

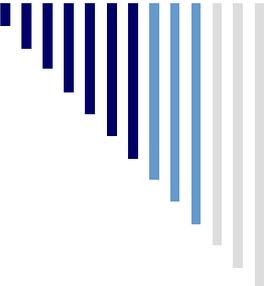
Редкие формы ранних ТОКСИКОЗОВ

Выполнила: Токиева Куралай

Группа: 11-02

Приняла: Галиева Жулдыз

Талаповна



ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ (ГЕСТОЗЫ) –

патологические состояния во время беременности и в связи с беременностью

1. **Ранний гестоз**: расстройства функций пищеварительной системы на 4-12 неделе беременности
 - А. **Часто встречающиеся формы** – рвота беременных, слюноотделение;
 - В. **Редкие формы** – дерматозы беременных, тетания, остеомаляция, острая желтая атрофия печени, бронхиальная астма беременных
 2. **Поздний гестоз** (третий триместр беременности) : водянка беременных, нефропатия, преэклампсия и эклампсия.
-

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

Иммунологическая теория

Данная теория основана на том, что материнский организм воспринимает плод как чужеродный объект (клетки отца), что и вызывает его неприятие в виде признаков токсикоза на ранних сроках.

Психологическая теория

Психологическая теория объясняет признаки раннего токсикоза моральной неготовностью женщины к беременности и всем изменениям в организме, фигуре и жизни, сопутствующие ей.

Наследственная теория

Считается, что если в родне по материнской линии, особенно у матери, был токсикоз на ранних сроках беременности, то вряд ли возможно избежать данного состояния и дочери.

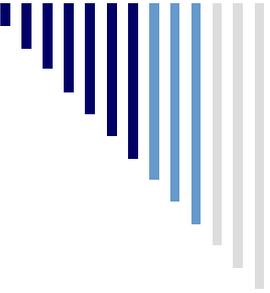


- **Вегетативная теория**

Эта теория основывается на том, что беременность требует усиленной работы всех органов и систем, а организм женщины пока еще не готов к перестройке. Сбои в функционировании нервной системы проявляются признаками раннего токсикоза.

- **Гормональная теория**

Гормональная теория оправдывает проявления токсикоза на ранних сроках выработкой гормонов беременности. В первую очередь это хорионический гонадотропин, плацентарный лактоген и прогестерон.



Редкие формы токсикоза чаще начинаются в первом триместре, но могут возникать и на любых сроках беременности. К этому виду токсикоза относят:

- **Дерматозы** (различные заболевания кожи);
 - **Желтуха беременных** (желтушное окрашивание кожи и видимых слизистых оболочек);
 - **Желтая атрофия печени** (острое заболевание печени с перерождением печеночных клеток);
 - **Бронхиальная астма** (заболевание дыхательных путей, проявляющееся затрудненным дыханием, одышкой и периодическими приступами удушья);
 - **Тетания** (судорожные приступы, вызванные нарушением обмена кальция в организме);
 - **Остеомаляция** (заболевание, характеризующееся размягчением и деформацией костной системы за счет нарушения фосфорно-кальциевого обмена в организме).
-



Дерматозы

- **Дерматозы** беременных включают группу кожных заболеваний, возникающих только во время беременности. Чаще всего встречается зуд беременных, который может распространяться по всему телу. У женщины ухудшается общее самочувствие, появляется раздражительность, нарушается сон. Реже бывают экземы (воспалительное заболевание кожи, проявляющееся обильной сыпью, зудом и жжением). Заболевания кожи при беременности зависят от нарушения функциональной связи между корой и подкоркой и повышенной возбудимости вегетативной нервной системы, сопровождающейся тяжелым нарушением обмена, дизэндокринией, интоксикацией.
-

