

ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ І РОДІВ ПРИ ПІЗНЬОМУ ГЕСТОЗИ

Ганич М.М., Калій В.В., Панайт В.І., Герзанич С.О.

Ужгородський державний університет, м.Ужгород

Пізні токсикози вагітних - гестози - належать до тієї патології, актуальність якої з часом не зменшується, а зростає. Вагомий внесок в розв'язання проблеми пізніх гестозів зробили вітчизняні вчені. Уточнюється термінологія, погляди на етіопатогенез, клінічний перебіг, підходи до тактики лікування. До сьогодні пізні гестози займають одне з перших місць серед причин материнської та перинатальної смертності. Після перенесеного гестозу часто спостерігаються хронічні гломерулонефрити, гіпертонічна хвороба, ендокринні порушення та інші ускладнення. Серед дітей, які народились від матерів з гестозом, часто (близько 20 %) спостерігаються різні відхилення від фізичного та психоемоційного розвитку, зростання захворюваності в ранньому дитячому віці. Відбувається зростання частоти гестозів, поєднаних з іншими захворюваннями, що проявляються більш важким перебігом та наслідками цього захворювання. Згідно літератури,

пізній гестоз вагітних спостерігається від 2,3 до 16,6 % [1, 2, 3, 5].

Однак, до сьогодні багато сторін етіопатогенезу цієї патології достатньо глибоко ще не вивчені, хоча спроби в цьому напрямі проводилися [7, 8, 9].

Відомо, що при фізіологічному перебігу вагітності, вже в першому триместрі відбувається достатня інвазія трофобласта в спіральні артерії матки. Одночасно, з ендотелією судин, які приймають участь в формуванні матково-плацентарної системи, звільняється простагліцин - біологічно активна речовина, вазоділятор, інгібітор адгезії та агрегації тромбоцитів. Описаний механізм забезпечує створення умов для нормального розвитку плоду і прогресування вагітності. Тому, ймовірно, патогенез гестозу можна розглядати через призму змін в ендотелії судин. Процес проростання трофобласта обмежується децидуальною тканиною. Названі морфологічні зміни супроводжуються

порушеннями в співвідношенні тромбосан/простациклін, зниженням продукції ендотеліального релаксуючого фактору, внаслідок чого блокується достатня вазодилатація створюються умови для оклюзії судин, гіперперфузії тканин, гіпоксичних та ішемічних змін в них [4, 6].

В цьому процесі важливим є факт ураження судин не тільки матково-плацентарного русла крові, але і судин інших органів - нирок, головного мозку, печінки ін. Ці зміни викликають вазоконстрикцію, гіповолемію, порушення реологічних властивостей крові та розвиток ДВЗ - синдрому. Це дає підставу вважати гестоз захворюванням з поліорганним ураженням та поліорганною недостатністю.

Матеріал та методи дослідження. Під нашим наглядом перебувало 625 вагітних, які страждали пізнім гестозом, що становить 6,9% на 8948 родів в період 1995-1998 років. Із них у 427 (68,3%) була легка форма токсикозу, у 113 - (18,1%) форма середньої важкості, а в 85 (13,6%) - важка форма. Серед них першородячі склали 65,1% (n = 407), повторнородячі - 34,8% (n = 218). Особливої уваги заслуговував контингент вагітних із важкою формою захворювання в поєднанні з екстрагенітальною патологією (n = 39), що складало 45,8%. За віком жінки були розподілені таким чином: до 19 років - 8,9%, 19-34 роки - 82,8%, 35 років і старші - 8,2%.

З метою вивчення структури пізніх гестозів вагітних, більш детально проаналізовано 425 випадків. Серед них, при легкій формі гестозу передчасні роди мали місце у 10 жінок (3,4%), при середній - у 16 (17,6%), при важкій - у 18 жінок

(42,8%). Запізнілі роди мали місце в 22 випадках (5,2 %). Несвоєчасне злиття навколоплодових вод спостерігалось у 94 жінок (22,1%), аномалії родової діяльності - у 56 жінок (13,2%). Звертає на себе увагу таке важке ускладнення, як передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, яке спостерігалось в 2,6% (n = 11).

Хронічна фетоплацентарна недостатність спостерігалась в 49 випадках. Заслуговує уваги факт високої частоти цієї патології при важких формах гестозів 28,6% у порівнянні із легкими формами (p < 0,05). Приблизно на такому ж рівні спостерігаються хронічна внутрішньоутробна гіпоксія плоду та гіпотрофія плоду - відповідно 23,8% і 28,5%.

