



РАННИЕ ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ

патогенез, клиника,
диагностика, терапия

Кафедра акушерства,
гинекологии и
перинатологии КубГМУ

РАННИЕ ТОКСИКОЗЫ



**ЭТО КОМПЛЕКС ИЗМЕНЕНИЙ
В ОРГАНАХ И СИСТЕМАХ
МАТЕРИНСКОГО ОРГАНИЗМА
В РЕЗУЛЬТАТЕ НАРУШЕНИЙ
ПРОЦЕССОВ АДАПТАЦИИ,
СВЯЗАННЫХ С РАЗВИТИЕМ
ВНУТРИУТРОБНОГО ПЛОДА
Чаще всего наблюдается
до 12-16 недель
беременности**



РВОТА БЕРЕМЕННЫХ (EMESIS GRAVIDARUM)



• проявление токсикоза беременных, представляющее собой осложнение нормально протекающей беременности и характеризующееся диспепсическими явлениями и нарушениями всех видов обмена.



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ



Рвота в ранние сроки беременности наблюдается в 40-60% случаев. Не требуют коррекции только у 10%.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Одним из первых разработал классификацию А.А. Лебедев (1957):

- I степень — фаза невроза;
- II степень — фаза токсикоза;
- III степень — фаза дистрофии.



КЛАССИФИКАЦИЯ

Классификацию модифицировал
И.П. Иванов (1977):

- легкая рвота беременных;
- умеренная (средней тяжести) рвота беременных;
- тяжелая (чрезмерная, неукротимая) рвота беременных.



КЛАССИФИКАЦИЯ

Часто встречающиеся формы:

1. Рвота беременных

- легкая рвота;
- умеренная (средней тяжести) рвота;
- тяжелая (чрезмерная) рвота.

2. Птиализм.

Редко встречающиеся формы:

- Дерматоз;
- Остеомаляция;
- Астма беременных;
- Гепатоз;
- Тетания.



КЛАССИФИКАЦИЯ

За рубежом принята следующая классификация:

- ◎ **Emesis gravidarum** — состояние, аналогичное тошноте с наличием «утренней рвоты» или без нее, существенно не влияющее на общее состояние беременной;
- ◎ **Hyperemesis gravidarum** — состояние, аналогичное токсикозу беременных любой степени тяжести.



КОД ПО МКБ-10

- O21 Чрезмерная рвота беременных.**
- O21.0 Рвота беременных лёгкая или умеренная.
- O21.1 Чрезмерная или тяжёлая рвота беременных с нарушениями обмена веществ.
- O21.2 Поздняя рвота беременных.
- O21.8 Другие формы рвоты, осложняющей беременность.
- O21.9 Рвота беременных неуточнённая.



ЭТИОЛОГИЯ

Этиология не определена.

- нарушения взаимоотношения деятельности ЦНС и внутренних органов.
- преобладание возбуждения в подкорковых структурах ЦНС (ретикулярной формации, центрах регуляции продолговатого мозга), где 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).

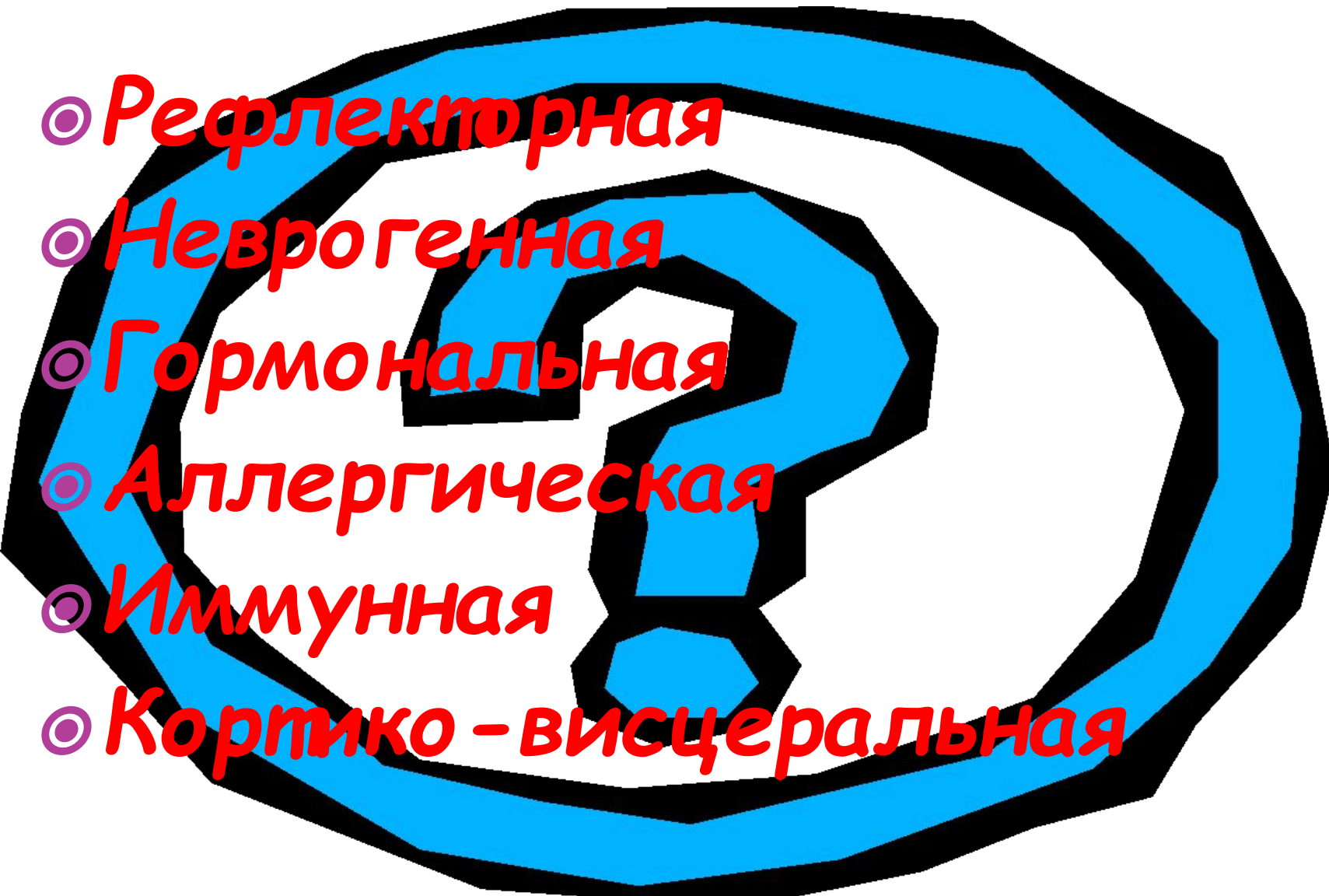


ЭТИОЛОГИЯ

- В подкорковых структурах преобладание возбуждения мозга с возникновением ответной вегетативной реакции связывают с патологическими процессами в половых органах (перенесённые воспалительные заболевания, интоксикации), нарушающими работу рецепторного аппарата матки (возможно также его повреждение плодным яйцом), что, скорее всего, возможно при нарушении физиологических взаимосвязей материнского организма и трофобласта в ранние сроки гестации.
- Гормональные нарушения, в частности, увеличение уровня ХГЧ.



