

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии  
лечебного факультета

## **ТЕМА: ТЕРАПИЯ ГЕСТОЗОВ**

**Лекция № 4 для студентов  
6 курса, обучающихся по  
специальности 060101 – Лечебное  
дело (очная форма обучения)**

**к.м.н., асс. М.Я. Домрачева**

**Красноярск, 2012**



# План лекции:

1. Актуальность
2. Общие принципы терапии гестозов
2. Схема терапии гестозов различной степени тяжести
3. Тактика при экламптических судорогах
4. HELLP-синдром
5. Острый жировой гепатоз
6. Профилактика гестозов.
7. Выводы

# Терапия гестоза.

## Общие принципы.

1. Обязательная госпитализация в отделение патологии беременности родильного дома.
2. Вылечить гестоз возможно только прерыванием беременности, задача терапии во время беременности – предупреждение развития более тяжелых форм.
3. Терапия гестоза должна быть патогенетически обоснована.
4. Чем тяжелее гестоз, тем короче период лечения от поступления в стационар до родоразрешения
5. Тяжелый гестоз, преэклампсия, эклампсия – абсолютные показания для экстренного родоразрешения по жизненным показаниям матери и плода независимо от срока беременности.

# Главные задачи лечения:

- прекращение прогрессирования гестоза
- предупреждение развития ДВС-синдрома или перехода его из хронической в подострую и острую стадии.



# ***В комплекс терапии входят:***

1. лечебно-охранительный режим,
2. рациональное питание,
3. медикаментозная терапия,
4. своевременное и адекватное родоразрешение до развития тяжелых гемокоагуляционных нарушений.



# ***В комплекс терапии входят:***

5. Эфферентные методы терапии: плазмоферез, гемосорбция (по показаниям).
6. Профилактика РДС новорожденного при недоношенной беременности (менее 34 недель).



# Лечебно-охранительный включает:

- пребывание пациентки в постели на боку, противоположном локализации плаценты (улучшает маточно-плацентарный и почечный кровоток)
- доброжелательное отношение персонала,
- хорошие условия, отсутствие раздражителей;
- психопрофилактическое воздействие (уверенность в благополучном исходе беременности).



# *Индивидуальное, сбалансированное питание*

- Питание должно быть дробным — 5-6 кратный прием пищи небольшими порциями.
- Ограничить потребление поваренной соли до 3,0-5,0 г/сутки.
- Суточный рацион должен включать 120,0-140,0 г — белков, жиров - 80,0-90,0 г, углеводов — 400,0-450,0 г.
- До 50% белков должны быть животного происхождения, остальные — растительного.
- Ограничить прием жиров с высоким содержанием насыщенных жирных кислот и заменить их жирами с преимущественным содержанием полиненасыщенных жирных кислот (растительное масло).

# *Индивидуальное, сбалансированное питание*

- В сутки необходимо до 40 мл растительного масла, которое богато эссенциальными жирными кислотами, необходимыми для синтеза простагландинов.
- Исключить жареные продукты.
- В пищевом рационе должны преобладать овощи, фрукты, ягоды, свежие соки.
- Суточное количество калорий для беременных должно составлять 2,5-3 тыс.

# Медикаментозная терапия:

1. Антиагреганты, антикоагулянты.
2. Гипотензивная терапия.
3. Средства для лечения нарушений мозгового кровообращения.
4. Инфузионная терапия.
5. Мочегонные препараты.
6. Гепатопротекторы, антиоксиданты, витамины.
7. Седативные препараты

# 1. Антиагрегантные препараты (трентал, курантил, аспирин)

- ✓ улучшают маточно-плацентарную гемодинамику и почечный кровоток;
- ✓ улучшают реологические свойства крови;
- ✓ активируют плазминоген, улучшают текучесть крови, предупреждают тромбоз;
- ✓ повышают эластичность мембраны тромбоцита, его деформабельность и обеспечивают «проскальзывание» его в капилляр;
- ✓ снижают продукцию тромбоксана и агрегацию тромбоцитов;
- ✓ повышают противоагрегационную активность эндотелия сосудов;
- ✓ повышают продукцию простаглицлина.

## Литература

### Основная:

1. Савельева г.М. Акушерство: Акушерство: Учебник для мед. вузов, 2007
2. Айламазян, Э. К.. - Акушерство: Учебник для мед. вузов / авт. текста Э. К. Айламазян . - 5-е изд., доп.. - Санкт-Петербург : Спец.лит., 2005. - 527 с. : ил., твердый (Учебник для медицинских вузов)

