

ТОКСИКОЗЫ
БЕРЕМЕННЫХ.
ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ
РАССТРОЙСТВА
БЕРЕМЕННОСТИ,
РОДОВ И
ПОСЛЕРОДОВОГО
ПЕРИОДА.

Выполнила

Студентка 5 курса

Группы Л1-С-О-163А

Преподаватель: Румянцева З.С.

ТОКСИКОЗ БЕРЕМЕННЫХ

- - это патологическое состояние во время беременности и в связи с ней, которое, как правило, проявляется в первом триместре, и характеризуется диспепсическими расстройствами и нарушениями всех видов обмена.
- Коды по МКБ-10
- O21 Чрезмерная рвота беременных
- O21.0 Рвота беременных легкая или умеренная
- O21.1 Чрезмерная или тяжелая рвота беременных с нарушениями обмена веществ
- O21.2 Поздняя рвота беременных
- O21.8 Другие формы рвоты, осложняющей беременность
- O21.9 Рвота беременных не уточненная

КЛАССИФИКАЦИЯ ГЕСТОЗОВ I ПОЛОВИНЫ БЕРЕМЕННОСТИ

■ I Часто встречающиеся формы:

1. Рвота (легкой степени, средней степени, тяжелой степени)
2. Слюнотечение

II Редкие формы:

1. Дерматозы беременных
2. Желтуха беременных
3. Острая жировая дистрофия
4. Тетания
5. Остеомаляция
6. Невропатия, психопатия беременных
7. 8. Бронхиальная астма беременных

Симптомы	Степень тяжести рвоты беременных		
	Лёгкая	Средняя	Тяжёлая (чрезмерная)
Частота рвоты в сутки	3–5 раз	6–10 раз	11–15 раз и чаще (вплоть до непрерывной)
Частота пульса в минуту	80–90	90–100	свыше 100
Систолическое АД	120–110 мм рт.ст	110–100 мм рт.ст	ниже 100 мм рт.ст
Снижение массы тела в неделю	1–3 кг (до 5% исходной массы)	3–5 кг (1–1,5 кг в неделю, 6–10% исходной массы)	свыше 5 кг (2–3 кг в неделю, свыше 10% исходной массы)
Увеличение температуры тела до субфебрильных цифр	Отсутствует	Наблюдается редко	Наблюдается часто (у 35–80% больных)
Желтушность склер и кожных покровов	Отсутствует	У 5–7% больных	У 20–30% больных
Гипербилирубинемия	Отсутствует	21–40 мкмоль/л	21–60 мкмоль/л
Сухость кожных покровов	+	++	+++
Стул	Ежедневно	Один раз в 2–3 дня	Задержка стула
Диурез	900–800 мл	800–700 мл	Менее 700 мл
Кетонурия	+, ++	+, ++, +++ (периодически у 20–50% больных)	+++, ++++ (у 70–100% больных)

ЛЕЧЕНИЕ

- Цель лечения - восстановление водно-солевого обмена, метаболизма, функций жизненно важных органов.
 - **Показания к госпитализации.** При рвоте легкой степени лечение можно проводить амбулаторно, при рвоте средней тяжести и тяжелой степени - в стационаре.
1. Лечебно-охранительный режим
 2. Электросон
 3. Диета
 4. Воздействие на нервную систему (седативная терапия)
 5. Борьба с обезвоживанием, интоксикацией (инфузионная терапия, противорвотные средства)
 6. Восстановление обмена веществ и функций важнейших органов (витаминотерапия)

ДРУГИЕ ФОРМЫ ТОКСИКОЗОВ

- Слюнотечение (*ptyalismus*)- повышенная саливация и потеря значительного количества жидкости (до 1 л в сутки). Слюнотечение может быть самостоятельным проявлением токсикоза или сопровождать рвоту беременных. Характеризуется: снижением аппетита, ухудшением самочувствия, возникает мацерация кожи и слизистой оболочки губ, потерей массы тела, нарушением сна, обезвоживанием.
- Желтуха беременных обусловлена холестаазом, острым жировым гепатозом. Наблюдаются жалобы на изжогу, периодическую тошноту, кожный зуд, иногда генерализованный. На коже возможны расчесы. Лабораторные признаки холестаза - повышение активности АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, прямого билирубина. При холестазах назначают диету с ограничением жареного (стол № 5), желчегонные препараты, в том числе растительного происхождения, средства, содержащие незаменимые жирные кислоты.

ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДАХ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

■ Классификация:

1. Хроническая гипертензия
2. Гестационная гипертензия
 - транзиторная
 - хроническая
3. Преэклампсия
 - средней степени
 - тяжелая
4. Эклампсия
5. Объединенная преэклампсия
6. Гипертензия неуточненная

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- **Хроническая артериальная гипертензия** - регистрируется либо до беременности, либо до 20 недель беременности. Она может быть первичной или вторичной этиологии.
- **Гестационная артериальная гипертензия** - артериальная гипертензия, установленная после 20 недель беременности, без значительной протеинурии.
- **Преэклампсия** - артериальная гипертензия, установленная после 20 недель беременности, со значительной протеинурией. 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.
- **Тяжелая преэклампсия** - преэклампсия с тяжелой артериальной гипертензией и/или клиническими и/или биохимическими и/или гематологическими проявлениями [8]. Тяжелые осложнения ПЭ: эклампсия; HELLP-синдром (гематома или разрыв печени); острая почечная недостаточность; отек легких; инсульт; инфаркт миокарда; отслойка плаценты; антенатальная гибель плода отек, кровоизлияние и отслойка сетчатки.
- **HELLP-синдром** - внутрисосудистый гемолиз, повышение уровня трансаминаз, снижение количества тромбоцитов. Может быть одним из проявлений тромботической микроангиопатии (в МКБ - М31.1). Значительная протеинурия определяется как потеря белка 0,3 г/л в суточной моче.
- **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

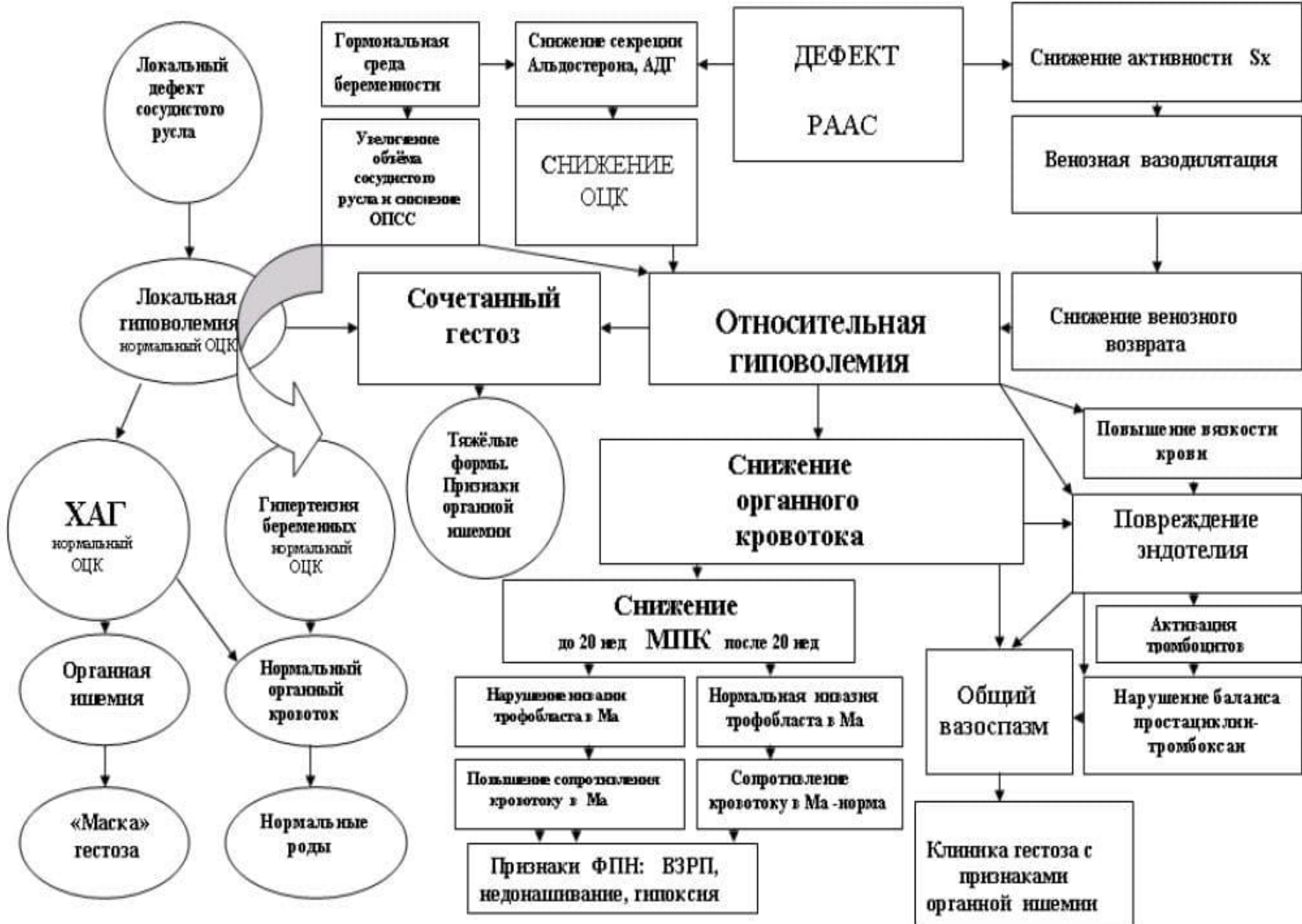
ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЭКЛАМПСИИ:

