

Лечение гестозов



Лечение

поздних гестозов проводится интенсивно и способствует подготовке к быстрому, в основном оперативному родоразрешению.

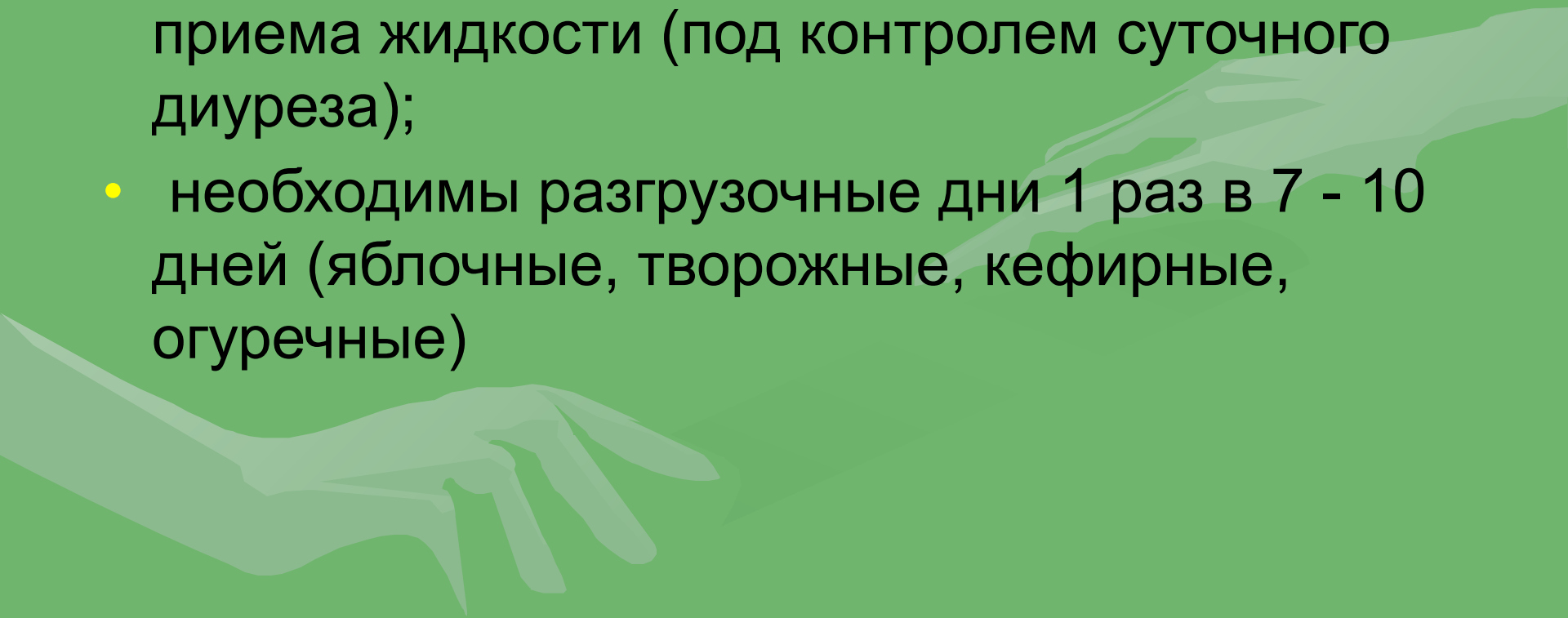
Этиотропным лечением считается **только прекращение** беременности

Патогенетическое и симптоматическое лечение должно проводиться своевременно с учетом формы и степени тяжести патологического процесса. Соблюдение принципа лечебно-охранительного режима обязательно при всех формах поздних гестозов

При выявлении симптомов позднего гестоза, беременная подлежит госпитализации. Амбулаторное лечение допустимо только при выявлении **прегестоза**:

- лечебно-охранительный режим предусматривает дополнительный отдых с обязательным дневным сном;
- ограничение физической нагрузки;
- диетотерапия, фитотерапия, разгрузочные дни

