

Поздний гестоз беременных

доцент
ИВАНОВА ЛАРИСА ВАСИЛЬЕВНА

Гестозы беременных
патологические состояния,
которые проявляются только
во время беременности и, как
правило, исчезают после ее
окончания или в
послеродовом периоде.

Ранние токсикозы

чаще в первые 12 недель:

- рвота беременных
 - легкая,
 - умеренная,
 - чрезмерная
- слюнотечение (птиализм)



Редкие формы



- дерматоз,
- тетания,
- бронхиальная астма,
- гепатопатии
- остеомалация

Поздний гестоз

После 20 недель беременности

- 4 в.до н.э. Гиппократ-сравнивал с эпилепсией



История вопроса



- 1843 г.- J.C.W Lever – предвестники эклампсии
- Н.И.Пирогов – «Об альбуминурии при эклампсии»
- 1887 г.- Строганов В.В. предложил метод лечения эклампсии
- 1890 г.-М.Н.Lohlein – термин «нефропатия»
- 1898 г. – Михнов С.Д. – ввел термин презеклампсия
- Начало 20 в.W.A.Freund – термин «токсикоз» или «токсемия»
- 1913 г.- W. Zangemeister – триада симптомов токсикоза
- 40 гг 20 в.- Бровкин Д.П. – магниезиальная терапия при токсикозе

Медицинская и социальная значимость проблемы позднего гестоза



1. Не ясна этиология;
2. Одно из самых частых и тяжелых осложнений беременности – частота составляет 13-16% от общего количества родов;
3. Занимает ведущее место в структуре причин материнской смертности;
4. Гестоз – «детская» проблема
5. Клиника гестоза постоянно меняется, что требует постоянного пересмотра положений, касающихся диагностики, лечения

Медицинская и социальная значимость проблемы позднего гестоза



6. Предрасполагает к развитию тяжелых (иногда смертельных) осложнений беременности: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, почечная недостаточность, кровоизлияние в мозг и др.
7. После перенесенного гестоза могут развиваться гипертоническая болезнь, заболевания почек, психические нарушения и др.
8. Отказ части беременных от наблюдения в женской консультации делает гестоз все более социальной проблемой.

Классификация позднего гестоза

Моносимптомные клинические формы гестоза:

Отеки беременных

Артериальная гипертензия беременных



*

Полисимптомные
клинические формы
(МКБ-10):

Легкая преэклампсия

- Тяжелая преэклампсия
- Эклампсия

Классификация гестоза

(2005г.

форум « Мать и дитя»)

По степени тяжести:

- Гестоз легкой степени
- Гестоз средней тяжести
- Гестоз тяжелой степени
- Преэклампсия
- Эклампсия:
 - *Судорожная*
 - почечная (анурия)
 - печеночная (гепатопатия)
 - мозговая (эцефалопатия)
 - *Бессудорожная* (эклампсическая кома)



Этиология позднего гестоза

Пусковой момент - нарушение адаптационных механизмов организма беременных под влиянием внешних и внутренних факторов

1. Изменение активности ЦНС и ВНД, нарушение обмена биогенных аминов.
2. Снижение реактивности организма.
3. Сенсибилизация к тканям плодного яйца.
4. Нарушение гормональной регуляции.
5. Нарушение плацентарного барьера.
6. Генетическая предрасположенность



Основные звенья патогенеза



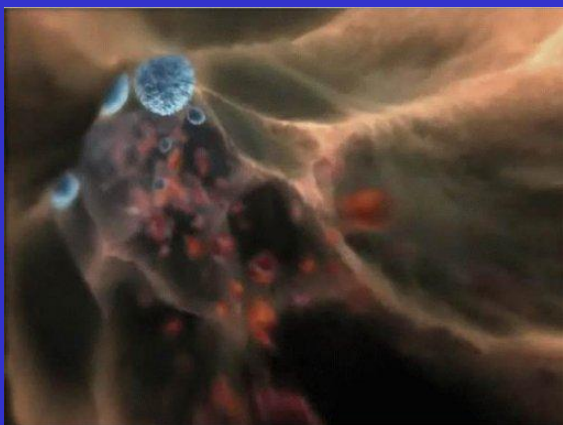
- генерализованная вазоконстрикция,
- гиповолемия,
- нарушение реологических свойств крови (увеличение вязкости крови, агрегационных свойств клеток крови),
- развитие синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови.
- нарушение кровообращения в жизненно важных органах.