### Дополнительная

1. АЛГОРИТМЫ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО ОБЩЕЙ И ЧАСТНОЙ ХИРУРГИИ, ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ, ОФТАЛЬМОЛОГИИ, НЕЙРОХИРУРГИИ, УРОЛОГИИ, ОНКОЛОГИИ, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ, ТРАВМАТОЛОГИИ, ОРТОПЕДИИ, ВПХ, АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4-6 КУРСОВ ПО СПЕЦ. 060101-ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО / СОСТ. А.В. АНДРЕЙЧИКОВ И ДР. - КРАСНОЯРСК: КРАСГМА, 2010
2. ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ В АКУШЕРСТВЕ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ЛЕЧ. ФАКУЛЬТЕТА / РЕД. В.Б. ЦХАЙ. - КРАСНОЯРСК: КРАСГМА 2007
3. ЦХАЙ В.Б. ПЕРИНАТАЛЬНОЕ АКУШЕРСТВО: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ. - РОСТОВ-Н-Д. ФЕНИКС, 2007
4. АКУШЕРСТВО. КУРС ЛЕКЦИЙ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ / ПОД РЕД. А.Н. СТРИЖАКОВА, А.И. ДАВЫДОВА. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2009
5. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ / ПОД РЕД. Г.М. САВЕЛЬЕВОЙ И Г.Т. СУХИХ. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА 2009
6. АКУШЕРСТВО. ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ: МЕТОД. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4-6 КУРСОВ ЛЕЧ. ФАКУЛЬТЕТА / АВТ. ТЕКСТА В.Б. ЦХАЙ И ДР. - КРАСНОЯРСК: КРАСГМА, 2007
7. РУКОВОДСТВО ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА / ПОД РЕД. Н.Н. ВОЛОДИНА, В.И. КУЛАКОВА, Р. А. ХАЛЬФИНА. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2007
8. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В АКУШЕРСТВЕ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ / Е.Н. КОПТИЛОВА И ДР. - Н.НОВГОРОД: ИЗД-ВО НИЖЕГОРОДСКОЙ ГОСМЕДАКАДЕМИИ, 2007
9. ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ / ПОД РЕД. Т.Е. БЕЛОКРИНИЦКОЙ РОСТОВ-НА-ДОНУ: ФЕНИКС, 2007
10. АКУШЕРСТВО: НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО / ПОД РЕД. Э.К. АЙЛАМАЗЯНА, В.И. КУЛАКОВА, В.Е. РАДЗИНСКОГО, Г.М. САВЕЛЬЕВОЙ. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2007
11. СИДЕЛЬНИКОВА В.М. ЭНДОКРИНОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ. - М.: МЕДПРЕССИНФОРМ, 2009

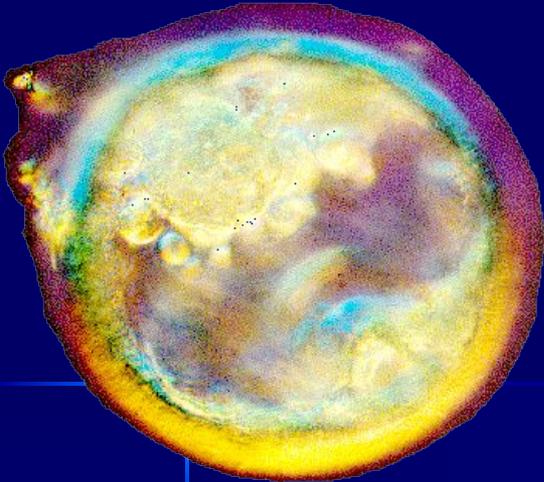
### ЭЛЕКТРОННЫЕ РЕСУРСЫ

1. ИБС КРАСГМУ
2. БД МЕДАРТ
3. БД МЕДИЦИНА
4. БД EBSCO

## 2. Гипотензивная терапия зависит от типа центральной гемодинамики

1. Гипокинетический тип: клофелин, коринфар, магния сульфат.
2. Эукинетический тип: метилдопа, коринфар, магния сульфат.
3. Гиперкинетический тип: все перечисленные препараты кроме клофелина.





## *сульфат магния – базовый препарат:*



- Сульфат магния назначают в виде 25% раствора внутривенно со скоростью 4-8 ml (1,0 – 2,0 грамма сухого вещества) в час через инфузомат.
- Суточная доза подбирается индивидуально в зависимости от цифр артериального давления и в среднем составляет 10-12 грамм сухого вещества.

# Эффект препаратов магния при гестозе

- Противосудорожный, гипотензивный, седативный, спазмолитический и диуретический эффект.
- *Дезагрегантное действие* (за счет подавления синтеза тромбоксана А<sub>2</sub>, усиления активности простаглицлина)
- *Антагонизм с кальцием*
  - снижение вазоконстрикции - дилатация сосудов
  - улучшение фето-плацентарного, системного, почечного, церебрального кровотока
- *Повышение уровня кальцитонина в сыворотке крови* – известно, что концентрации кальцитонина и паратиреоидного гормона снижаются у женщин с преэклампсией

**При проведении магниальной терапии, кроме наблюдения за артериальным давлением, необходимо контролировать сохранность коленных рефлексов, частоту дыхания и диурез**



### 3. Средства для лечения недостаточности мозгового кровообращения:

- при гестозе легкой и средней степени тяжести: кавинтон (винпоцетин), пирацетам.
- *Кавинтон* сочетает в себе сосудистое, антиагрегантное и метаболическое действие.
- *Пирацетам* нормализует биоэнергетические процессы в нервной ткани, повышает устойчивость мозга к гипоксии и интоксикации, а также блокирует агрегацию тромбоцитов.
- В более тяжелых случаях применяют *церебролизин*, препарат содержащий аминокислоты.