Нами виявлено підвищену крововтрату при пізніх гестозах (p < 0.05). Всього, патологічна кровотеча при консервативному веденні родів мала місце у 17 вагітних, як правило із гестозом легкого та середнього ступенів важкості, що складає 4,0% (в порівнянні з 3,0% в цілому серед всіх вагітних та роділь). Середні значення крововтрати відповідно до ступенів важкості пізнього гестозу вагітних (незалежно від методу родорозрішення) наведені в Таблиці 1.

Розродження через природні родові шляхи мали місце в 294 випадках. При чому, при легкій формі - у 227 (77,7%), при середній - 55(60,4%), при важкій 12 (28,6%). Кесарів розтин виконувався у 131 роділлі, що складає 30,8%. Особливо високий відсоток кесарського розтину спостерігається при важкому гестозі - 71,4%, проти 8-11% серед роділь з іншими патологіями, при (p < 0,05).

Таблиця 1

Середня крововтрата у вагітних з пізнім гестозом

Групи порівняння	Середня крововтрата в родах M ± m (мл)	P1-4
Контрольна група (n = 80)	168,75 ± 0,71	p < 0.05
Легкі форми пізніх гестозів вагітних (n = 292)	298,07 ± 15,75	p < 0.05
Пізні гестози вагітних середнього Ступіню важкості (n = 91)	338,83 ± 17,51	p < 0.05
Важкі форми пізніх гестозів вагітних (n = 42)	464,63 ± 24,9	p < 0.05

Цілком очевидно, що при наявності поліорганного ураження, характерного для гестозу, лікування не може бути простим, шаблонним і не завжди дає прийнятний результат. Насамперед, лікування повинно бути комплексним, направленим на відновлення стану та функції уражених органів та систем.

В комплексне лікування гестозів входили препарати, які нормалізують тонус судинної

системи, ЦНС, волемічні, реологічні та коагуляційні показники, властивості клітинних мембран, метаболізм тканин.

Враховуючи наявність судинного ураження (ендотеліоз) при гестозах, можна стверджувати про високий ризик акушерських кровотеч при цій патології. Тому, поряд з вищезгаданими напрямками в лікуванні гестозів необхідна цілеспрямована профілактика кровотеч.

Тактика ведення гестозів визначалась рядом факторів: тривалістю ефективністю консервативного лікування, ступенем важкості гестозу. Легку форму гестозу лікували в середньому 14 днів. Небезпеки в такій тривалості не було, тому що функція організму вагітної та стан плоду мало порушені. При середньому ступені важкості неефективність лікування протягом 5-6 діб вимагала завершити вагітність. Тривалість лікування важкої форми гестозів не перевищувала 48 годин і в більшості випадків розродження проводилось оперативно в першу добу перебування в стаціонарі. При важкій формі гестозу і строку вагітності 36 тижнів подальше зберігання вагітності недоцільно. Аналогічна тактика виправдовує себе і при легкій та середній формах важкості гестозів у поєднанні з екстрагенітальними захворюваннями (патологією нирок, гіпертонічною хворобою, цукровим діабетом та ін.).

Важливо при цьому враховувати стан плоду. Наростання явищ хронічної фетоплацентарної недостатності, хронічної внутрішньоутробної гіпоксії плоду, синдрому затримки внутрішньоутробного розвитку плоду диктує необхідність завершити вагітність.

Вагітна з пізнім гестозом потребує постійної уваги з боку медперсоналу, оскільки в будь-який час може наступити погіршення стану без видимих передвісників. При важких формах гестозів для хворої створюється охоронний режим, при якому вона ізолюється від зовнішніх подразників. Ліжковий режим сприяє стабілізації артеріального тиску та покращенню матково-плацентарного кровообігу.

Медикаментозне лікування включає ряд компонентів: седативну, антигіпертензивну та інфузійну терапію в поєднанні з магnezіальною терапією.

Магnezіальна терапія проводилася після визначення жвавості колінних рефлексів та частоти дихання (не менше 14 за хв.). Препарат вводився у вигляді 25% розчину внутрішньом'язево після попереднього введення 2-3 мл 0,25% розчину новокаїну в кількості 10-15 мл, 2-4 рази на добу (в залежності від стану вагітної). Для посилення седативної дії сульфату магнію, особливо при високому систолічному тиску, доцільно внутрішньовенно вводити седуксен 2мл 0,5% розчину на 20мл 5% глюкози або внутрішньом'язево 0,25% розчин дроперідолу - 1-2 мл.