- **Сосудистые проблемы и их индикатор (артериальное давление) - основные в клинической картине гестоза**
- **Изменение проницаемости эндотелия коллоидно-осмотического давления:**
 - 1) **связаны с повреждением сосудов**
 - 2) **являются причиной таких симптомов как отеки, протеинурия.**

Поражение эндотелия

**Чувствительность сосудов
к вазоактивным в-вам**

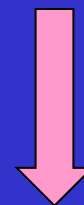


Вазоконстрикторы

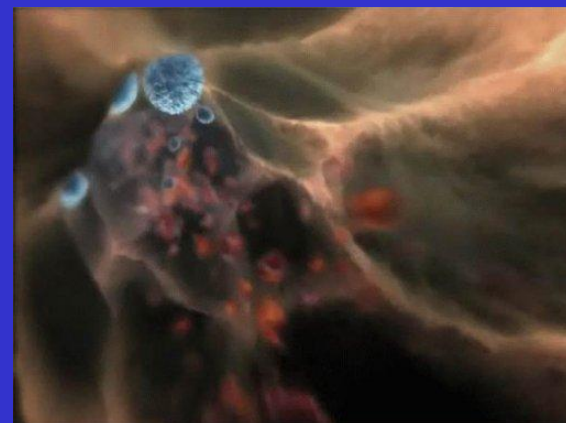


- Эндотелин
- Вазопрессин
- Альдостерон
- Катехоламины
- Ренин
- Ангиотензин
- Тромбоксан
- Серотонин

