

Кафедра перинатологии, акушерства и
гинекологии лечебного факультета



ТЕМА: ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ

ЛЕКЦИЯ № 2 ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4 КУРСА, ОБУЧАЮЩИХСЯ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 060109 – СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО
(ЗАОЧНАЯ ФОРМА ОБУЧЕНИЯ)

К.М.Н., ДОЦЕНТ ДОМРАЧЕВА М.Я.

КРАСНОЯРСК, 2012

План лекции

1. Актуальность
2. Определение. Терминология.
3. Классификация.
4. Этиология.
5. Патогенез.
6. Клиника.
7. Терапия.
8. Выводы
9. Литература



- **Токсикозы беременных** (toxicoses gravidarum) — патологические состояния беременных, причинно связанные с развивающимся плодным яйцом и, как правило, исчезающие в послеродовом периоде. Развивается в ранние сроки — в первые 3 месяца.
- Возникают у 50-65% беременных.



- По клиническому течению выделяют часто встречающиеся (рвота беременных, слюнотечение, тошнота) и редкие формы токсикозов (дерматозы беременных, тетания, остеомалация, острая желтая атрофия печени, бронхиальная астма беременных).



- Рвота беременных - это одно из наиболее частых проявлений раннего токсикоза беременных. Распространенность рвоты беременных достигает 60%, из которых до 10 % нуждаются в лечении. Обычно рвота возникает на протяжении первых 10-20 недель беременности. Обычно чем раньше появляется рвота, тем она тяжелее.



Классификация рвоты

В зависимости от частоты рвоты, степени ухудшения состояния и лабораторных показателей различают:

- 1. легкая степень (5 раз/сутки)
- 2. умеренная степень (10-15 раз/сутки)
- 3. тяжелая рвота (20 раз/сутки)



Этиология



- Токсикоз рассматривают как срыв адаптации женского организма. Существует много теорий возникновения раннего токсикоза беременных: неврогенная, кортико-висцеральная, гормональная, аллергическая, иммунная. В настоящее время ранний токсикоз рассматривают как следствие нарушений нейроэндокринной регуляции и обмена, связанных с перенесенными ранее заболеваниями, особенностями беременности, влиянием на организм неблагоприятных факторов окружающей среды. Наиболее распространенными формами раннего токсикоза являются рвота и слюнотечение (птиализм).

Патогенез

- В основе лежит нарушение нейроэндокринной регуляции и всех видов обмена. Рвота беременных приводит к дегидратации, изменению состояния обмена веществ, электролитного баланса. Определенную роль в развитии рвоты играет дисбаланс гормонального фона: при этом может быть недостаточность эстрогенов, пики хорионического гонадотропина совпадают с рвотой, имеет место снижение секреции кортикостероидов и повышение активности парасимпатической нервной системы.



Патогенез

- Рвота приводит к дегидратации и потере электролитов. Обезвоживание приводит к снижению функции почек: снижается скорость клубочковой фильтрации, уменьшается суточный диурез. В плазме крови увеличивается концентрация калия и натрия так как уменьшается объем внеклеточной жидкости. В результате голодания развивается гипопроотеинемия. Основным источником питания становятся жиры, расходующийся в организме гликоген усиливает распад жиров, что ведет к накоплению кетоновых тел, повышается скорость липолиза, свободные жирные кислоты образуются больше чем достаточно (может быть утилизировано периферическими тканями).

Патогенез

- Свободные жирные кислоты превращаются в печени в кетоновые тела, и может развиться тяжелая гиперлипемия вплоть до жировой инфильтрации печени. Кетацитоз сам по себе является причиной рвоты, что усугубляет существующую рвоту, а соответственно ухудшает дегидратацию и нарушение электролитного баланса. Истощение резервов жидкости: внутриклеточной и внеклеточной - в результате развивается гипоксия тканей и органов, может повышаться концентрация мочевины, увеличивается гематокрит (из-за дегидратации) в несоответствии с количеством эритроцитов и гемоглобина. Высокие цифры гематокрит и гемоглобина свидетельствуют о тяжелых раннего токсикоза беременных. В результате этих процессов развивается метаболический ацидоз в сочетании с гипокалиемией.

Клиника



- Женщина жалуется на слабость, сонливость, раздражительность, угнетенное состояние, плохое самочувствие, повышенное слюноотечение, потерю аппетита, изменение вкусовых ощущений, тошноту, рвоту, снижение веса.
- Гораздо реже ранний токсикоз принимает форму дерматозов, астмы беременных, остеомалации, тетании.

Клиника

- 1. Легкая рвота возникает 4-5 раз в сутки, чаще после еды. Общее состояние беременной женщины остается нормальным, а потеря веса составляет не более 1-3 кг.
- 2. Рвота средней тяжести появляется до 10-15 раз в сутки (натощак или после еды), а потеря веса может составить 3-5 кг. (6%) Общее состояние беременной женщины ухудшается, появляются слабость, апатия. Кожа бледная, сухая, язык обложен белым налетом, суховат. Тахикардия, 100 гипотензия.
- 3. Неукротимая, чрезмерная рвота возникает до 25 раз в сутки. Такая рвота вызывает обезвоживание организма и резкое похудание беременной (потеря массы тела может достигнуть 10 кг). Кожа ее становится сухой и дряблой, изо рта появляется неприятный запах, температура тела до 38, тахикардия 110-120, гипотензия, отмечается общая заторможенность. В анализах: кровь- повышается остаточный азот, мочевины, билирубин, гематокрит, лейкоциты; уменьшается альбумины, холестерин, К, хлориды. В моче - протеинурия, цилиндрурия, уробилин, желчные пигменты, эритроциты, лейкоциты.



