

**Захворювання,
які супроводжують
вагітність (гестози).**

Гестози – патологічний стан, пов'язаний з розвитком плодового яйця.

«Гесто» - вагітність, «оз» - патологія, захворювання.

Класифікація:

1. Ранній гестоз:

- блювання вагітних;
- слюноотеча.

2. Пізній гестоз:

- набряки під час вагітності (водянка вагітних);
- гіпертензія вагітних;

- протеїнурія вагітних;
- прееклампсія;
- еклампсія;

3. Рідкісні форми гестозу:

- дерматози;
- симфізіопатія и сакроілеопатія;
- гостра жовта дистрофія печінки (гострий жировий гепатоз).

Блювання вагітних – ведучий симптом в клініці – блювання, яке супроводжується нудотою і слюнотечею, що призводить до зневоднення, схуднення, порушення мінерального, білкового, вуглеводного обміну.

Легка форма:

- стан задовільний;
- блювота 2-3 рази на добу після прийому їжі;
- пульс до 90 уд/хв;
- АТ, діурез в нормі, зниження маси тіла нема.

Середньої тяжкості:

- 1) **Блювання** до 10 разів на добу;
- 2) **Ознаки зневоднення:**
 - зменшення маси тіла;
 - сухість в роті;
 - зниження діурезу;
 - зниження АТ;
 - прискорення пульсу більше 90 уд/хв;

3) Ознаки порушення обміну
(розвиток метаболічного ацидозу):

- запах яблук із рота;
- в сечі – ацетонові тіла;

4) Зміни зі сторони ЦНС: слабкість,
апатичність, сонливість.

Надмірне блювання вагітних:

- 1) блювання більше 10 разів на добу, постійні позиви до блювання;
- 2) відраза до їжі;
- 3) ознаки зневоднення і схуднення:
 - значне схуднення – шкіра суха, дрябла;
 - іноді жовтяниця;
 - язик сухий, обкладений білим нальотом;
 - пульс – 100-120 уд/хв;
 - кількість сечі 200-300 мл на добу.

4) порушення обміну:

- в ан. сечі – циліндри, білок, ацетонові тіла, уробілін;
- в ан. крові – підвищений рівень залишкового азоту, білірубіну;

5) ознаки інтоксикації: підвищення температури, анемія.

Прогностично несприятливі ознаки загального стану:

- підвищення температури;
- жовтяниця;
- тахікардія;
- альбумінурія, циліндроурія.

Ускладнення: гострий жировий гепатоз, кома, смерть, внаслідок ускладнень.

Лікування:

1. Лікувально-охоронний режим.
2. Харчування: прийом їжі 5-6 разів на добу, малими порціями, в теплому вигляді, перший прийом – не вставаючи з ліжка.
3. Медикаментозна терапія:
 - дія на ЦНС: препарати брома, транквілізатори, аміназин;
 - для нормалізації обміну – вітамінні комплекси (елевіт - пронаталь, вітрум-пренаталь, прегнавіт); рослинні гепатопротектори (левасил, хофітол);

– боротьба зі зневодненням і схудненням: протиблювотні (церукал або метаклопромід); збалансоване парентеральне харчування (берламін - модуляр); інфузійна терапія сольовими розчинами (фізіологічний розчин NaCl, розчин Рінгера); колоїдними (реополіглюкін).

–якщо є гіпопротеїнемія – білкові препарати (плазма, альбумін).

4. Акупунктура.

5. Плазмофорез.

6. Гомеопатичне лікування.

При відсутності ефекту від лікування – переривання вагітності.

Рідкі форми гестозів.

Дерматози – виникають під час вагітності і зникають після її закінчення. Найбільш частою формою являється свербіж шкіри вагітних. Може з'являтися в різні строки вагітності, супроводжуватися безсонням і роздратуванням.

Диференційна діагностика:

- з цукровим діабетом;
- глистяною інвазією;
- алергічною реакцією на продукти або лікарські препарати.

Лікування: седативні препарати, десенсибілізуюча терапія, антигістамінні препарати, вітаміни групи В, УФО.

Симфізіопатія і сакроілеопатія

проявляються черезмірною рухомістю в суглобах (симфізу та крижово-клубового членування) внаслідок надмірного пом'якшення, (збільшення гідрофільності) зв'язкового апарату.

Клініка:

- болі в нижніх кінцівках і кістках таза;
- «вугина» хода;
- болючість при пальпації симфіза, розходження кісток симфіза.

Лікування: вітамін Д, прогестерон.

Гостра жовта дистрофія печінки (гострий жировий гепатоз) –

ускладнення тяжкого раннього або пізнього гестозу – призводить до смерті.

При цьому печінкові клітини перероджуються (жирове і білкове переродження), різке зменшення розмірів печінки, розвивається жовтяниця, кома.

Лікування неефективно.

Профілактика: переривання вагітності при тяжких формах гестозів.

