

Карагандинский Государственный Медицинский университет  
Кафедра акушерства и гинекологии

**СРС на тему:**  
**ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ ПРИ**  
**ГЕСТОЗАХ. ПРИНЦИПЫ ИНТЕНСИВНОЙ**  
**ТЕРАПИИ ГЕСТОЗОВ.**

**Выполнила:** ст. гр.3005 стом.  
Ирикбаева А.Б.

---

2015 год

# СОДЕРЖАНИЕ:

---

- Введение
- Понятие гестоза
- Этиология гестоза
- Патогенез гестоза
- Клиника гестоза
- Диагностика гестоза
- Ведение беременности, родов при гестозах
- Комплексная медикаментозная терапия гестозов
- Заключение
- Список использованной литературы

# ВВЕДЕНИЕ

---

- Гестоз – достаточно частая патология при беременности; он развивается у 25-30% будущих мам. Это грозное заболевание много лет является причиной материнской смертности. Гестоз приводит к нарушению функций жизненно важных органов, в особенности сосудистой системы и кровотока.



# ГЕСТОЗ БЕРЕМЕННЫХ

---



- не самостоятельное заболевание, это синдром, обусловленный несоответствием возможностей организма матери обеспечить потребности развивающегося плода

□ Гестоз характеризуется глубоким расстройством функции жизненно важных органов и систем, развивается, как правило, после 20 недели беременности. Основные его симптомы: патологическое увеличение массы тела, отеки, артериальная гипертензия (АГ), протеинурия, приступы судорог и/или кома.

# По современной классификации

**выделяют:**

---

1) отеки беременных,

2) гестоз:

- легкой степени тяжести;

- средней степени тяжести;

- тяжелой формы;

3) преэклампсию;

4) эклампсию.



## **Основные группы риска для гестозов:**

---

- беременные с заболеваниями почек;
- беременные с эндокринопатиями;
- беременные с АГ и вегетососудистой дистонией по гипертензионному типу;
- возраст 18 – 35 лет;
- хронические интоксикации и инфекции;
- наследственная предрасположенность;
- негативные социальные и экологические факторы, хронические стрессы, переутомление.

# ЭТИОЛОГИЯ

Согласно современным представлениям, гестоз рассматривают как генетически детерминированную недостаточность процессов адаптации материнского организма к новым условиям существования, которые возникают с развитием беременности

В происхождении гестоза важную роль играет недостаточность спиральных артериол матки, которая вызывает нарушение плацентарного кровообращения.

Предрасполагающее значение могут иметь:

- врожденная и приобретенная недостаточность системы нейроэндокринной регуляции приспособительных реакций (гипоксия, инфекции, интоксикации, гипотрофия в антенатальном периоде, наследственные факторы и т. д.);
- заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ревматические пороки сердца);
- нарушение деятельности желез внутренней секреции (диабет, гипертиреоз);
- нарушение деятельности почек (нефрит, пиелонефрит);
- нарушение деятельности гепатобилиарной системы (гепатит, холецистит);
- нарушение обмена веществ (ожирение);
- выраженные стрессовые ситуации; интоксикации (курение и др.);
- аллергические и иммунологические реакции.



# ПАТОГЕНЕЗ

Иммунологические и генетические особенности, свойственные беременным, могут проявиться в нарушении плацентации. В связи с этим у пациенток, у которых в последующем развивается гестоз, на ранних стадиях гестации происходит торможение миграции трофобласта в артерии. При этом извитые материнские маточные артерии сохраняют морфологию небеременных, в них не происходит трансформации мышечного слоя. Указанные морфологические особенности спиральных сосудов по мере прогрессирования гестации predisполагают их к спазму, снижению межворсинчатого кровотока и гипоксии.

Гипоксия, развивающаяся в тканях маточно-плацентарного комплекса на фоне нарушения кровотока, вызывает локальное поражение эндотелия, которое в последующем приобретает генерализованный характер. Повреждению эндотелия в развитии гестоза в настоящее время принадлежит одно из существенных значений. Повреждение эндотелия способствует развитию изменений, лежащих в основе гестоза - повышению проницаемости сосудов и их чувствительности к вазоактивным веществам, потере их тромборезистентных свойств с формированием гиперкоагуляции, с созданием условий для генерализованного вазоспазма. Генерализованный вазоспазм приводит к ишемическим и гипоксическим изменениям в жизненно важных органах с нарушением их функции.

