



Лекция: “Ранние и поздние гестозы ”

для студентов IV курса стоматологического факультета

Донецкий национальный медицинский университет

Автор: доцент кафедры акушерства и гинекологии ДонНМУ – Егорова М.А.

Кафедра акушерства и гинекологии

- **Цель лекции :** формирование знаний о гестозах первой и второй половины беременности, патогенетических механизмах их возникновения, методах диагностики и основных принципах терапии, а также оказании неотложной помощи в случае их возникновения.



ГЕСТОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ (ТОКСИКОЗЫ) –

патологические состояния во время беременности и в связи с беременностью

1. Ранний гестоз: расстройства функций пищеварительной системы на 4-12 неделе беременности (до 20 недель)
 - А. Часто встречающиеся формы – рвота беременных, слюноотделение;
 - В. Редкие формы – дерматозы беременных, тетания, остеомаляция, острая желтая атрофия печени, бронхиальная астма беременных, хорея беременных, артропатия, желтуха беременных
2. Поздний гестоз (после 20 недель) : отеки беременных, протеинурия, гипертензия, преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром.

ЭТИОЛОГИЯ

Основной фактор – несостоятельность механизмов адаптации к возникшей беременности. **Возникновению гестозов предрасполагают:**

- ❖ **Врожденная и приобретенная недостаточность систем эндокринной регуляции приспособительных реакций** (гипоксия, инфекции, интоксикации, гипотрофия в антенатальном периоде, наследственные факторы и т.д.)
- ❖ **Влияние патогенных факторов, ведущих к нарушению адаптационных процессов:** при заболеваниях сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ревматические пороки сердца), нарушениях деятельности желез внутренней секреции (диабет, гипертиреоз), почек (нефрит, пиелонефрит), гепатобилиарной системы (гепатит, холецистит), нарушениях обмена веществ (ожирение), выраженных стрессовых ситуациях, интоксикациях (курение), аллергических и иммунологических реакциях

ПАТОГЕНЕЗ

Теории – рефлекторная, нейрогенная, гормональная, аллергическая, иммунная, кортико-висцеральная

□ Иммунная теория

Поздние гестозы – проявление иммунологического конфликта, возникающего на основе генетически обусловленной антигенной неоднородности организма матери и плода вследствие изменений в плаценте, при наличии факторов, обуславливающих продукцию антител. Иммунологические сдвиги вызывают изменения в нервной, сосудистой, эндокринной и других системах

□ Гормональная теория

Причины гестозов – нарушение функции коры надпочечников, изменение секреции эстрогенных гормонов, недостаточная активность плаценты. **НО**, эндокринные нарушения возникают при токсикозе беременных вторично

РАННИЕ ГЕСТОЗЫ

❖ Рвота беременных (emesis gravidarum)

Сопровождается изменением вкусовых и обонятельных ощущений, понижением аппетита, бывает не только по утрам, а повторяется несколько раз в день.

□ Степени тяжести рвоты:

1. Легкая рвота
2. Умеренная рвота (средней тяжести)
3. Чрезмерная рвота (тяжелой тяжести)

1. Легкая рвота

Несколько раз в день, после еды. Общее состояние не нарушается, температура, АД, диурез в норме, пульс несколько учащен (90 уд/мин).

2. Умеренная рвота

Независима от приема пищи, до 10 раз в день. Слюноотделение. Истощение. Температура субфебрильная (до 37,5°C), тахикардия (100 уд/мин), кожа суховатая. Слабость, апатия. Диурез снижается, преходящая ацетонурия.

3. Чрезмерная рвота

До 20 и более раз в сутки. Состояние тяжелое, адинамия, резкий упадок сил, резкое отвращение к пище, чрезмерная раздражительность. Истощение. Кожа сухая, дряблая, язык густо обложен, запах ацетона изо рта. Живот болезненный при пальпации. Температура субфебрильная (до 38 °С и выше). Тахикардия (120 и более уд/мин), гипотония. Диурез снижен, в моче появляется белок, ацетон, цилиндры. В крови нарастает содержание остаточного азота, снижается количество хлоридов, нарастает метаболический ацидоз.