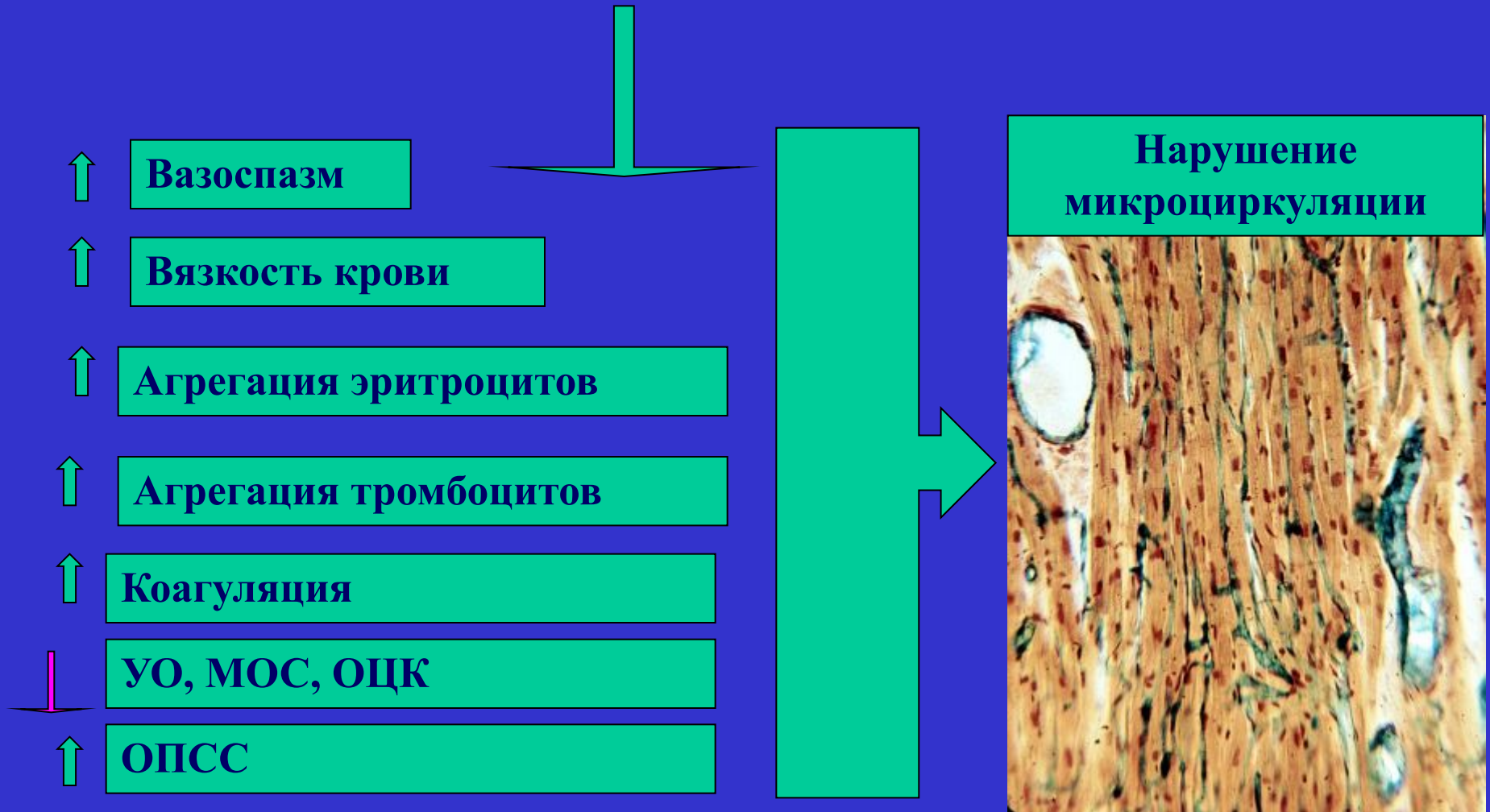
Вазодилататоры



- Кинины
- Простациклин



Вазоконстрикторы



Факторы риска развития позднего гестоза



- **Не связанные с беременностью**

- Экстрагенитальная патология
- Возраст <18 и > 30 лет
- Ожирение
- Недостаточное питание
- Наследственная предрасположенность

- **Связанные с беременностью**

- Первая беременность
- Многоплодие
- Многоводие
- Крупный плод



Юные беременные



- Психологические и социальные проблемы (отсутствие работы, учеба, беременность вне брака)
- Дефицит массы тела, анемия
- Отечно-гипотензивный вариант течения гестоза с поздним острым развитием гипертензии.
- Плацентарная недостаточность не выражена.
- Драматичное ухудшение состояния сопровождается запредельной гипертензией с исходом в эклампсию.
- Причина смерти: кровоизлияние в мозг

Беременные старшего возраста



- Высокая частота соматической патологии.
- Избыточный вес
- Течение беременности на фоне гипертензии
- Плацентарная недостаточность развивается рано
- Роды осложняются массивной кровопотерей, ДВС- синдромом
- Причина смерти: полиорганная недостаточность

Клинические формы гестоза

«Чистый» — у соматически здоровых женщин.

Сочетанный -на фоне экстрагенитальной патологии

Неклассифицированный — отсутствие достаточной информации для диагноза.

- *Раноначавшийся* — в конце 2-го триместра беременности.
- *Длительнотекущий* — клинические проявления более 4-х недель
- *Моносимптомный*- наличие только одного симптома из триады Цангейместера



Особенности течения позднего гестоза на современном этапе:

1. увеличилась частота раноначавшихся, длительно текущий форм позднего гестоза;
2. преимущественно сочетанные формы позднего гестоза;
3. стертые моносимптомные формы;
4. изменилась структура эклампсии;
5. тяжелые последствия;
6. сохраняется высокой перинатальная смертность.

Ранние признаки позднего гестоза



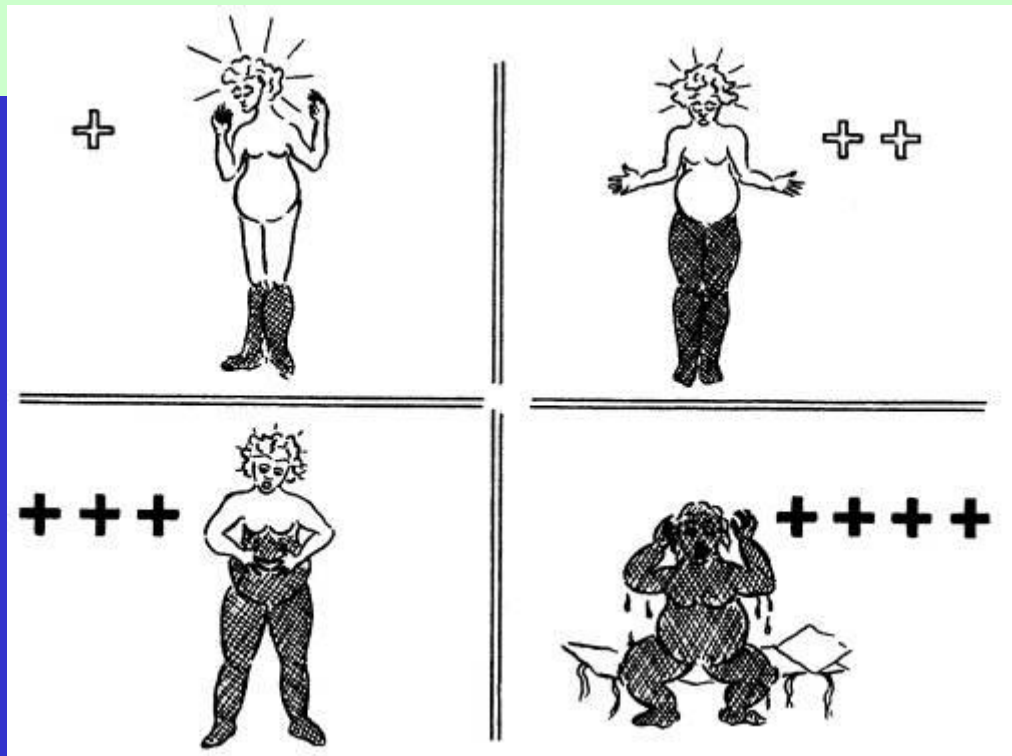
- Синдром лабильности артериального давления,
- Асимметрия артериального давления,
- Уменьшение пульсового давления
- Никтурия
- Периодическая патологическая прибавка массы тела

