



Гестозы беременных.

Лекция

доктора мед. наук

Зав. кафедрой акушерства и
гинекологии № 2

С. Н. ГЕРЯК

Гестозы беременных.

- Одной из важнейших задач в системе мероприятий по охране здоровья матери и ребенка есть своевременная диагностика, прогнозирование, профилактика и лечение осложнений беременности. К наиболее угрожающим осложнениям принадлежат поздние гестозы беременных, частота которых не имеет тенденции к снижению и которые определяет показатели материнской и детской патологии и смертности.

Гестоз в современном акушерстве

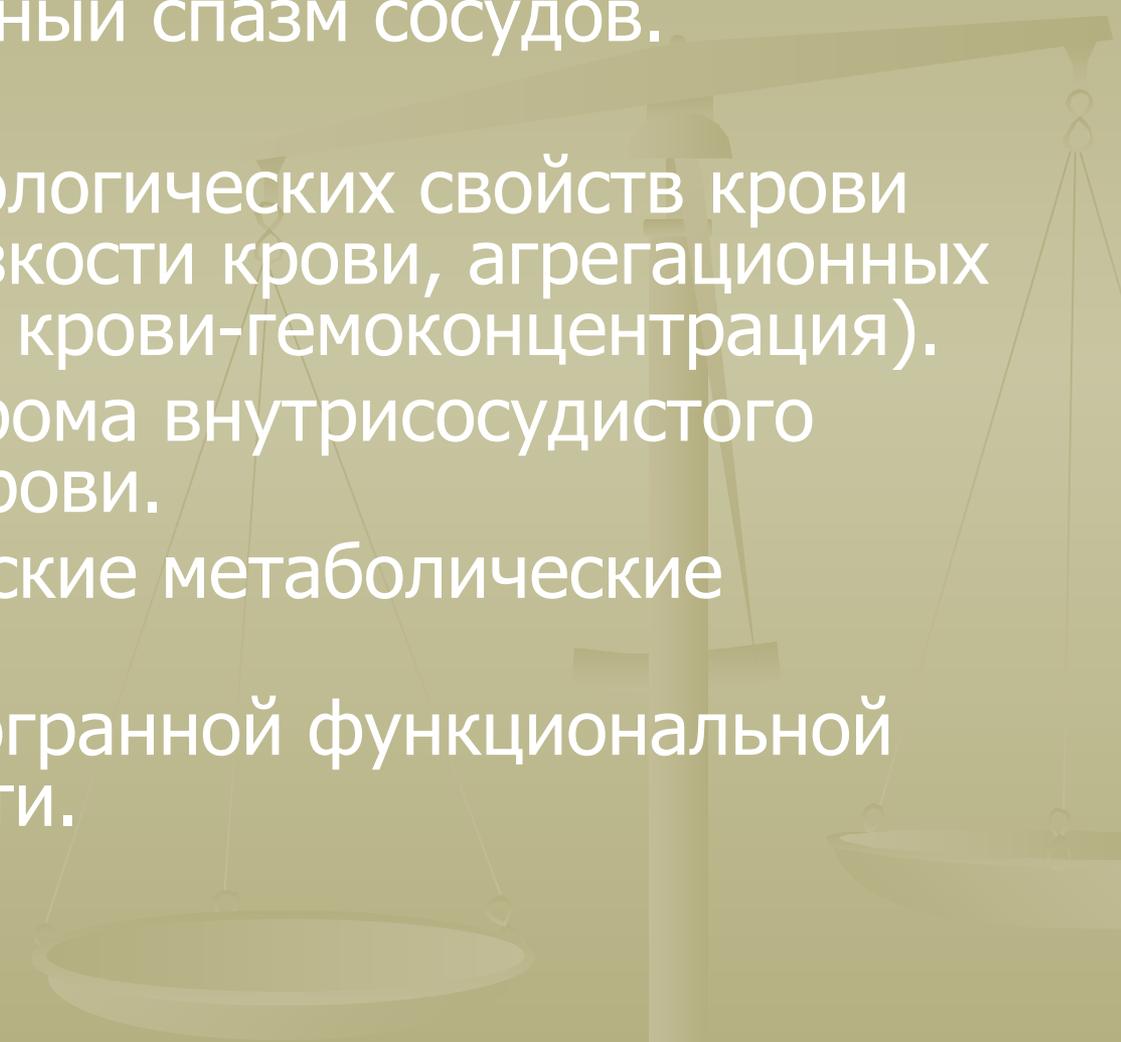
- Поздний гестоз беременных (ПГБ) является собой симптомокомплекс полиогранной и полисистемной недостаточности, которая возникает во время беременности.
- Частота ПГБ колеблется от 7% до 16% среди всех беременных. В структуре смертности беременных, рожениц и родильниц ПГ занимает одно из первых мест .

- **Гестоз** не является самостоятельным заболеванием.
- - это клиническое проявление несостоятельности адаптационных механизмов материнского организма адекватно обеспечить потребности плода, который развивается. Реализуется эта несостоятельность через разнообразную степень выразительности перфузионно-диффузионной недостаточности в системе мать-плацента-плод.