Пізнні гестози

«Чисті» гестози – без ознак у вагітної соматичного захворювання.

«Поєднані» - виникають на фоні соматичних захворювань (гіпертонічної хвороби, пієлонефриту).

«Моносимптомні»: набряки під час вагітності, гіпертензія під час вагітності, протеїнурія під час вагітності.

«Полісимптомні» гестози – преєклампсія, характеризується наявністю основних 3-х симптомів: набряки, гіпертензія, протеїнурія (тріада Цантгемейстера).

Ступені тяжкості пізнього гестозу

(наказ МОЗ України № 676 від 31.12.2004 г.)

1. Легка форма преєклампсії:

- АТ діастолічний 90-99 мм рт.ст.;
- набряки на нижніх кінцівках;
- протеїнурія до 0,3 г/л.

2. Середня ступінь тяжкості преєклампсії:

- АТ діастолічний 100-109 мм рт.ст.;
- набряки на нижніх кінцівках і передній черевній стінці;
- протеїнурія від 0,3 до 5,0 г/л.

3. Тяжка ступінь преекламписії:

- АТ діастолічний більше 110 мм рт.ст.;
- генералізовані набряки (анасарка);
- протеїнурія більше 5,0 г/л;
- головний біль, порушення зору;
- олігурія.

Діагноз про ступінь тяжкості преекламписії ставиться по найбільш вираженій клінічній ознаці.

Еклампсія.

Перший період – **передсудомний**

характеризується дрібним посіпуванням м'яз обличчя, пальців рук. Погляд нерухомий, замикання повік, опускання кутів рота. Дихання поверхневе. Тривалість – 20-30 секунд.

Другий період – **тонічних судом.** Всі м'язи напружені, тіло вигинається дугою, щелепи зжаті, дихання зупиняється, настає стан непритомності. Пульс не визначається. Тривалість – 10-20 сек.

Третій період – клонічних судом.

Періодичне скорочення всіх груп м'язів. Шийні вени напружені, обличчя багровосинє. В кінці періода з'являється хрипле дихання. Тривалість – 30-60 секунд.

Четвертий період – період розв'язання нападу. Шумне дихання. Піна з рота, іноді закрашена кров'ю. Деякий час жінка непритомна, поступово приходить в себе і не пам'ятає, що з нею трапилось.

Екламписичний статус – декілька судомних нападів, які слідують один за одним.

Екламписія без судом – хвора зразу впадає в кому.

HELLP-синдром – тяжка форма пізнього гестозу:

- гемолітична анемія;
- підвищена ферментативна активність печінки (ALT, AST);
- тромбоцитопенія.

Ускладнення пізнього гестозу:

Зі сторони матері:

- передчасне відшарування плаценти;
- печінкова недостатність;

- набряк легень;
- внутрішньочерепна кровотеча;
- розрив печінки;
- ДВС-синдром.

Зі сторони плода:

- дистрес плода (гіпоксія);
- затримка внутрішньоутробного розвитку;
- внутрішньоутробна загибель плода.

Принципи лікування пізнього гестозу.

Основні ланцюги патогенезу:

- генералізований спазм периферичних судин;
- гіповолемія;
- метаболічні порушення;
- синдром поліорганної недостатності;
- порушення реологічних якостей крові (в'язкості, агрегаційних якостей крові);
- ДВС-синдром.

Комплексна інтенсивна терапія:

1. Дія на ЦНС:

- лікувально-охоронний режим;
- седуксен, дроперидол, діазепам, наркотичні препарати: віадрил, киснево-закисний наркоз.

2. Ліквідація спазму периферичних судин:

еуфілін, но-шпа, папаверин, галідор.

3. Гіпотензивна терапія при

діастолічному АТ більше 100: магнію сульфат, пентамін, метилдофа, ніфедипін.

4. Усунення гіповолемії і покращення реологічних якостей крові: інфузійна терапія (розчин Рінгера, фізіологічний розчин NaCl), декстриани (реополіглюкін, реомакродекс).

5. При прояві гіпопротеїнемії: білкові препарати – 20% альбумін, плазма (свіжозаморожена – профілактика і лікування ДВС-синдрому).

6. Усунення метаболічних порушень:

(стимуляція аеробного окислення):

гіпербарічна оксигенація, вітаміни В1, В6, аскорбінова кислота, вітамін Е, кокарбоксілаза.

7. Профілактика респіраторного дистресу плода в пологах:

дексаметазон, якщо строк вагітності менше 34 тижнів.

8. Профілактика і лікування ДВС-синдрому: свіжозаморожена плазма, трентал, гордокс.

9. Харчування: їжа, збагачена білками і вітамінами. Сіль і рідину не обмежувати.

Невідкладна допомога:

16 мл 25% магнію сульфата в 34 мл 0,9% розчину хлориду натрію вводять на протязі 15 хвилин в/в.