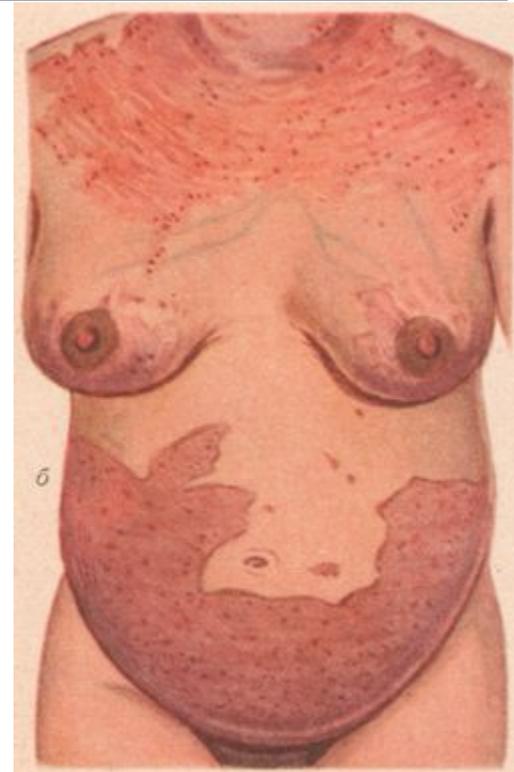
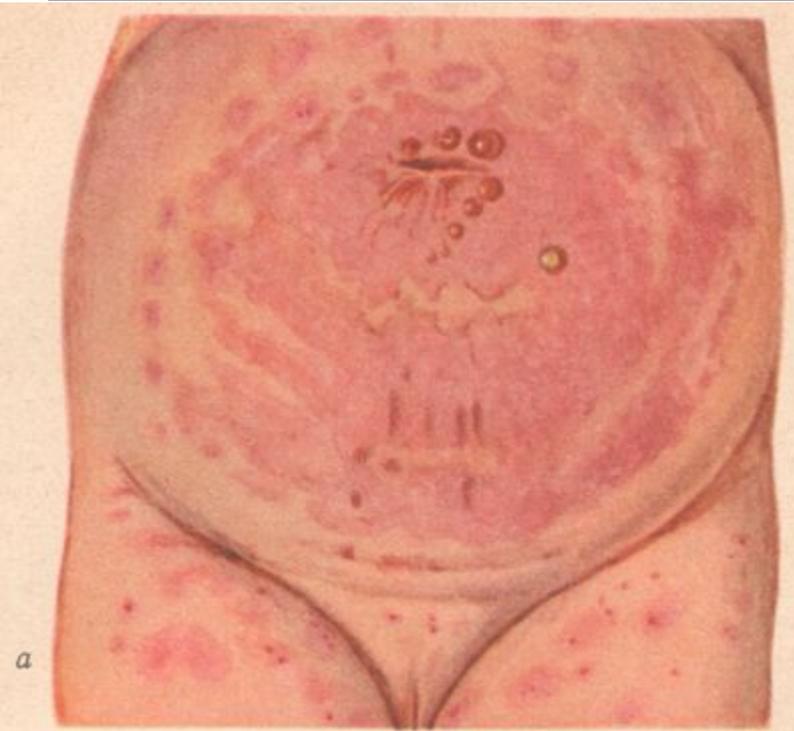


Рисунок: Дерматозы беременности: а – herpes gestationis; б – purpura gravidarum; в – impetigo herpetiformis.



Пемфигоид беременных (PG)

Пемфигоид беременных, ранее известный как герпес беременных, является самым редким из кожных нарушений при беременности, с частотой 1: 2000 до 1: 60000. PG изначально проявляется в виде папул и бляшек, трансформирующихся в везикулобуллезные элементы. Для PG характерно появление высыпаний в области пупка с распространением на грудь, спину и конечности. Высыпания развиваются чаще всего в третьем триместре.



Как правило, наблюдается рецидив дерматоза в течение последующих беременностей с более ранним появлением дерматоза и большей тяжестью по сравнению с предыдущей беременностью. Имеются также сообщения об обострениях во время менструации или при использовании оральных контрацептивов. Существует увеличение случаев недоношенности, особенно при более тяжелом течении, образовании пузырей и при начале дерматоза до третьего триместра.