- Лечение водянки беременных включает диетотерапию, фитотерапию физиотерапию и назначение лекарственных средств.
- Диетотерапия заключается в ограничении приема жидкости (под контролем суточного диуреза);
- необходимы разгрузочные дни 1 раз в 7 - 10 дней (яблочные, творожные, кефирные, огуречные)



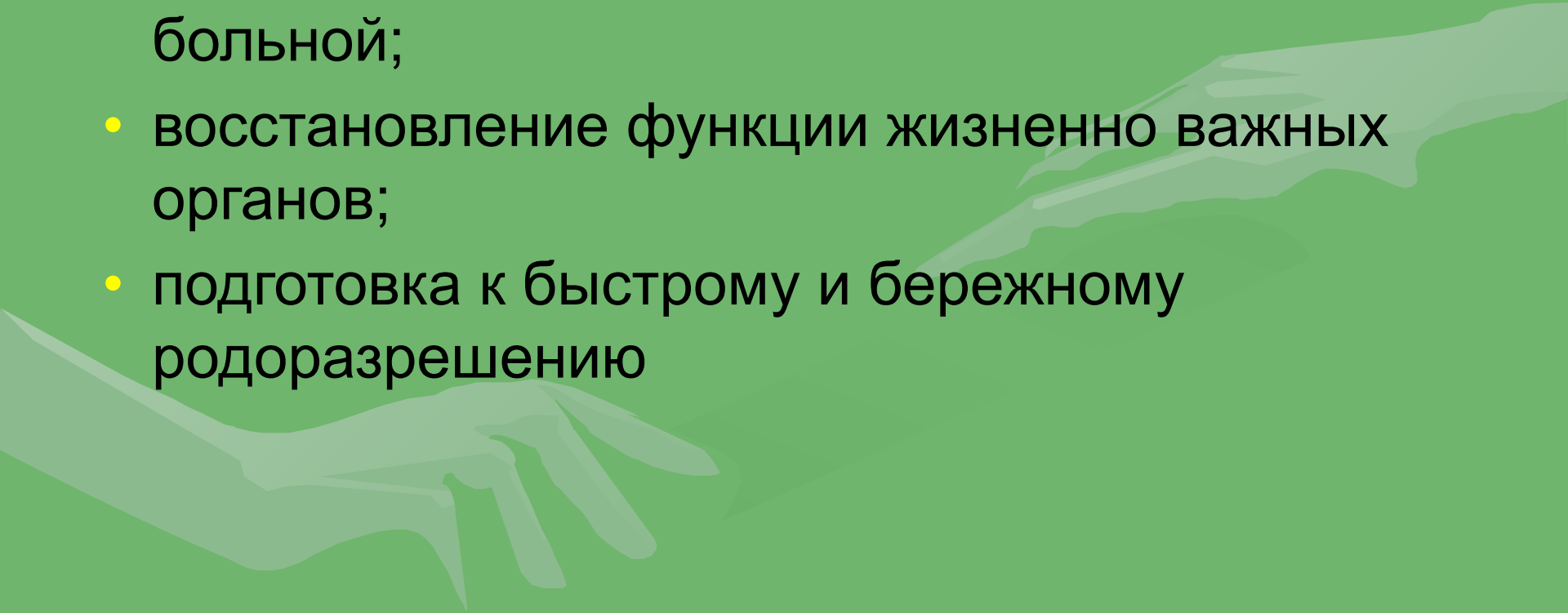
- Медикаментозная терапия включает:
седативные препараты,
десенсибилизирующие средства (димедрол,
супрастин по 1 таблетке 2 раза в день);
спазмолитики (но-шпа, папаверин по 1 - 2
таблетки 3 раза в день); витамины
(аскорбиновая кислота, рутин, витамин Е до
300 мг/сутки, поливитамины), курантил,
магне-В6, хофитол, почечный чай.
- Из физиотерапевтических методов
используют УВЧ, озокерит, парафинотерапию
и индуктотермию на область почек,
кислородные коктейли

Лечение нефропатии беременных

Создание лечебно-охранительного режима является основой лечения нефропатии по В. В.Строганову.