# ПАТОГЕНЕЗ

---

На фоне спазма сосудов микроциркуляции изменяются свойства текучести крови. Повышаются ее вязкостные характеристики. На фоне гиперкоагуляции возможно развитие хронической формы синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС) крови. Основу хронического течения ДВС при гестозах составляет повсеместное внутрисосудистое свертывание крови с нарушением микроциркуляции в органах.

Наряду с вазоспазмом, нарушением реологических и коагуляционных свойств крови, в развитии гипоперфузии органов важную роль играет гиповолемия, в основном за счет низкого объема циркулирующей плазмы (ОЦП). Сосудистые и внесосудистые изменения приводят к снижению тканевой перфузии и развитию гипоксических изменений в тканях.

Нарушение микроциркуляции при гестозах вызывает существенные изменения метаболизма. Изменение барьерной функции липидного бислоя мембран сопряжено с изменением функционирования каналов для ионов, в первую очередь  $Ca^{2+}$ , а также  $Na^{+}$ ,  $Ka^{+}$ ,  $Mg^{2+}$ . Массивный вход  $Ca^{2+}$  в клетку приводит к необратимым изменениям в ней, в частности к энергетическому голоду и ее гибели с одной стороны, а с другой - дополнительно к мышечной контрактуре и вазоспазму. Возможно, эклампсия, представляющая собой контрактуру поперечнополосатой мускулатуры, обусловлена нарушением проницаемости мембран и массивным перемещением  $Ca^{2+}$  в клетку.

Подтверждением этому может быть тот факт, что в эксперименте  $Mg^{2+}$ , являющийся антогонистом  $Ca^{2+}$ , предотвращает развитие этого процесса. Как известно,  $Mg^{2+}$  оказывает противосудорожный эффект у беременных с эклампсией.



# КЛИНИКА:

1) Самый ранний симптом - **отеки**.

Различают скрытые и явные отеки.

Степень отеков отражает их распространенность:

1-я степень - отеки нижних конечностей;

2-я степень - отеки нижних конечностей и живота;

3-я степень - отеки нижних конечностей, живота и лица;

4-я степень - анасарка.

2) **Гестозы**. Для классического гестоза характерна триада (Цангемейстера) симптомов: отеки, АГ, протеинурия. Но нередко отмечают только два симптома в разных сочетаниях. При тяжелом гестозе классическая триада наблюдается в 95% случаев.





# КЛИНИКА:

---



3) Преэклампсия. О преэклампсии могут свидетельствовать:  
(тяжесть в затылке; головная боль; нарушения зрения; тошнота, рвота; боли в эпигастрии и в правом подреберье; бессонница или сонливость, расстройство памяти, раздражительность, вялость, апатия.)

# КЛИНИКА:

- 4) **Эклампсия** (судорожный припадок 1-2 мин). Эклампсия чревата тяжелыми осложнениями: отслойкой плаценты, преждевременными родами, кровотечениями, гипоксией плода и даже гибелью плода. Не исключено в этой стадии возникновение инфаркта, отека легких, инсульта, почечной недостаточности.





# ОСНОВНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

---

- Тяжелый гестоз может осложниться сердечной, дыхательной, печеночной и почечной недостаточностью, кровоизлияниями во внутренние органы, в т. ч. в головной мозг и сетчатку глаза, отслойкой сетчатки, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Характерным осложнением при гестозе является также плацентарная недостаточность, приводящая к задержке развития плода, его гипоксии, гипотрофии и смерти.



# ДИАГНОСТИКА

Доклиническая стадия: наличие в анализе крови 2-3 маркеров повреждения эндотелия, выявление асимметрии показателей АД на 10 мм рт. ст. и более даже при нормальном уровне АД.

Гестоз: выявление его характерных симптомов (АГ, отеков и протеинурии) с помощью измерения АД в динамике на обеих руках, осмотра, измерения веса в динамике, анализа мочи на наличие белка.

О скрытых отеках свидетельствует:

- ▣ патологическое (более 300 г) или неравномерное еженедельное увеличение массы тела;
- ▣ положительный симптом кольца;
- ▣ уменьшение суточного диуреза. Лабораторно-инструментальные исследования:
- ▣ биохимия крови;
- ▣ общий анализ мочи;
- ▣ контроль диуреза;
- ▣ суточный мониторинг АД;
- ▣ УЗИ;
- ▣ доплерометрия кровотока в системе мать - плацента - плод.

Дифференциальная диагностика проводится с:

- ▣ эпилепсией;
- ▣ уремией;
- ▣ менингитом.