ЛЕЧЕНИЕ

Комплексная терапия, направленная на нормализацию функций:

- ЦНС – электросон, электроаналгезия. Подавление возбудимости рвотного центра – церукал, дроперидол; при средней и тяжелой степени тяжести обязательно парентеральное введение препаратов течение 5-7 дней. Седативное действие – пипольфен
- Эндокринных желез
- Обменных процессов (водно-электролитный обмен) – инфузионная терапия в количестве 2-2,5л в сутки
- Внутримышечные инъекции витаминов и коферментов (кокарбоксилаза)
- Антигистаминные препараты - супрастин, диазолин, тавегил
- Предупреждение и лечение токсических поражений печени – метионин
- Спленин по 2 мл внутримышечно в течение 10-12 дней

✓ Неэффективность проводимой терапии требует прерывания беременности

❖ Показания к прерыванию беременности:

1. Непрерывающаяся рвота
2. Нарастание уровня ацетона в моче
3. Прогрессирующее снижение массы тела
4. Нарушение функций нервной системы
5. Желтушное окрашивание склер и кожи
6. Изменение КОС, гипербилирубинемия

ПТИАЛИЗМ

(слюноотечение - ptyalismus)

может наблюдаться как при рвоте, так и самостоятельно

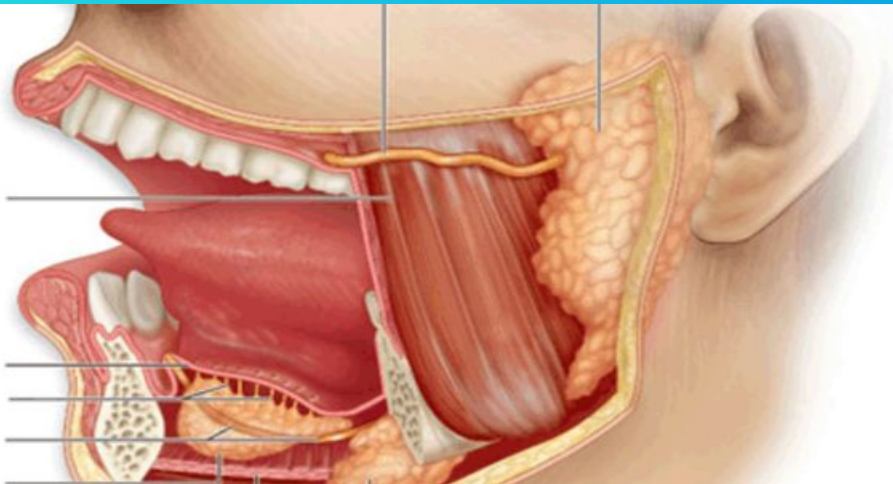
◆ Клиника:

- Суточная саливация до 1л и более
- Мацерация кожи, слизистой губ
- Пониженный аппетит, ухудшается самочувствие
- Беременная худеет, нарушается сон
- Признаки обезвоживания



❖ Лечение:

- ❑ Полоскание рта настоем шалфея, ромашки, раствором ментола
 - ❑ Атропин 2 раза в день
 - ❑ Гипноз, иглорефлексотерапия
- ❑ Смазывание кожи лица цинковой пастой или пастой Лассара



Редкие формы гестозов:

Желтуха беременных.

Особенности:

- ❖ Чаще возникает во втором триместре.
- ❖ Имеет прогрессирующий характер, возобновляется при повторной беременности, являясь показанием к прерыванию.
- ❖ Характерны: желтуха, гиперхолестеринемия, зуд, иногда рвота, повышение уровня ЩФ без изменения трансаминаз.
- ❖ Может быть причиной невынашивания беременности, кровотечений, аномалий развития плода.



Факторы патогенеза.

- В основе заболевания лежит внутрипеченочный холестаз, т.е. желтуха носит обтурационный характер.
- Считается, что желтухе способствует функциональная недостаточность печени из-за перенесенного ранее вирусного гепатита и т.п.

Дерматозы беременных

Особенности:

- Характеризуются локальным или тотальным мучительным зудом (*pruritus gravidarum*). Реже развивается экзема, крапивница, эритема, герпетические высыпания. Зуд может появляться в первые месяцы и в конце беременности, ограничиваться областью наружных половых органов или распространяется по всему телу.
- Бессоница, раздражительность.
- Расчесы на коже способствуют присоединению инфекции.
- 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, трихомониаз, аллергические реакции.

Факторы патогенеза:

- Сенсibilизация, аллергия.
- Обострение латентных вирусных инфекций.
- Холестаз.

Лечение заключается в назначении седативных средств, десенсибилизирующих (димедрола, пипольфена), витаминов В₁ и В₆, общее ультрафиолетового облучения.