Этиология гестоза

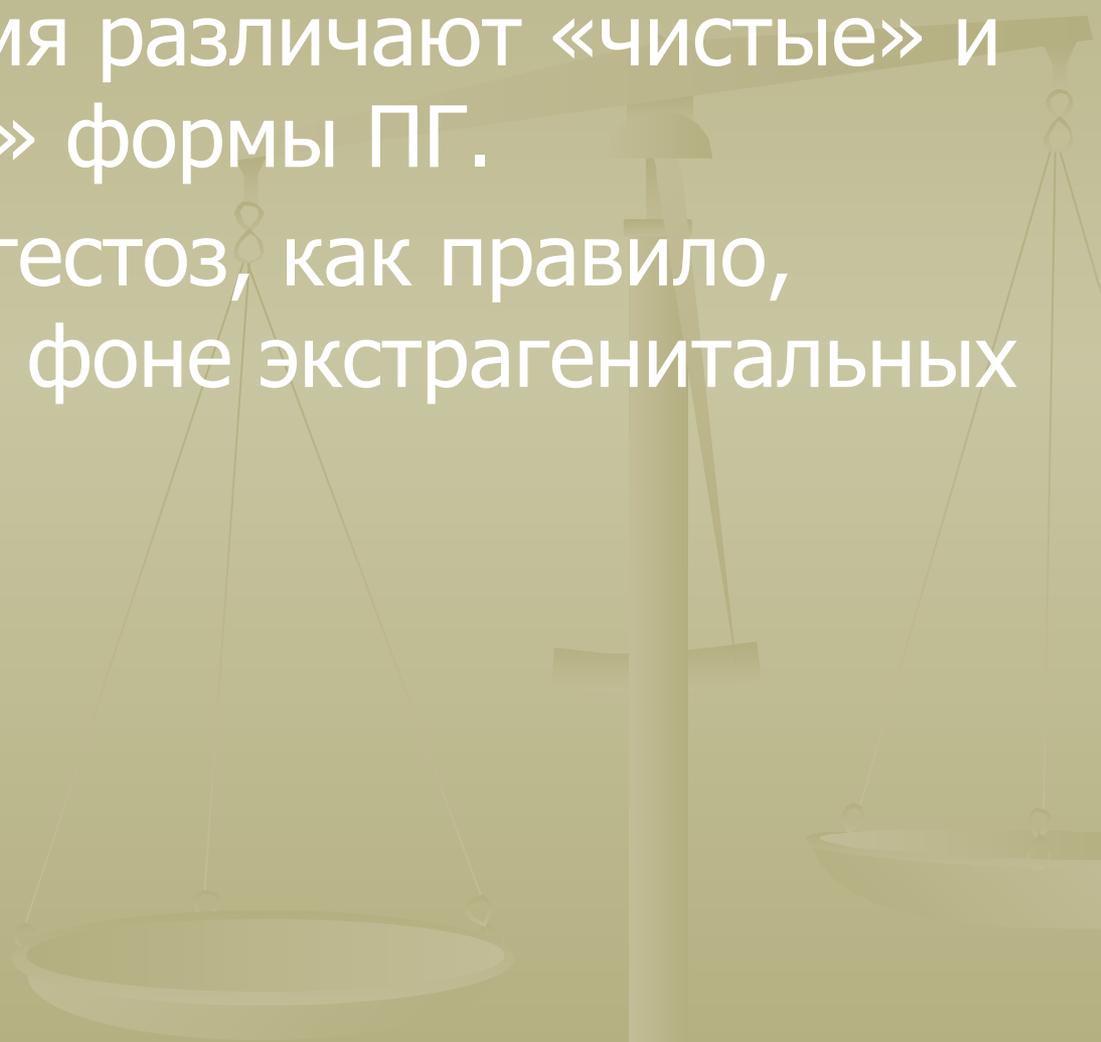
- **Этиология гестоза** окончательно не обнаружена.
- Насчитывается около 30 разнообразных теорий. Но определение гестоза как болезни адаптации в наибольшей степени отвечает представлениям о нем. Особенное значение предоставляется иммунологическим изменениям во время беременности.

Главными звеньями патогенеза ПГБ является:

- Генерализованный спазм сосудов.
 - Гиповолемия.
 - Нарушение реологических свойств крови (изменение вязкости крови, агрегационных свойств клеток крови-гемоконцентрация).
 - Развитие синдрома внутрисосудистого свертывания крови.
 - Постгипоксические метаболические нарушения.
 - Синдром полиогранной функциональной недостаточности.
- 

За рекомендацией ВООЗ (1989) и требованиями МКХ 10-го пересмотра (1995) ассоциацией акушеров-гинекологов Украины утверждена МОЗ Украины следующая **классификация гестоза:**

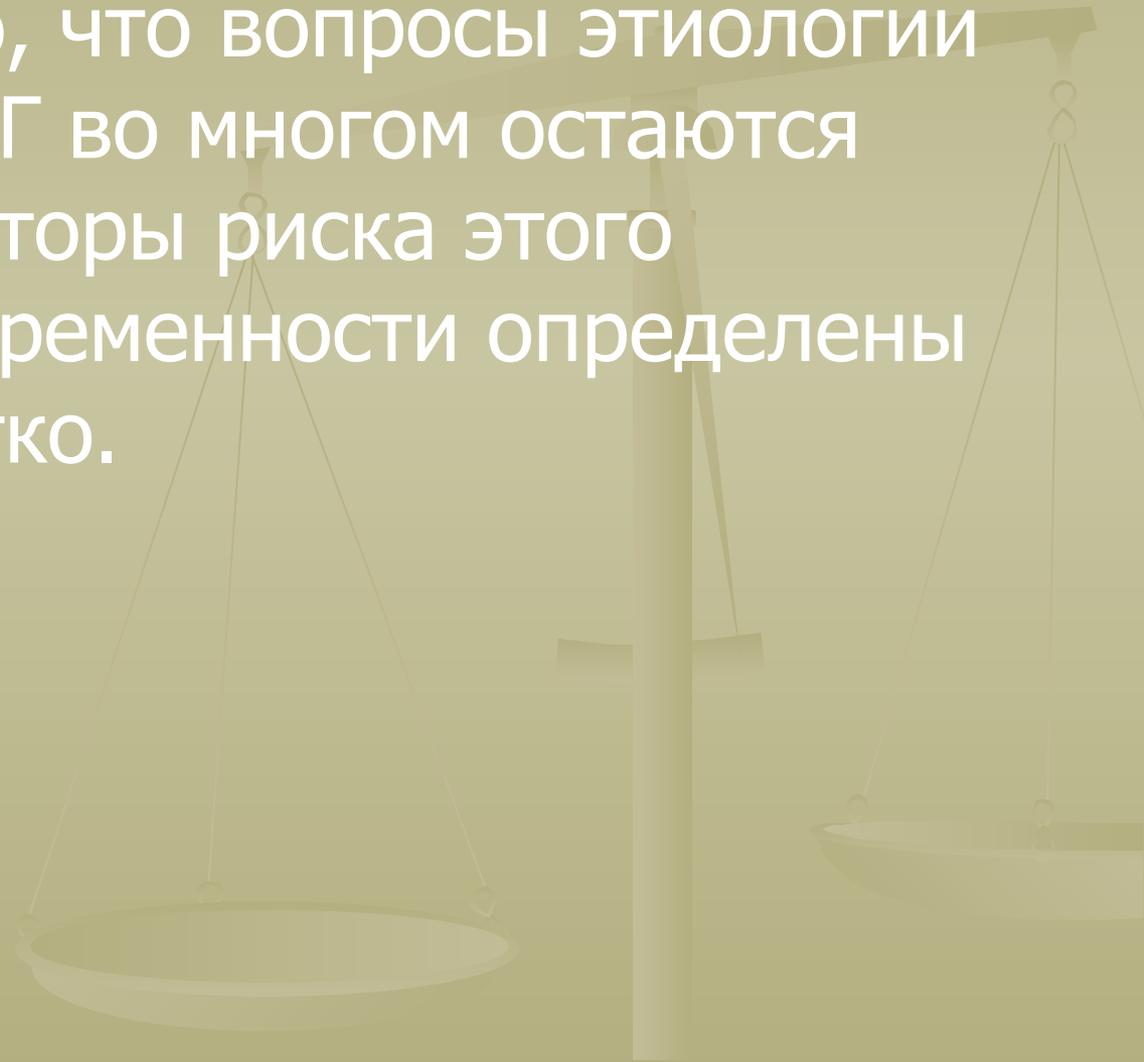
- Гипертензия во время беременности.
- Отеки во время беременности
- Протеинурия во время беременности.
- Преэклампсия легкой степени (отвечает понятию нефропатии 1 степени тяжести за предыдущей классификацией).
- Преэклампсия средней степени (отвечает понятию нефропатии 2 степени тяжести за предыдущей классификацией).
- Преэклампсия тяжелой степени (отвечает понятию нефропатии 3 степени тяжести за предыдущей классификацией).
- Эклампсия.

