

# Токсикозы беременных. Гипертензивные расстройства беременности, родов и послеродового периода

Подготовила студентка 5 курса  
группы л1-с-о-163(1)  
Удальцова Дана Сергеевна

# Токсикозы беременных

- ▶ Токсикозы беременных - осложнения беременности, которые, как правило, проявляются в первой половине беременности и характеризуются диспепсическими расстройствами и нарушениями всех видов обмена.
- ▶ В большинстве случаев (80-95%) проявляется рвотой беременных.

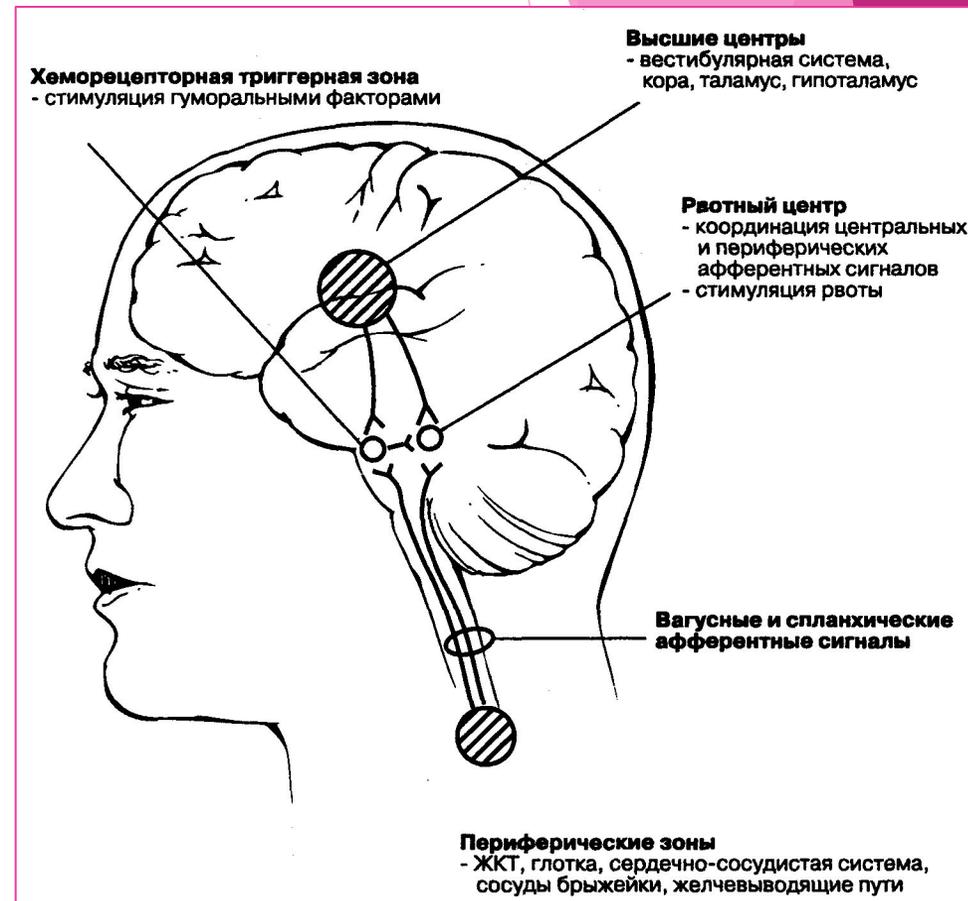


# Классификация токсикозов

- ▶ Среди частых проявлений ранних токсикозов выделяют:
  - слюнотечение;
  - тошнота;
  - рвота разной степени тяжести(чаще всего)
- ▶ К редким формам ранних токсикозов относятся:
  - острая желтая дистрофия печени;
  - бронхиальная астма и хорея;
  - остеомалация;
  - тетания;
  - дерматозы

# Этиология

- ▶ Этиология до конца не ясна. Считают, что в развитии данного состояния играют важную роль нарушения взаимоотношения деятельности ЦНС и внутренних органов. Важное значение имеет преобладание возбуждения в подкорковых структурах ЦНС (ретикулярной формации, центрах регуляции продолговатого мозга). В указанных областях располагаются рвотный центр и хеморецепторная триггерная зона, регулирующие рвотный акт, дыхательный, вазомоторный и слюноотделительный центры, а также ядра обонятельной системы мозга. Тесное расположение указанных центров обуславливает предшествующие рвотному акту ощущения тошноты и ряд сопутствующих вегетативных расстройств (усиление саливации, углубление дыхания, тахикардия, бледность кожных покровов вследствие спазма периферических сосудов).