Выявляются антитела IgG4. Женщины с этим расстройством имеют высокий риск аутоиммунных заболеваний, особенно болезни Грейвса.





Полиморфный дерматоз беременных (PEP)

PEP является доброкачественным, зудящим воспалительным заболеванием с частотой 1 на 160 беременностей. Он обычно наблюдается в конце третьего триместра или непосредственно после родов при первой беременности с возрастанием риска при многоплодной беременности и быстром увеличении веса. Уртикарные папулы и бляшки появляются сначала на животе, и в отличие от PG, не поражают область пупка. Сыпь обычно распространяется на бедра и ягодицы, и редко можно иметь генерализованный характер. Могут развиваться пузырьки диаметром 1-2мм, но в отличие от PG пузыри не наблюдаются. Высыпания с четкими границами, регрессируют спонтанно в течение 4-6 недель без связи с лечением.

Лечение PEP базируется на облегчении симптомов с использованием топических кортикостероидов и антигистаминных препаратов. Если сыпь становится генерализованной, может быть использован короткий курс системных кортикостероидов.

11



Атопический дерматит беременных (АЕР)



- **АЕР является наиболее распространенным заболеванием кожи у беременных, на который приходится почти 50% случаев всех дерматозов. Он также назывался другими именами, включая почесуху беременных, пруриго беременных, папулезный дерматит Спенглера беременных, зудящий фолликулит беременных и экзема беременных. АЕР это доброкачественное заболевание, характеризующееся зудящей экзематозной или папулезной сыпью. Развивается до третьего триместра в отличие от других дерматозов беременных. Поражения обычно хорошо поддаются лечению и спонтанно разрешаются после родов. Однако, АЕР, скорее всего, повторится при последующих беременностях. На плод дерматоз существенно не влияет, но имеется повышенный риск развития атопического дерматита у младенца.**

- 
- Лечение проводят в стационаре. Беременной рекомендуют щадящую диету с исключением острых, копченых блюд. Для снижения зуда и жжения назначают антигистаминные препараты, витаминотерапию, препараты кальция. Местно на пораженные участки накладывают примочки с раствором перманганата калия.
-



Остеомаляция

- остеомаляция (osteomalacia) — есть нарушение витаминного обмена с большим дефицитом витамина Д. Недостаток этого витамина у некоторых беременных вызывает расстройство фосфорнокальциевого обмена и обеднение костей кальцием и размягчение их. Кости становятся податливыми и гибкими. Поражаются преимущественно кости таза и позвоночника; позже — конечностей и грудной клетки. Первые симптомы остеомаляции появляются только во время беременности (повторной) и характеризуются ноющими болями в крестце, спине, тазу и ногах. Походка становится неуверенной («утиной») вследствие контрактуры приводящих мышц бедра.
-