Диагностика



- 1. клинический анализ крови: повышение гематокрита, гемоглобина, эритроцитов, увеличение СОЭ.
- 2. Биохимический анализ крови: содержание общего белка и белок по фракциям, фибриноген, показатели тромбоцитов, ферменты печени.
- 3. Анализ мочи: увеличение удельного веса, величина суточного диуреза, мочевины, креатинин.
- 4. При всех этих механизмах патогенеза развитие раннего токсикоза беременных нарушает ЭКГ, которая также показывает степень нарушения электролитного баланса, ЭЭГ.
- 5. Строгий подсчет частоты рвоты в сутки с сопоставлением с суточным диурезом.
- 6. Оценка общего состояния: жалобы, пульс, сухость кожи.

Лечение



- Лечение рвоты беременных I степени тяжести проводят амбулаторно. Назначают частое дробное питание, щелочное питье, эффективна иглорефлексотерапия, электроанальгезия, психотерапия, прогулки. Устранение отрицательных эмоций. Пустырник, календула, вахта, тмин, валериана, мелисса уменьшают симптомы ранних токсикозов, но и способствуют благоприятному течению беременности в дальнейшем
Лечение рвоты беременных II и III степени тяжести проводят в стационаре. Оно должно быть комплексным и включать нормализацию функций ЦНС, восстановление потери питательных веществ и жидкости, коррекцию электролитного баланса и кислотно-щелочного равновесия. В случае безуспешности лечения необходимо прерывание беременности.

Рекомендуются следующие сборы

- Сбор 1. Валерианы корень — 3 части, мяты перечной листья — 3 части, вахты трехлистной листья — 4 части, мелиссы трава — 2 части. 2 ст. ложки смеси залить 400 мл кипятка, настаивать 20 минут, процедить, остудить. Пить по 100 мл настоя утром и вечером в течение 6-7 недель.
- Сбор 2. Мелиссы трава — 4 части, мяты перечной листья — 3 части, ромашки цветки — 3 части. 1 ст. ложку смеси залить 200 мл кипятка, настаивать 20 минут, остудить, процедить. Пить маленькими глотками по 200 мл настоя 3-5 раз в день в течение 5-6 недель.
- Сбор 3. Календулы цветки — 2 части, мелиссы трава — 1 часть. 1 ст. ложку смеси залить 500 мл кипятка, настаивать 20 минут, процедить. Пить по 75 мл настоя 3 раза в день в течение 7-8 недель.
- Сбор 4. Черники листья — 3 части, малины ягоды — 5 частей. 1 ст. ложку смеси залить 300 мл кипятка, настаивать 20 минут, процедить. Пить по 50 мл настоя 3 раза в день в течение 8 недель.
- Сбор 5. Пустырника трава — 4 части, календулы цветки — 4 части, валерианы корень — 3 части, шиповника плоды измельченные — 3 части, мяты перечной травы — 2 части, аира — корневище — 2 части, зверобоя травы — 2 части. 1 ст.л. смеси залить 500 мл кипятка, кипятить 1 минуту, настаивать 20 мин, процедить. Пить по 50-100 мл отвара 3 раза в день за 30-40 мин до еды в течение 2 месяцев. После 10-дневного перерыва курс повторить.



Лечение



- 1. Регуляция деятельности ЦНС: дроперидол - нейролептик с выраженным противорвотным действием (внутривенно, внутримышечно 1 мл 0.25% раствора). Настои трав, таблетированные препараты реланиума (40-50 мг, или Relanium 0.5% 2 мл), нозепам (10 мг).
- 2. Борьба с дегидратацией. При тяжелой рвоте инфузионная терапия не менее 1.5-3 л с сопоставлением с диурезом: солевые растворы (кристаллоиды), белки и препараты плазмы, 10-20% глюкоза, витамины группы В и С. При тяжелой рвоте преднизолон (гидрокортизон), эстрогены.

Лечение



- 3. Антигистаминные препараты: димедрол (Sol. Dimedroli 1% 1ml), пипольфен (0.025 таблетки), супрастин (2% 1 мл, в таблетках по 0.025), дипразин (2.5% 1 мл в ампулах).
- 4. При наличии метаболического ацидоза - гидрокарбонат натрия 200 мл. Могут быть использованы - ацесоль, ортосоль, хлосоль, калия, натрия аспаргинат.
- 5. препараты нормализующие метаболизм – рибофлавин-моноклеотид (1мл 1% раствора в/м), вит С (до 5мл 5% раствора в/м), спленин 2мл.

Показания к прерыванию

Беременности

- Неукротимая рвота, отсутствие эффекта от лечения
- значительная слабость, адинамия, апатия
- стойкий субфебрилитет
- нарастание слабости
- эйфория, бред
- ЧСС более 100 ударов в минуту
- АД 90/50 – 80/40 мм.рт.ст.
- дегидратация, кожа сухая, дряблая, желтушная.
- диурез снижен до 500-400 мл в сутки.
- содержание билирубина крови 80-100 мкмоль/л, гиперазотемия, повышение мочевины
- реакция на ацетон в моче резко положительная (++++) в течение 3 дней, протеин- и цилиндрурия, уробилинурия.
- имеется угроза летального исхода при нарастании печеночно-почечной и полиорганной недостаточности.



Профилактика



- **Профилактика ранних токсикозов** заключается в своевременном лечении хронических заболеваний, устранении психических нагрузок, неблагоприятных воздействий внешней среды.

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.

Спасибо за внимание!