Триада В. Цангемейстера

- Артериальная гипертензия
- Отеки
- Протеинурия

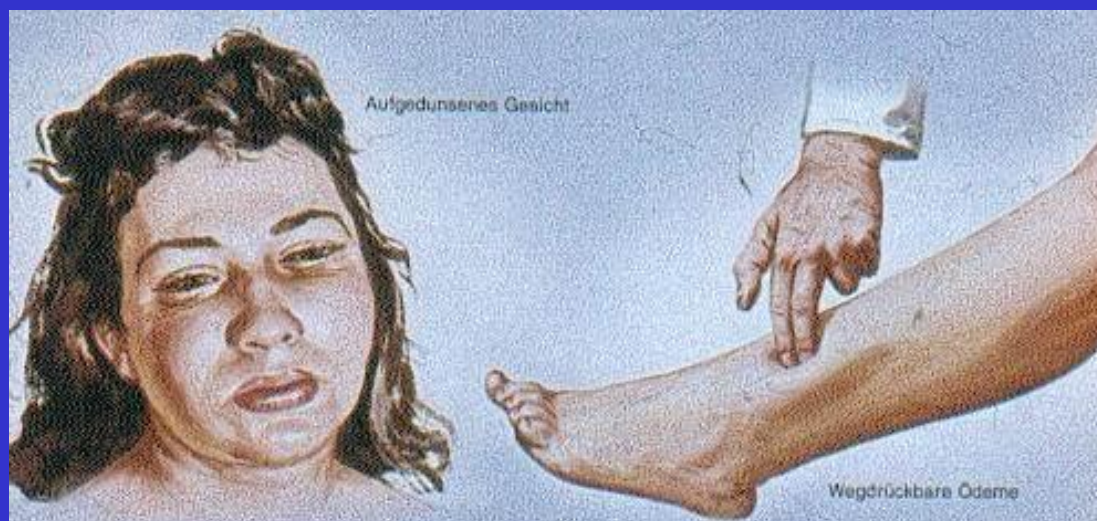


Отеки – чрезмерное нарастание массы тела беременной после 20 недель гестации (более 400г в неделю, более 2000г за месяц, более 13кг за беременность), совпадающее со снижением диуреза и повышенной гидрофильностью тканей.



Классификация отеков

- I ст. – отеки локализованы нижними конечностями;
- II ст. – распространяются на переднюю брюшную стенку, верхние конечности;
- III ст. – генерализация отеков (лицо, анасарка).



***Гипертензия* — повышение уровня артериального давления после 20 недель беременности относительно исходного (до беременности) на 25-30%: первичный подъем СД на 30 мм. рт.ст. и более и ДД на 15 мм.рт.ст и более.**

Среднее артериальное давление

$$САД = \frac{СД + 2 ДД}{3}$$



Артериальная гипертензия у беременных

Степень	АД (мм.рт.ст)	САД (мм.рт.ст)
I	До 150/90	До 120
II	До 170/100	120-130
III	> 170/100	> 130



Протеинурия – потеря белка с мочой после 20 нед беременности более 0,33‰ в однократной пробе и 0,1 г/л в суточном количестве мочи.

Потеря белка свыше 3 г/сут. представляет угрозу для жизни матери и плода, требует немедленного родоразрешения.



Преэклампсия – состояние,
при котором после 20 недель
беременности развиваются
артериальная гипертензия
наряду с протеинурией и/или
отеками



Клинические проявления преэклампсии



Основные симптомы	Степени тяжести	
	Легкая	Тяжелая
Отеки	1, 2 степень	3 степень
АД (мм.рт.ст)	↑ до 150/90	> 160/110
АД (% от исх.)	↑ 25-30	> 30
Протеинурия	До 1 г/л	> 1 г/л
Диф.диуреза	До 15%	> 15%