# 4. Инфузионная терапия:

Проводится со скоростью 2,0 мл/кг/час (70-100 мл/час).

*Используются:*

- 1. растворы кристаллоидов (изотонический раствор хлорида натрия, «Дисоль», «Трисоль»)*
- 2. гидроксипропилированного крахмала 6% и 10%.*

**!!! Не используются: низкомолекулярные декстраны (реополиглюкин, реомакродекс, реоглюман) так как легко проникают через поврежденный эндотелий в интерстиций, увлекая за собой воду.**

Клинически это проявляется нарастанием отеков, повышением АД, прогрессированием синдрома полиорганной недостаточности.

## 5. Мочегонные средства:

- Диуретики снижают объем плазмы, усугубляют гиповолемию, присущую гестозам, ухудшают плацентарную перфузию.  
У беременных с гестозом они применяются по строгим показаниям.
- Из мочегонных средств лучше использовать салуретик фуросемид (лазикс), вводя необходимую дозу дробно.  
При проведении инфузионной терапии на каждый литр перелитой жидкости вводится 10-20 мг лазикса.
- Назначение осмодиуретиков может привести к развитию осмотического нефроза и гиперосмолярной КОМЫ.

# *Показания для назначения мочегонных средств :*

- выраженные генерализованные отеки;
- уровень диастолического артериального давления 120 мм.рт.ст. и выше;
- острая левожелудочковая недостаточность;
- отек легкого; отек головного мозга;
- преэклампсия, эклампсия;
- отек головного мозга;
- проведение инфузионной терапии.

## *6. Гепатопротекторы, антиоксиданты и витамины*

*Гепатопротекторы (эссенциале, липоевая кислота, витамин Е, легалон):*

- защищают паренхиму печени от токсических продуктов,
- корригируют окислительно-восстановительные процессы,
- уменьшают перекисное окисление липидов,
- предупреждают повреждение мембран гепатоцитов,
- оказывают липотропный эффект.

*Витамины группы В, кокарбоксилаза, фолиевая и аскорбиновая кислота :*

- способствуют синтезу простаглицлина,
- улучшают микроциркуляцию и перфузию жизненно важных органов.

# 7. Седативные средства:

В качестве седативных средств могут быть использованы:

седуксен — 0,5%-2 мл  
(реланиум, диазепам валиум), элениум;

антигистаминные препараты, обладающие седативным эффектом:

димедрол — 1%-1 мл,  
пипольфен — 2,5%-1 мл.



# Лечение гестоза легкой степени:

1. **Госпитализация в отделение патологии родильного дома.**
2. **Антиагреганты:**
  - трентал 200 мг 2 раза в день после еды,
  - курантил 50 мг 2 раза за 1 час до еды,
  - аспирин 60-80 мкг/сут после еды.
3. **Лечение гипертензии:**

нифедипин 10 мг 3 раза в сутки.
4. **Инфузионная терапия:** «Дисоль» 200 мл 2 раза в неделю.
5. **Гепатопротекторы:** эссенциале 2 капсулы 3 раза в день.
6. Продолжительность лечения 2 – 3 недели
7. Продолжение терапии в женской консультации еще 2 – 3 недели.

# Лечение гестоза средней степени:

1. Госпитализация до родоразрешения, выбор метода родоразрешения, подготовка к родоразрешению.
2. Трентал 200 мг 2 раза в сутки.
3. Допегит 0,25 г 7.00 и 19.00.
4. Клофелин 0,01% 0,5 мл 2 раза в сутки в/м.
5. Папаверин 2% - 2,0 в/м 2 раза в сутки.
6. Витамин Е 400 мг/сут.
7. Настойка валерианы 20 капель 3 раза/сутки.
8. Свежезамороженная плазма 250,0 в/в
9. Ежедневная оценка состояния плода (КТГ)
10. Контроль гемодинамики (АД, вес, диурез).

# Лечение гестоза средней степени:

11. лечение в условиях отделения патологии беременности в течение 5 – 6 дней с последующей оценкой эффективности.

При отсутствии признаков прогрессирования процесса возможно пролонгирование беременности до 7 – 12 дней.