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 ГЕСТОЗОВ

- ✓ Своевременное лечение хронических заболеваний
- ✓ Борьба с абортами
- ✓ Обеспечение беременной эмоционального покоя
- ✓ Устранение неблагоприятных воздействий внешней среды

Большое значение имеет *ранняя диагностика и лечение начальных проявлений гестоза*, что дает возможность предупредить развитие более тяжелых форм

ПОЗДНИЙ ГЕСТОЗ



● Поздний гестоз –

- это синдром полиорганной функциональной недостаточности, патогенетически связанный с беременностью, характеризующийся генерализованным сосудистым спазмом и перфузионными нарушениями в жизненно важных органах и плаценте

Группы риска:

- 1. Женщины с хроническими стрессами, утомлением, что свидетельствует об инертности ЦНС и слабой адаптационной способности.
- 2. Общий генитальный инфантилизм, а также возраст до 17 лет.
- 3. Беременность на фоне заболеваний почек, вегето-сосудистой дистонии, ожирения, артериальной гипертензии.
- 4. Женщины, перенесшие гестоз в течение предыдущих беременностей.
- 5. Наследственная предрасположенность.
- 6. Хронические интоксикации и инфекции.
- 7. Социальные и экологические факторы (хроническая гипоксия, плохое питание).

Анализ неблагоприятных результатов при поздних гестозах показал, что в 70% случаев можно избежать как смертельных исходов, так и тяжелых осложнений, которые вызывают инвалидизацию женщин и высокую перинатальную смертность.

Терминология

- Поздний токсикоз беременных (водянка, нефропатия, преэклампсия, эклампсия) - СССР
- Токсемия беременных (США)
- Преэклампсия-эклампсия (США, 1972 г.)
- EPH-gestosis (edema, proteinuria, hypertension) – Европейский Союз
- ОПГ-гестоз (отеки, протеинурия, гипертензия) – СССР (1985 г.)
- Гестоз – Россия, Украина (1996 г.)

Частота гестоза

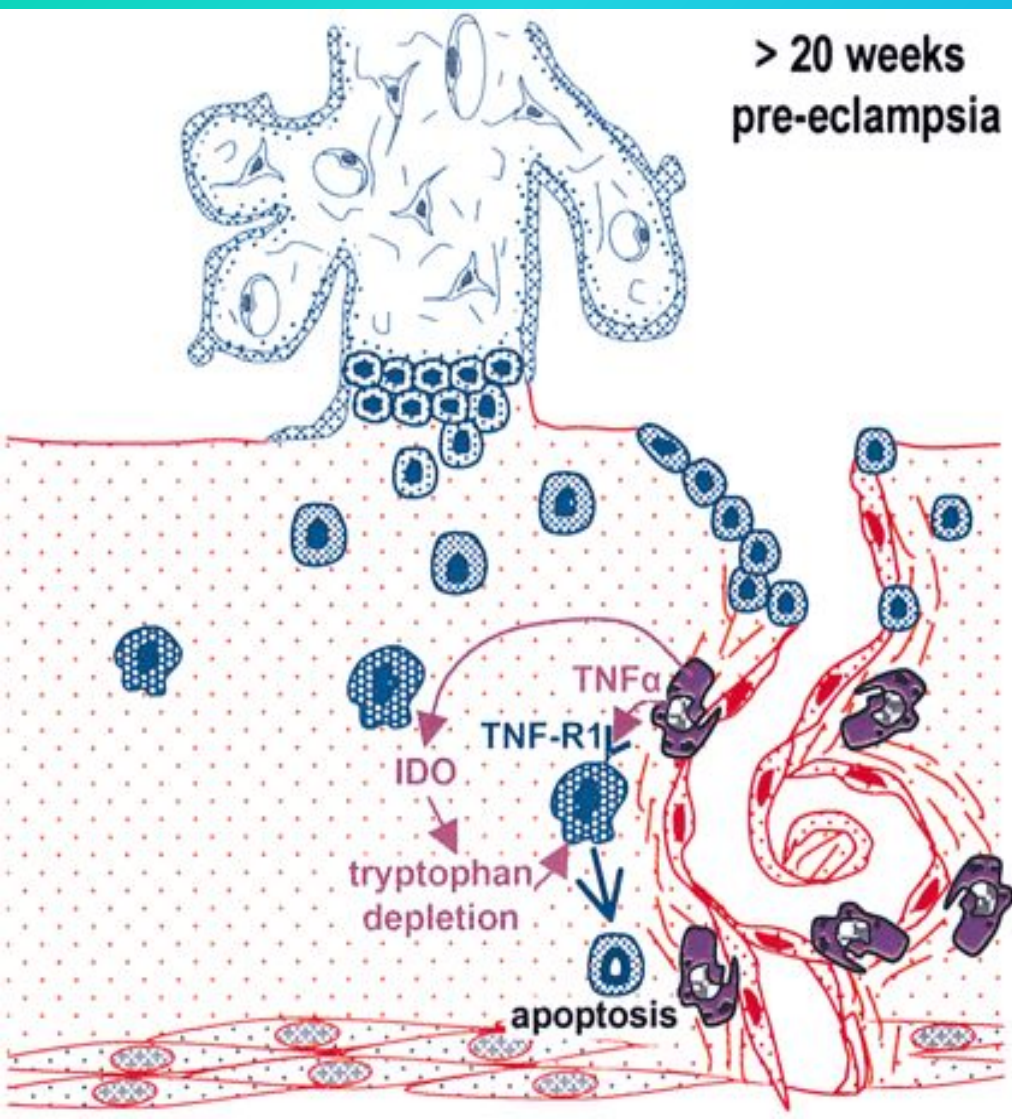
По данным мировой научной
литературы составляет