ТЕОРИИ РАЗВИТИЯ ТОКСИКОЗА

- 
- Рефлекторная
 - Неврогенная
 - Гормональная
 - Аллергическая
 - Иммунная
 - Кортико - висцеральная

ТЕОРИИ РАЗВИТИЯ ТОКСИКОЗА

- Теория №1:
Токсикоз появляется из-за особого гормона - хронического гонадотропина человека (ХГЧ).
- Теория №2: .
Причина плохого самочувствия в иммунологической несовместимости матери и ребенка. Со временем материнский организм «привыкает» к плоду, и неприятные ощущения исчезают сами собой.
- Теория №3: .
Поскольку беременность предъявляет организму женщины повышенные требования, тело матери не всегда сразу адаптируется к новым условиям. Из-за этого нервная система дает сбой и возникает токсикоз.
- Теория №4: .
Сторонники этой теории считают, что факт появления токсикоза зависит от хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта или печени.



ТЕОРИИ РАЗВИТИЯ ТОКСИКОЗА

- Теория №5: .
Токсикоз - это чистой воды психосоматика. Стресс, отрицательные эмоции и страх перед родами.
- Теория №6: .
Токсикоз - «болезнь» наследственная и все зависит от родословной. Если у женщины мать страдала токсикозом беременности, то в 20-25% случаев и она рискует «заболеть».
- Теория №7: .
В список гормонов, вырабатываемых плацентой, входит плацентарный лактоген. Этот гормон ведет себя очень активно, влияя на обмен веществ. В результате у женщины увеличивается запас аминокислот, которые идут на «постройку» детских тканей, а у будущей мамы они вызывают токсикоз.
- Теория №8: .
Некоторые ученые полагают, что рвота очень полезна беременным, так как помогает матери и ребенку защититься от вредных микроорганизмов и ядовитых веществ. Более того, проведенные исследования в клиниках США позволили медикам утверждать, что токсикоз предохраняет плод от повреждений, а женщину от выкидыша.



СОВРЕМЕННАЯ ТЕОРИЯ РАЗВИТИЯ ТОКСИКОЗА

**ранний и поздний токсикоз
рассматриваются как срыв
адаптации женского
организма - невозможность
женского организма ответить
адекватно на развивающуюся
беременность**



ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ

- Хронические заболевания ЖКТ, печени
- Астенический синдром
- Воспалительные заболевания женских половых органов
- Эндокринные расстройства
- Неврозы и т.д.



ДИСБАЛАНС ГОРМОНАЛЬНОГО ФОНА

- ⦿ **недостаточность эстрогенов**
- ⦿ **пики хорионического гонадотропина совпадают с рвотой**
- ⦿ **снижение секреции кортикостероидов**
- ⦿ **повышение активности парасимпатической НС**



ПАТОГЕНЕЗ

- **Нарушение нейроэндокринной регуляции всех видов обмена, частичное (или полное) голодание и обезвоживание.**
- **При прогрессировании рвоты постепенно нарушаются водно-солевой (гипокалиемия), углеводный, жировой и белковый обмен на фоне нарастающего обезвоживания, истощения и уменьшения массы тела.**



Обезвоживание

нарушение водно-солевого (гипокемия),
углеводного, жирового и белковый обмен

накопление
недоокисленных
метаболитов
жирового
обмена

анаэробный распад
глюкозы и
аминокислот

угнетение
активности
ферментных
систем
тканевого
дыхания

Голодание

Расход
запасов
гликогена

а
б
о
л
и
ч

ПАТОГЕНЕЗ

- При голодании первоначально расходуются запасы гликогена в печени и других тканях. Затем активизируются катаболические реакции (увеличивается жировой и белковый обмен). На фоне угнетения активности ферментных систем тканевого дыхания энергетические потребности организма матери удовлетворяются благодаря анаэробному распаду глюкозы и аминокислот.
- В этих условиях β -окисление жирных кислот невозможно, в результате чего в организме накапливаются недоокисленные метаболиты жирового обмена — кетоновые тела (ацетон, ацетоуксусная и β -оксимасляная кислоты), которые выделяются с мочой.



ПАТОГЕНЕЗ

- Кетоз поддерживается путём усиленного анаэробного распада кетогенных аминокислот. На этом фоне развивается кетонурия, понижается оксигенация артериальной крови, происходит сдвиг КОС в сторону ацидоза.
- Функциональные изменения по мере нарастания обезвоживания, усиления катаболических реакций, интоксикации недоокисленными продуктами, переходят в дистрофические процессы в печени, почках и других органах.
- Нарушаются белковосинтетическая, антитоксическая, пигментная и другие функции печени, выделительная функция почек; в последующем дистрофические изменения отмечают в ЦНС, лёгких, сердце.



КЛИНИКА

- В 50-60% случаев рвоту беременных расценивают как физиологический признак беременности, а в 8-10% — как осложнение беременности (токсикоз).
- При нормальной беременности тошнота и рвота могут быть не более 2-3 раз в сутки по утрам, чаще натощак, однако это не нарушает общего состояния женщины и, соответственно, лечения не требует. Как правило, по окончании процесса плацентации к 12-13 неделям тошнота и рвота прекращаются.



НВ!

Рвоту, которая возникает несколько раз в день независимо от приёма пищи, сопровождается снижением аппетита, изменением вкусовых и обонятельных ощущений, чувством слабости, иногда уменьшением массы тела, относят к токсикозам



СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ РВОТЫ

- **ОАК:** повышение гематокрита, гемоглобина, эритроцитов, снижение тромбоцитов, увеличение СОЭ.
- **Биохимический анализ крови:** содержание общего белка и белок по фракциям, фибриноген, ферменты печени.
- **Анализ мочи:** увеличение удельного веса, величина суточного диуреза, мочевины, креатинин.
- **ЭКГ** - показывает степень нарушения электролитного баланса, ЭЭГ.
- **Строгий подсчет частоты рвоты в сутки с сопоставлением с суточным диурезом.**
- **Оценка общего состояния:** жалобы, пульс, сухость кожи и т.д.