# *Терапия тяжелых форм гестоза:*

**Внутривенно седуксен 10 мг (2мл), промедол 2% — 1 мл.**

- перевод в отделение анестезиологии и реанимации (ОАР) или сразу в операционную.
- Больную укладывают на левый бок с целью предотвращения аорто-ковальной компрессии.
- Устанавливают непрерывный мониторинг за жизненно важными функциями (АД, ЧСС, ЧДД, ЭКГ, SaO).
- Обеспечивают подачу увлажненного кислорода через носовые ходы ( даже при отсутствии клинических признаков гипоксемии)
- Обеспечивают надежный венозный доступ ( периферический катетер, а в дальнейшем катетеризация центральной вены).
- Забор анализов крови, мочи , гемостаза .

# Терапия тяжелых форм гестоза:

## Гипотензивная терапия:

1. В/венно сульфат магния 25% - 20мл (5г) в течение 20-30 мин. С переходом на титрование со скоростью 1-2г в час.
2. Одновременно назначают блокатор кальциевых каналов **нифедипин** 0,2мг/кг.
3. При САД 120 и выше однократно в/вено вводят **клофелин** 0,75 – 1,5 мкг/кг с последующим переходом на в/мышечное введение 50-100мкг.

При тахикардии применяется **обзидан** 0,2 – 0,5 мг/кг перорально или в/вено.

АД не желательно снижать более чем на 20-30% от исходного, так как необходимо поддерживать мозговую и маточную перфузию.

# *Терапия тяжелых форм гестоза.*

- Осмотр родовых путей проводить только на фоне аналгезии.
- Инфузионную терапию проводить только с учетом волемии со скоростью 1,5-2 мл/кг/час.
- Если предоперационная подготовка составляет не более трех часов, используются изотонические растворы кристаллоидов и ГЭК,
- при подготовке более трех часов темп инфузии снижают в 2-3 раза.

# *Терапия тяжелых форм гестоза.*

- лечение и подготовка к родоразрешению в условиях отделения реанимации родильного дома в течение 6–12 часов. Своевременное и адекватное родоразрешение до развития тяжелых гемокоагуляционных нарушений. Информация о больной с гестозом тяжелой степени должна быть представлена в Акушерский реанимационно-консультативный центр в течение двух часов после ее обращения за медицинской помощью.

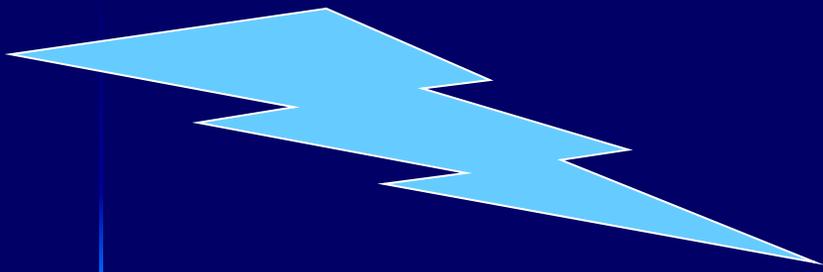
# Лечение критических форм гестоза (преэклампсия)

## *Общие принципы терапии.*

- Госпитализация в отделение интенсивной терапии.
- Все манипуляции проводят под наркозом.  
Обезболивание всех манипуляций является составной частью комплекса лечения.
- Катетеризация крупной вены для длительной инфузионной терапии и забора анализов.
- Мониторный контроль за функциями жизненно важных органов (АД, пульс, частота дыхания, оксигенация, диурез).
- Коррекция водно-электролитного баланса, КОС, белков крови, гемоглобина, эритроцитов, свертывающей системы

# *Лечение критических форм гестоза (преэклампсия)*

- **Немедленное родоразрешение** в зависимости от акушерской ситуации в течение 2 часов.
- Сопутствующая гипотензивная и инфузионная терапия носит характер реанимационной помощи в рамках предоперационной подготовки.



«Подобно вспышке молнии»  
перевод с греческого

- **Эклампсия** – развитие судорожного синдрома у беременных с преэклампсией и во время родов, а также в ближайшие 48 часов после родов

# Типичный приступ эклампсии:

1. Мелкие подергивания мышц лица, рук;
2. Тонические судороги, остановка дыхания;
3. Клонические судороги (туловище, верхние и нижние конечности);
4. Период разрешения, восстановление дыхания.  
Весь припадок длится 2 минуты и может повторяться.

# Лечение критических форм гестоза (эклампсия)

- Фовлеровское положение (с приподнятым головным концом).
- Освободить верхние дыхательные пути.
- Принять меры по предупреждению западения и прикусывания языка, других механических повреждений, возможных во время судорог.
- С началом восстановления дыхания — вспомогательное дыхание чистым кислородом
- Сразу после приступа в/в: промедол 1% — 2 мл.
- Для снижения АД в/в вводят ганглиоблокаторы: пентамин 5%— 0,5-1 мл на 10 мл физ. раствора медленно.
- Контролировать цифры АД (при быстром снижении диастолического давления ниже 80 мм. рт. ст. развивается угроза гибели плода). Оптимально поддерживать АД на цифрах 120/80 мм. рт. ст.
- • в/в наркоз 1% раствором тиопентала натрия — 300-500 мг (26 мг/кг) медленно: 1 мл в минуту.