При этом для устранения всевозможных раздражителей беременная или роженица должна находиться в отдельном затемненном помещении

- В настоящее время лечебно-охранительный режим достигается:
- госпитализацией женщины в стационар, бережным, внимательным отношением к больной;
- восстановление функции жизненно важных органов;
- подготовка к быстрому и бережному родоразрешению

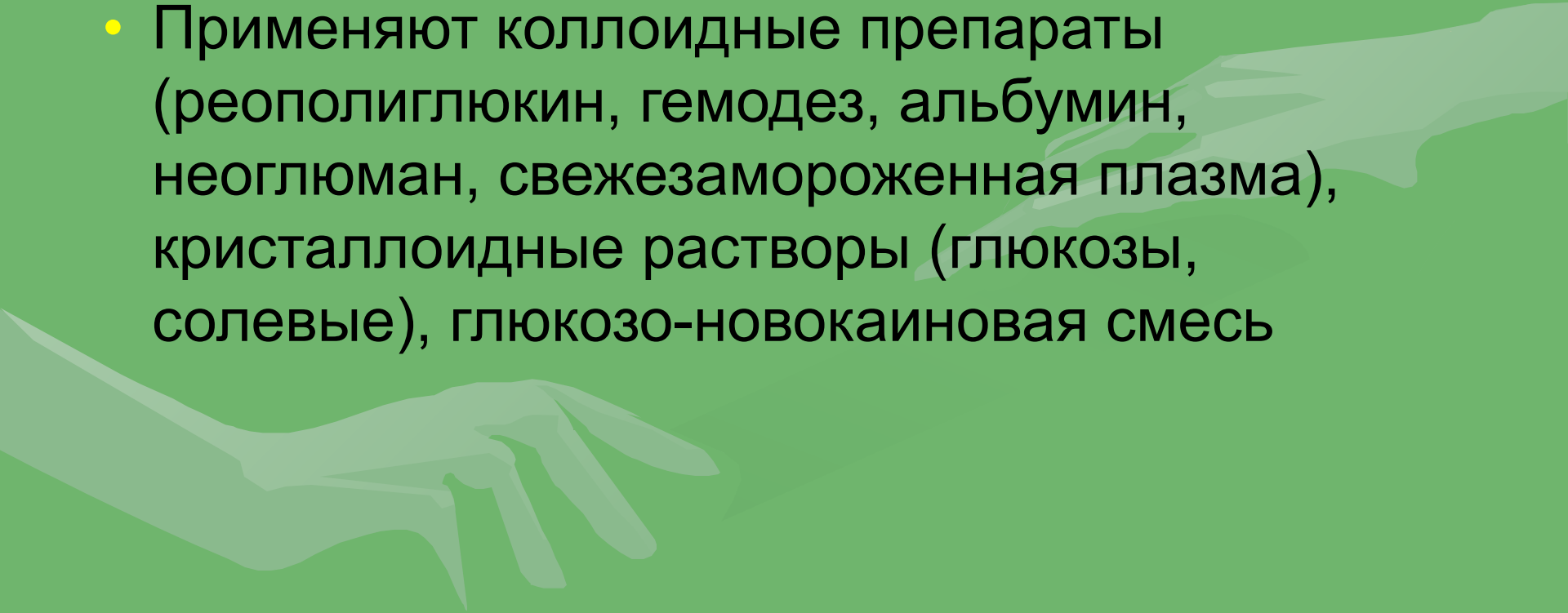


- Назначение медикаментозных средств, угнетающих функцию ЦНС - транквилизаторов: диазепам, реланиум или седуксен - 0,005 г или 2,0 мл 0,5% раствора в\м, в\в -1-2 раза в сутки;
- антигистаминных препаратов: супрастин, фенкарол или пипольфен -0,025 - 0,05 * 3 раза в сутки после еды; димедрол - 0,03 - 0,05 или 1,0 мл 1% раствора в мышцу, в вену 1-3 раза в сутки, что усиливает седативный эффект транквилизаторов