Симптоматика	Степень тяжести рвоты беременных		
	I, легкая	II, средняя	III, тяжелая
Аппетит	Умеренно снижен	Значительно снижен	Отсутствует
Тошнота	Умеренная	Значительная	Постоянная, мучительная
Саливация	Умеренная	Выраженная	Густая вязкая
Частота рвоты (в сутки)	3–5 раз	6–10 раз	11–15 раз и чаще (до непрерывной)
Частота пульса	80–90	90–100	Свыше 100
Систолическое АД	120–110 мм рт. ст.	110–100 мм рт. ст.	Менее 100 мм рт. ст.
Удержание пищи	В основном удерживают	Частично удерживают	Не удерживают
Снижение массы тела	1–3 кг (до 5% от исходной массы)	3–5 кг (1 кг в нед, 6–10% от исходной массы)	Более 5 кг (2–3 кг в нед, более 10% исходной массы)
Головокружение	Редко	У 30–40% больных (выражено умеренно)	У 50–60% больных (выражено значительно)
Субфебрилитет	—	Наблюдают редко	У 35–80% больных
Желтушность склер и кожи	—	У 5–7% больных	У 20–30% больных
Гипербилирубинемия	—	21–40 мкмоль/л	21–60 мкмоль/л
Сухость кожи	+	++	+++
Стул	В норме	1 раз в 2–3 дня	Задержка стула
Диурез	900–800 мл	800–700 мл	Менее 700 мл
Ацетонурия	—	Периодически у 20–50%	У 70–100%

РВОТА ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ

- Наблюдается до 4–5 раз в день и сопровождается почти постоянным ощущением тошноты.
- Несмотря на рвоту, часть пищи удерживается и значительного похудения беременных не отмечают.
- Уменьшение массы тела составляет 1–3 кг в неделю (до 5% исходной массы). Общее состояние остаётся удовлетворительным, однако больные могут отмечать апатию и снижение работоспособности.



РВОТА ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ

- Гемодинамические показатели (пульс, АД) у большинства беременных остаются в пределах нормы. Иногда отмечают умеренную тахикардию (80-90 уд/мин), гипотонию.
- Диурез не изменяется. Ацетонурия отсутствует. Изменения в морфологическом составе крови отсутствуют.
- Лёгкая рвота быстро поддаётся лечению или проходит самостоятельно, поэтому специального лечения не требуется.

Однако у 10-15% беременных она усиливается и может переходить в следующую стадию.



РВОТА СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ

- Учащение рвоты до 10 раз в сутки и более, ухудшение общего состояния и метаболизма с развитием кетоацидоза
- Рвота нередко сопровождается слюнотечением, вследствие чего происходит дополнительная существенная потеря жидкости и питательных веществ.
- В результате этого прогрессируют обезвоживание и уменьшение массы тела до 3-5 кг в неделю (6% исходной массы) вплоть до истощения.
- Общее состояние беременных ухудшается, возникает значительная слабость и апатия.



РВОТА СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ

- Кожа бледная, сухая, язык обложен беловатым налётом, суховат.
- Температура тела субфебрильная (не выше $37,5^{\circ}\text{C}$), тахикардия (до 100 уд/мин) и артериальная гипотензия.
- Диурез снижен. В моче ацетон (у 20-50% беременных).
- ОАК - лёгкая анемия, КОС — метаболический ацидоз.
- Нередко запор.

Прогноз при своевременном лечении, как правило, благоприятный.



ЧРЕЗМЕРНАЯ РВОТА

- Наблюдается редко,
- Нарушение функций жизненно важных органов и систем, вплоть до развития в них дистрофических изменений вследствие выраженной интоксикации и обезвоживания.
- Рвота до 20 раз в сутки; сопровождается обильным слюноотечением и постоянной тошнотой. Пища и жидкость не удерживаются.
- Общее состояние тяжёлое. Головные боли, головокружение, адинамия.
- Масса тела быстро уменьшается (до 2-3 кг в неделю, т.е. свыше 10% исходной массы тела). Подкожный жировой слой исчезает, кожа становится сухой и дряблой, язык и губы сухие, изо рта ощущается запах ацетона.



ЧРЕЗМЕРНАЯ РВОТА

- Температура тела субфебрильная, но может повышаться до 38°C ; выраженная тахикардия, гипотензия.
- Резко снижается диурез.
- В крови повышаются уровни остаточного азота, мочевины, билирубина. Характерно увеличение Ht и числа лейкоцитов. Одновременно уменьшается содержание альбуминов, холестерина, калия, хлоридов.
- В моче белок и цилиндры, уробилин, желчные пигменты, эритроциты и лейкоциты. Реакция на ацетон резко положительная (++++).



ЧРЕЗМЕРНАЯ РВОТА

Прогноз не всегда благоприятный.

Признаки угрожающего состояния, определяющие показания к экстренному прерыванию беременности:

- нарастание слабости, адинамии, эйфория или бред
- тахикардия (до 110-120 уд/мин), гипотензия (до 90-80 мм рт. ст.)
- желтушность кожи и склер, боли в правом подреберье
- снижение диуреза (до 300-400 мл в сутки), гипербилирубинемия (в пределах 100 мкмоль/л), повышение уровня остаточного азота, мочевины, протеинурия, цилиндрурия



ДИАГНОСТИКА

Для определения степени тяжести рвоты необходимо клиническое обследование больной:

- исследование общего анализа крови и мочи; определение в динамике Ht, содержания в крови билирубина, остаточного азота и мочевины, электролитов (калий, натрий, хлориды), общего белка и белковых фракций, трансаминаз, показателей КОС, глюкозы.
- В моче определяют уровень ацетона, уробилина, желчных пигментов, белка.

При значительной дегидратации в сгущении крови могут быть ложнонормальные показатели содержания Hb, эритроцитов, белка.

- Степень обезвоживания определяют по уровню Ht. Значение его выше 40% свидетельствует о выраженном обезвоживании.