12-18%

Этиопатогенез гестоза

- **Инфекционная теория**
- **Интоксикационная теория**
- **Кортико-висцеральная теория**
- **Эндокринная теория, теория стресса**
- **Иммунологическая теория**
- **Генетическая теория**
- **Плацентарная теория, нарушения процессов плацентации**

В основе формирования гестоза эндотелиоз (иммунное воспаление эндотелия)



Первая волна инвазии
цитотрофобласта – 6-8 недель

Вторая волна инвазии
цитотрофобласта -16-18 недель

В основе патогенеза гестоза –
недостаточность второй волны
инвазии трофобласта (ключевые
клетки макрофаги и Т-
лимфоциты материнского
организма)

Основные элементы патогенеза гестоза

- Генерализованный спазм сосудов
- Гиповолемия
- Нарушение реологических и коагуляционных свойств крови
- Эндотоксемия
- Гипоперфузия тканей
- Нарушение структурно-функциональных свойств клеточных мембран с изменением жизнедеятельности клеток
- Ишемические и некротические изменения в тканях жизненно-важных органов с нарушением их функции

Классификация гестоза МКБ-Х (1998 г.), класс XV, II блок

ОТЕКИ, ПРОТЕИНУРИЯ И ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

O10 Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период

Включено: перечисленные состояния с предшествовавшей протеинурией

Исключено: состояния с нарастающей или присоединившейся протеинурией (O11)

O10.0 Существовавшая ранее эссенциальная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период

O10.1 Существовавшая ранее кардиоваскулярная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период

O10.2 Существовавшая ранее почечная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период

O10.3 Существовавшая ранее кардиоваскулярная и почечная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период

O10.4 Существовавшая ранее вторичная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период

O10.9 Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период, неуточнённая(O10-O16)

O11 Существовавшая ранее гипертензия с присоединившейся протеинурией

O12 Вызванные беременностью отеки и протеинурия без гипертензии

O12.0 Вызванные беременностью отеки

O12.1 Вызванная беременностью протеинурия

O12.2 Вызванные беременностью отеки с протеинурией

O13 Вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии

O14 Вызванная беременностью гипертензия со значительной протеинурией

Исключено: присоединившаяся преэклампсия (O11)

O14.0 Преэклампсия [нефропатия] средней тяжести

O14.1 Тяжелая преэклампсия

O14.9 Преэклампсия [нефропатия] неуточнённая

O15 Эклампсия

Включено:

судороги, вызванные состояниями, классифицированными в рубриках O10-O14 и O16

эклампсия с существовавшей ранее или вызванной беременностью гипертензией

O15.0 Эклампсия во время беременности

O15.1 Эклампсия в родах

O15.2 Эклампсия в послеродовом периоде

O15.9 Эклампсия неуточнённая по срокам

O16 Гипертензия у матери неуточнённая

ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БЕРЕМЕННЫХ (В скобках приведены шифры по МКБ-10)

- **Хроническая гипертензия (O10)**
- **Гестационная гипертензия (O13)**
 - **Транзиторная**
 - **Хроническая**
- **Преэклампсия:**
 - **Легкая (O13)**
 - **Средней тяжести (B14.0)**
 - **Тяжелая (B14.1)**
 - **Эклампсия (O15)**
- **Сочетанная преэклампсия (O11)**
- **Гипертензия неуточненная (O16)**

Терминология

Хроническая гипертензия – гипертензия, которая наблюдалась до беременности или возникшая (впервые выявленная) до 20 недель беременности.

Гестационная гипертензия – гипертензия, возникшая после 20 недель беременности и не сопровождающаяся протеинурией вплоть до родов.

Преэклампсия – гипертензия, возникшая после 20 недель беременности в сочетании с протеинурией.

Протеинурия – содержание белка 0,3 г/л в средней порции мочи, собранной дважды с интервалом 4 часа или больше, или экскреция белка 0,3 г за сутки.

Сочетанная преэклампсия – появление протеинурии после 20 недель беременности на фоне хронической гипертензии.

