

# Токсикозы беременных. Гипертензивные расстройства.

Выполнил студент:  
Л1-с-о-163А группы  
Габак Дмитрий Владимирович

- ▶ **Токсикоз беременных (гестоз)** - патологическое состояние при беременности, связанное с развитием плодного яйца, исчезающее в послеродовом периоде. Гестозы проявляются различными расстройствами нейрогуморальной регуляции. Появляются расстройства функций центральной и вегетативной нервной системы, сердечно-сосудистой и эндокринной систем, а также нарушение ряда обменных процессов, иммунного ответа и др. Выделяют ранний и поздний токсикозы.

## Ранний токсикоз беременных

Развивается в первые 20 недель беременности и носит название **токсикоза первой половины беременности**. Из существующего множества теорий развития раннего токсикоза (как то неврогенная, кортиковисцеральная, гормональная, аллергическая, иммунная) в настоящее время придерживаются теории нарушения нейроэндокринной регуляции и обмена, которые развиваются вследствие перенесенных ранее заболеваний, особенностей беременности, влияния на организм неблагоприятных факторов окружающей среды. Ранний токсикоз беременности чаще всего сопровождается рвотой и слюнотечением (птиализмом).

**Рвота** характерна примерно для 50-60% беременных, однако в стационарном лечении нуждаются лишь 8-10% из них. Появление рвоты связано с нарушением гормонального дисбаланса. Начало рвоты временно соответствует пику выработка хорионического гонадотропина. При рвоте беременных может изменяться эндокринная деятельность коры надпочечников в сторону снижения выработки кортикостероидов. Рвоту беременных можно расценивать и как алергизацию организма при попадании частичек трофобласта в материнский кровоток.

Различают III степени тяжести рвоты беременных.

I. **Легкая степень** характеризуется рвотой до 5 раз в сутки, при этом состояние беременной не нарушается, рвота может быть связана с приемом пищи либо с запахами или появляться натощак.

II. **Средняя степень** тяжести сопровождается рвотой до 10-12 раз в сутки, симптомами интоксикации, слабостью, снижением массы тела и понижением диуреза.

III. **Тяжелая степень** (неукротимая, или чрезмерная, рвота) характеризуется многократной рвотой (до 20 раз и более в сутки), приводящей к быстрому снижению массы тела, истощению, метаболическим сдвигам и нарушению функции жизненно важных органов.

# Лечение рвоты

Лечение рвоты беременных I степени тяжести проводят амбулаторно с контролем динамики прибавки массы тела беременной и регулярными исследованиями мочи на ацетон. Назначается диета с частым, дробным питанием, полоскание рта вяжущими средствами, рекомендуются частые прогулки на свежем воздухе, назначается иглорефлексотерапия.

Лечение рвоты беременных II и III степени тяжести проводят в условиях стационара. Назначают комплексное лечение, целью которой является нормализация функций центральной нервной системы, восстановление потери питательных веществ и жидкости, коррекция электролитного баланса и кислотно-щелочного равновесия. Прерывание беременности производят в случае безуспешности лечения, при стойкой субфебрильной температуре тела, выраженной тахикардии, прогрессирующем снижении массы тела, протеинурии, цилиндрурии, ацетонурии, желтухе.

## **Поздний токсикоз беременных**

Токсикозы, развившиеся после 20 недель беременности, называются **поздними или токсикозами второй половины беременности**, этот термин заменен на термин «ОПГ-гестоз» (отеки, протеинурия, гипертензия). ОПГ-гестоз является синдромом полиорганной функциональной недостаточности, возникающей в результате развития беременности. Причины возникновения этой патологии до настоящего времени выяснены недостаточно. Иммунологическая теория объясняет возникновение симптомов ОПГ-гестоза реакцией организма беременной на антигены плода. При этом происходит образование аутоиммунных комплексов, активирующих кининовую систему. В дальнейшем возникает артериальная гипертензия.



## **Клиническая картина и диагностика.**

Клинические проявления ОПГ-гестоза следующие: значительное нарастание массы тела, появление отеков, протеинурия, повышение артериального давления, судороги и кома.

ОПГ-гестоз проявляется в четырех клинических формах. Это водянка, нефропатия, преэклампсия и эклампсия.

**Водянка** беременных выражается в появлении выраженных стойких отеков при отсутствии протеинурии и нормальных цифрах АД. Вначале отеки могут быть скрытыми (положительный симптом кольца, проба Мак-Клюра - Олдрича), отмечается избыточная прибавка массы тела. Далее появляются видимые отеки на нижних конечностях, в области вульвы, туловища, верхних конечностей и лица. Общее состояние беременной обычно не страдает. Беременность в большинстве случаев заканчивается родоразрешением в установленный срок. Иногда развивается нефропатия беременных.

**Нефропатию** беременных составляют три основных симптома: протеинурия, отеки, повышение артериального давления.

Выделяют III степени тяжести нефропатии.

I. Отеки нижних конечностей, АД до 150/90 мм рт. ст., протеинурия до 1 г/л - I степень.

II. Отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки, АД до 170/100 мм рт. ст., протеинурия до 3 г/л - II степень.