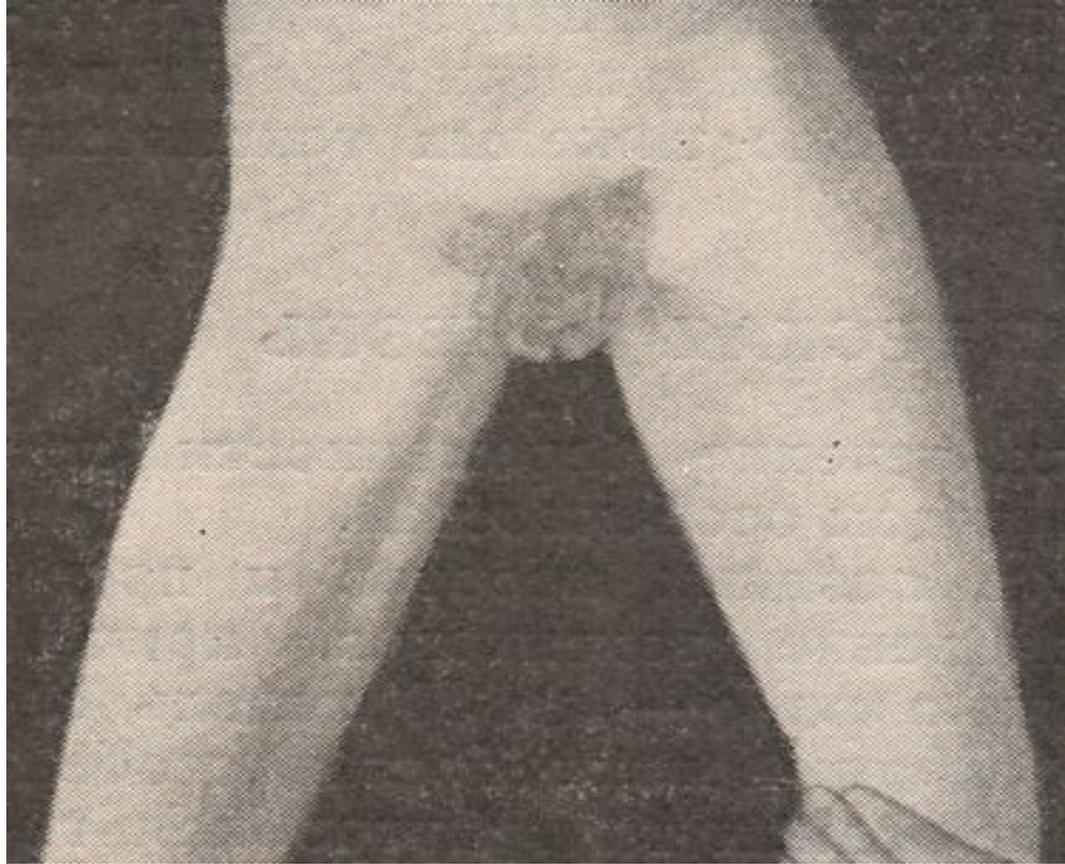
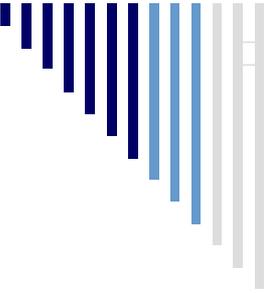


Рисунок: Начинаящая остеопорозия. Контрактура приводящих мышц бедра.



Желтая дистрофия печени

- Острое заболевание с жировым и белковым перерождением печеночных клеток. В результате быстрого распада и рассасывания этих клеток значительно уменьшается печень, появляется желтуха, тяжелые нервные явления и другие расстройства. Этот токсикоз наблюдается редко. Развитию острой желтой атрофии, помимо общей интоксикации, способствует уменьшение количества гликогена в печеночных клетках в связи с голоданием. Поэтому острая желтая атрофия печени у беременных может явиться результатом неукротимой рвоты. В начале заболевания появляется желтуха, которая может тянуться до двух недель; вслед за этим — краткий (2—3 дня) период тяжелого состояния с рвотой, кожными кровоизлияниями и тяжелыми мозговыми явлениями: нервным возбуждением, головной болью, бредом, судорогами, после которых наступает кома и смерть.
-



В первом периоде печень несколько увеличена, во втором — быстро атрофируется, при этом печеночная тупость исчезает и заменяется тимпанитом. Селезенка увеличена. Белковый обмен резко страдает. Количество мочевины уменьшается, аммиака и аминокислот значительно возрастает. Из аминокислот для диагноза важны тирозин и лейцин, которые обнаруживают в моче в большом количестве. На секции — жировое перерождение, некроз и атрофия печени, перерождение сердечной мышцы, почек; селезенка увеличена, как при сепсисе; кровоизлияния в прочих органах.