Транзиторная (преходящая) гестационная гипертензия – нормализация артериального давления у женщины, которая перенесла гестационную гипертензию в течение 12 недель после родов (ретроспективный диагноз).

Хроническая гестационная гипертензия – гипертензия, возникшая после 20 недель беременности и сохраняется через 12 недель после родов.

Эклампсия – судорожный приступ (приступы) у женщины с преэклампсией.

Гипертензия неуточненная – гипертензия, выявленная после 20 недель беременности, при условии отсутствия информации относительно артериального давления (АД) до 20 недель беременности.

Артериальная гипертензия – повышение систолического артериального давления до 140 мм рт. ст. или выше и/или диастолического артериального давления до 90 мм рт. ст. или выше, при двух измерениях в состоянии покоя с интервалом не менее 4 часов, или повышение артериального давления 160/110мм рт. ст. однократно.



● Диагностику хронической гипертензии во время беременности проводят на основании:

- анамнестических данных относительно повышения АД 140/90 мм рт.ст. до беременности и/или
- - определении АД $\geq 140/90$ мм рт.ст. в состоянии покоя дважды с интервалом не менее 4 ч.
- или 160/110 мм рт.ст. однократно в сроке до 20 недель беременности

Гипертензию, связанную с беременностью, диагностируют и оценивают по степени тяжести на основании диастолического давления, которое больше характеризует периферическое сосудистое сопротивление и в зависимости от эмоционального состояния женщины, изменяется меньше, чем систолическое. Для определения объема лечения и как цель антигипертензивной терапии (целевой уровень АД) также используют диастолическое давление.

АГ классифицируется по стадиям (ВОЗ 1999):

- АГ при I стадии предполагает отсутствие ПОМ.
- АГ при II стадии предполагает ПОМ.
- АГ при III стадии устанавливают при АКС.



Классификация уровней АД у лиц в возрасте > 18 лет.

- АГ 1 степени – 140-159/90-99 мм.рт.ст.
- АГ 2 степени – 160-179/100-109 мм.рт.ст.
- АГ 3 степени >180/>110 мм.рт.ст.

Клиника АГ у беременных:



Жалобы:

- 1 головные боли, головокружение, сердцебиения, чувства нехватки воздуха, боли в области сердца.
- 2 нарушение зрения (мелькание «мушек», «сетка» и «пелена» перед глазами.
- 3 изменения мочеиспускания (никтурия, поллакиурия), визуальные изменения мочи (цвет, прозрачность и т. д.)
- 4 периферические отеки.

Анамнез:

- 1 Достоверные данные о наличии АГ в семейном анамнезе, указания на инсульт или инфаркт у родственников, периодическое повышение АД до наступления беременности.
- 2 3 фактора риска АГ – табакокурение, сахарный диабет, дислипидемия.

Оптимальный объем обследования беременной с АГ:

- ✓ Подтвердить наличие, стабильность и степень повышения АГ (офисное измерение АД с соблюдением методологии)
- ✓ Уточнить индивидуальные особенности АГ (СМАД)
- ✓ Оценить наличие/степень выраженности ПОМ:
 - ✓ ЭКГ, офтальмоскопия
 - ✓ ОАК, ОАМ, б/х крови, коагулограмма.
 - ✓ МАУ (микроальбуминурия), суточная протеинурия.
- ✓ Дополнительное обследование и консультации специалистов :
 - ✓ Инструментальное (ЭхоКГ, УЗИ почек и УЗДГ сосудов почек, УЗИ ЩЖ)
 - ✓ Лабораторное (ТТГ, Т3, Т4, АТ к ТПО (тиреоидной пероксидазе), липидный спектр, гликированный Нb)
 - ✓ Оценка состояния ФПК.
 - ✓ Консультации кардиолога, уролога, нефролога, эндокринолога.



Лечение гипертензивного синдрома у беременных:

Показания к госпитализации:

1. При наличии ХАГ в плановом порядке:

✓ До 12 недель – для уточнения генеза АГ и решения вопроса о возможности пролонгирования беременности.

✓ В 26-30 недель – для коррекции схемы антигипертензивной терапии.

✓ За 2 недели до родов – для определения тактики ведения родов и проведения предродовой подготовки.

2. В независимости от срока беременности:

✓ Абсолютное показание к госпитализации и началу парентеральной гипотензивной терапии – повышение цифр АД >170/110 мм.рт.ст. и/или появление симптоматики со стороны ЦНС.

✓ Присоединение к предшествующей АГ признаков гестоза или нарушение состояния ФПК.

✓ Отсутствие эффекта от амбулаторной терапии АГ.