У випадку показників діастолічного тиску 100-110 мм рт.ст. і вище треба використовувати 5% розчин пентаміну - 1-3мл на 5% розчині глюкози або внутрішньом'язево 1 мл 5% розчину через 4-6 годин. На фоні вказаних препаратів доцільно ввести внутрішньовенно 10 мл 2,4% розчину

еуфіліну, чергуючи з 2% розчином но-шпи - 2мл через 6 годин.

Для корекції осмотичного та онкотичного тисків крові вводились: реополіглокін (не більше 400 мл), концентрована плазма (200 мл), альбумін 10% - 100 мл, вітамін В6 - 50 мг та вітамін С - 250 мг. Введення інших розчинів проводилось при добовому діурезі не менше 750-950мл (30-40 мл за год), величині гематокриту не нижче 27% і не вище 35%. У випадку загрози гострого набряку легенів та мозку, при високих показниках артеріального тиску інфузійна терапія не проводилась.

Діуретики призначали при пониженой видільній функції нирок (лазікс) та при загрозі набряку мозку та легенів (дексаметазон). Покращенню мікроциркуляції служить курантіл - 2 мл в/м або в/в, реополіглокін, аспірін в невеликих дозах, що гальмує агрегацію тромбоцитів. Для покращення функції печінки призначали есенціале, який відновлює функцію клітинних мембран, а також антиоксиданти (вітаміни А, Е, Р).

Серцеві глікозиди, строфантин (0,5-1 мл 0,05%) та корглікон (1мл 0,06% р-ну), вводять тільки при тахікардії.

Однак, незважаючи на інтенсивну комплексну терапію, повного ефекту вдається досягнути частіше тільки при легкій формі гестозу. При середній формі важкості захворювання достатній ефект мав місце лише в 17,5% випадків. При важких формах гестозу, особливо при прееклампсії та еклампсії, проводити консервативну терапію недоцільно, оскільки не можна відновити структуру та функцію практично всіх органів та систем, глибоко ушкоджених ендотеліозом.

Кесарів розтин проводився в абсолютній більшості (71,4%) випадків при важкій формі, а в цілому - в 30% всіх вагітних із гестозом.

Як вже було зазначено вище, при гестозах спостерігається зростання частоти кровотеч. Тому, доцільно проводити профілактику кровотечі при цій патології (разом з тим, комплексна терапія сама по собі є профілактикою кровотечі). Проводиться корекція гемостазу на основі коагулограми. Доцільно вводити підшкірно 0,3 мл фраксипарину на добу, 1 мл 5% р-ну нікотинаміду в/м. Важливим фактором є раціональне ведення родів, постійний моніторинг стану матері та плоду, адекватне знеболення родів. Другий період родів при середньому ступені важкості треба вести під крапельницею, чим забезпечується можливість швидкого постійного введення необхідних препаратів у кров'яне русло матері і плоду. В родзалі завжди є для роділлі підібрана плазма, а по можливості - кров. При погіршенні стану матері (різке підвищення артеріального тиску, явища набряку мозку, загроза гострої легеневої недостатності) та плоду (внутрішньоутробна

гіпоксія) показане негайне розродження. Метод розродження залежить від акушерської ситуації: кесарський розтин, акушерські щипці, екстракція плоду за тазовий кінець.

Третій період родів починають вести із внутрішньовенного введення 5 од. окситоцину та 1 мл 0,02 % розчину метилергометрину на глюкозі. При появі найменших ознак порушення відділення та виділення посліду або при наявності кровотечі негайно проводиться ручне відділення та видалення плаценти з наступною ревізією порожнини матки та масажем її на кулакові. Ручне відділення та виділення плаценти обов'язкове після накладання акушерських щипців та екстракції плода за тазовий кінець. Ця операція обов'язково проводиться під адекватним загальним знеболенням, що являє собою одночасно профілактику приступу еклампсії. Якщо і після ручного відділення плаценти і масажу матки на кулакові продовжується кровотеча із матки (виключено кровотечу із розривів родових шляхів), то недоцільно використовувати інші методи, а зразу проводити лапаротомію і зупинити кровотечу хірургічним шляхом. Така радикальність хірургічного втручання викликана тим, що при гестозі ОЦК понижений, і втрата крові важко переноситься організмом. Крім цього, поліорганна недостатність не може забезпечити адекватну реакцію організму на крововтрату, навіть відносно невелику. Разом з тим, треба мати на увазі, що при гестозах часто має місце хронічний ДВЗ-синдром, який в наслідок крововтрати легко переходить в гострий ДВЗ-синдром. Загроза кровотечі не зникає і в післяродовому періоді. Тому породілля тривалий час знаходиться в родзалі під повсякчасним

наглядом медперсоналу із підключеною системою для переливання крові. Інтенсивна терапія продовжується і в післяродовому періоді.