- Появление желтухи при неукротимой рвоте — показание для прерывания беременности во избежание перехода заболевания в острую желтую атрофию печени. Лечение — симптоматическое.
-



Тетания беременных

- Тетанические болезненные судороги верхних и нижних конечностей («рука акушера», «нога балерины»). Возникает при нарушении работы паращитовидных желез, что приводит к значительному нарушению обмена кальция в организме. Клинически болезнь проявляется в виде судорог мышц верхних и нижних конечностей, реже мышц лица и туловища. Для лечения принимают **паратиреоидин** (гормон, вырабатываемый паращитовидными железами), препараты кальция. В большинстве случаев лечение является успешным, и беременность сохраняется.
-

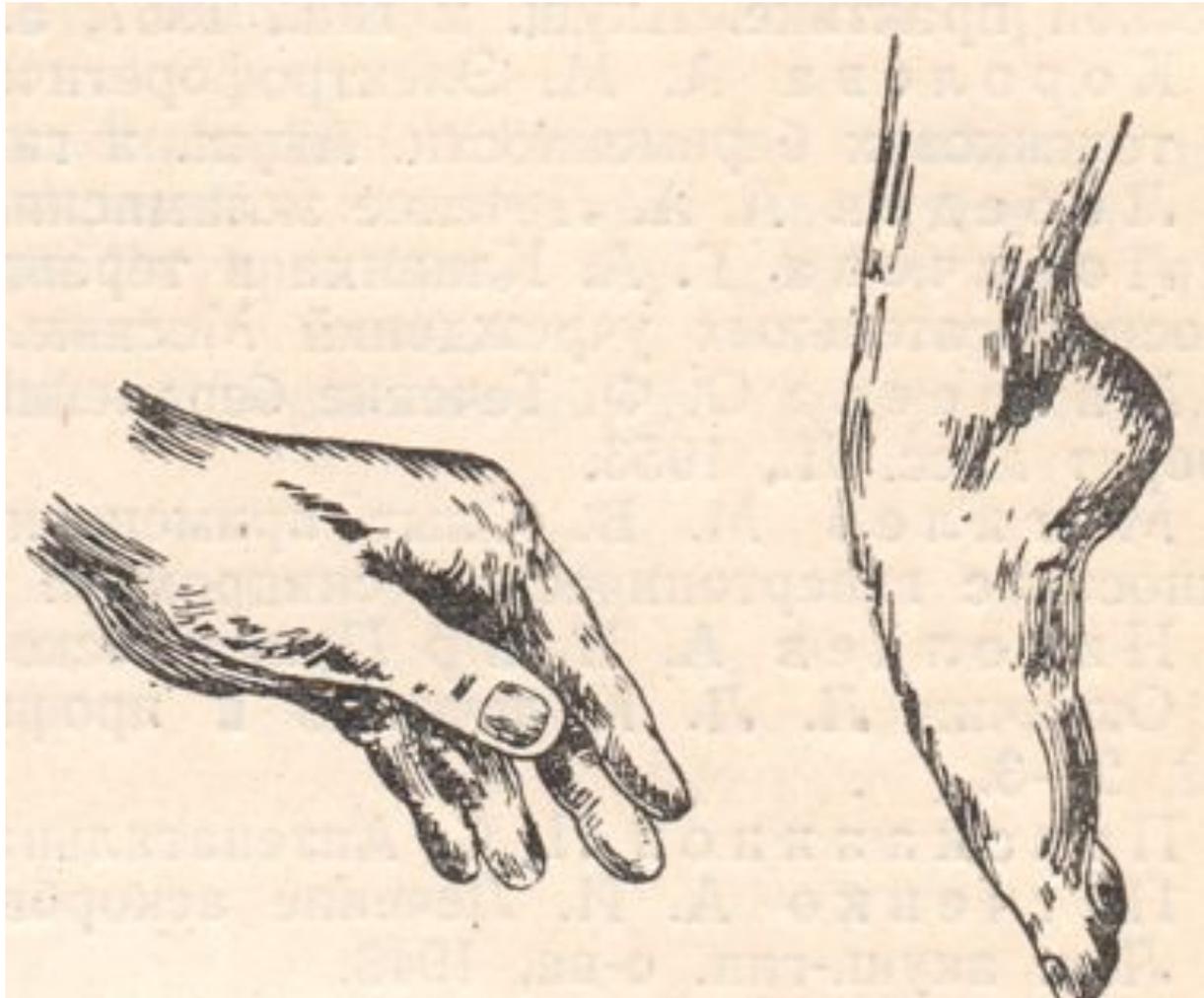
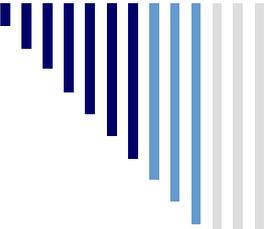


Рисунок: Тетания беременных: «рука акушера», «нога балерины».