- 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 гипертензия.
- 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.
- Возраст 40 лет или более.
- Этническая принадлежность: скандинавский, чернокожий, южноазиатский или тихоокеанский регион.
- Индекс массы тела 35 кг/м² или более при первом посещении.
- Систолическое АД более 130 мм рт. ст. или диастолическое АД более 80 мм рт. ст.
- Увеличенный уровень триглицеридов перед беременностью.
- Семейная история сердечно-сосудистых заболеваний.
- Низкий социально-экономический статус.
- Прием кокаина, метамфетамина.

Классификация степени повышения АД у беременных (мм рт.ст.)

Категория	САД	ДАД
Нормальное АД	<140	< 90
Умеренная АГ	140-159	90-109
Тяжёлая АГ	≥ 160	≥ 110

Схема патогенеза гестоза и гипертензии беременных



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

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СТЕПЕН ПРЕЭКЛАМПСИИ

Показатель	Умеренная	Тяжелая
АД	$\geq 140/90$ мм рт. ст.	$> 160/110$ мм рт. ст.
Протеинурия	$> 0,3$, но < 5 г/сут.	> 5 г/сут.
Креатинин	норма	> 90 мкмоль/л
Олигурия	отсутствует	< 500 мл/сут.
Нарушение функции печени	отсутствует	повышение АлАТ, АсАТ
Тромбоциты	норма	$< 100 \times 10^3/\text{л}^3$
Гемолиз	отсутствует	+
Неврологические симптомы	отсутствуют	+
Задержка роста плода	-/+	+

СИНДРОМЫ ПОЗДНИХ ГЕСТОЗОВ

■ Отеки:

-скрытые- повышение ночного диуреза более чем на 75мл и снижение суточной более чем на 150мл; симптом кольца; увеличение массы тела в неделю более чем на 350 г.

-Явные. Степени: 1ст.- отеки нижних конечностей, не проходящие после отдыха.