- 
- На данное время различают «чистые» и «совмещенные» формы ПГ.
 - Совмещенный гестоз, как правило, развивается на фоне экстрагенитальных заболеваний.

Особенностями совмещенного гестоза является :

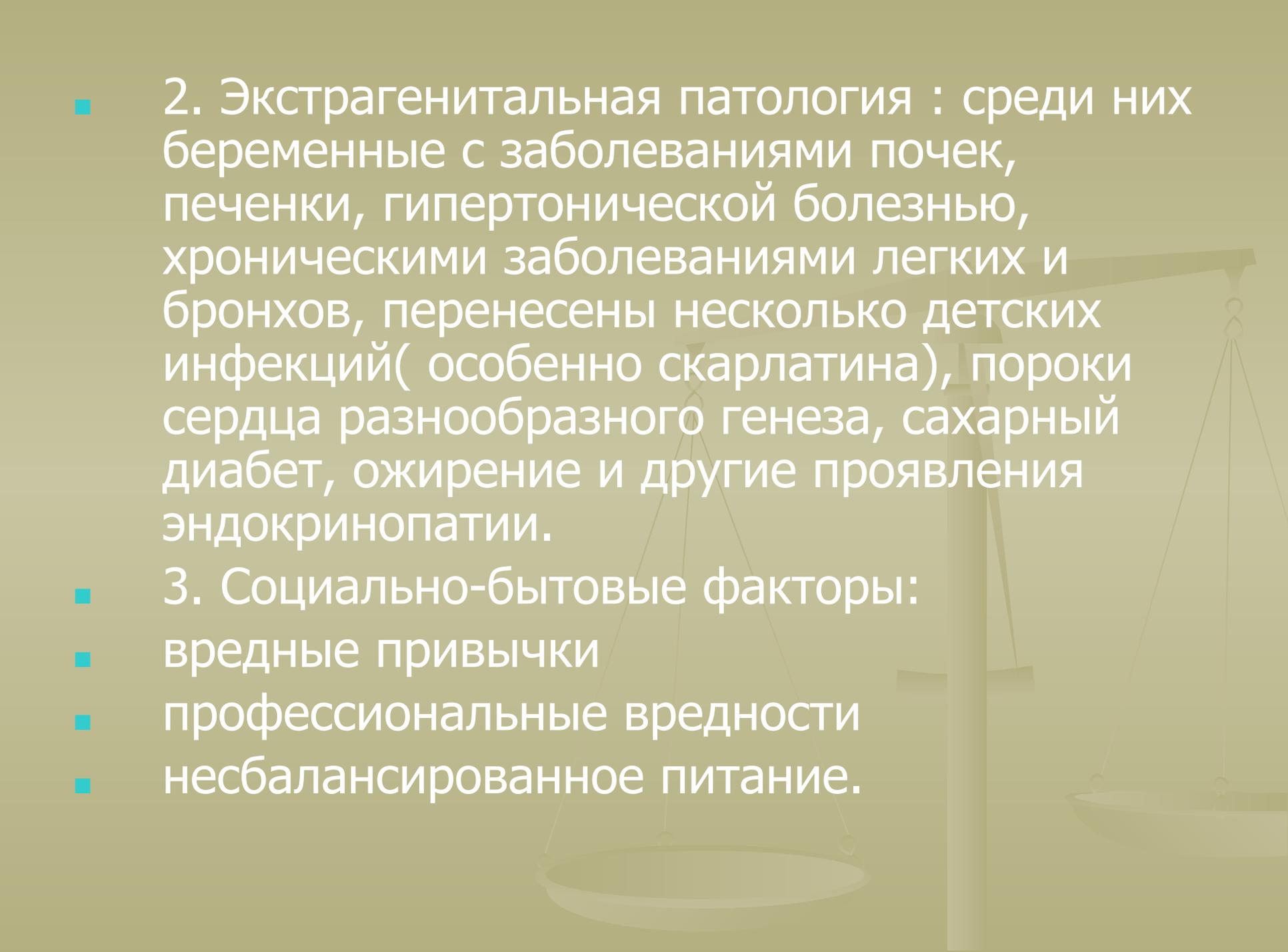
- раннее начало (до 25-30 недель)
- Тяжелое течение
- моносимптомные проявления (только отеки, протеинурия или гипертензия)
- наличие в клинике атипичных проявлений: беспокойность, бессонница, парестезии, вялость, слюнотечение и др.
- Игнорирование этих симптомов может привести к неадекватным и запоздалым лечебным мероприятиям.

- Невзирая на то, что вопросы этиологии и патогенеза ПГ во многом остаются неясными, факторы риска этого осложнения беременности определены достаточно четко.