# Рвота легкой степени

- ▶ Рвота легкой степени отличается от физиологического состояния при беременности только количеством раз в течение суток (до 4-5), а также наличием постоянного ощущения тошноты. Однако, невзирая на рвоту, определенное количество пищи удерживается в желудке и значительной потери массы тела у беременной не происходит. Процент похудения составляет около 5% (в среднем не более 3 кг). Общее самочувствие беременной не страдает, однако возможны вялость и снижение активности. Основные показатели (частота сердечных сокращений и артериальное давление) сохраняются в пределах нормальных значений, у некоторых беременных возможно повышение ЧСС до 90 ударов в минуту. Мочеиспускание у таких беременных также в пределах нормы, кетоновых тел в моче не обнаруживают. Легкая рвота хорошо лечится, либо проходит сама, однако у 10% беременных она переходит в более тяжелую стадию.

# Средняя степень

- ▶ Рвота средней степени тяжести (или умеренная) бывает 10 и более раз в сутки. Характерно ухудшение общего состояния женщины, нарушение обмена веществ с появлением кетоновых тел. Зачастую рвоту сопровождает избыточное образование слюны, что ведет к дополнительной потере жидкости и полезных веществ, из-за чего прогрессирующе развивается обезвоживание. Потеря массы тела составляет около 6% от исходной. У женщины появляется выраженная слабость и вялость, кожные покровы бледнеют, язык покрывается белым налетом, становится суховатым. Появляется субфебрильная лихорадка, частота сердечных сокращений увеличивается до 100 ударов в минуту, артериальное давление снижается. Также уменьшается количество мочи, в ней появляются кетоновые тела. Часто типичен запор. В клиническом анализе крови выявляют признаки легкой анемии. На данной стадии требуется проведение терапии, прогноз чаще всего благоприятный.

## Тяжелая степень

- ▶ Рвота тяжелой степени (чрезмерная) бывает очень редко и сопровождается развитием тяжелого отравления продуктами обмена, значительного обезвоживания, дистрофическими процессами в жизненно важных органах и системах, что приводит к нарушению их функций. Рвота возникает около 20 раз в течение суток, сопровождается обильным отделением слюны и постоянной тошнотой. Характерно ухудшение общего состояния женщины, появление адинамии, головной боли, головокружения, быстрого снижения массы тела более 10% от первоначального веса. Подкожно-жировой слой исчезает, кожа становится сухая и дряблая, язык и губы пересыхают, появляется запах ацетона изо рта, субфебрильная лихорадка. Происходит увеличение частоты сердечных сокращений, снижение артериального давления и диуреза. В некоторых случаях прогноз неблагоприятный.



# Лечение

- ▶ 1. Нормосолевая и нормоводная диета сбалансированная по калорийности и содержанию белков.
- 2. Противорвотные и седативные средства (метоклопрамид, прометазин)
- 3. Инфузионная терапия
- 4. Нейролептики.
- 5. Пиридоксина гидрохлорид.
- 6. Антигистаминные препараты (кларитин, зиртек)



# Гипертензивные расстройства во время беременности

- ▶ Гипертензивные расстройства во время беременности встречаются с частотой около 10% беременностей; частота преэклампсии составляет 2-8%. По данным ВОЗ, гипертензивные расстройства при беременности в 2014 году занимали 2-е место в структуре материнской смертности в мире, составив 14%. Частота артериальной гипертензии (АГ) среди беременных в Российской Федерации составляет 5-30%. По данным Минздрава России, в течение последнего десятилетия гипертензивные осложнения при беременности занимают 4 место в списке причин материнской смертности и в 2014 году составили 15,7% в структуре материнских потерь. Кроме того, они являются причиной тяжелой заболеваемости, инвалидизации матерей и их детей. Вместе с тем, при надлежащем междисциплинарном менеджменте большинство случаев неблагоприятных исходов являются предотвратимыми.