Немедикоментозное лечение:

1 При АД, не превышающем 140-149/90-99 мм.рт.ст.

2 При отсутствии поражения органов мишеней (почки, глазное дно).

3 При отсутствии поражения ФПК.

Показано:

1 Устранение эмоционального стресса

2 Изменение режима питания

3 Разумная физическая активность

4 Отказ от приема алкоголя и табакокурение

5 Режим дневного отдыха

6 Контроль факторов риска прогрессирования АГ



Медикаментозная терапия:

1. При ДАД устойчиво превышающем 90 мм.рт.ст. (по данным ВОЗ)
1. АД >150/100 мм.рт.ст., САД >30 мм.рт.ст. или ДАД >15 мм.рт.ст. от обычного(адаптированного АД) для женщины , наличие признаков гестоза (преэклампсии по МКБ) и страданиях ФПК.

Принципы лекарственной терапии АГ:

1. Доказательная база эффективности и безопасности использования препарата во время беременности.
2. Индивидуальный подход к выбору антигипертензивного препарата.
3. Целесообразно использование препаратов длительного действия
4. Оценка эффективности и переносимости терапии.

Медикаментозная терапия:

1. При ДАД устойчиво превышающем 90 мм.рт.ст. (по данным ВОЗ)
1. АД >150/100 мм.рт.ст., САД >30 мм.рт.ст. или ДАД >15 мм.рт.ст. от обычного(адаптированного АД) для женщины , наличие признаков гестоза (преэклампсии по МКБ) и страданиях ФПК.

Принципы лекарственной терапии АГ:

1. Доказательная база эффективности и безопасности использования препарата во время беременности.
2. Индивидуальный подход к выбору антигипертензивного препарата.
3. Целесообразно использование препаратов длительного действия
4. Оценка эффективности и переносимости терапии.

Базовая терапия АГ I-II степени.

1 Агонист центральных альфа₂-адренорецепторов
метилдопа (500/2000мг/сут)

2 Селективные и неселективные БАБ:

✓ лабеталол 200-800мг/сут,

✓ пиндолол 10-30мг/сут,

✓ окспренолол 100-200мг/сут,

✓ метопролол 100мг/сут



3 Блокаторы кальциевых каналов (антагонисты кальция) –
дигидропиридиновые - нифедипин 10-60 мг/сут.

Интенсивная терапия АГ III степени (1).

1 Сульфат магния

▶ при гестозах:

- ✓ при средней степени тяжести - в/в до 18г/сут
- ✓ При тяжелой степени тяжести - в/в до 25г/сут

▶ при преэклампсии/эклампсии - в/в до 50г/сут

Контроль:

1. Уровня АД
2. Частоты дыхания
3. Часового диуреза
4. Сухожильного рефлекса.



Интенсивная терапия АГ III степени (2).

- 1 Нифедипин 10 мг per os и повторить через 30 мин при необходимости
- 2 Лабеталол (в/в , болюсно 20 мг, при недостаточном эффекте – 40мг 10 мин спустя и по 80 мг через каждые 10 мин еще 2 раза, максимальная доза 220 мг.)

Осторожно:

- ✓ Бронхиальная астма
- ✓ Сердечная недостаточность

- 1 Гидралазин (5 мг в/в, болюсно, в течение 2 минут или 10 мг в/м)

- 1 Нитропруссид натрия (редко, если нет эффекта и/или есть признаки гипертонической энцефалопатии, начинать с 0,25 мг/кг/мин до 5 мг/кг/мин

Максимально!!!

Цианидоподобный эффект отравления плода может наступить при использовании препарата >4 часов.



Применение сульфата магния.

Антигипертензивную терапию проводят при повышении диастолическо давления >110 мм рт.ст. вместе с магниальной терапией.

Магнезиальная терапия – это болюсное введение 4 г сухого вещества сульфата магния с последующей непрерывной в/в инфузией со скоростью, определяющейся состоянием больной.

Цель магниальной терапии – поддержка концентрации ионов магния в крови беременной на уровне, необходимом для профилактики судорог.





- **Стартовую дозу** (дозу насыщения) – 4г сухого в-ва (16мл 25%-го р-ра сульфата магния) вводят шприцом очень медленно в течении 15 минут (в случае эклампсии– в течении 5 мин). (В стерильный флакон с 34 мл физ. р-ра вводят 4 г магния сульфата (16 мл 25%-го р-ра).
- **Поддерживающую терапию** стандартно начинают с дозы 1г сухого в-ва сульфата магния в час. При такой скорости введения концентрация магния в сыворотке крови достигнет 4–8ммоль/л (терапевтическая концентрация) через 18 часов. При введении со скоростью 2 г/час – через 8 ч, а при скорости 3 г/час – через 2 ч.