К ним принадлежит:

- 1. Акушерско – гинекологические факторы риска:
- наличие ПГ в наследственном анамнезе
- наличие ПГ при предыдущей беременности
- возраст беременной (менее 19 и больше 30)
- гипотрофия плода
- многоводие, многоплодие
- анемия беременной
- изосенсибилизация за Rh-фактором и АВО-системой.

- 
- The background of the slide features a faint, stylized image of a balance scale. The scale is positioned on the right side, with its vertical pillar and horizontal beam extending across the middle. Two pans are suspended from the beam, one on each side. The overall color scheme is a muted, olive-green gradient.
- 2. Экстрагенитальная патология : среди них беременные с заболеваниями почек, печени, гипертонической болезнью, хроническими заболеваниями легких и бронхов, перенесены несколько детских инфекций(особенно скарлатина), пороки сердца разнообразного генеза, сахарный диабет, ожирение и другие проявления эндокринопатии.
 - 3. Социально-бытовые факторы:
 - вредные привычки
 - профессиональные вредности
 - несбалансированное питание.

Ведения беременные из группы риска относительно развития ПГ в условиях женской консультации:

- Планирование беременности женщинам с риском развития ПГ:
- стоит рекомендовать сроки зачатия так, чтобы развитие беременности приходилось на летний и летне-осенний периоды.
- Интенсивное диспансерное наблюдение за беременными : посещение отмеченными беременными женской консультации в первой половине гестации должно происходить не реже 1 раза в 2 недели и 1 раз в неделю во второй половине.

Ведения беременные из группы риска относительно развития ПГВ

в условиях женской консультации:

- С целью выявления преэклампсии и ранних стадий эклампсии необходимо проводить все нижеприведенные пробы 1 раз в 3 недели в 1 половине беременности и 1 раз в 2 недели во второй половине беременности.
- Устранение негативных эмоций в быту и на производстве. Целесообразна фитотерапия (валериана, пустырник, брусника, боярышник, шиповник).
- Рациональное и сбалансированное питание.

Диагностика прегестоза.

- В литературе дискутируется вопрос о целесообразности выделения понятия прегестоза. В то же время, мы считаем, что с целью раннего выявления первых клинических признаков позднего гестоза и своевременного применения лечебно-профилактических мероприятий в клинической практике необходимо выделять некий срок.

Прегестоз

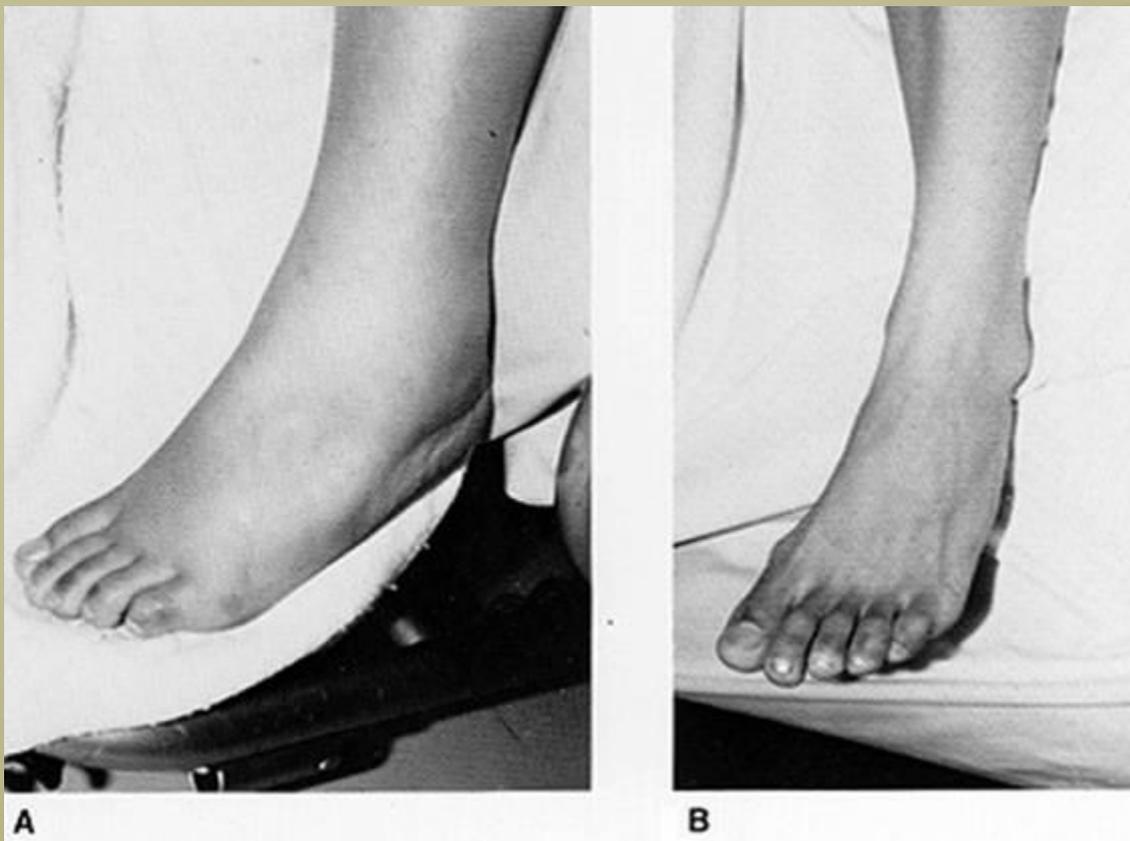
- **Прегестоз** - комплекс патологических изменений в организме беременной, который непосредственно предшествует клинической картине ПГ и выявляется лишь специальными методами исследования.
- Характерные изменения – гиповолемия, спазм сосудов маточно- плацентарного комплекса, периферический сосудистый спазм, нарушение гемостаза (хроническая или подострая стадия синдрома ДВС), в то время как клинические проявления гестоза отсутствуют.

- На данное время разработаны и хорошо себя зарекомендовали в повседневной акушерской практике достаточно простые скрининговые тесты диагностики к клинической стадий позднего гестоза, которые должны быть внедрены в практику абсолютно всех женских консультаций и регулярно применяться при каждом осмотре беременных группы риска относительно развития позднего гестоза.

Тактика ведения беременности при обнаружении признаков прегестоза.