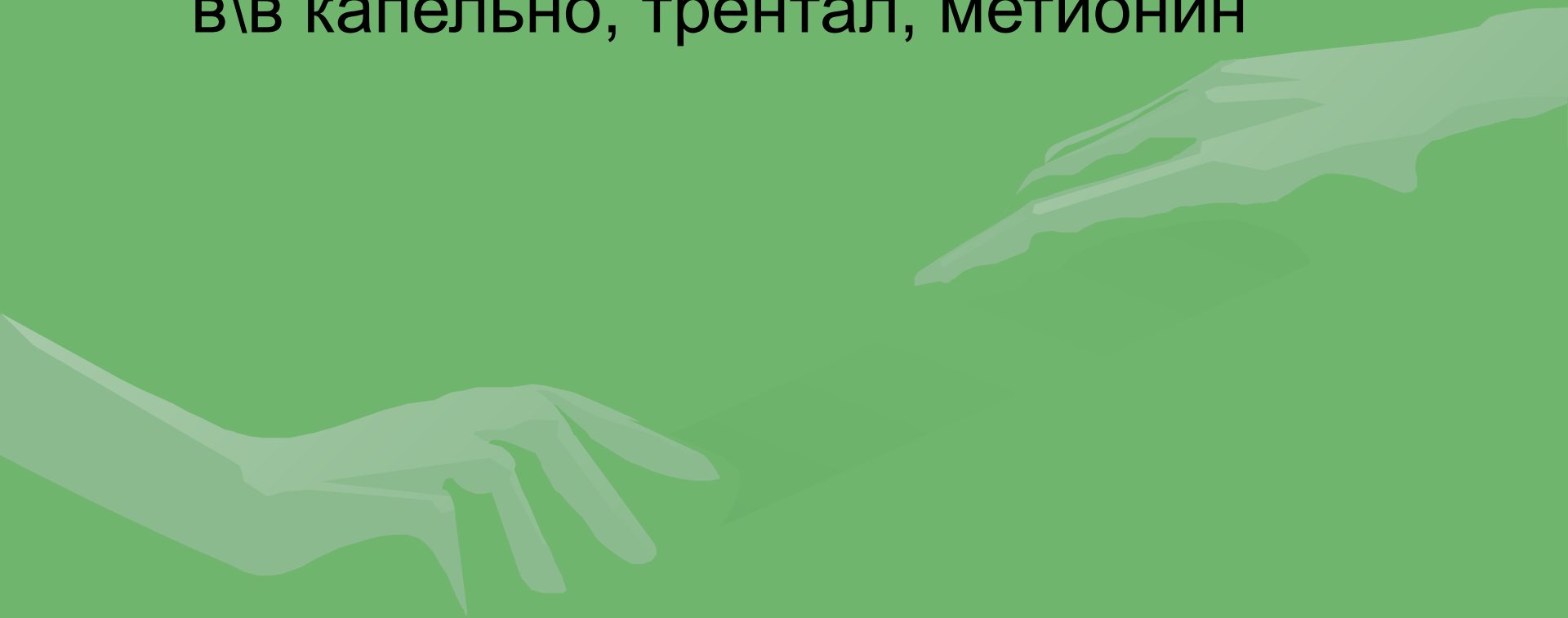
- Спазмолитики, сосудорасширяющие, гипотензивные препараты: но-шпа - 0,04 - 0,08 г или 2 - 4 мл 2% раствора в мышцу, в вену 2-3 раза в сутки; папаверин - 0,04 г или 1 - 2 мл 1 - 2% раствора в мышцу, в вену 3-4 раза в сутки; дибазол - 0,02 - 0,05 г (за 2 ч до еды) или 2 - 3 мл 1% раствора в мышцу, в вену 2-3 раза в сутки; эуфиллин - 0,1 - 0,15 г (после еды) или 10 мл 2,4% раствора в вену 2-3 раза в сутки; метопролол - 25, 50, 100 мг; атенолол, амлодипин 5-10 мг; метилдофа, гепатопротекторы: эссенциале. солкосерил