# Лечение критических форм гестоза (эклампсия)

- под наркозом больную транспортируют в операционный блок, где производится:
  1. катетеризация подключичной вены,
  2. измерение ЦВД,
  3. забор биохимических и клинических проб,
  4. наружное обследование, вагинальный осмотр,
  5. катетеризация мочевого пузыря.
- после снижения АД, на 10-20% от исходного, приступают к инфузионной терапии.

# *Лечение критических форм гестоза (эклампсия)*

**После снижения АД и при одновременном продолжении терапии, больную родоразрешают операцией кесарева сечения под общим комбинированным наркозом.**

- С целью профилактики кровотечения во время операции следует использовать внутривенное введение окситоцина (5 ЕД - 1 мл). Эргометрин и энзапрост не применяются (вызывают вазоконстрикцию, повышают АД и ЦВД, давление в легочной артерии и представляют опасность развития сердечной недостаточности и отека легкого)
- ИВЛ прекращается при восстановлении адекватного спонтанного дыхания, при отсутствии аускультативных признаков отека легкого, стойкой нормализации газообмена и гемодинамики, как минимум через 4-6 часов после родоразрешения больной

## Первые сутки после родоразрешения:

- **Гипотензивная терапия:** в/в 25% р-р сульфата магния 2-4,0 г/час. Суточная доза сульфата магния до 24,0 г сухого вещества.
- Контроль АД каждый час.
- Первые 4 часа после операции следить за состоянием матки (наружный массаж каждые 15-20 мин.)
- **Профилактика пареза кишечника** : 1 мл 0,05 % раствора прозерина 2 раза в сутки. (первое введение во время операции 1 мл в/м),
- **Антибактериальная терапия** двумя антибиотиками широкого спектра действия.
- **Профилактика субинволюции матки:** 2 раза в сутки в/м окситоцин 5ЕД (1 мл).
- **ОБЕЗБОЛИВАНИЕ:** в/м промедол 1-2% 1-2 мл каждые 4 часа, анальгин 50% — 2 мл через 6 часов

# Первые сутки после родоразрешения:

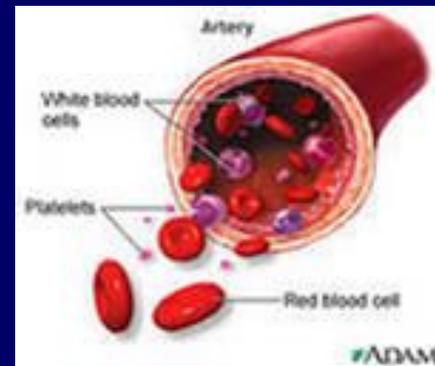
- строфантин 0,025% — 0,5 мл 2 раза в сутки в/в медленно.
- Средства, регулирующие мозговой кровоток и метаболизм:
  - ✓ пирацетам 0,02 — 0,04 г/кг,
  - ✓ церебролизин 5 мл,
  - ✓ никотиновая кислота 1% — 4 мл в/м.
- В лечении критических форм гестоза после родоразрешения большое значение имеют сорбционные методы (плазмофильтрация, гемосорбция).

# Показания к родоразрешению операцией кесарева сечения (независимо от срока беременности)

- Преэклампсия, эклампсия
- Прогрессирующий гестоз
- Выраженные изменения со стороны органов зрения, отслойка сетчатки
- Отслойка плаценты (даже непрогрессирующая).
- Клинические или лабораторные проявления гепатопатии.
- Прогрессирующая плацентарная недостаточность

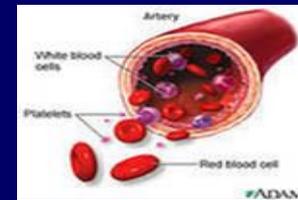
# HELLP синдром

(**H**emolysis, **E**levated **l**iver enzymes, **l**ow **p**latelet count )



- 4-12% при тяжелом гестозе и эклампсии
- Высокая материнская смертность до 75% и перинатальные потери
- Чаще развивается в сроках 33-35 недель беременности
- В 30% случаев отмечается в послеродовом периоде
- Стремительное нарастание симптомов полиорганной недостаточности

# HELLP синдром

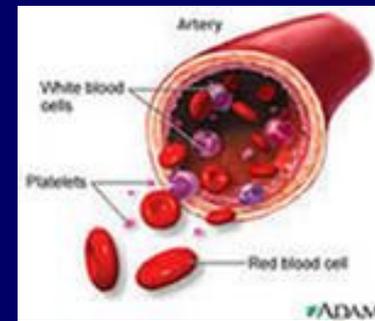


- Клинические проявления различны, отсутствует специфичность.