- При обнаружении прегестоза беременной необходимо изменить условия труда, наладить режим труда и отдыха, устранить негативные эмоции в быту и на производстве. Кроме того необходимо обеспечить такие профилактически-лечебно оздоровительные мероприятия:
- в стационаре на дому, дневном стационаре или отделении патологии беременности создать благоприятные условия для удлинения ночного сна до 9-10 часов;
- обеспечить рациональное питание; добовой калораж должен составлять 2800-3500 ккал.

ОТЕКИ



Для преэклампсии легкой степени характерно:

- 1). Систолическое давление от 130 до 150, диастолическое от 80 до 90 мм рт.ст;
- 2). АД пульсовое не менее 50;
- 3). протеинурия в разовой порции мочи до 1 г/л, в суточной -до 2 г/сутки. В моче отсутствует почечный эпителий и цилиндры.
- 4). отеки лишь на нижних конечностях;
- 5). количество тромбоцитов не менее 180 тыс.;
- 6). гематокрит 36-38.;
- 7). фибриноген Б-реакция негативна.

Для преэклампсии средней степени тяжести характерно:

- 1). АД систолическое от 150 до 170, АД диастолическое от 90 до 110 мм рт .ст;
- 2). АД пульсовое не менее 40;
- 3). протеинурия в разовой порции до 5г/л, в суточной порции до 3 г/сутки; могут быть гиалиновые цилиндры, но отсутствуют почечный эпителий и зернистые цилиндры;
- 4). отеки;
- 5). количество тромбоцитов 150-180 тыс.;
- 6) гематокрит 39-42;
- 7) фибриноген Б – слабо позитивный (+).

Для преэклампсии тяжелой степени характерно:

- 1). АД систолическое больше 170, АД диастолическое больше 110 мм рт.ст.;
- 2). АД пульсовое менее 40;
- 3). протеинурия в разовой порции свыше 5 г/л, в суточном количестве больше 3 г/сутки. В моче появляется почечный эпителий и зернистые цилиндры;
- 4). генерализованные отеки. Отек слизистой оболочки носовых ходов, который затрудняет носовое дыхание при отсутствии катаральных явлений, как начальные проявления ГРЗ;
- 5). гематокрит свыше 42;
- 6). фибриноген Б – позитивный (++) или резко позитивный (+++)

Клиническая диагностика преэклампсии тяжелой степени базируется также на классических симптомах:

- Гипертензия – отображает степень вазоспазма и является основой диагноза.
- Увеличение массы тела и отеки; увеличение массы тела беременной больше 900,0 грамм или 300 г за месяц может быть первым признаком преэклампсии.
- Головная боль в области лба и затылка, резистентная к анальгетикам, может указывать на отек мозга, часто предшествует судорогам.

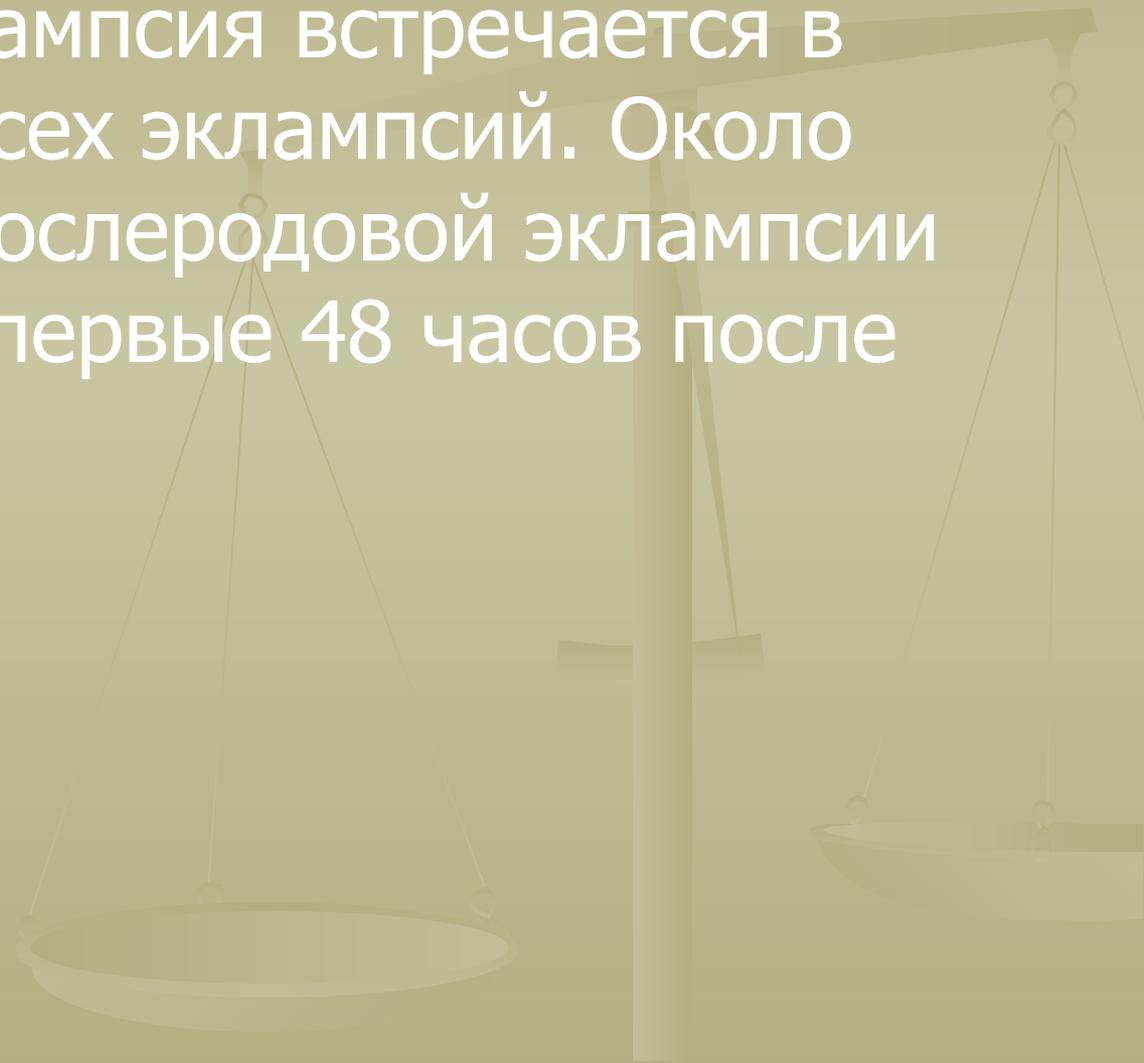
Клиническая диагностика преэклампсии тяжелой степени базируется также на классических симптомах:

- Боль в эпигастрии или в правом верхнем квадранте живота как признак отека или кровоизлияния в печенку. Данный признак является симптомом тяжелой преэклампсии, может быть предвестником судорог.
- Нарушение зрения – от мигания мушек и сетки перед глазами к полной слепоте. Они связаны с вазоспазмом, ишемией и петехиальными геморрагиями в коре головного мозга, а также со спазмом артериол сетчатки, ее ишемией и отеком, предшествующим отслойке сетчатки .
- Ощущение заложенности носа (периваскулярный отек).