- **пищевая токсикоинфекция**
- **гастрит**
- **панкреатит**
- **желчно-каменная болезнь**
- **рак желудка**
- **тиреотоксикоз**
- **нейроинфекция и другие патологические состояния**

ЛЕЧЕНИЕ

**Цель лечения —
восстановление водно-
солевого обмена,
метаболизма, функций
жизненно важных органов.**

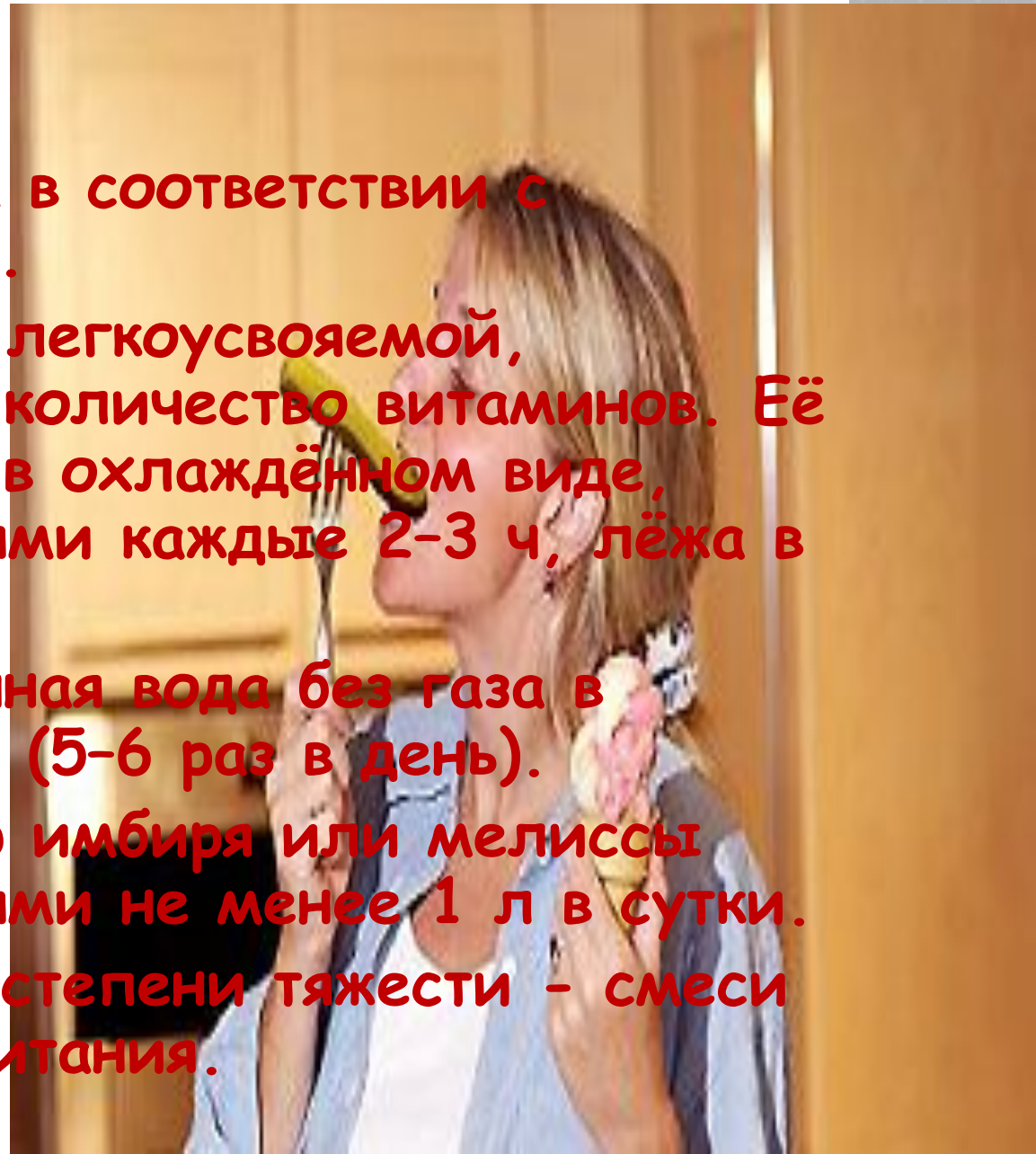


ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ

- Лечение должно быть комплексным:
 - а) устранение возможных причин возникновения рвоты,
 - б) патогенетическое лечение путем воздействия на центральную нервную систему,
 - в) борьба с голоданием.
- Устранение возможных причин возникновения рвоты требует индивидуального подхода к каждой беременной, тщательного изучения анамнеза, всестороннего обследования больной и выявления сопутствующих заболеваний и проведения лечебных мероприятий, направленных к устранению этих заболеваний.
- При разработке вопроса о профилактике раннего токсикоза беременных необходимо уделить особое внимание предварительному выявлению и лечению всех женщин с хроническими заболеваниями, а также более раннему лечению беременных, страдающих токсикозом.

Диета.

- Разнообразная пища в соответствии с желанием женщины.
- Пища должна быть легкоусвояемой, содержать большое количество витаминов. Её следует принимать в охлаждённом виде, небольшими порциями каждые 2-3 ч, лёжа в кровати.
- Минеральная щелочная вода без газа в небольших объёмах (5-6 раз в день).
- Охлаждённый отвар имбиря или мелиссы небольшими порциями не менее 1 л в сутки.
- При рвоте средней степени тяжести - смеси для энтерального питания.