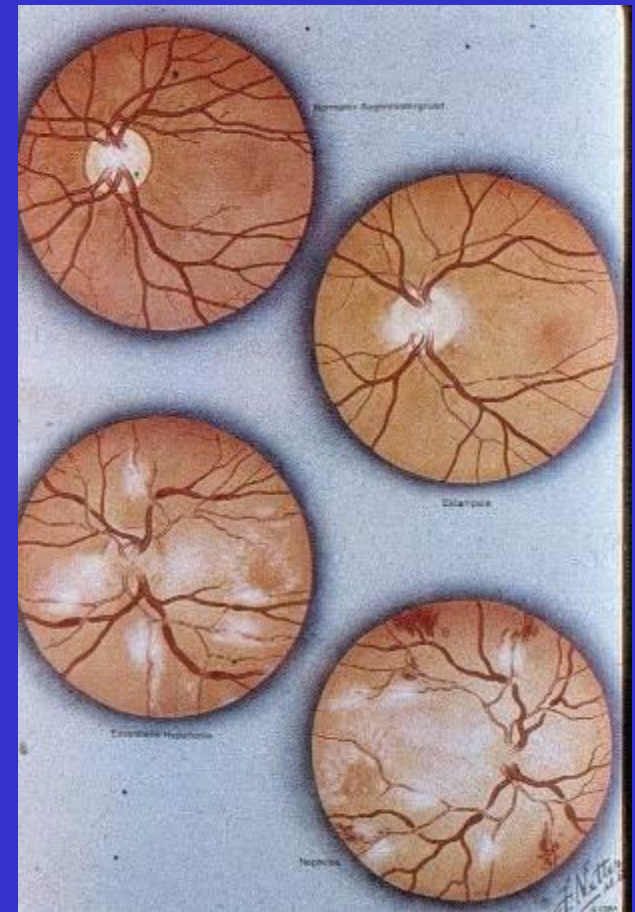
Лабораторная диагностика

- Гемоконцетрация.
- Тромбоцитопения (меньше $150 \times 10^9 / \text{л}$)
- Гипопротеинемия (меньше 60г/л).
- Диспротеинемия (снижение альбуминов, увеличение глобулинов).
- Повышение мочевины (больше 8 мэкв/л).
- Гипо- и изостенурия
- Гиперфибриногенемия
- Изменение коагулограммы.
- Плацентография (изменение структуры плаценты).



Жалобы при тяжелой преэклампсии

- головная боль
- нарушение зрения
- нарушение сна
- заложенность носа
- боли в эпигастральной области



Исходы беременности и родов при гестозе

- преждевременные роды;
- преждевременная отслойка плаценты;
- кровотечения;
- слабость родовой деятельности;
- кесарево сечение;
- акушерские щипцы

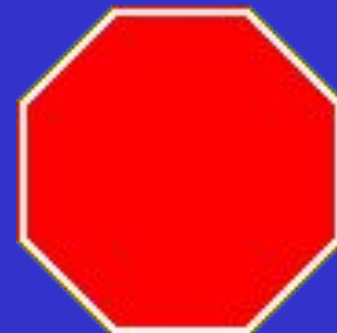


Исходы беременности и родов при гестозе (для плода)

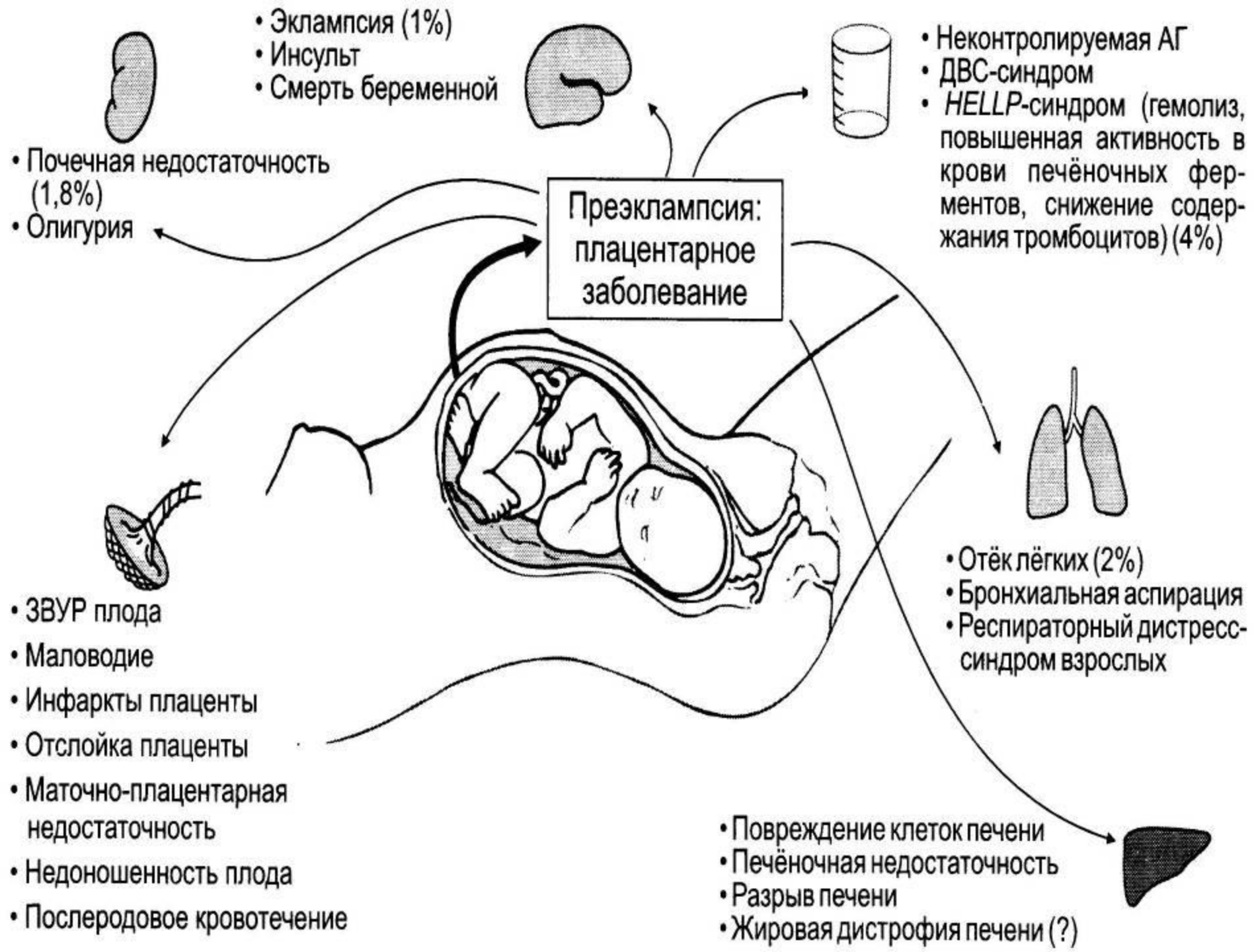
- задержка внутриутробного развития;
- хроническая и острая гипоксия плода;
- недоношенность;
- перинатальная смертность.