Эклампсия

- **Эклампсия** – характеризуется развитием тонико – клонических судорог на фоне преэклампсии.
- Встречается в 0,2 -0,5 % случаев всех беременностей.
- В зависимости от времени возникновения первых судорог относительно родов выделяют эклампсию беременных, послеродовую эклампсию и эклампсию в родах.

- Дородовая эклампсия встречается в 75% случаев всех эклампсий. Около 50% случаев послеродовой эклампсии развивается в первые 48 часов после родов.



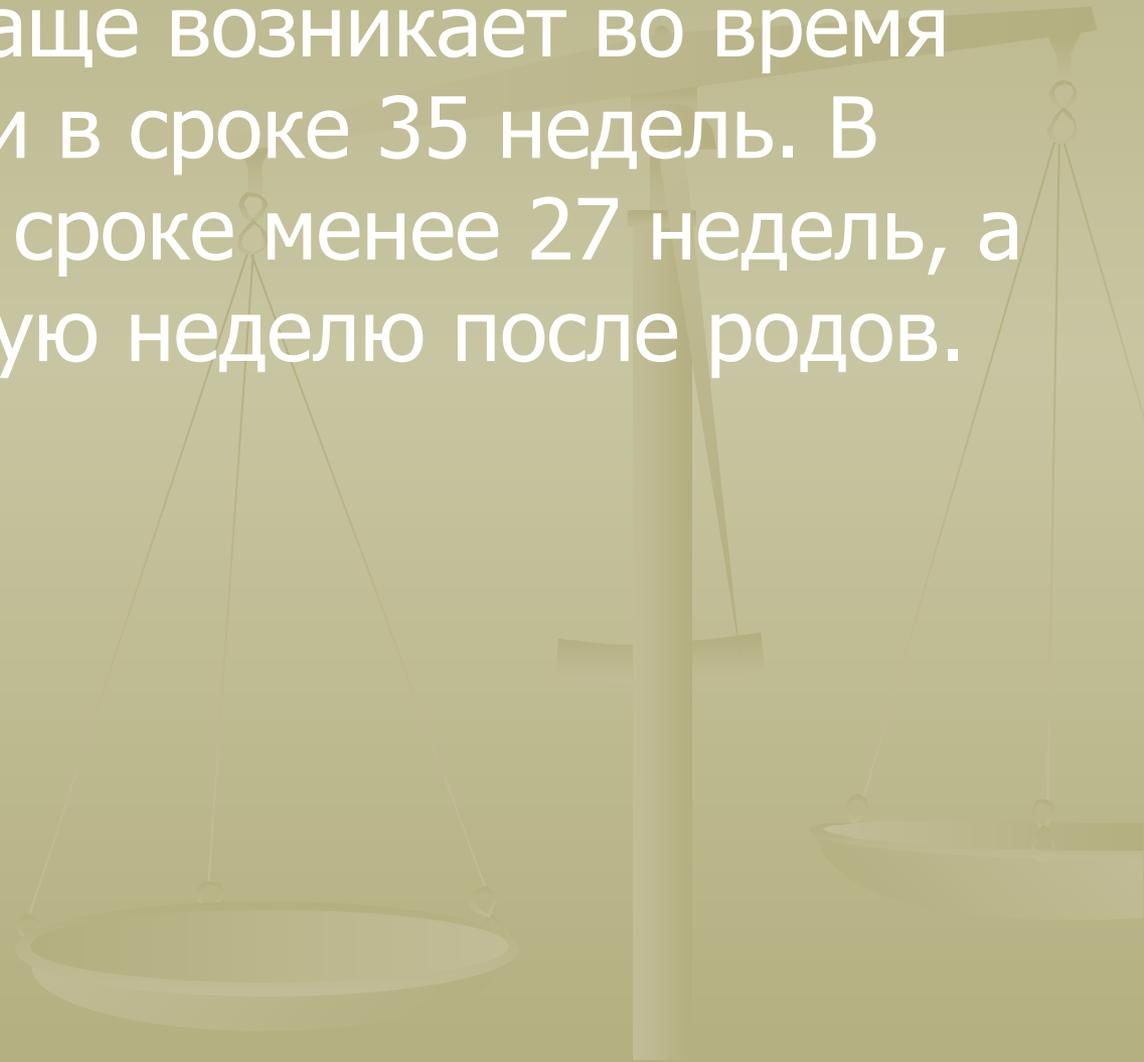
СУДОРОГИ ПРИ ЭКЛАМПСИИ



- Предвестниками судорог могут быть головная боль, боль под грудью, нарушение зрения.
- За первыми судорогами могут пойти другие, всего их может быть от 10 до 100 и больше в тяжелых случаях эclamптического статуса.
- Смерть может наступить от массивного кровоизлияния в мозг. При церебральных геморрагиях может развиваться гемиплегия.
- При отсутствии адекватного лечения развивается эclamптическая кома.
- Потеря сознания может быть внезапной без нападения судорог «эclamпсия без эclamпсии». Следует проводить дифференциальный диагноз эclamпсии с энцефалитом, менингитом, разрывом аневризмы, мозговых сосудов, истерией.