Профілактика кровотечі при кесаревому розтині направлена насамперед на недопущення порушення гемостазу та своєчасного поновлення ОЦК при крововтраті, яка супроводжує кожну операцію. Тому операцію розпочинають, маючи в запасі як мінімум два флакони плазми і один флакон еритроцитарної маси. Під час операції проводиться також профілактика інфекційних ускладнень введенням внутрішньовенно антибіотиків третього покоління. В післяопераційному періоді продовжується комплексна терапія гестозу профілактика гіпотонії матки введенням утеротоніків та гемокоректорів (фраксипарин, курантіл, нікотинамід). Виписуються жінки додому після зникнення клінічних ознак гестозу та при наявності задовільних лабораторних показників. У подальшому, вони підлягають диспансерному нагляду для профілактики різних віддалених ускладнень перенесених гестозів: захворювань нирок, гіпертонії та ендокринної патології.

Висновки. 1. Гестоз вагітних являє собою важку акушерську патологію з поліорганним ураженням організму вагітних. Ця патологія часто порушує стан внутрішньоутробного плоду загрожує його життю. Лікування гестозів комплексне і обмежене в часі. 2. Лікування важких гестозів після 36 тижня вагітності в основному оперативне. Тривалість неефективного лікування гестозу середньої важкості не повинно перевищувати 5-6 діб. 3. При синдромі затримки внутрішньоутробного розвитку плоду операцією вибору є кесаревий розтин.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бакшеев Н.С. Маточные кровотечения в акушерстве. - К.: Здоров'я, 1975. - 464 с.
2. Венцовский Б.М. Деякі шляхи зниження материнської і перинатальної захворюваності та смертності при акушерській та екстрагенітальній патології // Педіатрія, акушерство і гінекологія - 1989. - №1. - С.32-35.
3. Грищенко В.И., Иванов И.П., Воронин К.В., Маневич Л.Е. Родовспоможение при позднем токсикозе беременных. - К.: Здоров'я, 1986.
4. Кулаков В.И. Мурашко Л.Е. Новые подходы к терминологии, профилактике и лечению гестоза. // Акушерство и гинекология - 1998. - №5. - С.3-6.
5. Неотложное акушерство / Под ред. Г.К. Степанковской, Б.М. Венцовского. - К.: Здоров'я, 1994. - С.164 - 195.
6. Савельева Г.М. Шалина Р.И. Современные проблемы этиологии, патогенеза, терапии и профилактики гестозов // Акушерство и гинекология. - 1998. - №5. - С.6-9.
7. Cooper D.W., Brennecke S.P., Wilton A.N. Genetics of pre-eclampsia. School of Biological Sciences, Macquarie University, North Rute, Australia., 1993. - 102p.
8. Sudo N., Kamoi K., Ishibashi M., Yamaji T. Plasma endothelin -1 and big endothelin - 1 levels in women with pre-eclampsia / Department of Internal Medicine. - Nagaoka Red Cross Hospital, Nagaoka 940, Japan. - 1993. - 118p.
9. Vanhouffe P.M. Is endotelin involved in the pathogenesis of hypertension? // Center for Experimental Therapeutics, Baylor College of Medicine, One Baylor Plaza, Houston, TX 77030, United States, 1993. - 284p.

РЕЗЮМЕ**Особенности ведения беременности и родов при поздних гестозах****Ганич М.М., Калий В.В., Панаит В.И., Герзанич С.О.**

Проанализировано 625 случаев родовспоможения у беременных с поздними гестозами. Продемонстрирована зависимость при выборе тактики ведения родов у данного контингента беременных от степени тяжести позднего гестоза, внутриутробного состояния плода и срока беременности. Особенное внимание уделено вопросам профилактики и лечения акушерских кровотечений, вероятность возникновения которых при поздних гестозах беременных всё еще остаётся высокой. Также даны рекомендации касательно выбора оптимального метода родовспоможения и ведения послеродового периода у женщин с этой патологией.

SUMMARY**Peculiarities of pregnancy and labour leading in the case of late gestosis****Hanych M.M., Kalij V.V., Panait V.I., Herzanych S.O.**

625 cases of labors among women with gestosis are analyzed. Relations between leading of this groupe of pregnants, severity of gestosis, fetus state and pregnancy term are examined. Special attention we pay to obstetrical bleeding treatment and its prevention because the risk of its appearance is high. Recommendations concerning the optimal way of delivery and leading of post-partum period are given.