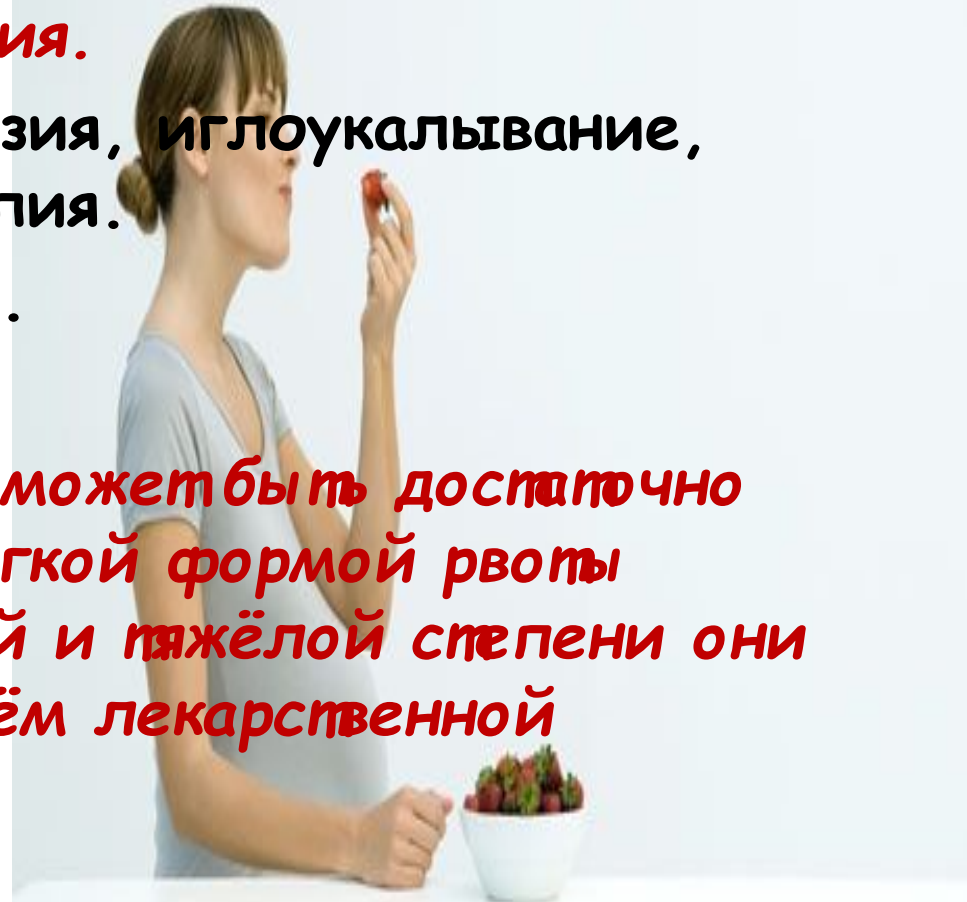


НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Учитывая небольшой срок гестации, для исключения отрицательного влияния лекарственных средств на плодное яйцо целесообразно проведение немедикаментозного лечения.

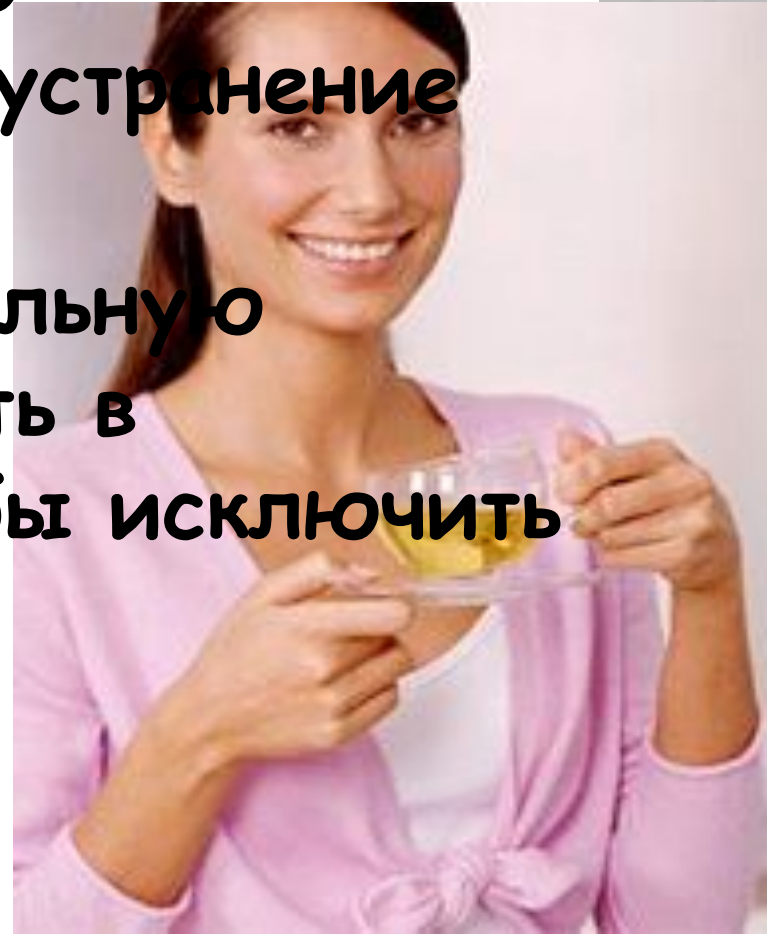
- ◎ **центральная электроаналгезия, иглоукалывание, психотерапия и гипнотерапия.**
- ◎ **гомеопатические препараты.**

Указанных методов лечения может быть достаточно при лечении больных с лёгкой формой рвоты беременных, а при средней и тяжёлой степени они позволяют ограничить объём лекарственной терапии.



МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Важное значение для нормализации функции ЦНС играют правильно организованный лечебно-охранительный режим, устранение отрицательных эмоций.
- При госпитализации больную целесообразно поместить в отдельную палату, чтобы исключить рефлексорную рвоту.



ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ТЕРАПИИ ОБЯЗАТЕЛЬНО УЧИТЫВАЮТСЯ:

- возможное вредное влияние на развивающийся плод;
- побочные эффекты при применении препаратов, требующих последующей корректирующей терапии.

Часто в фармакотерапии беременной женщины важным является не высокая эффективность, а наибольшая безопасность лекарственного препарата для беременной и плода.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- препараты, регулирующие функцию ЦНС и блокирующие рвотный рефлекс;
- инфузионные средства для регидратации, дезинтоксикации и парентерального питания;
- препараты, предназначенные для нормализации метаболизма.

Основное правило медикаментозной терапии при тяжёлой и средней степени тяжести рвоты — парентеральный метод введения препаратов до достижения стойкого эффекта.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Препараты, непосредственно блокирующие рвотный рефлекс:

Препараты, воздействующие на различные нейромедиаторные системы продолговатого мозга:

- М-холиноблокаторы (атропин),
- блокаторы дофаминовых рецепторов (нейролептики — галоперидол, дроперидол, производные фенотиазина — тиэтилперазин),
- прямые антагонисты дофамина (метоклопрамид)

Препараты центрального действия, блокирующие серотониновые рецепторы (ондансетрон).

РЕГУЛЯЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦНС

ДРОПЕРИДОЛ - нейролептик с выраженным противорвотным действием (в/в, в/м 1 мл 0.25% раствора Droperidol).

При внутривенном введении эффект очень быстрый, при внутримышечном введении эффект наступает через 3-4 часа.



ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ

Применение кристаллоидов и средств для парентерального питания.

- Кристаллоиды предназначены для регидратации.
- Для парентерального питания применяют растворы глюкозы, аминокислот и жировые эмульсии (до 1500 ккал в сутки).
- При снижении общего объёма белка крови до 5 г/л показаны коллоидные растворы (например, 5-10% раствор альбумина до 200-400 мл).

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ

- Объём инфузионной терапии - 1-3 л в зависимости от тяжести токсикоза и массы тела больной.

Критерии достаточности инфузионной терапии:

- уменьшение обезвоживания
- увеличение тургора кожи,
- нормализация Нт и диуреза.



МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Одновременно с инфузионной терапией назначают препараты, нормализующие метаболизм.

С учётом рвоты их целесообразно назначать парентерально.

- рибофлавин (1 мл 1% раствора в/м)
- аскорбиновая кислота (до 5 мл 5% раствора в/в, в/м)
- актовегин (5 мл в/в)
- эссенциальные фосфолипиды (5 мл в/в)

ЛЕЧЕНИЕ

- Терапию продолжают до стойкого прекращения рвоты, нормализации общего состояния, постепенного увеличения массы тела.
- Лечение рвоты беременных лёгкой и средней степени тяжести почти всегда бывает эффективным.