Признаки присоединения преэклампсии:

- ♣ появление протеинурии $\geq 0,3$ г/сут во второй половине беременности;
- ♣ прогрессирование гипертензии и снижение эффективности предыдущей антигипертензивной терапии;
- ♣ появление генерализованных отеков;
- ♣ появление угрожающих симптомов (сильная стойкая головная боль, нарушение зрения, боль в правом подреберье или эпигастральной области живота, гиперрефлексия, олигурия).

Преэклампсия

Классификация

- Легкая преэклампсия или гестационная гипертензия без значительной протеинурии O13
- Преэклампсия средней тяжести O14.0
- Тяжелая преэклампсия O14.1
- Преэклампсия неуточненная O14.9
- Эклампсия O15
- Эклампсия во время беременности O15.0
- Эклампсия во время родов O15.1
- Эклампсия в послеродовом периоде O15.2

В данную классификацию не вошли такие формы позднего гестоза как HELLP-синдром и острый жировой гепатоз, при условиях развития которых риск для плода и беременной является крайне высоким и требует неотложных мероприятий.

Таблица. Диагностические критерии тяжести преэклампсии/эклампсии

Диагноз	Диастолическое артериальное давление (АД), мм рт. ст.	Протеинурия, г/сут	Другие признаки
Гестационная гипертензия или легкая преэклампсия	90-99	<0,3	–
Преэклампсия средней тяжести	100-109	0,3	Отеки лица, рук, иногда головная боль
Тяжелая преэклампсия	≥110	>5	Генерализованные, значительные отеки; головная боль; нарушения зрения; боль в эпигастрии или/и в правом подреберье; гиперрефлексия; олигурия (< 500 мл/сут); тромбоцитопения
Эклампсия	≥90	≤0,3	Судорожный приступ (один или более)

Эклампсия (от греч. eklampsis – вспышка, возгорание):



Эклампсия — это клинически выраженный синдром полиорганной недостаточности, на фоне которого развивается один или более судорожных припадков, этиологически не имеющих отношения к другим патологическим состояниям (эпилепсия, нарушение мозгового кровообращения) у беременных, рожениц и родильниц с гестозом.

Перед началом судорог наблюдается усиление головной боли, ухудшение сна, бессонница, беспокойство, повышение АД.

Продолжительность припадка — 1—2 мин.

Периоды:

- 1) предсудорожный период (30 с) — мелкие подергивания мышц лица, веки закрываются, углы рта опускаются;
- 2) период тонических судорог (30 с) — тетаническое сокращение мышц всего тела, туловище напрягается, дыхание прекращается, лицо синеет;
- 3) период клонических судорог (30 с) — бурные судороги, подергивания мышц лица, туловища и конечностей, судороги постепенно ослабевают, появляется хриплое дыхание, изо рта выделяется пена, окрашенная кровью вследствие прикуса языка;
- 4) период разрешения припадка — сознание возвращается постепенно, о случившемся женщина ничего не помнит.

Эклампсия предполагается

Анамнез, в том числе указания на эпилепсию, прием препаратов, травмы, пренатальные нарушения. Физикальное обследование, в том числе определение массы тела плода, раскрытия шейки матки

① Эклампсия диагностирована

Судороги продолжаются

Судороги прекратились

Диазепам 5-10 мг в/в

Магния сульфат 4 г в/в за 3-5 мин, затем по 1-2 г/ч для поддержания его уровня в крови 3-6 мгЭкв/л

Проходимость дыхательных путей нарушена

Дыхательные пути свободны

Возможна интубация трахеи (см. гл. 52)

$PaO_2 < 80$ мм рт. ст.

$PaO_2 \geq 80$ мм рт. ст.

Кислород ($FiO_2 = 1$)
Иметь в виду:
послеаспирационную пневмонию (см. гл. 46), левожелудочковую недостаточность (см. гл. 19)

② Гипотензия

Гипертензия

Левожелудочковая недостаточность (см. гл. 19)

Левожелудочковой недостаточности нет

Возможно:
жидкость в/в
дофамин в/в
3-15 мкг/кг/мин

Апрессин 5 мг в/в, затем по 5-20 мг до стабилизации диастолического давления < 110 мм рт. ст.