- Магния сульфат в лечении нефропатии.
- Он обладает гипотензивным, седативным, диуретическим и противосудорожным эффектами. Препарат назначается внутримышечно по 20 мл 25% раствора через 6 ч под контролем частоты дыхания, суточного диуреза, коленных рефлексов. В особо тяжелых случаях магния сульфат вводится внутривенно капельно 10 - 20 мл 25 % раствора на 400 мл физиологического раствора

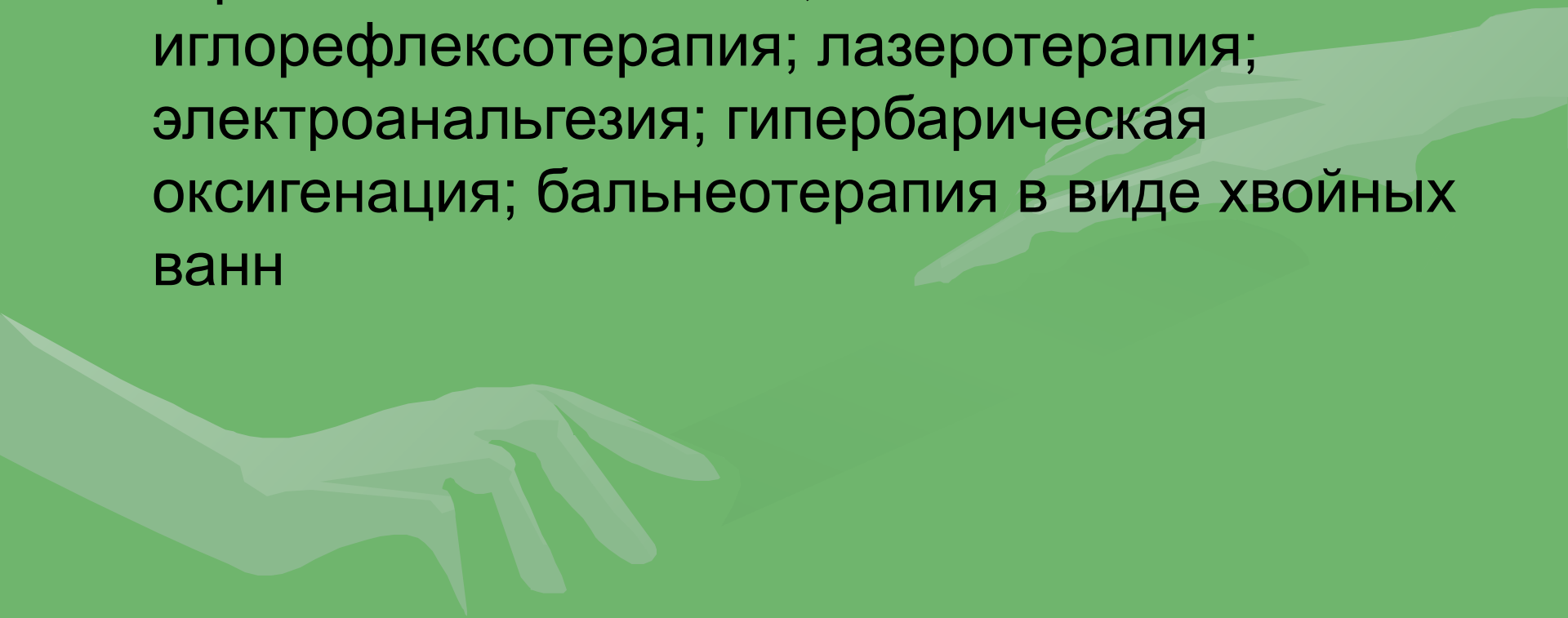
- Показаны препараты, улучшающие реологические свойства крови (трентал, теоникол, гепарин, реополиглюкин-гепариновая смесь).
- Применяют коллоидные препараты (реополиглюкин, гемодез, альбумин, неоглюман, свежзамороженная плазма), кристаллоидные растворы (глюкозы, солевые), глюкозо-новокаиновая смесь