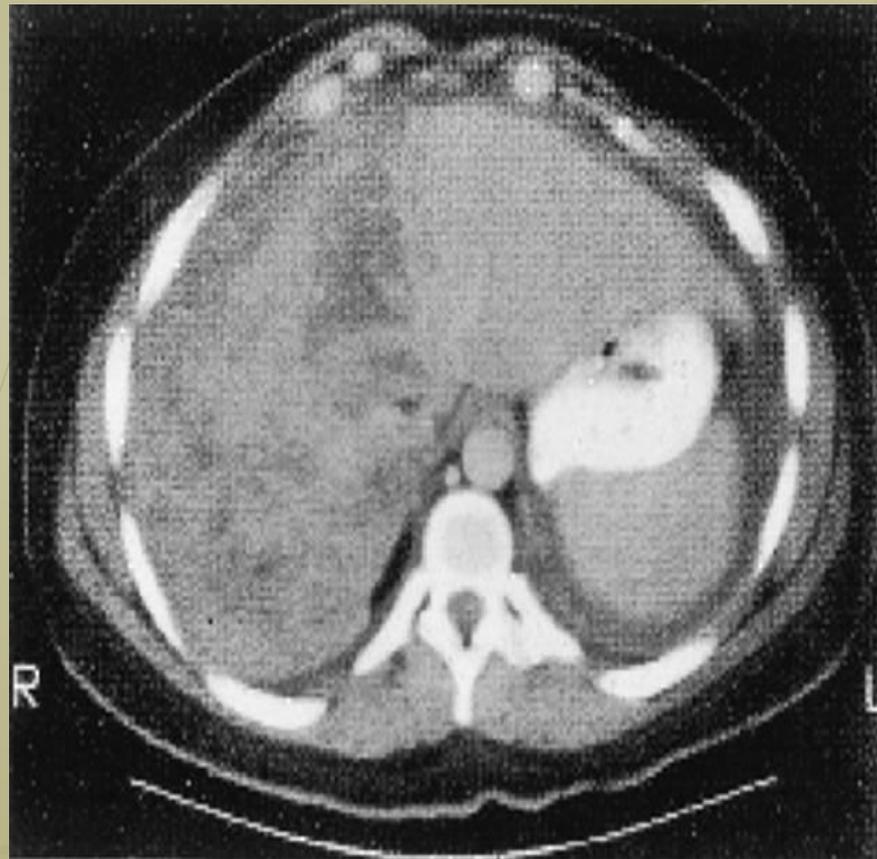
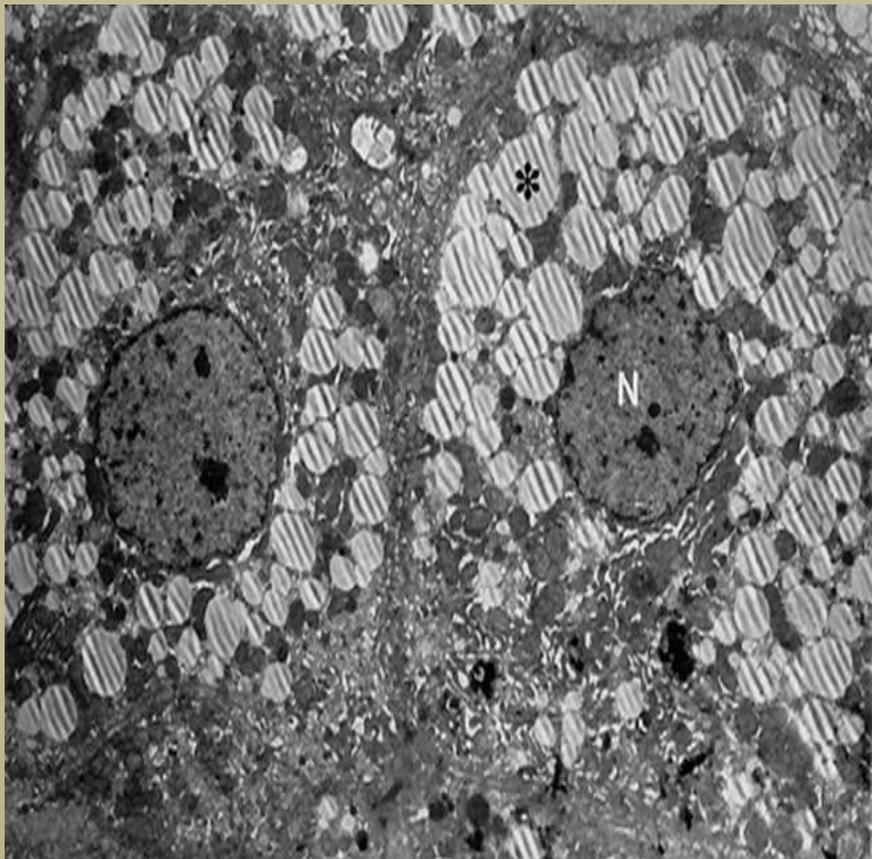
- В литературе приводятся данные еще об одной клинической форме гестоза - **HELLP-синдром**.
- HELLP-синдром – это hemolysis (h) – микроангиопатическая гемолитическая анемия, elevated liver ferments (EL) - повышенная концентрация ферментов печени в плазме крови; low platelet quantity (LP) - снижение уровня тромбоцитов.
- Заболевание в перинатальных центрах составляет 1 случай на 159-300 родов. Материнская смертность достигает 3,5%, а перинатальная- 79%. Патофизиологические изменения при HELLP-синдроме происходят преимущественно в печени.

- Заболевание чаще возникает во время беременности и в сроке 35 недель. В 10% случаев в сроке менее 27 недель, а в 31% - в первую неделю после родов.



- Клиническое течение HELP-синдрома непредвиденное и проявляется головной болью, тошнотой, рвотой, диффузным или локализованным в правом подреберьи или эпигастрии болью в животе. Характерна желтуха, кровавая рвота, кровоизлияния в местах инъекций, прогрессирующая почечная недостаточность, судороги и кома.

ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕЧЕНИ ПРИ HELLP-синдроме



- Встречаются одиночные случаи обратного развития симптоматики при консервативном лечении.
- Однако, у большинства больных быстро развивается заострение заболевания, резистентного к терапии, что приводит к тяжелым осложнениям: преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (15-22%), острая почечная недостаточность (8), отек легких (4,5%), внутричерепное кровоотечение (5%), разрыв печени (1,5%), ДВС синдром (38%).
- При подозрении на HELP-синдром необходимо немедленное проведение лабораторных исследований.

Общие требования к ведению больных с тяжелыми формами позднего гестоза.