Давление в норме

③ Дистресс плода

Дистресса плода нет

Немедленное родоразрешение хирургическим путем

Начать стимуляцию родовой деятельности



● Неотложная помощь при эклампсии (схема по "Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии")

- Беременную уложить на правый бок, ввести воздуховод, ингаляция кислородом или наркоз закисью азота аппаратом АН - 8.
- Нейролептаналгезия: 2 мл 0,5% седуксена 1мл 2% промедола внутривенно 2 - 4 мл 0,25% дроперидола + 2мл 1% димедрола
- Выяснить акушерскую ситуацию (только после НЛА, т.к. приступы судорог могут возобновиться).
- Лечение гестоза:
Магния сульфат 25% - 30 мл
Р-р NaCl 0,9% - 400 мл в/в капельно 100 мл/ час.
(Реополиглюкин 400 мл)
- 200-400 мл любого полиионного раствора в/в или 5% р-р глюкозы под контролем диуреза (катетеризация мочевого пузыря).
- снижение АД: клофелин 0,01% 1 мл в/м или внутривенно;
- управляемая гипотензия:
пентамин 5% 0,5 - 1 мл в/м или в/в
бензогексоний 2,5% 1 мл
(эффект через 12-15 минут)
- Оценка состояния беременной .

HELLP-синдром -

Клиническая форма позднего гестоза . Представляет собой тяжелую, угрожающую для жизни форму течения преэклампсии.

- H: Haemolysis — микроангиопатическая гемолитическая анемия,
- EL: Elevated Liver enzymes — повышение концентрации ферментов печени,
- LP: Low Platelet count — тромбоцитопения.

Обследование для уточнения тяжести гестоза:

- Клинический анализ крови: обратить внимание на гемоглобин, гематокрит, СОЭ, количество эритроцитов, тромбоцитов.
- Определение функции почек: суточный диурез, при тяжелой преэклампсии - определение почасового диуреза, проба Зимницкого, Нечипоренко. Обратить внимание на удельный вес, количество белка, наличие гиалиновых цилиндром.
- Проверка функции печени на основе биохимического анализа крови: коагулограмма, количество белка, печеночные ферменты.
- Определение состояния сердечно-сосудистой системы - цифры АД, пульс, ЭКГ (признаки миокардиопатии).
- Осмотр глазного дна (установить степень ангиопатии сетчатки).
- ЭЭГ.
- Доплерография, УЗИ (определение толщины плаценты, степени зрелости (при гестозе превышен срок гестации) мелкоточечные кровоизлияния в плаценту, определение степени гипотрофии плода, КТГ, БПШ.

Акушерская тактика при различных степенях тяжести гестоза

- Гестоз легкой степени тяжести – пролонгирование беременности на 2 и более недель
- Гестоз средней степени тяжести – прологирование беременности в зависимости от эффективности терапии от 5-6 дней до 2 недель
- Гестоз тяжелой степени тяжести – родоразрешение в течение 5-6 часов

Лечение больных с гестозом различной степени тяжести

- ✓ Гипотензивная терапия (магния сульфат, клофелин, допегит)
- ✓ Инфузионная терапия (гидроксиэтилированные крахмалы, кристаллоиды)
- ✓ Седативная терапия
- ✓ Нормализация коагуляционных свойств крови
- ✓ Эфферентные методы терапии
- ✓ Адекватное обезболивание при родоразрешении, продленная ИВЛ при тяжелых формах гестоза



Когда беременность следует пролонгировать?



- ❑ При сроке беременности менее 34 недель
 - кортикостероиды помогают снизить уровень неонатальной смертности от дыхательной недостаточности

- ❑ На ранних сроках беременности
 - возможность улучшить перинатальный исход
 - необходимо принимать во внимание состояние матери

Обязательно тщательное наблюдение за состоянием женщины и плода !!!

Показания к родоразрешению:



- Доношенная/почти доношенная беременность
- Срок гестации более 34 недель
- Ухудшение состояния плода
- Осложнения преэклампсии угрожающие жизни матери

Ведение женщины в послеродовом периоде



- Тщательное наблюдение
- Антигипертензивную терапию следует продолжать
 - артериальное давление не должно превышать 160/110 мм.рт.ст.
- Отменять антигипертензивную терапию следует постепенно
- Большинство женщин требуют наблюдения в стационаре на протяжении 4 или более дней после родов
- Если необходимо, обратитесь за консультацией к смежным специалистам

Профилактика осложнений беременности при АГ.

Адекватно подобранная антигипертензивная терапия, обеспечивающая стойкое поддержание адаптированного уровня АД лежит в основе профилактики неблагоприятных перинатальных исходов у пациенток с АГ.

Профилактика гестоза:

Прием Аспирина 80-100мг/сут.

Профилактика ФПН:

В критические сроки 16-20, 24-28, 32-36 недель беременности проводить курс метаболической терапии с использованием препарата «Актовегин» 400-600 мг/сут. не менее 3 недель.





БЛАГОДАРЮ

ЗА ВНИМАНИЕ!