- С целью устранения гипоксии и метаболических нарушений - витамины группы В, С, Е, курантил, актовегин 5мл в\в капельно, трентал, метионин



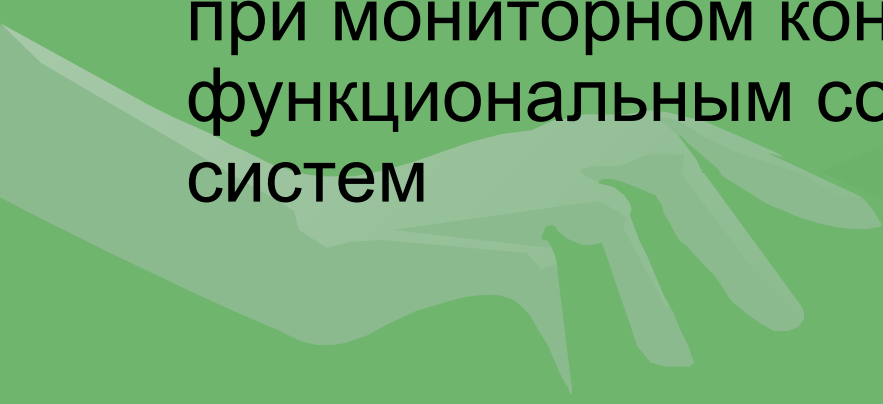
- **Немедикаментозное** лечение: тепловые физиопроцедуры на область почек (УВЧ, озокерит, парафинотерапия); микроволновая терапия области почек; иглорефлексотерапия; лазеротерапия; электроанальгезия; гипербарическая оксигенация; бальнеотерапия в виде хвойных ванн



- **Продолжительность лечения нефропатии** определяется его эффективностью. Продолжительное (до 2 недель и более) лечение нефропатии I - II степени может быть оправданным при эффективности первоначальных интенсивных мероприятий с последующим переходом на 1 -2 препарата, при недостаточном эффекте показано родоразрешение. Лечение нефропатии III степени проводится в виде подготовки к быстрому родоразрешению, чаще оперативному

Лечение преэклампсии и эклампсии

независимо от срока беременности представляет собой комплекс интенсивных мероприятий и экстренное родоразрешение. Лечение должно проводиться совместно с анестезиологом-реаниматологом в условиях отделения интенсивной терапии. Коррекция полиорганных нарушений осуществляется при мониторинговом контроле за функциональным состоянием органов и систем



Первая помощь оказывается акушеркой при развитии судорог:

- удержать женщину, предотвратить возможные травмы;
- открыть рот и ввести роторасширитель, чтобы избежать прикусывания языка;
- после прекращения судорог освободить дыхательные пути от слизи, уложить на левый бок;
- при восстановлении спонтанного дыхания ингаляционный масочный наркоз (галотан, фторотан) или барбитураты;
- максимально быстро наладить инфузионную терапию, лучше в две вены;
- вызвать врача

- начать внутривенное введение 25 % раствора магния сульфата -20 мл медленно, 200 - 300 мл реополиглюкина, 0,25% раствора дроперидола - 3 - 4 мл, 0,005% раствора фентанила - 1 мл, диазепама 0,5%— 2- 4 мл, 1 % раствора гексенала - 200 - 300 мг; подготовить к переключению дыхания на ИВЛ.
- Гипотензивные в\в: гексоний бензосульфонат 0,5 -1 мл- 2,5%, клонидин 0,01% 0,5 – 1мл;
- коррекция гиповолемии, контроль ЦВД, АД, общего белка, гематокрита, диуреза. Инфузионно – трансфузионная терапия

Вводить седативные и гипотензивные средства только внутривенно, с учетом показателей гемодинамики (АД, ЦВД, пульс) в течение всего подготовительного периода до родоразрешения и первые 1-2 суток после него.