Желтуха



Желтуха беременных встречается достаточно редко. Основными ее клиническими проявлениями являются поражение печени, желтушное окрашивание кожи, зуд. При постановлении диагноза беременную экстренно госпитализируют и прерывают беременность на любом сроке.



Бронхиальная астма

- Бронхиальная астма беременных (asthma bronchialis gravidarum) - еще одна редкая форма гестоза, причиной развития которой является гипофункция паращитовидных желез с нарушением кальциевого обмена. Кроме того возникновению бронхиальной астмы у беременных способствует физиологическое снижение иммунитета, повышение аллергической настроенности организма в связи с гормональными изменениями. Возникает это осложнение беременности редко, но протекает тяжело. Основные симптомы астмы беременных - это приступы удушья и хронический сухой кашель. Бронхиальную астму беременных следует дифференцировать с обострением бронхиальной астмы, существовавшей до беременности. Лечение включает препараты кальция, витамины группы D, седативные средства.
-



Специальное лечение ранних токсикозов заключается в следующих мероприятиях:

- Обеспечение полного физического и эмоционального покоя;
 - Правильный режим питания (прием калорийной пищи дробными порциями каждые 2-3 часа);
 - Прием седативных препаратов (настойка пустырника, валерианы);
 - Противорвотная терапия;
 - Витаминотерапия;
 - Гепатопротекторы;
 - Внутривенные капельные вливания растворов для борьбы с обезвоживанием.
-



Профилактика ранних ТОКСИКОЗОВ

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

Большое значение имеет ранняя диагностика и лечение начальных (легких) проявлений токсикоза, а, следовательно, предупреждение развития тяжелых форм заболеваний.

Заключение

Подводя итог вышесказанному хочется отметить, что этиология большей части редких гестозов не совсем ясна, а патогенез изучен недостаточно. Несмотря на совершенствование методов диагностики, зачастую диагноз ставится несвоевременно, а в некоторых случаях, при стертом течении, не ставится вообще. Большую сложность представляет назначение патогенетического лечения в силу неясного патогенеза. Возможности лечения также ограничены из-за отрицательного воздействия препаратов на плод. Отдельные формы редких гестозов, такие как острый жировой гепатоз беременных сопровождаются высокой материнской и перинатальной смертностью, даже несмотря на экстренное родоразрешение и дальнейшую интенсивную терапию. Это ставит врачей акушеров-гинекологов перед необходимостью разработки алгоритма ранней доклинической диагностики этих состояний. Поэтому необходимо дальнейшее изучение этой темы, которое поможет разобраться в причинах и глубинных механизмах развития данных состояний, определить факторы риска, схемы диагностики и новые перспективные пути профилактики и лечения.



Использованные литературы:

1. «Акушерство глазами анестезиолога», Зильбер А.П., Шифман Е.М., Петрозаводск, 1997
 2. .«Акушерство» под ред. Савельевой Г.М., Москва, 2000
 3. .«Беременность и заболевания печени», Иванян А.К., Абузяров Р.Р., Бельская Г.Д., Смоленск, 2003
 4. .«Варианты клинического течения, диагностика и лечебная тактика ОЖГБ», Кузьмин В.Н., Адамян Л.В., Акушерство и гинекология, 2009, №1
 5. .«Внутрипеченочный холестаза беременных», Горшкова З.А., Medicus Amicus, 2005, №5
 6. .«Гестозы. Руководство для врачей», Венциновский Б.М., Запорожин В.А., Сенчук А.Я., Скачко Б.Г., Москва, 2005
-