Головная боль, утомляемость, ступор, боль в эпигастрии и правом подреберье, рвота, окрашенная кровью, нарастающая желтуха, кровоизлияния в кожу, под капсулу печени, в брюшную полость, судороги, кома. Может быть начало с отслойки нормально расположенной плаценты, кровотечения.

- Лабораторные признаки: АСТ более 200 ЕД/л, АЛТ более 70 ЕД/л, ЛДГ более 600 ЕД/л, Тромбоцитопения – менее  $100 \times 10^9$ /л, антитромбин III ниже 70%, внутрисосудистый гемолиз, повышение уровня билирубина, снижение уровня фибриногена, увеличение содержания мочевины, креатинина, гипогликемия, увеличение протромбинового времени и АЧТВ.

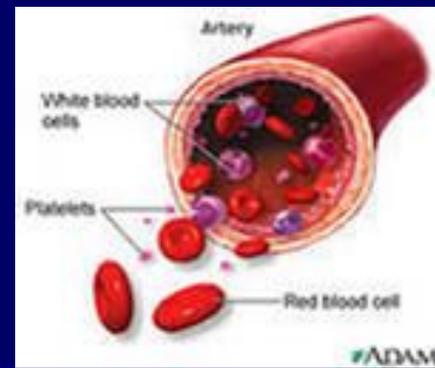
# HELLP синдром



## Дифференциальная диагностика HELLP-синдрома:

- острая жировая дистрофия печени,
- тромботическая тромбоцитопеническая пурпура,
- гемолитико-уремический синдром,
- акушерский сепсис,
- системная красная волчанка.

# HELLP синдром



## Осложнения HELLP-синдрома:

- отслойка плаценты;
- ДВС-синдром и маточное кровотечение;
- острая печеночно-почечная недостаточность;
- отек легких;
- субкапсулярная гематома печени с разрывом и внутрибрюшным кровотечением;
- отслойка сетчатки;
- кровоизлияние в мозг.

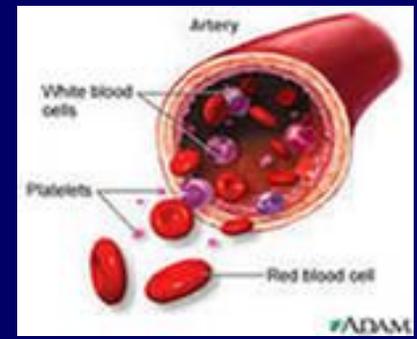
# HELLP синдром



## Необходимый объем обследования:

- Гематологические исследования (гематокрит, тромбоциты, ПВ, АЧТВ, ПДФ, фибриноген);
- Сердечно-сосудистая система (ЭКГ, эхокардиография)
- Функция печени (АлАТ, АсАТ, ЛДГ, ЩФ, билирубин (непрямой), сахар крови, УЗИ органов брюшной полости, ЯМР)
- Функция поджелудочной железы (амилаза плазмы)
- Функция почек (диурез, мочевины, креатинин, мочевиная кислота)
- Фетоплацентарный комплекс (УЗИ, КТГ, доплерометрия).

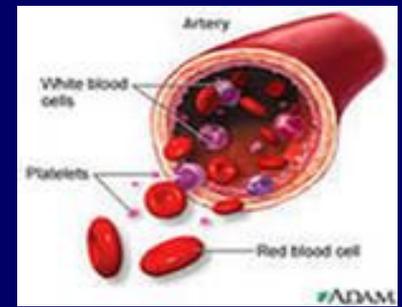
# HELLP синдром



## Протокол интенсивной терапии:

- При установлении диагноза «HELLP-синдром» - экстренное родоразрешение независимо от срока беременности.
- Все лечебные мероприятия являются подготовкой к родоразрешению, которое должно быть неотложным.

# HELLP синдром



- Госпитализация в палату интенсивной терапии.
- Инфузионная терапия (кристаллоиды, гидрокسيэтилированный крахмал, альбумин, свежезамороженная плазма, криопреципитат).
- Индивидуально ориентированная антигипертензивная терапия.
- Плазмаферез с замещением свежезамороженной плазмой желательно провести до родоразрешения.

# HELLP синдром



- Трансфузии тромбоцитарной массы при тромбоцитопении  $50 \times 10^9$  /л.
- Медикаментозная терапия: дипиридамол (курантил), аспирин, преднизолон, иммуносупрессоры (цитостатики – после родоразрешения).
- Антибактериальная терапия с учетом нефротоксичности препаратов.
- Антитромбин III. (С целью профилактики вводят 1000-1500 МЕ/сут. При лечении - начальная доза составляет 1000-2000 МЕ/сут, затем 2000-3000 МЕ/сут.)