NB! *Чрезмерная рвота беременных в отсутствие эффекта от комплексной терапии в течение 3 суток служит показанием к прерыванию беременности.*



ЛЕЧЕНИЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ РВОТЫ.

Степень тяжести рвоты беременных	Лечебные назначения
<p>Легкая рвота (3-5 раз в сутки). Общее состояние удовлетворительное, клинический анализ крови, мочи и биохимические показатели в пределах нормы.</p>	<p>Амбулаторное лечение: обстановка, обеспечивающая психоэмоциональное равновесие, диета по выбору, седативная терапия (настойка валерианы и пустырника), иглорефлексотерапия</p>
<p>Умеренная (средней тяжести) рвота (до 10 раз в сутки). Ухудшение общего состояния, постепенная дегидратация, нарушение водно-электролитного, белкового и углеводного обмена.</p>	<p>Стационарное лечение: диета по выбору беременной противорвотная терапия (дроперидол, седуксен); инфузионная терапия в объеме 1000-1200 мл, витаминотерапия; спленин, физиотерапия, иглорефлексотерапия.</p>

ЛЕЧЕНИЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ РВОТЫ.

Степень тяжести рвоты беременных	Лечебные назначения
<p>Умеренная (средней тяжести) рвота (до 10 раз в сутки) В крови: повышение уровня гематокрита, гемоглобина, лейкоцитов, гипопроотеинемия, гиперкалиемия, гипонатриемия. В моче увеличение относительной плотности, положительная реакция на ацетон</p>	
<p>Чрезмерная (тяжелая) рвота (20 раз и более в сутки, вплоть до неукротимой). Общее состояние тяжелое (иктеричность склер, гипотония, тахикардия, сухой язык, запах</p>	<p>Стационарное лечение: в палате интенсивной терапии (с привлечением анестезиолога-реаниматолога), под контролем показателей гемодинамики, почасового диуреза и данных лабораторных исследований)</p>

ЛЕЧЕНИЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ РВОТЫ.

Степень тяжести рвоты беременных	Лечебные назначения
<p>Чрезмерная (тяжелая) рвота В крови повышение показателей гемоглобина и гематокрита, умеренный лейкоцитоз, снижение СОЭ и количества общего белка до 50 г/л и менее, повышение уровня креатинина до 120 мкмоль/л и более, содержание мочевины - более 8,3 ммоль/л, общего билирубина - более 20,5 мкмоль/л, повышение показателей АЛТ и АСТ, снижение уровня глюкозы.</p>	<p>Седативные и противорвотные средства в/в (реланиум, дроперидол, церукал), дезинтоксикационная инфузионная терапия в объеме 2,5-3 л (кристаллоидные растворы, натрия бикарбонат, белковые, жировые растворы); витаминотерапия гепатопротекторы, антиоксиданты внутривенно (унитиол, тиосульфат натрия, аскорбиновая кислота), оксигенотерапия.</p>
<p>В моче увеличение относительной плотности, протеинурия, ацетонурия, кетоновые тела. Метаболический ацидоз с</p>	<p>Оценка эффективности терапии (нарастающая полиорганная недостаточность служит показанием для прерывания беременности)</p>

СРОКИ И МЕТОДЫ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

- Нарастание кетонурии и протеинурии, появление желтушной окраски кожи и склер, увеличение температуры тела до субфебрильных значений **считают прогностически неблагоприятными признаками, свидетельствующими о неэффективности проводимой терапии.**

Неэффективность проводимой терапии служит показанием для прерывания беременности.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- отсутствие эффекта от комплексной терапии в течение 3 дней;
- непрекращающаяся рвота;
- нарастающее обезвоживание организма;
- прогрессирующее снижение массы тела;
- прогрессирующая кетонурия в течение 3-4 дней;
- выраженная тахикардия;
- нарушение функций нервной системы (адинамия, апатия, бред, эйфория);
- билирубинемия (до 40-80 мкмоль/л), **гипербилирубинемия 100 мкмоль/л является критической;**
- желтушное окрашивание склер и кожи.



NB!

Наличие ацетона в моче при отсутствии других симптомов, свидетельствующих о тяжести состояния больной, не может служить показанием к прерыванию беременности.



СЛЮНОТЕЧЕНИЕ

- ◎ Слюнотечение (*ptyalismus*) — повышенная саливация и потеря значительного количества жидкости (до 1 л в сутки).
- ◎ Может быть самостоятельным проявлением токсикоза или сопровождать рвоту беременных.



СЛЮНОТЕЧЕНИЕ ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ

- Изменения в ЦНС
- Местные нарушения в слюнных железах и протоках под влиянием гормональной перестройки - **эстрогены** оказывают активирующее действие на эпителиальный покров полости рта, вызывая секрецию слюны



СЛЮНОТЕЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

При выраженном пtiализме:

- понижение аппетита
- ухудшение самочувствия
- мацерация кожи и слизистой оболочки губ
- потеря массы тела
- нарушение сна
- вследствие значительной потери жидкости появляются признаки обезвоживания



МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Средства, регулирующие функции нервной системы, метаболизма,
- При обезвоживании — инфузионные препараты.
- Полоскание рта настоем шалфея, ромашки, ментола.
- При сильном слюнотечении **атропин** (0,0005 г два раза в день).
- Для предупреждения мацерации кожу лица смазывают вазелином.

Слюнотечение обычно поддаётся лечению, и после выздоровления беременность развивается нормально.

ЖЕЛТУХА БЕРЕМЕННЫХ

ПРИЧИНЫ

- ⊙ холестаза
- ⊙ острый жировой гепатоз

ЖЕЛТУХА БЕРЕМЕННЫХ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Холестаз

- Жалобы: изжога, периодическая тошнота, кожный зуд, иногда генерализованный.
- На коже расчёсы.
- Лёгкая или умеренная желтуха, однако данный симптом не постоянен.



ЖЕЛТУХА БЕРЕМЕННЫХ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Острый жировой гепатоз, или острая жёлтая атрофия печени (*atrophia hepatis blava acuta*) беременных

- Чаще развивается у первобеременных.
- В течение заболевания различают два периода.
- I период (безжелтушный) - может длиться от 2 до 6 недель. Характерны снижение или отсутствие аппетита, слабость, изжога, тошнота, рвота и боль в эпигастральной области, кожный зуд, снижение массы тела.
- II период (желтушный) - выраженная клиническая картина печёночно-почечной недостаточности (желтуха, олигоанурия, периферические отёки, скопление жидкости в серозных полостях, кровотечение, антенатальная гибель плода).