Доповісти в акушерський стаціонар телефонограмою.

Визвати для госпіталізації реанімобіль або швидку допомогу.

Спостерігати за станом вагітної:

вимірювати АТ кожні 20 хв., рахувати ЧСС, спостерігати за частотою дихання (ЧД повинна бути не менше 14 за 1хв.).

Контролювати симптоми тяжкості преєклампсії: головний біль, порушення зору, біль в епігастрії.

При відсутності сульфата магнію, можливе використання діазепаму: 2 мл (10 мг) в/в на протязі 2 хв. в 10 мл 0,9% розчину NaCl.

Невідкладна допомога при розвитку нападу еклампсії:

- Вагітна нетранспортабельна!
- В I періоді – ввести роторозширювач або шпатель, загорнутий марлею (профілактика прикусування язика);
II-III періоди – слідкувати, щоб вагітна не впала з ліжка.

- В період завершення нападу вагітну вкладають на рівну поверхню в положенні на лівому боці, проводять туалет дихальних шляхів (відвинуть вперед нижню щелепу, відкрити рот, слиз видалити марлевою серветкою).

-після відновлення дихання – інгаляція киснем.

-В/в на протязі 2 хвилин ввести: - 2 мл (10 мг) діазепаму в 10 мл 0,9% розчину NaCl; - 16 мл 25% магнію сульфата в 34 мл 0,9% розчину NaCl.

-Доповісти в акушерський стаціонар, викликати реанімобіль.

-Контроль АД, пульсу, частоти дихання.

Тактика ведення вагітності

при пізньому гестозі залежить від ступеню тяжкості:

Госпіталізація.

Лікування легкого ступеню тяжкості можливе в умовах денного стаціонару;
тяжкого ступеню – в палаті інтенсивної терапії з цілодобовим наглядом медичного персоналу: контроль АТ (кожну годину), аускультатія серцебиття плода через 15 хвилин, аналіз сечі кожні 4 години, контроль діурезу, гемоглобін, гематокрит, тромбоцити, функціональні печінкові проби.

Дострокові пологи при тяжкій

прееклампсії на протязі 24 годин: При «незрілій» шийці – кесарів розтин. При «зрілій» шийці – через природні пологові шляхи.

Пологорозв'язання у жінки, яка

перенесла еклампсію, проводять негайно, на фоні постійної магнезіальної і гіпотензивної терапії шляхом кесаревого розтину. Якщо напад в II періоді пологів – через природні пологові шляхи.

Реабілітація жінок, які перенесли
пreeклампсію середнього або важкого
ступеню і еклампсію:

- Диспансерний нагляд в жіночій консультації на протязі року.
- Патронаж вдома.
- Консультація терапевта (при необхідності і інших спеціалістів – невропатолога, нефролога, окуліста).
- Контроль АТ.
- Аналіз сечі (протеїнурія).
- Аналіз крові: креатинін, білки крові - якщо зберігається гіпертензія.

Профілактика пізнього гестозу

I. Група ризику:

Соціально-побутові фактори:

1. Вік першовагітної менше 18 и більше 30.
2. Шкідливі звички.
3. Проф. шкідливості.
4. Незбалансоване харчування.

Соматичні захворювання:

- Захворювання нирок.
- Захворювання серцево-судинної системи (гіпертонічна хвороба, вади серця).
- Хронічні захворювання легень і бронхів.
- Цукровий діабет.
- Ожиріння.

-Акушерсько-гінекологічні фактори:

- Наявність пізнього гестозу в спадковому анамнезі або в попередніх вагітностях.
- Багатоводдя, багатопліддя.
- Анемія вагітних.
- Ізосенсибілізація по резусу або АВО.

Ведення в групі ризику:

- Диспансерний нагляд: 1 раз в 2 тижні до 30 тижнів, 1 раз в тиждень після 30 тижнів. При кожному відвідуванні: вимірювати АТ на обох руках, аналіз сечі, контроль маси.
- Виключення негативних емоцій в побуті і на роботі.

-Раціональне, збалансоване харчування, виключення шкідливих звичок.

-Проведення профілактичного лікування (фітотерапія) прегестоза.

-Прогулянки на свіжому повітрі, нічний сон не менше 10 годин за добу.

Діагностика прегестозу (доклінічна форма пізнього гестозу):

I. Синдром лабільності серцево-судинної системи:

- вимірювання АТ на обох руках.
- функціональні проби: холодова, проба з поворотом (підвищення діастолічного тиску на 20 і більше – проба позитивна).

II. Синдром підвищеної гідрофільності тканин:

- патологічна прибавка маси тіла (більше 400 г за тиждень).

- «Симптом кільця» по Хмілевському.

Лікування прегестоза:

валеріана, седативні збори - «новопасит»; продукти, які покращують функцію нирок: брусніка, толокнянка, нирковий чай, свіжа капуста, відвар шипшини, петрушка, курага.