# Преэклампсия/эклампсия

- ▶ Преэклампсия (ПЭ) - мультисистемное патологическое состояние, возникающее во второй половине беременности (после 20-й недели), характеризующееся артериальной гипертензией в сочетании с протеинурией ( 0,3 г/л в суточной моче), нередко, отеками, и проявлениями поли органной/полисистемной дисфункции/недостаточности.
- ▶ Эклампсия - это приступ судорог или серия судорожных приступов на фоне преэклампсии при отсутствии других причин. Эклампсия развивается на фоне преэклампсии любой степени тяжести, а не является проявлением максимальной тяжести преэклампсии. В 30% случаев эклампсия развивается внезапно без предшествующей преэклампсии.

Преэклампсия/эклампсия на фоне ХАГ диагностируется у беременных с хронической АГ в случаях:

1. Регистрации впервые после 20 недель протеинурии (0,3 г белка и более в суточной моче) или заметного увеличения ранее имевшейся протеинурии;
2. Прогрессирования и/или нестабильности АГ (при постоянном контроле АД до 20 недели беременности);
3. Появления после 20 недель признаков полиорганной недостаточности.



# Факторы риска преэклампсии

- ▶ - Преэклампсия в анамнезе.
- ▶ - Раннее начало преэклампсии и преждевременные роды в сроке менее 34 недель в анамнезе.
- ▶ - Преэклампсия больше чем в одной предшествующей беременности.
- ▶ - Хронические заболевания почек.
- ▶ - Аутоиммунные заболевания: системная красная волчанка, антифосфолипидный синдром.
- ▶ - Наследственная тромбофилия.
- ▶ - Сахарный диабет 1 или 2 типа.
- ▶ - Хроническая гипертония.
- ▶ - Первая беременность.
- ▶ - Интервал между беременностями более 10 лет.
- ▶ - Новый партнер.
- ▶ - Вспомогательные репродуктивные технологии.
- ▶ - Семейная история преэклампсии (мать или сестра).
- ▶ - Чрезмерная прибавка веса во время беременности.
- ▶ - Инфекции во время беременности.
- ▶ - Многократные беременности.

# Клинические проявления преэклампсии

- ▶ Со стороны центральной нервной системы:
  - головная боль, фотопсии, парестезии, фибрилляции, судороги.
- ▶ Со стороны сердечно-сосудистой системы:
  - артериальная гипертензия, сердечная недостаточность, гиповолемия.
- ▶ Со стороны мочевыделительной системы:
  - олигурия, анурия, протеинурия.
- ▶ Со стороны желудочно-кишечного тракта:
  - боли в эпигастральной области, изжога, тошнота, рвота.
- ▶ Со стороны системы крови:
  - тромбоцитопения, нарушения гемостаза, гемолитическая анемия.
- ▶ Со стороны плода:
  - задержка внутриутробного роста, внутриутробная гипоксия, антенатальная гибель.

# Тяжелая ПЭ

- ▶ **!** Диагноз тяжелой преэклампсии устанавливается при наличии преэклампсии и одного или более критериев тяжелой преэклампсии!
- ▶ Критерии тяжелой ПЭ:
  - Тяжелая гипертензия (с цифрами ДАД более или равно 110 мм рт. ст., САД более или равно 160 мм рт. ст.)
  - Уровень суточной протеинурии превышает 5 г/л. Протеинурия 5,0 г/л в 24 час пробе мочи или > 3 г/л в двух порциях мочи, взятой с интервалом в 6 часов, или значение "3+" по тест-полоске



# Критерии тяжелой ПЭ (в дополнение к гипертензии и протеинурии), свидетельствующие о развитии полиорганной недостаточности