III. Выраженные отеки нижних конечностей, передней брюшной стенки и лица, АД выше 170/100 мм рт. ст., протеинурия более 3 г/л - III степень. Наступление преэклампсии и эклампсии возможно наступить при II и даже при I степени тяжести нефропатии.

## Преэклампсия

Для нее характерны признаки, связанные с нарушением функции ЦНС. по типу гипертензивной энцефалопатии (нарушение мозгового кровообращения, повышение внутричерепного давления и отек мозга). Отмечается возбуждение больных, реже сонливость. На фоне повышенного АД у женщины возникают головная боль, головокружения, нарушение зрения (мелькание мушек перед глазами). Отмечаются явления гипертонической ангиопатии сетчатки глаз. У части беременных появляются боли в эпигастральной области, тошнота, рвота. В это время возможны кровоизлияния в мозг и другие жизненно важные органы. Иногда возникают преждевременные роды, преждевременная отслойка плаценты, смерть плода. По мере нарастания клинических проявлений гестоза нарушается мозговое кровообращение. В результате появляется судорожная готовность, наступает эклампсия - судороги и потеря сознания.

**Эклампсия** наступает чаще всего на фоне преэклампсии или нефропатии. Характеризуется судорогами и потерей сознания. Судорожный припадок при эклампсии может иметь внезапное начало, но в большинстве случаев ему предшествуют симптомы преэклампсии. Он развивается в определенной последовательности.

Первый этап длится 20-30 с. В это время отмечаются мелкие фибриллярные сокращения мышц лица, переходящие затем на верхние конечности.

Второй этап продолжается 15-25 с. Он характеризуется появлением тонических судорог всех скелетных мышц, при этом возникают нарушение или полная остановка дыхания, цианоз лица, расширение зрачков, потеря сознания.

При наступлении третьего этапа, длящегося 1-1,5 мин, тонические судороги переходят в клонические судороги мускулатуры туловища, затем верхних и нижних конечностей. Дыхание становится нерегулярным, хриплым, выделяется пена изо рта, окрашенная кровью из-за прикусывания языка.

Четвертый этап характеризуется тем, что после прекращения судорог больная впадает в состояние комы (сохраняется обычно не более 1 ч, иногда несколько часов и даже суток). Сознание возвращается постепенно, отмечается амнезия, больную беспокоит головная боль, разбитость. Иногда коматозное состояние сохраняется до нового припадка.

## Терапия гестоза

зависит от степени его тяжести. Лечение водянки беременных основано на соблюдении диеты. Ограничивают употребление жидкости до 700-800 мл и соли до 3-5 г в сутки. Применяются диеты в виде разгрузочных яблочных или творожных дней не чаще раза в неделю. При нефропатии беременных дополнительно назначаются седативные препараты (настойка пустырника, реланиум (2,0 мл внутримышечно), фенобарбитал (по 0,05 на ночь)), десенсибилизирующие средства (димедрол по 0,1 2 раза в день). Гипотензивные препараты применяются с учетом индивидуальной чувствительности и под регулярным контролем А/Д (2,4%-ный эуфиллин - 10,0 мл внутримышечно, но-шпа - 2,0 мл внутримышечно, клофелин - по 0,000075, 25%-ный магния сульфат - 5,0-10,0 мл внутримышечно). С целью нормализации проницаемости сосудистой стенки назначают аскорутин - по 1 таблетке 3 раза в день, глюконат кальция - 0,5, 5%-ную аскорбиновую кислота - 2,0 мл внутривенно

## Терапия продолжение

Хороший эффект оказывают рефлексотерапия, электротранквилизация.

Проводится коррекция гиповолемии при помощи инфузионной терапии (10-20%-ный альбумин - 100,0 мл внутривенно, гемодез - 400,0 мл внутривенно). Для восстановления водно-солевого обмена используют диуретики в виде трав (отвар листьев толокнянки), верошпирон - по 1 таблетке 2-3 раза в день, лазикс - 40 мг внутривенно. Для нормализации метаболизма применяют метионин, фолиевую кислоту, аспаркам. С профилактической и лечебной целью при возникновении внутриутробной гипоксии и гипотрофии плода назначают ноотропные препараты - пирацетам - 5,0 мл внутривенно, амбробене, гормоны, токолитики. Для улучшения реологических и коагуляционных свойств крови назначают дезагреганты: курантил по 1 таблетке 2-3 раза в день, а также реополиглюкин - 400,0 мл внутривенно, трентал - 2,0 мл внутривенно, антиоксиданты (витамин Е - по 200 мг 1 раз, эссенциале - по 1 капсуле 3 раза в день).



## Профилактика

Заключается в раннем выявлении заболеваний различных органов и систем, в особенности сердечнососудистой, мочевыводящей и эндокриной систем до наступления беременности, своевременном лечении и тщательном наблюдении за беременной с вышеперечисленными заболеваниями на протяжении всего периода беременности. Особенно заслуживают внимания женщины из группы риска по ОПГ-гестозу в амбулаторных условиях. Осмотр этих пациенток акушер-гинеколог должен производить не реже 1 раза в 2 недели в первой половине беременности и 1 раза в неделю - во второй половине.