Критические формы позднего гестоза



- эклампсия;
- тяжелые гепатопатии;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- инсульт, кровоизлияния и отслойка сетчатки глаз;
- тяжелая полиорганная недостаточность,
- синдром ДВС



Острый жировой гепатоз



- **Клинические симптомы:** анорексия, слабость, тошнота, рвота «кофейной гущей», кровоточивость десен, олигоурия, зуд кожи, желтуха
- **Лабораторные критерии:** гипопротеинемия, снижение факторов свертывания, гиперлейкоцитоз, гипербилирубинемия, тромбоцитопения.

**HELLP-
СИНДРОМ**

```
graph TD; A[HELLP-СИНДРОМ] --- B[ГЕМОЛИЗ ЭРИТРОЦИТОВ]; A --- C[РОСТ ПЕЧЕНОЧНЫХ ФЕРМЕНТОВ (АСТ,АЛТ)]; A --- D[ТРОМБО-ЦИТОПЕНИЯ];
```

A flowchart with a central teal box at the top containing the text 'HELLP-СИНДРОМ' in red. Three vertical lines descend from the bottom of this box to three separate teal boxes below. The left box contains 'ГЕМОЛИЗ ЭРИТРОЦИТОВ', the middle box contains 'РОСТ ПЕЧЕНОЧНЫХ ФЕРМЕНТОВ (АСТ,АЛТ)', and the right box contains 'ТРОМБО-ЦИТОПЕНИЯ'. All text in the boxes is bold.

**ГЕМОЛИЗ
ЭРИТРОЦИТОВ**

**РОСТ
ПЕЧЕНОЧНЫХ
ФЕРМЕНТОВ
(АСТ,АЛТ)**

**ТРОМБО-
ЦИТОПЕНИЯ**

Эклампсия (от греч. *Eklampsis* – вспышка) – синдром полиорганной недостаточности, характеризующийся выраженными нарушениями мозгового кровообращения и отеком головного мозга, сопровождаемые судорожным синдромом и комой.



Клинические формы эклампсии

- единичный судорожный припадок;
- эклампсический статус (серия судорожных припадков);
- эклампсическая кома (отсутствие сознания после приступа);
- “эклампсия без эклампсии” (внезапная утрата сознания без приступа судорог).

Выделяют эклампсию беременных, рожениц и родильниц. Прогностически самой неблагоприятной формой является эклампсия родильниц.

Судорожный припадок



- Первый этап – вводный (30 сек)
- Второй этап – период тонических судорог (10-20 сек)
- Третий этап – период клонических судорог (от 30 сек до 1,5 мин, а иногда и больше)
- Четвертый этап – разрешение припадка

А.А.Китер



- 1857 г.-Руководство к изучению акушерской науки

В.В.Строганов

(1857-1938 г.)