NB!

При жировом гепатозе часто развивается печёночная кома с нарушением функций головного мозга — от незначительных нарушений сознания до глубокой потери последнего с угнетением рефлексов.



ДИАГНОСТИКА

Лабораторные исследования:

- ⊙ **Холестаз** — повышение активности АЛТ, АСТ, ЩФ, прямого билирубина.
- ⊙ **Острый жировой гепатоз** - гипербилирубинемия за счёт прямой фракции, гипопротейнемия (менее 6 г/л), гипофибриногенемия (менее 200 г/л).

NB! Выраженная тромбоцитопения не характерна, повышение активности трансаминаз незначительно.



ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕСТАЗА

Немедикаментозное лечение

- Диета с ограничением жареного (стол №5), желчегонные препараты, в т.ч. растительного происхождения, средства, содержащие незаменимые жирные кислоты.

Медикаментозное лечение

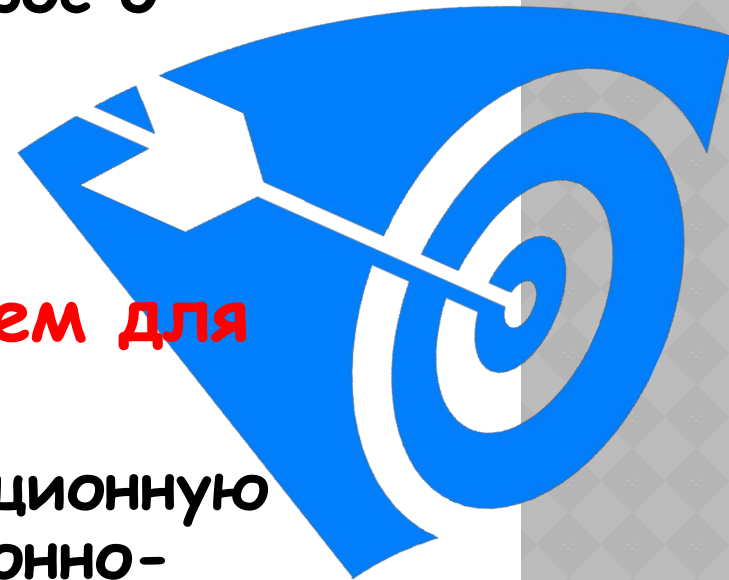
- Инфузионная терапия (кристаллоиды).
- Возможно использование плазмафереза.

СРОКИ И МЕТОДЫ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

- При отсутствии эффекта от консервативного лечения при **холестазае** ставят вопрос о родоразрешении.

NB! Острый жировой гепатоз беременных служит показанием для экстренного родоразрешения.

- Проводят интенсивную предоперационную подготовку, включающую инфузионно-трансфузионную, гепатопротекторную (10% раствор глюкозы в сочетании с большими дозами аскорбиновой кислоты, вплоть до 10 г в сутки) и заместительную терапию (СЗТ не менее 20 мл/кг в сутки).



ДЕРМАТОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ

- редкие формы раннего токсикоза. Это группа различных кожных заболеваний, которые возникают при беременности и проходят после ее окончания.
- Дерматозы появляются в виде зуда, крапивницы, герпетических высыпаний.