2ст.- +отек передней брюшной стенки

3ст.- +отек живота и лица

4 ст.- анасарка

■ Протеинурия:

В суточной моче $\geq 0,3$ г/л, либо в 2х порциях с интервалом в 6ч - $\geq 0,3$ г/л, либо при использовании тест-полоски \geq «+1»

Умеренная протеинурия - $>0,3$ г/л в сут. и в 2х порциях с интервалом в 6ч - $>0,3$ г/л, либо при использовании тест-полоски $>$ «+1.

Выраженная протеинурия - >5 г/л в сут. и в 2х порциях с интервалом в 6ч - >3 г/л, либо при использовании тест-полоски $>$ «+3

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ

- Эклампсия.
- • Отек сетчатки, кровоизлияние в сетчатку, отслойка сетчатки.
- • Острый жировой гепатоз.
- • HELLP-синдром.
- • Острая почечная недостаточность.
- • Отек легких.
- • Инсульт.
- • Отслойка плаценты.
- • Антенатальная смерть плода.

ЭКЛАМПСИЯ

- Диагностируется в случае возникновения судорог у женщин с ПЭ, которые не могут быть объяснены другими причинами (эпилепсия, инсульт).
- Об **угрозе развития эклампсии** свидетельствуют следующие симптомы:
 - появление неврологической симптоматики;
 - нарастающая головная боль;
 - нарушения зрения;
 - боли в эпигастральной области и правом подреберье;
 - периодически возникающий цианоз лица;
 - парестезии нижних конечностей;
 - боли в животе и нижних конечностях без четкой локализации;
 - небольшие подергивания мускулатуры (преимущественно лицевой);
 - одышка;
 - возбужденное состояние или, наоборот, сонливость;
 - затрудненное носовое дыхание;
 - покашливание, сухой кашель;
 - слюнотечение;
 - боли за грудиной.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Состояние Мероприятие	Хроническая артериальная гипертензия, гестационная гипертензия	Легкая преэклампсия	Тяжелая преэклампсия	Эклампсия
Тактика	Обследование наблюдение амбулаторно	наблюдение обследование, тщательное наблюдение (возможно, амбулаторно)	активная	
Госпитализация	-	для обследования	обязательная госпитализация в учреждение IV-III-II уровня	
Специфическая терапия	По показаниям гипотензивная терапия	По показаниям гипотензивная терапия	магнезиальная, гипотензивная	
Родоразрешение	-	-	При тяжелой преэклампсии – в течение 24-48 ч при эклампсии – в течение 12 часов	

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ

- **1. Защита мозга:** промедол 2%-1мл, дроперидол 0,25%-3-4мл
- **2. Гипотензивная терапия:** метилдопа – 250-500м 1-4р/д; нифедипин -40-90мг в сутки; лабеталол- α -, β -адреноблокатор; гидралазин-вазодилататор миотропного действия; β -адреноблокаторы.
- **3. Восстановление гемодинамики:** коллоидные, кристаллоидные, щелочные растворы, осмо-диуретики
- **4. Кислородотерапия**
- **5. Профилактика РДС:** дексаметозон по 6мг через 12ч – 4раза в течении 2х суток
- **6. Противосудорожная терапия:** Сульфат магния вводится в начальной дозе 4 г сухого вещества (16 мл 25% раствора) в течение 10-15 минут; затем по 1 г/час (4 мл/час 25%р-ра)
- **7. Досрочное родоразрешение**