- 1887 г.- сформулировал основные направления лечения:
 - создание лечебно-охранительного режима;
 - применение седативных и наркотических препаратов;
 - быстрое и бережное родоразрешение;
 - восстановление нарушенных функций организма после родоразрешения

Основные направления лечения гестоза



1. Обеспечение лечебно-охранительного режима;
2. Нормализация деятельности центральной нервной системы;
3. Устранение сосудистого спазма и снижение артериального давления;
4. Коррекция гиповолемии и гипопроотеинемии;
5. Нормализация микроциркуляции;
6. Коррекция обменных процессов;
7. Поддержание функций жизненно важных органов;
8. Нормализация коагуляционных свойств крови;
9. Улучшение маточно-плацентарного кровотока и профилактика гипоксии плода;
10. Своевременное бережное родоразрешение.

Нормализация состояния ЦНС

- Малые транквилизаторы
(седуксен, реланиум, элениум)
- Антигистаминные препараты
(димедрол, дипразин, пипольфен, супрастин)
- нейролептики (дроперидол);
- наркотические анальгетики
(промедол);



Все диагностические и лечебные манипуляции при тяжелом течении гестоза проводятся под обезболиванием

Устранение генерализованного сосудистого спазма



Гипотензивную терапию у беременных необходимо проводить с учетом гемодинамического профиля кровообращения

- **препараты центрального действия** (*метилдофа, допегит, клофелин*);
- **периферические вазодилататоры** (*гидралазин, апрессин, пролазин, нитроглицерин*);
- **спазмолитики** (*дибазол, папаверин, эуфиллин, теофиллин*);
- **антагонисты кальция** (*верапамил, фенотин, нифедипин, коринфар. сульфат магния*);
- **ганглиоблокаторы** (*пентамин, имехин*).

Магния сульфат (25%-10,0)



- Эффекты магнизиальной терапии

- Противосудорожный;
- Гипотензивный;
- Спазмолитический (токолитический);
- Седативный;
- Диуретический.

- Контроль при введении
 - артериального давления,
 - частоты дыхания,
 - почасового диуреза,
 - коленных рефлексов.



При эклампсии



- **внутривенное введение**
 - дроперидола (4-6 мл 0,25% раствора)
 - седуксена (4 мл 0,5% раствора),
 - промедола (1мл 2% раствора);
- **внутривенное капельное введение**
 - магния сульфата 20 мл 25% раствора (ударная доза – 5 г сухого вещества в 200 мл раствора – вводится в течение 30 мин; затем поддерживающая терапия в дозе 1 г/час)



Инфузионная терапия

- **Объем**

- Легкая степень – 400-600 мл.
- Тяжелая степень – 1200-1400 мл
- Эклампсия – до 2200 мл.

- **Состав**

- Мафусол
- Глюкоза (5-10% р-р)
- Физ.р-р
- ГЭК

Скорость введения 20-40 кап/мин

Гидроксиэтилированные крахмалы

Рефортан

Стабизол

ХАЕС-стерил

Инфукол, Волювен



- Восполнение внутрисосудистого объёма
- Длительное объём замещающее действие
- Улучшение реологических свойств крови
- Восстановление поврежденного эндотелия.

Диуретики (лазикс, фуросемид)



Показания к назначению

- выраженные генерализованные отеки,
- уровень диастолического артериального давления 120 мм. рт. ст. и более,
- диурез менее 50 мл/час,
- ЦВД более 60 мм. вод. ст.,
- острая левожелудочковая недостаточность,
- отек легких.

**Применяются после
ликвидации
гиповолемии**

***противопоказаны при
нарушении
фильтрационной
функции почек,
анурии, выраженной
гиповолемии***

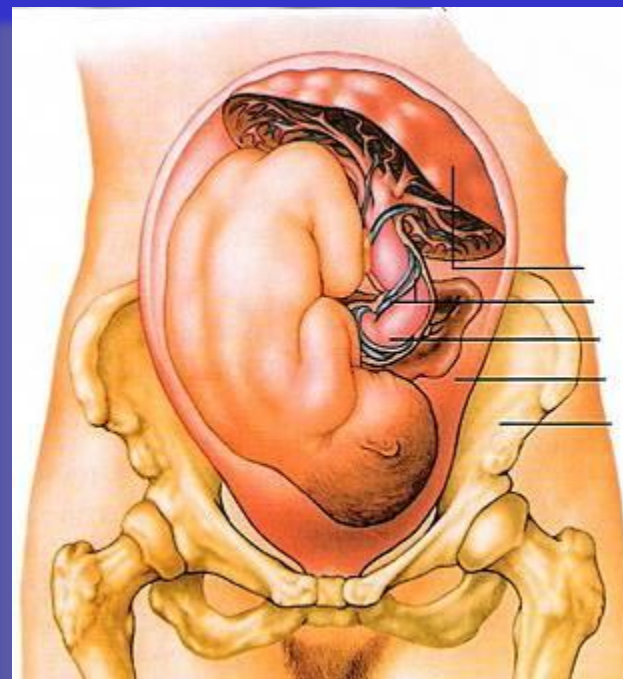
Комплексная терапия гестоза легкой степени