# Острый жировой гепатоз беременных

(1 случай на 13000 родов, )

Материнская смертность 60-85 %



- Дожелтушная стадия – стертое атипичное течение гестоза.

Жалобы на слабость, тошноту, рвоту, боли в животе, кожный зуд, мучительную изжогу, рвоту кофейной гущей (ЭГДС – язвы пищевода)

- Желтушная стадия – жалобы, характерные для дожелтушной стадии + интенсивная желтуха, уменьшение печени в размерах, накопление жидкости в плевральной, брюшной полостях, присоединяется почечная недостаточность

- Острая печеночная и почечная недостаточность, ДВС синдром. Сознание сохраняется долго, массивные кровоизлияния в поджелудочную железу, мозг, кровотечения из матки, других органов, метаболический ацидоз.

# ОЖГБ (лабораторные данные)



- Гипербилирубинемия за счет прямой фракции
- Гипопротеинемия (менее 60 г/л)
- Гипофибриногенемия (менее 2 г/л)
- Трансаминазы увеличены незначительно
- Резкое снижение антитромбина III
- Лейкоцитоз ( $20-30 \times 10^9/\text{л}$ )
- Метаболический ацидоз
  
- Морфологически – жировая дистрофия гепатоцитов без некроза

# ОЖГБ



## Акушерский алгоритм диагностики ОЖДП:

- При любом нарушении функции печени, развившемся в III триместре беременности, врач обязан заподозрить ОЖДП.
- Дифференциальная диагностика – должна проводиться в экстренном режиме (вирусный гепатит, HELLP- синдром, холестаза беременных, гепатотоксичность)
- В случае нахождения беременной в родильном доме, перевод ее в инфекционный стационар для проведения диагностических мероприятий нецелесообразен, так как транспортировка значительно ухудшает состояние пациентки. На период проведения дифференциальной диагностики беременная может быть изолирована в отдельной палате родильного дома.

# ОЖГБ



## Акушерская тактика ведения пациенток с ОЖДП:

- Острая жировая дистрофия печени — показание для экстренного родоразрешения путем операции кесарева сечения.
- Коррекция метаболических нарушений и неотложное родоразрешение.

# ОЖГБ



Интенсивная предоперационная подготовка и интенсивная терапия после родоразрешения включают:

- эфферентные методы терапии – плазмоферез, ультрагемофильтрацию, гемодиализ;
- стабилизация показателей гемостаза;
- соответствующую инфузионно-трансфузионную терапию;
- гепатостабилизирующая терапия (большие дозы глюкокортикостероидов) до стабилизации печеночного цитолиза и устранения тромбоцитопении;
- ингибиторы протеаз (контрикал, гордокс, трасилол);
- гепатопротекторы, церебропротекторы и ноотропные препаратов, комплекс витаминов (в повышенных дозах);
- коррекция метаболического ацидоза;
- строго индивидуализированная антигипертензивная терапия;
- антибиотикотерапия для профилактики инфекционных осложнений;

# ОЖГБ

- лечение пациентки с ОЖДП после родоразрешения проводится в условиях реанимационного отделения (АРКЦ или многопрофильной больницы) совместно реаниматологами, акушерами-гинекологами, гепатологами (с привлечением необходимых специалистов)



# Профилактика гестоза:

При отсутствии у беременной факторов риска развития гестоза:

- соблюдение режима труда и отдыха;
- витаминотерапия с ранних сроков (витаминов группы В в том числе фолиевой кислоты с целью профилактики гипергомоцистенемии);
- фитосборы седативного действия;
- мониторинг артериального давления и прибавки массы тела;
- Магне-В6 с I триместра беременности (гестоз – системная патология эндотелия, а ионы магния обладают дезагрегирующим действием на тромбоциты и эритроциты, нормализуют соотношение между тромбогенным потенциалом сосудистой стенки и тромборезистентностью);
- со II триместра беременности возможно назначение аспирина в дозе 60-80 мкг в сутки при отсутствии противопоказаний (повышенная чувствительность к салицилатам, проявления повышенной кровоточивости в анамнезе, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма).



# Профилактика гестоза:

## Беременным, имеющим факторы риска развития гестоза:

- лечение экстрагенитальных заболеваний, особенно на этапе предгравидарной подготовки;
- витаминотерапия;
- назначение Магне-В6 с I триместра беременности;
- назначение после 12 недель беременности дезагрегантов (курантил по 50 мг 2 раза в сутки, трентал по 100 мг 3 раза в сутки);
- профилактика и лечение анемии;
- курсы профилактики ФПН.

# Профилактика гестоза:

**Доказана эффективность влияния на уменьшение частоты возникновения преэклампсии:**

- малых доз аспирина (75-120 мг ежедневно) – в группе высокого риска по развитию преэклампсии;
- прием кальция в виде пищевых добавок (до 1 г ежедневно) – в группе высокого риска недостатка кальция.

