявах HELLP-синдрому. Спонтанні розриви печінки характеризуються високою материнською смертністю (понад 50-80%). Методи лікування розривів печінки містять у собі евакуацію гематоми і її дренивання, прошивання ушкодженої ділянки печінки, накладення місцевих гемостатичних препаратів, перев'язку печінкової артерії, видалення частки печінки й емболізацію печінкової артерії. Виживаємість після ушивання з тампонадою і дрениванням становить 82%, а після видалення частки печінки - тільки 25%. Поліпшення виживаємісті може бути досягнуто тільки за рахунок раннього розпізнавання й інтенсивного багатокомпонентного лікування HELLP-синдрому.

Реабілітація жінок, що перенесли ПРЕЕКЛАМПСІЮ / ЕКЛАМПСІЮ

Медичну реабілітацію проводять жінкам, які перенесли прееклампсію середнього й важкого ступеня або еклампсію. Диспансерне спостереження здійснюється протягом 1 року в умовах жіночої консультації при участі терапевта й включає патронаж вдома, консультації профільних фахівців (при необхідності) і комплексне обстеження жінки в наступний термін:

- ❑ 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;
- ❑ вимір АТ при кожному відвідуванні лікаря.

Реабілітація жінок, що перенесли пreeклампсію/еклампсію

➤ I етап реабілітації

проводять у пологовому будинку. Інтенсивну терапію й комплекс додаткових обстежень виконують відповідно до протоколів ведення пreeклампсії з відповідним ступенем важкості. У випадку збереження гіпертензії протягом 3 тижнів після пологів жінку варто госпіталізувати в терапевтичний стаціонар.

➤ II етап реабілітації

проводиться в жіночій консультації при участі терапевта або сімейним лікарем за місцем проживання протягом 1 року після пологів. Якщо жінка має потребу в гіпотензивному лікуванні, після виписки з пологового стаціонару вона проходить огляд щотижня з обов'язковим контролем рівня протеїнури й концентрації креатиніну в плазмі крові. На цьому етапі призначають терапію, спрямовану на нормалізацію стану ЦНС, тону судин, АТ, функції печінки, нирок.

Якщо протягом 6 місяців проведення етапу реабілітації в жінок зберігається протеїнурія й гіпертензія, їй необхідна консультація нефролога з можливою госпіталізацією в нефрологічний стаціонар і/або кардіолога для ранньої діагностики захворювань, які можуть розвинути внаслідок перенесеної преекламписії (гломерулонефрит, гіпертонічна хвороба та ін.).

КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ

- Класифікація прееклампсії
- Основні теорії етіології, патогенезу прееклампсії?
- Які фактори ризику щодо виникнення прееклампсії?
- Клініка і діагностика прееклампсії різного ступеня тяжкості.
- Методи оцінки ступеня тяжкості прееклампсії.
- Тактика ведення вагітних і методи лікування прееклампсії?
- HELLP-синдром.
- Яке спостереження за породіллями, що перенесли прееклампсію/еклампсію після виписування із стаціонару?

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

ОСНОВНА

- 1.Наказ МОЗ України від 24 січня 2022 р. № 151 «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді». К. – 2022.
- 2.Ліхачов В.К. Акушерство. Том 2. Сучасна акушерська практика. – Вінниця: Нова Книга, 2022. – 512 с.
- 3.Академічні лекції з акушерства та гінекології/за ред. акад. Ю.Г.Антипкіна. - Київ: ТОВ КРЕЙТИВ МЕДІА, 2021. - 424 с.
- 4.Медведь ВІ, Жук СІ, Коньков ДГ, Булавенко ОВ, Ткаченко РО, Кукуруза ІЛ. Тяжка прееклампсія. CALM DOWN – алгоритм дій медичного персоналу. Здоровье женщины.2017.10 (126).-28-33 с.

ДОДАТКОВА

- 1.Медведь В. Драматична екстрагенітальна патологія вагітних. - Київ: ВД Авіцена, 2019. - 144 с.
- 2.Сенчук А.Я. та ін. Невідкладні стани в акушерській практиці. - К.: Фенікс, 2019.- 336с.

ДЯКУЮ
ЗА УВАГУ!