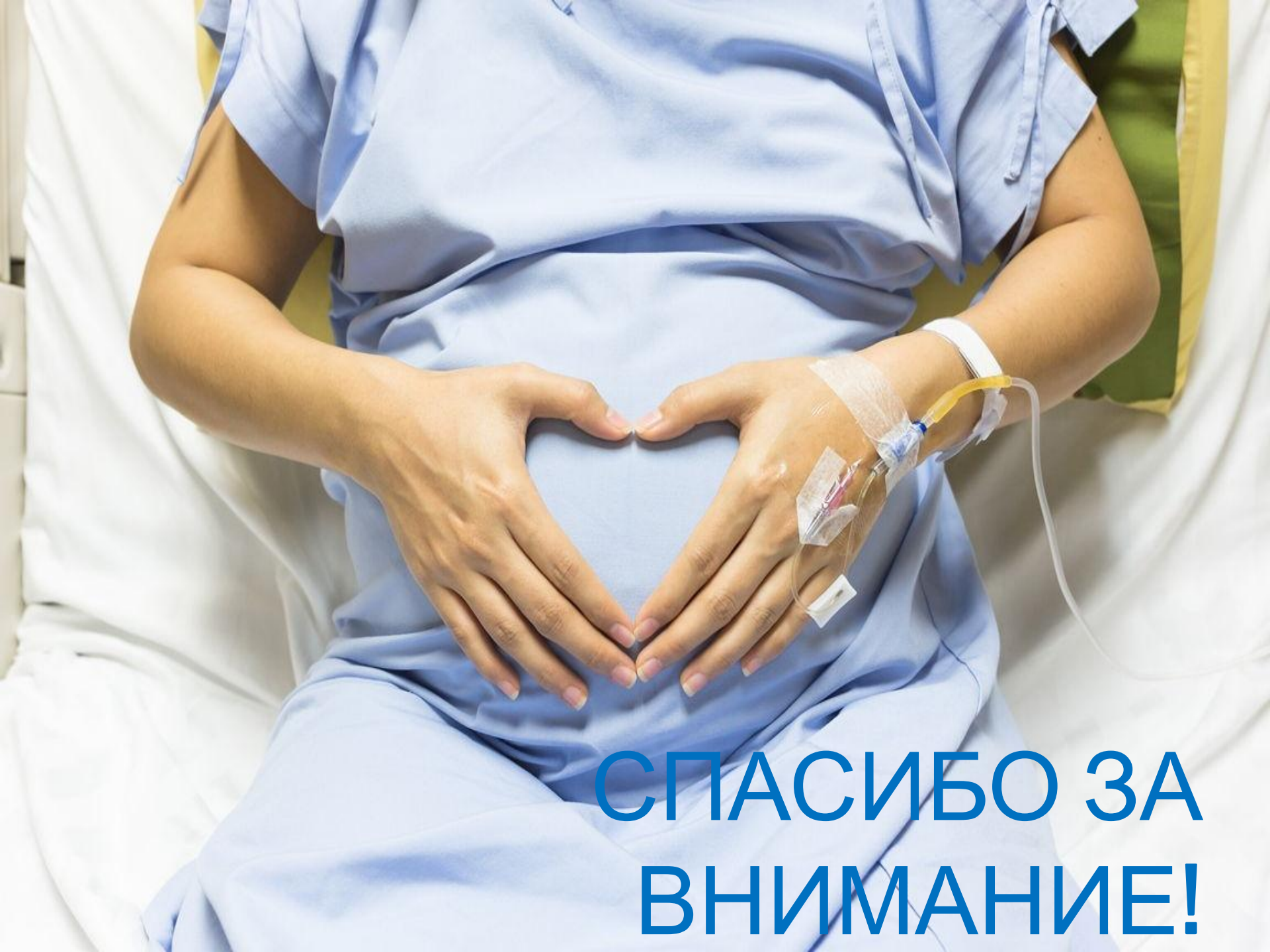
РОДОРАЗРЕШЕНИЕ

Показания к экстренному родоразрешению (минуты):

- - кровотечение из родовых путей, подозрение на отслойку плаценты;
- - острая гипоксия плода, в сроке беременности более 22 недель.

Показания к срочному родоразрешению (часы):

- - постоянная головная боль и зрительные проявления;
- - постоянная эпигастральная боль, тошнота или рвота;
- - прогрессирующее ухудшение функции печени и/или почек;
- - эклампсия;
- - артериальная гипертензия, не поддающаяся медикаментозной коррекции;
- - количество тромбоцитов менее $100 \times 10^9/\text{л}$ и прогрессирующее его снижение;
- - нарушение состояния плода, зафиксированное по данным КТГ, УЗИ, выраженное маловодие.



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**