# ПРИ ОТЕКАХ БЕРЕМЕННЫХ 1-И СТЕПЕНИ ВОЗМОЖНО ПРОВЕДЕНИЕ ТЕРАПИИ БЕЗ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ. ЖЕНЩИНЕ НАЗНАЧАЮТСЯ:

- седативная терапия (фитосборы);
- диета со сниженным количеством соли или без соли, без ограничения жидкости;
- разгрузочные дни (яблочный, творожный и др.) с контролем на следующий день;
- прогулки на свежем воздухе;
- растительные сборы с мочегонным эффектом;
- витамины С и Е;
- препараты магния.



## ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ АГ И ПРОТЕИНУРИИ:

- повторно через 30 мин и более измерить АД на обеих руках, чтобы удостовериться, что его повышение не связано с волнением женщины;
- исключить инфекцию нижних отделов половых путей как источник протеинурии;
- собрать повторный анализ мочи (в настоящее время считается, что наиболее информативен и достоверен суточный анализ мочи на белок).
- Нарастание отеков на фоне терапии в течение 10 дней, гестоз легкой и средней степени тяжести являются показанием к направлению беременной в стационар.



# АКУШЕРКЕ НЕОБХОДИМО:

---

- написать направление в отделение патологии беременных;
- провести беседу с беременной о необходимости лечения данного осложнения;
- проконтролировать на следующий день факт госпитализации.

В стационаре назначаются наблюдение и терапия:

- биохимия крови с маркерами патологии печени еженедельно;
- УЗИ еженедельно;
- контроль двигательной активности плода (kick-count test) - ежедневно;
- нестрессовый тест плода еженедельно;
- бессолевая диета при отеках;
- ежедневный контроль белка в моче и АД;
- дневной отдых в постели;
- гипотензивные и седативные средства по показаниям.

Беременная и родильница с признаками тяжелого гестоза и преэклампсии подлежит немедленной госпитализации в перинатальный центр или акушерский стационар с реанимационным отделением для выхаживания недоношенных новорожденных машиной скорой помощи со специализированной бригадой (реанимационной) после стабилизации состояния на месте.

---

Тактика акушерки приемного отделения или женской консультации:

- уложить беременную на ровную поверхность, успокоить, исключить все раздражители;
- срочно вызвать врача, специальную бригаду СМП;
- обеспечить контакт с веной;
- подготовить медикаменты для снятия повышенного АД и улучшения мозгового кровообращения;
- приготовить роторасширитель и языкодержатель.

Тактика в стационаре:

- дать наркоз;
- срочно вызвать врачей акушера-гинеколога и анестезиолога-реаниматолога;
- после оказания неотложной помощи на месте перевести в палату интенсивной терапии строго на каталке.



# КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

Базовой терапией гестоза служит онко-осмотерапия, в которой особое место занимает магния сульфат, оказывающий хороший гипотензивный эффект. 25% р-р сульфата магния вводят в/в капельно через инфузомат или в 200 мл 5% р-ра глюкозы. Доза препарата определяется степенью тяжести гестоза: от 12 г и менее при легкой степени до 50 г - при эклампсии. Из них 4 г вводятся в первый час, остальное - в течение 23 ч равными долями. Терапия магнием проводится при контроле диуреза, сухожильных рефлексов и частоты дыхания.

Для нормализации онкотического давления и лечения гипопротейемии применяется капельное введение растворов гидроксиэтилкрахмала, свежезамороженной плазмы, альбумина, реополиглюкина.

При повышенном АД применяют гипотензивные препараты: нифедипин, анаприлин, аминофиллин, дибазол и др.

Также производится терапия гипоксии, иноксикации, метаболических расстройств, применяются различные средства для увеличения ОЦК, улучшения реологических свойств крови и нормализации системы гемостаза, маточно-плацентарного кровотока.

Длительность инфузионной терапии определяется ее эффективностью, терапия производится до стойкого улучшения основных показателей. Общая продолжительность лечения гестозов легкой и средней степени тяжести составляет не менее 2 нед. Беременная выписывается из стационара с рекомендациями продолжить поддерживающую терапию.

При лечении тяжелого гестоза, как правило, может быть достигнут только временный эффект. Целью лечения в данной ситуации является пролонгирование беременности, если срок гестации менее 35 нед. После 34-35 нед. лечение направлено на подготовку к родоразрешению.