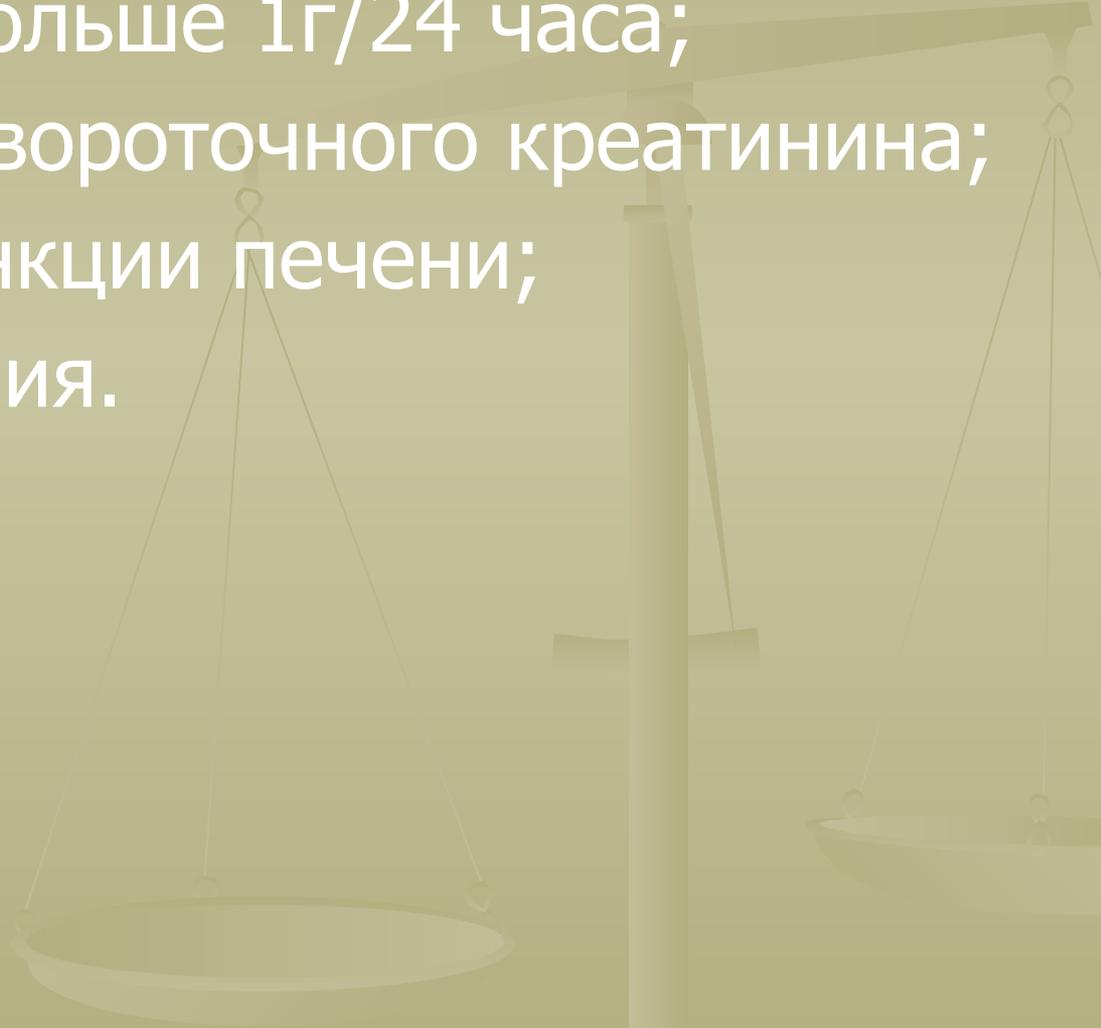
- 1. Индивидуальная палата с интенсивным круглосуточным наблюдением медицинского персонала в условиях ИТ или ВР и ИТ.
- 2. Соблюдение принципа трех катетеров:
 - - обязательная катетеризация центральных сосудов (преимущественно подключичной вены) для длительной инфузионной терапии и контроля ЦВД;
 - - катетеризация мочевого пузыря для контроля за поединным диурезом;
 - - трансназальная катетеризация желудка для эвакуации его секрета и профилактики синдрома Мендельсона во время интенсивной терапии и кесарева рассечения.
- 3. Наличие дыхательной аппаратуры для ингаляции закиси азота и кислорода или проведения ШВЛ.
- 4. Кардиомонитор не наблюдения.
- 5. Клініко-біохімічний консоль основных показателей.

Первая помощь при развитии судорог и комы.

- Больную укладывают на ровную поверхность, избегая повреждений, и возвращают ее председателя в бок.
- Освобождают ее дыхательные пути, открывают рот с помощью ложки или шпателя, вытягивают вперед язык и по возможности аспируют содержание полости рта.
- При возобновленные спонтанного дыхания после нападения подается кислород. При длительном апноэ немедленно начинают вспомогательную вентиляцию.
- При прекращенные сердечной деятельности параллельно из ШВЛ выполняют закрытый массаж сердца и все приемы сердечно-сосудистой реанимации.
- Для прекращения судорог в/в кроме 20мл 25% раствора сернистого магния вводят 0,002г сибазону и повторяют введение через 10хв. 0,01г.

- Препаратом выбора для противосудорожной терапии считается сульфат магния, который имеет противосудорожную и седативную действие, не вызывает заметного притеснения сознания, что позволяет снять проблему дифференциации между глубиной медикаментозной аллергии нейролептиками, седативными и наркотическими препаратами. Сульфат магния имеет еще и мочегонный и гипотензивный эффект, а также снижает внутричерепное давление. Доза зависит от женщины и уровней АО.

Показания для родоразрешения при преэкламсии беременных.

- протеинурия больше 1г/24 часа;
 - увеличение сывороточного креатинина;
 - нарушение функции печени;
 - тромбоцитопения.
- 

Нарушение состояния плода:

- дистресс плода;
- аномальный НСГ, КСТ, биофизический профиль;
- задержка развития плода и уменьшение темпов его роста при еженедельной ультрасонографии.



Показатели АД:

- диастолическое давление больше 100мм рт. ст. на протяжении суток;
- увеличение диастолического давления больше 110 мм рт.ст.

Осложнение со стороны матери:

- HELP-синдром;
- Эклампсия;
- Отек легких;
- Декомпенсация сердечной деятельности;
- Коагулопатия;
- Нарушение функции почек;
- Боль в эпигастрии;
- Мозговые симптомы.



Thanks for attention

Thanks for attention



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

