

СРО

«Ведение беременности и родов
при гестозах»

Выполнила: Горшенина А. С.

3006стом

Проверила: Отарбаева Ш. П.

Караганда 2015

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** - 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 ВОЗ (1989) и требованиями МКХ 10-го пересмотра (1995) ассоциацией акушеров-гинекологов ВОЗ утверждена 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.

- 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 прегестоза и ранних стадий гестоза 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

Нормальная нога



Нога с отеками



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, АО 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 квадрате живота как признак отека или кровоизлияния в печень. 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



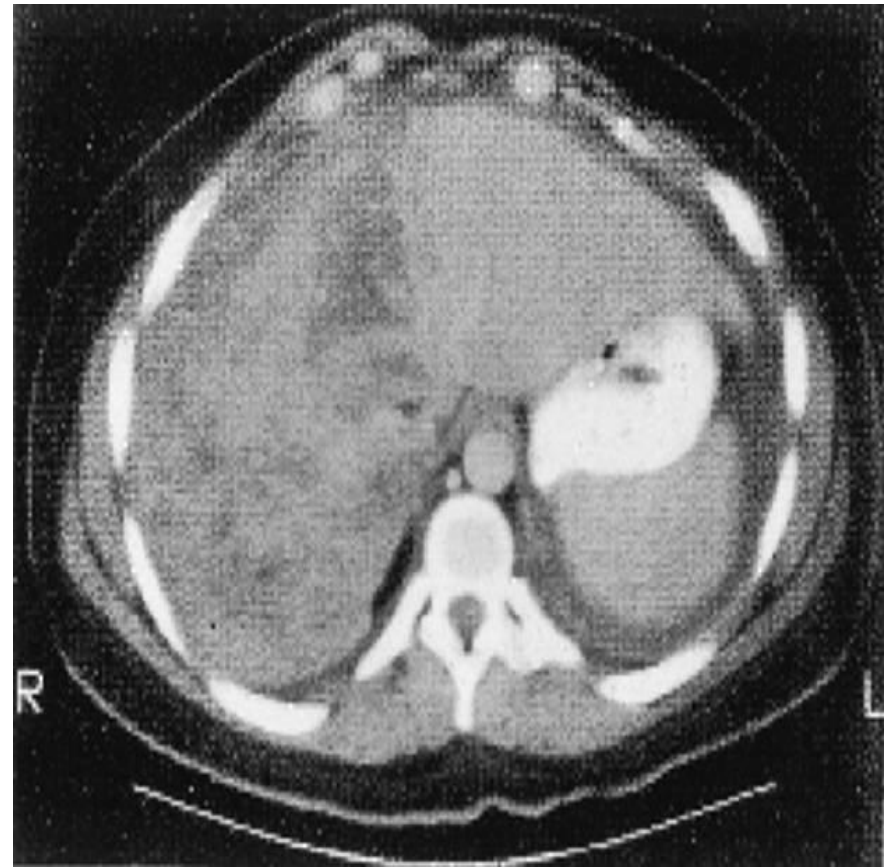
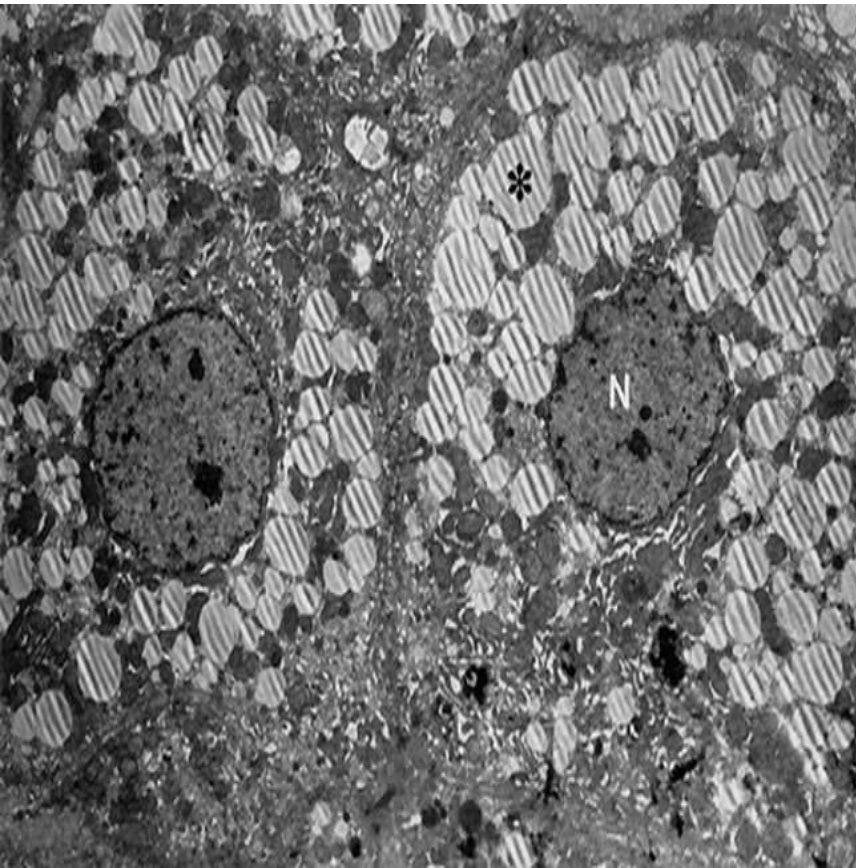
- Предвестниками судорог могут быть головная боль, боль под грудью, нарушение зрения.
- За первыми судорогами могут пойти другие, всего их может быть от 10 до 100 и больше в тяжелых случаях эclamптического статуса.
- Смерть может наступить от массивного кровоизлияния в мозг. При церебральных геморрагиях может развиться 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 HELР-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 HELLP-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 аспирируют 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 реанимаций.
- 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 действую, 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 НСТ, 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.

Список литературы

1. Г.М.Савельева, Р.И.Шалина, Л.Г.Сичинаева, О.Б. Панина, М.А.Курцер. Акушерство, учебник. Москва, Издательская группа "ГЭОТАР – Медиа", 2009.
2. В.И.Дуда, Вл.И.Дуда, И.В.Дуда. Акушерство. Минск, "Высшая школа", 2004.
3. Акушерство под ред. Г.М.Савельевой. Москва, "Медицина", 2000.
4. Журнал "Медицинские новости", №12, 2004М.Л. Тесакова, Л.М. Санько "Профилактика аномалий родовой деятельности".
5. Э.К.Айламазян. Акушерство. Санкт – Петербург, СпецЛит, 2003.