# КРИТЕРИЕМ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ И ПОКАЗАНИЕМ К ДОСРОЧНОМУ РОДОРАЗРЕШЕНИЮ ЯВЛЯЮТСЯ:

---

- при гестозе средней степени тяжести - отсутствие эффекта от лечения в течение 7 дней;
- в случаях тяжелого гестоза - безуспешность проведения интенсивной терапии в течение 2-6 ч;
- гестоз независимо от степени тяжести - наличие задержки развития плода III степени и отсутствие роста на фоне лечения;
- эклампсия и ее осложнения: отсутствие эффекта в течение 2-3 ч;
- развитие – HELLP-синдрома.



# ВЕДЕНИЕ РОДОВ

---

- ❑ Тяжелые формы гестоза являются показанием к операции кесарева сечения. Через естественные родовые пути родоразрешают женщин в удовлетворительном состоянии, при наличии эффекта от лечения и отсутствии страдания плода.
- ❑ При возможности и необходимости подготовку родовых путей проводят ламинариями и введением простагландиновых гелей в шейку матки. При подготовленной шейке родовозбуждение начинают со вскрытия плодного пузыря с последующим (через 2 ч) введением утеротонических средств.
- ❑ В родах показано раннее и тщательное обезболивание. Метод выбора - перидуральная анестезия. Производится ранняя амниотомия в целях снижения внутриматочного давления и ускорения родов. Применяются транквилизаторы и нейролептики. Роды ведут с постоянным мониторингом и профилактикой гипоксии плода.
- ❑ Второй период родов также проводится под эпидуральной анестезией, для сокращения потужного времени делают рассечение промежности, по показаниям - наложение акушерских щипцов или вакуум-экстракция плода. Профилактика послеродового кровотечения производится окситоцином или динопростом, комплексную терапию гестоза продолжают после родов.

# ТАКТИКА АКУШЕРКИ:

в предродовой палате:

- - выполнять все назначения врача;
- - обеспечить постоянный мониторинг сократительной деятельности матки и сердцебиения плода;
- - следить за АД роженицы, диурезом и ее общим состоянием;  
в родзале во время родов:
- - оказывать акушерское пособие (без особенностей);
- - произвести перинео- или эпизиотомию;
- - ассистировать врачу при наложении акушерских щипцов;  
в родзале в раннем послеродовом периоде:
- - следить за состоянием матки, количеством и качеством выделений из половых путей;
- - следить за АД роженицы, диурезом и ее общим состоянием;
- - обеспечить продолжение комплексной терапии гестоза;  
в послеродовом отделении:
- - вести наблюдение за состоянием женщины, особенно за ее АД;
- - выполнять назначения врача.



# ПОСЛЕРОДОВОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

- Отеки могут держаться до 5-8 сут после родов. А в случае сочетанного тяжелого гестоза умеренная гипертензия и протеинурия могут наблюдаться в течение нескольких недель. К концу первой недели после родов также может отмечаться подъем АД до цифр АГ (на фоне предшествующей нормотонии). Поэтому отмена гипотензивной терапии происходит на 2-й неделе после родов, после 48 ч нормотонии. Не рекомендована выписка женщин, перенесших тяжелые формы гестоза, ранее 10-го дня после родов. Также эти женщины должны наблюдаться в женской консультации и у соответствующих специалистов не менее года после родов.

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

---

- Гестозы являются следствием нарушения процесса адаптации материнского организма к развивающейся беременности. Гестозы чреваты осложнениями и для организма матери, и для плода.
- С целью предотвращения развития гестоза у беременных рекомендуется организация рационального режима отдыха, питания, двигательной активности, пребывания на свежем воздухе. Даже при нормальном развитии беременности необходимо ограничение употребления жидкости и соли, особенно во второй ее половине.
- Важной составляющей профилактики гестоза является ведение беременности на протяжении всего срока: ранняя постановка на учет, регулярные посещения, контроль массы тела, артериального давления, лабораторные исследования мочи и т. д.
- Назначение медикаментозной профилактики при гестозах зависит от сопутствующих заболеваний и проводится по индивидуальным показаниям.



# СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1) [http://revolution.allbest.ru/medicine/00326103\\_0.html](http://revolution.allbest.ru/medicine/00326103_0.html)
  - 2) <http://www.medeffect.ru/pregn/compl-0012.shtml>
  - 3) Айламазян Э.К. Акушерство : учеб. для мед.вузов / Э. К. Айламазян. - 7-е изд., испр. и доп. - СПб. : Спец Лит, 2010
-

---

**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!**