# Реабилитация женщин после гестоза:

- **Первый этап** - в родильном доме. Родоразрешение при тяжелом гестозе не является окончательным решением проблемы и не исключает отдаленные последствия гестоза для женского организма.
- **Второй этап** проводит терапевт женской консультации в течение 1 года после родов. Женщину 1 раз в месяц должен осматривать терапевт с обязательным измерением артериального давления, исследованием общего анализа мочи и клинического анализа крови. При выявлении экстрагенитальных заболеваний терапию проводят соответствующие специалисты.

# Реабилитация женщин после гестоза:

- **Третий этап** проводят женщинам с протеинурией и гипертензией, сохраняющимися в течение 6 месяцев после родов. Для этого необходима госпитализация в нефрологическое, кардиологическое, терапевтическое отделение стационара для проведения углубленного обследования

# Потребность в магнии 280-300 мг вне беременности, во время беременности 350-450 мг в сутки

- Какао - 442,2 Орехи буковые - 310
- Соя, зерно - 249,7 Соевая мука - 265
- Крупа гречневая - 217,9 Овсяные хлопья - 133,5
- Крупа перловая - 46,7 Крупа ячневая - 39,5
- Крупа манная - 18,1 Фасоль - 168,9
- Горох очищенный - 128,0 Орехи грецкие - 74,5-134,0
- Миндаль сладкий - 131,1-152,0 Орехи лесные - 70,5-140,0
- Шиповник сушеный - 120,0 Шоколад десертный - 131,0
- Шоколад молочный - 58,9 Зеленый горошек консервированный - 91,2
- Фасоль зеленая консервированная - 25,1 Овощи свежие - 30,0
- Зелень петрушки - 19,3 Корень петрушки - 27,3
- Хлебцы хрустящие - 61,8 Хлеб белый - 13-20
- Яйцо куриное - 12,0 Картофель - 23,0
- Помидоры - 20,0 Яблоки - 9,0
- Свинина - 27,0 Говядина - 22,0
- Молоко - 13,0 Сыр - 56,0

*мг на  
100 г*

# Сезонные источники магния

- **зимой** - мед, изюм, финики, курага, чернослив, орехи, какао, овсяная, пшеничная, гречневая, перловая каши;
- **весной** - укроп, петрушка, шпинат, зеленый салат;
- **летом** - вишня, черная смородина, горох, стручки бобов;
- **осенью** - арбуз, свекла, морковь;
- **круглый год** - семечки подсолнуха, тыквенные семечки.

# Содержание магния в поливитаминах

- Элевит – 100 мг магния
- Матерна – магний в форме оксида – 50 мг
- Витрум пренатал форте – 25 мг магния
- Прегнавит – нет магния
- Леди-С формула для беременных – нет магния

## Литература

### ■ Основная:

■ 1. Савельева г.М. Акушерство: Акушерство: Учебник для мед. вузов, 2007

### ■ Дополнительная

■ Абрамченко, В.В. Активное ведение родов: Руководство для врачей.-2-е изд., испр. /В. В. Абрамченко. - СПб.: Спец. лит., 2003.-664 с.

■ Акушерство и гинекология: Учебник /Ч. Бекманн, Ф. Линг, Б. Баржански и др. /Пер. с англ. - М.: Мед. лит., 2004. - 548 с.

■ Дуда В.И., Дуда В.И., Дражина О.Г. Акушерство: Учебник. - Минск: Высш. шк.; ООО «Интерпрессервис», 2002. - 463 с.

■ Жиляев, Н.И. Акушерство: Фантомный курс /Н.И. Жиляев, Н. Жиляев, В. Сопель. - Киев: Книга плюс, 2002. - 236 с.

### ■ Учебно-методические пособия

■ Клинические лекции по акушерству и гинекологии: Учебное пособие /ред. А. И. Давыдов и Л. Д. Белоцерковцева; Ред. А. Н. Стрижаков. - Москва: Медицина, 2004. - 621 с.

■ Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии: Учебное пособие / Ред. Г. М. Савельева. - Москва: ООО "Мед. информ. агентство", 2006. - 720 с.

■ Руководство к практическим занятиям по акушерству: Учеб. пособ. /Ред. В.Е. Радзинский. - М.: Мед. информ. агентство, 2004. - 576 с. -(Учеб. лит. для студ. мед. вузов)

■ Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии/Ред. Ю. В. Цвелев, В.Г. Абашин. - СПб.: Фолиант, 2004. - 640 с.

■ Цхай, В.Б. Перинатальное акушерство: Учеб. пособ. /В.Б. Цхай. - М.: Мед. книга; Нижн. Новгород: НГМА, 2003. - 414 с. - (Учеб. лит. для мед. вузов. и последипломного образования)

■ Эталоны ответов на вопросы практических знаний и умений по акушерству и гинекологии: Учеб. пособ./ В.Б. Цхай и др. - Красноярск: КаСС, 2003. - 100 с.