- **дезагреганты** (*трентал, курантил*),
- **антиоксиданты** (*витамин E, актовегин, мексидол*),
- **мембранстабилизаторы** (*липостабил, эссенциале-форте*),
- **фитопрепараты** (*Хофитол, Канефрон*)



Принципы терапии гестоза

- Не перегружать препаратами
- Не снижать резко АД (ухудшается плацентарная перфузия).
- Не снижать ДАД до 60 мм.рт.ст.(риск гибели плода возрастает в 4-6 раз).



Своевременное бережное родоразрешение.

Акушерская тактика

- **Гестоз легкой степени**
 - требует лечения.
- **Гестоз средней тяжести**
 - Необходимо лечение и решение вопроса о возможности пролонгирования беременности.
- **Гестоз тяжелой степени**
 - Критическое состояние, требующее проведения неотложных мероприятий с последующим родоразрешением.
- **Эклампсия**
 - Требуется реанимационных мероприятий, немедленного родоразрешения



Факторы влияющие на выбор сроков и методов родоразрешения



- Степень тяжести позднего гестоза
- Наличие осложнений позднего гестоза
- Длительность течения гестоза
- Эффект от проведенной медикаментозной терапии

Факторы влияющие на выбор сроков и методов родоразрешения

- Срок беременности
- Наличие сопутствующих акушерских осложнений
- Состояние внутриутробного плода.
- Наличие экстрагенитальной патологии



Акушерская тактика

- **Гестоз легкой степени**
 - требует лечения.
- **Гестоз средней тяжести**
 - Необходимо лечение и решение вопроса о возможности пролонгирования беременности.
- **Гестоз тяжелой степени**
 - Критическое состояние, требующее проведения неотложных мероприятий с последующим родоразрешением.
- **Эклампсия**
 - Требуется реанимационных мероприятий, немедленного родоразрешения



Особенности ведения родов

- Адекватное обезболивание
- Коррекция АД
- Ранняя амниотомия
- Профилактика гипоксии плода
- Укорочение II периода родов (перинеотомия)
- Профилактика кровотечения



**Оптимальный метод обезболивания – длительная
эпидуральная анестезия**

Показания к кесареву сечению (во время беременности)



- Эклампсия
- Тяжелая преэклампсия при отсутствии готовности к родам
- Полиорганная недостаточность
- Плацентарная недостаточность
- Осложнения гестоза (кровоизлияние в сетчатку, отслойка сетчатки),
- Сочетание гестоза и другой акушерской патологии (тазовое предлежание плода, длительное бесплодие и др.),

Показания к кесареву сечению (в родах)



- Эклампсия и тяжелые осложнения гестоза
- Ухудшение состояния роженица и/или плода
- Осложнения родов, не поддающиеся коррекции
- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

Ошибки



- Недооценка тяжести состояния,
- Неправильно поставленный диагноз;
- Не учитывается длительность позднего гестоза и сопутствующая патология;
- Позднее родоразрешение

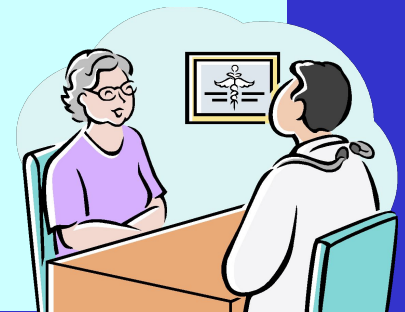
Профилактика позднего гестоза

- Предупреждение, выявление и лечение экстрагенитальных заболеваний у женщин до беременности
- Выделение беременных группы повышенного риска
- Регулярное наблюдение во время беременности



Профилактика позднего гестоза

- Рациональный режим труда и отдыха, сбалансированное питание
- Своевременная диагностика ранней стадии гестоза
- Проведение профилактического комплекса мероприятий



Госпитализация в стационар при неэффективности лечения !

NB!

- *Сложно и менее эффективно выведение больной из критического состояния по сравнению с профилактикой тяжелого осложнения.*
- *Гестоз – патология, при которой своевременные диагноз и помощь защищают от развития критического состояния.*
- *Своевременный диагноз гестоза предполагает динамическое медицинское наблюдение.*



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**