Транспортировка противопоказана.

Нормализация дыхательной функции организма беременной женщины достигается вспомогательной вентиляцией, искусственной вентиляцией легких, гипотермией

- Для оценки степени тяжести гестоза необходимо провести полное клиническое обследование: общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи не реже 1 раза в 3 дня, анализ мочи по Нечипоренко, по Зимницкому, суточный диурез, суточный белок в моче, бактериальный посев мочи; осмотры в динамике окулиста с исследованием глазного дна, терапевта, уролога, невролога и проводятся по мере необходимости. УЗИ почек, ЭКГ, КТГ

Родоразрешение при гестозах нередко является основным методом их терапии

Показаниями к срочному родоразрешению являются: эклампсия, преэклампсия, нефропатия III степени. При всех осложнениях эклампсии требуется немедленное родоразрешение. Показаниями к родоразрешению являются также: отсутствие эффекта от проводимой терапии при нефропатии II степени в течение 5-7 дней, нефропатии I степени в течение 10 - 15 дней, нарастание гипоксии или (и) гипотрофии плода. Родоразрешение проводится независимо от срока беременности

- Родоразрешение через естественные родовые пути целесообразно при их готовности к родам, возможности ранней амниотомии. При отсутствии готовности организма женщины к родам родоразрешение через естественные родовые пути показано при гестозах I и II степени тяжести. При «незрелой» шейке матки для родовозбуждения используются простагландины.

Родовозбуждение окситоцином следует проводить осторожно, после интенсивной терапии, направленной на ликвидацию гиповолемии и выраженного сосудистого спазма; за 30 мин до его введения в целях профилактики эмболии околоплодными водами рекомендуется внутримышечная инъекция 1 мл - 2 % раствора промедола или дипразина



Во время родов течение гестоза, как правило, усугубляется, поэтому важно соблюдение всех принципов лечения гестоза, ранняя амниотомия, катетаризация вены, максимальное обезболивание, профилактика гипоксии плода и слабости родовой деятельности, кровотечения, управляемая гипотония во втором периоде родов. По показаниям выходные акушерские щипцы. Постоянное КТГ.

В остальных случаях проводится родоразрешение путем кесарева сечения

Критерии выписки женщины из стационара:
нормализация всех анализов крови и мочи;
стабилизация АД в пределах 130/80 мм рт.
ст., пульса на уровне 90 ударов в минуту;
достижение коррекции полиорганных
нарушений



- Профилактика позднего токсикоза беременных включает:
- обследование женщин для выявления экстрагенитальной патологии и санации очагов инфекции до беременности;
- формирование групп риска в связи с экстрагенитальной патологией с противопоказанием к беременности;
- формирование групп риска по гестозу во время беременности;
- оптимальную диспансеризацию

- **Реабилитация** после перенесенного токсикоза состоит из **трех этапов**:
- обследование роженицы и лечение осложнений в послеродовом отделении. В случае отсутствия эффекта от лечения в течение 10 дней больная подлежит переводу в специализированный стационар (кардиология, урология, неврология и др);
- совместное наблюдение у акушера-гинеколога и терапевта в течение года — обследование сердечно-сосудистой системы, функции почек, печени, ЭЭГ, глазного дна;
- совместная подготовка акушером-гинекологом и терапевтом женщины к последующей беременности

Реабилитация новорожденного:

хроническая и острая гипоксия, задержка внутриутробного развития, дистресс, гибель плода - результат полиорганной недостаточности и нарушения маточно-плацентарного кровообращения при гестозе.

Профилактика - адекватное лечение женщины, своевременное родоразрешение.

- Наблюдение и терапия по недоношенности и незрелости плода

Дети, родившиеся от матерей, перенесших гестоз, должны быть тщательно обследованы неонатологом в родильном доме, а затем поставлены на диспансерное наблюдение с участием педиатра и смежных специалистов



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ !!!**