DOIA

(c) University Erlangen,
Department of Dermatology
Phone: (+49) 91 31-85-2727

ДЕРМАТОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ

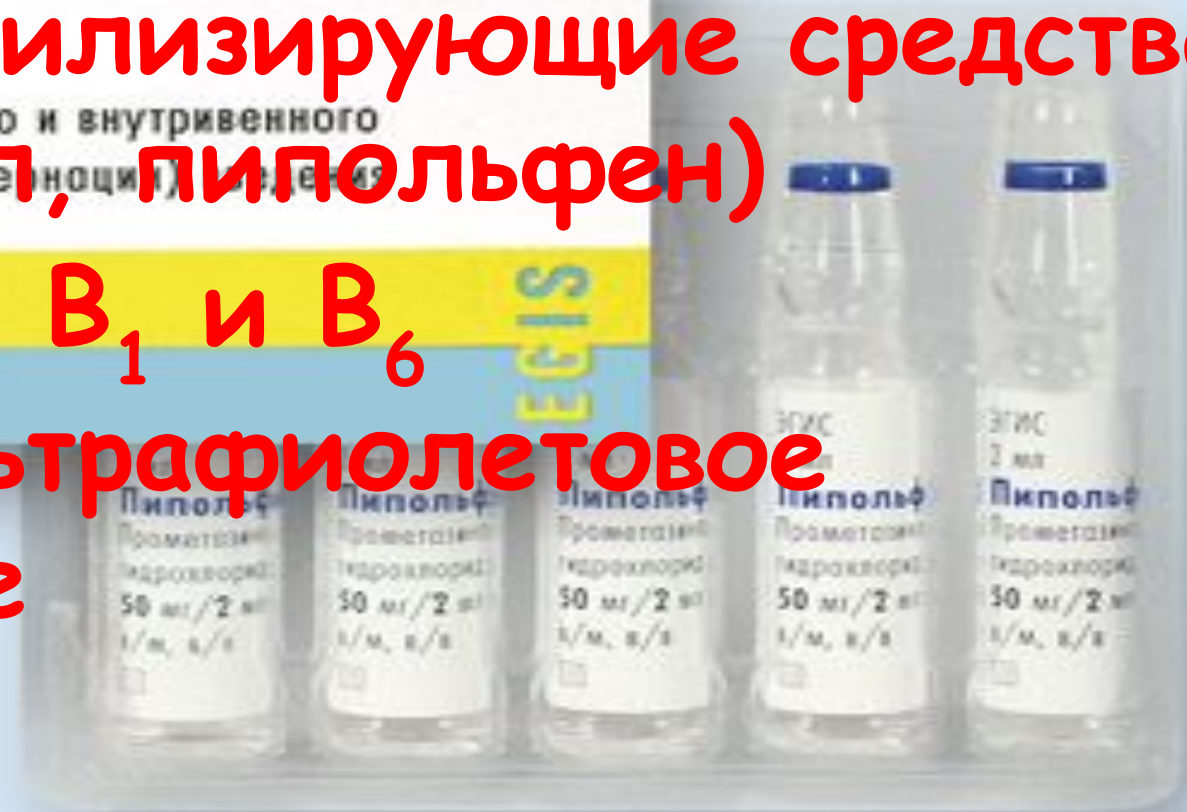
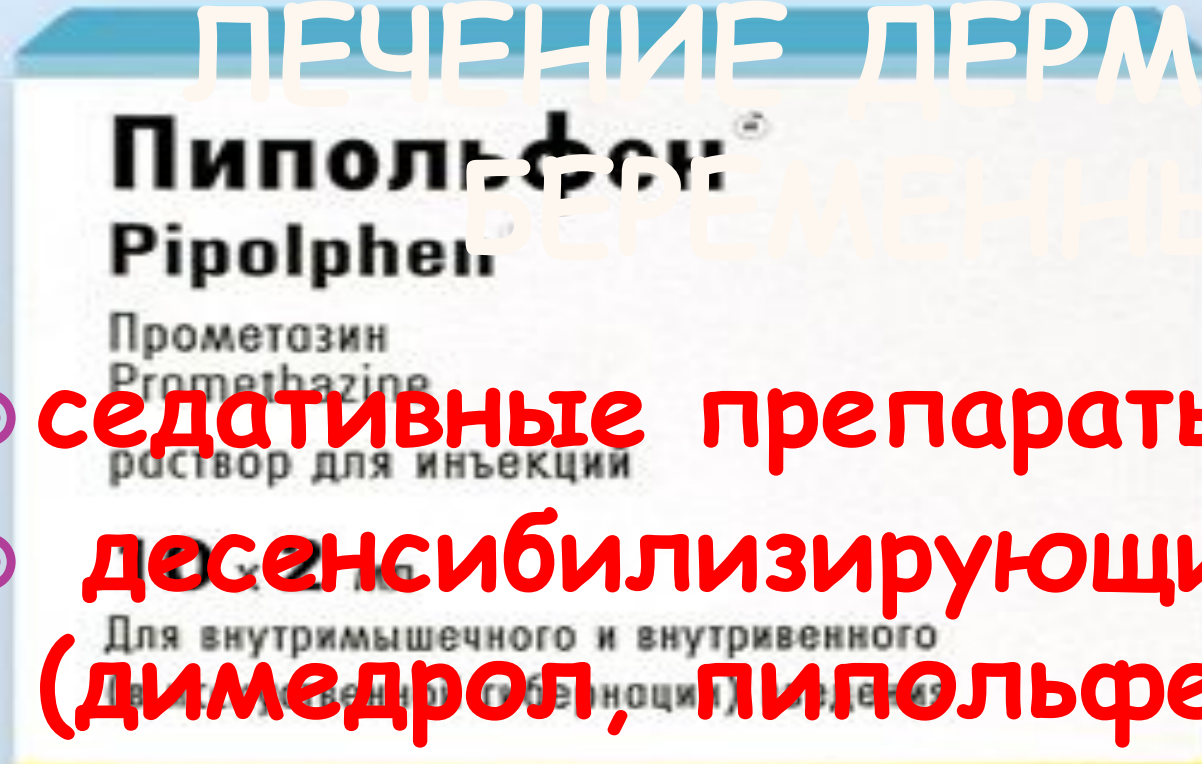
- Наиболее частой формой дерматоза является зуд беременных (*pruritus gravidarum*).
- Зуд может появляться в первые месяцы и в конце беременности, ограничиваться областью наружных половых органов или распространяется по всему телу.
- Зуд нередко бывает мучительным, вызывает бессонницу, раздражительность или подавление настроения.
- Зуд при беременности необходимо дифференцировать с заболеваниями, которые сопровождаются зудом: сахарный диабет, грибковые заболевания кожи, трихомоноз, аллергические реакции.



ЛЕЧЕНИЕ ДЕРМАТОЗА

ВРЕМЕННЫХ

- седативные препараты
- десенсибилизирующие средства (димедрол, пипольфен)
- витамины В₁ и В₆
- общее ультрафиолетовое облучение



ТЕТАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ (TETANIA GRAVIDARUM)

- проявляется судорогами мышц верхних конечностей ("рука акушера"), реже нижних конечностей ("нога балерины"), лица ("рыбий рот").
- В основе заболевания лежит понижение или выпадение функции паращитовидных желез и, как следствие, нарушение обмена кальция.
- При тяжелом течении заболевания или обострении во время беременности латентно протекающей тетании, следует прервать беременность.
- Для лечения применяют паратиреоидин, кальций, дигидротахистерол, витамин D.

ОСТЕОМАЛЯЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ (OSTEOMALACIA GRAVIDARUM)

- В выраженной форме встречается крайне редко.
- Беременность абсолютно противопоказана.
- Чаще наблюдают стертую форму остеомалации - симфизиопатию.
- Заболевание связано с нарушением фосфорно-кальциевого обмена, декальцинацией и размягчением костей скелета.



ОСТЕОМАЛАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ (OSTEOMALACIA GRAVIDARUM)

- Основными проявлениями симфизиопатии являются боли в ногах, костях таза, мышцах. Появляются общая слабость, утомляемость, парестезии; изменяется походка ("утиная"), повышаются сухожильные рефлексы. Пальпация лобкового сочленения болезненна. На Р-граммах таза иногда обнаруживают расхождение костей лобкового сочленения, однако, в отличие от истинной остеомалации в костях отсутствуют деструктивные изменения. Стертая форма остеомалации - проявление гиповитаминоза D.
- Лечение заболевания. Хороший эффект дает применение витамина D, общего ультрафиолетового облучения, общего и местного, прогестерона.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА БЕРЕМЕННЫХ (ASTHMA BRONCHIALE GRAVIDARUM)

- Наблюдается очень редко. Причиной возникновения бронхиальной астмы является гипофункция паращитовидных желез и нарушение кальциевого обмена.
- *Лечение:* препараты кальция, витамины группы "В", седативные средства, обычно, дают положительный результат.
- Бронхиальную астму беременных необходимо дифференцировать с обострением бронхиальной астмы, существовавшей до беременности.

ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ТОКСИКОЗОВ

- Своевременное лечение хронических заболеваний, устранение психических нагрузок, неблагоприятных воздействий внешней среды.
- Большое значение имеет ранняя диагностика и лечение начальных (легких) проявлений токсикоза, а, следовательно, предупреждение развития тяжелых форм заболеваний.



"Беременность для женщины - естественное, физиологичное состояние. Вынашивая ребенка, она исполняет свое предназначение. Ухудшение же самочувствия, даже слабые проявления того же токсикоза - первый признак неблагополучия, повод для обращения к врачу за консультацией, возможно, и за лечением".

Ю.М. Крейнина



A close-up photograph of a newborn baby being held gently in the palm of a hand. The baby's face is visible, looking towards the camera. The hand is positioned with fingers slightly curled around the baby. The background is dark, making the skin tones stand out.

**СПАСИБО
ЗА
ТЕРПЕНИЕ!**