- ▶ HELLP (ECLP)-синдром;
- ▶ устойчивые головные боли, рвота или другие церебральные или зрительные расстройства;
- ▶ нарушение функции почек (олигурия < 500 мл/сут, повышение уровня креатинина);
- ▶ острое повреждение легких/острый респираторный дистресс-синдром, отек легких;
- ▶ отек диска зрительного нерва;
- ▶ нарушение функции печени (повышение ферментов АлАТ, АсАТ, ЛДГ);
- ▶ боли в эпигастрии/правом верхнем квадранте живота (перерастяжение капсулы печени,
- ▶ интестинальная ишемия вследствие нарушения кровообращения);
- ▶ тромбоцитопения и/или ее прогрессирование;
- ▶ внезапно появившиеся, нарастающие отеки на руках, ногах или лице;
- ▶ подтверждение страдания плода (синдром ЗРП, маловодие, отрицательный нестрессовый тест)

Симптомы и симптомокомплексы, появление которых указывает на развитие критической ситуации :

- Боль в груди
- Одышка
- Отек легких
- Тромбоцитопения
- Повышение уровня АЛТ, АСТ, ЛДГ
- HELLP (ELLP)-синдром
- Уровень креатинина более 90 мкмоль/л
- Диастолическое АД более 110 мм рт. ст
- Влагалищное антенатальное кровотечение (любой объем)
- Судороги (эклампсия)

# Эклампсия

- ▶ Клинические формы эклампсии:
  - Отдельные припадки
  - Серия судорожных припадков (эклампсический статус)
  - Кома
- ▶ Симптомы-предвестники эклампсии : головная боль, головокружение, общая слабость; нарушения зрения ("мелькание мушек", "пелена и туман", вплоть до потери зрения); боли в эпигастральной области и правом подреберье; опоясывающие боли за счет кровоизлияния в корешки спинного мозга (симптом Ольсхаузена); гиперрефлексия и клонус; расширение зрачков (симптом Цангмейстера).



# Приступ эклампсии

- ▶ мелкие фибриллярные подергивания мышц лица с дальнейшим распространением на верхние
- ▶ конечности (при эпилепсии не бывает);
- ▶ тонические сокращения всей скелетной мускулатуры (потеря сознания, апноэ, цианоз, прикус
- ▶ языка) продолжительностью до 30 сек;
- ▶ клонические судороги с распространением на нижние конечности;
- ▶ глубокий вдох, восстановление дыхания и сознания, амнезия.

! До 44% случаев эклампсии возникают в послеродовом периоде, особенно при доношенной беременности. В этой связи женщины с симптомами и признаками, свидетельствующими о ПЭ, заслуживают особого наблюдения !

# Лечение гипертензивных расстройств

- ▶ Бета-адреноблокаторы селективные.
- ▶ Дигидропиридиновые производные (нифедипин).
- ▶ Производные фенилалкиламина (верапамил).
- ▶ Антикоагулянты прямые (низкомолекулярные гепарины).
- ▶ Препараты кальция.
- ▶ Вазодилататоры миотропного действия (натрия нитропруссид)
- ▶ Антигипертензивные препараты центрального действия.
- ▶ Ацетилсалициловая кислота.
- ▶ Подготовка незрелой шейки матки к родоразрешению.
- ▶ Препараты магния (магния сульфат).
- ▶ Глюкокортикоиды (для профилактики РДС).

# Показания к досрочному родоразрешению

- ▶ Отсутствие эффекта от проводимой терапии, тяжелая преэклампсия, эклампсия.
- ▶ Ухудшение состояния матери и плода.
- ▶ Тяжелая преэклампсия в сроке до 34 недель - родоразрешение с профилактикой респираторного дистресс-синдрома .
- ▶ Тяжелая преэклампсия в сроке 36-38 недель - экстренное родоразрешение в течение 24 часов, при развитии полиорганной недостаточности в течение 4-6 часов.
- ▶ Эклампсия - родоразрешение после стабилизации состояния.
- ▶ Преэклампсия средней степени тяжести: плановое родоразрешение на фоне стабилизации состояния магниальной и гипотензивной терапией.