



Терапия и профилактика поздних форм гестозов у беременных : преэклампсия и эклампсия

*Работу выполнили:
студентки 3 курса:
Пивоварова Маргарита
Утробина Юлия*

Токсикоз беременных (гестоз) –это патологическое состояние при беременности, связанное с развитием плодного яйца, исчезающее в послеродовом периоде. Это осложнение, которое является следствием недостаточности адаптационных возможностей матери, при котором ее организм не может в достаточной степени обеспечивать потребности растущего плода



Классификация гестозов:

- Ранние (в первые 20 недель) – сопровождаются рвотой и гиперсаливацией
- Поздние (после 20 недель) : ОПГ-гестоз (отеки, протеинурия ,гипертензия) – ТРИАДА ЦАНГЕМЕЙСТЕРА

- ✓ Водянка
- ✓ Нефропатия
- ✓ Преэклампсия
- ✓ Эклампсия



- Рвота- роль играет дисбаланс гормонального фона: недостаточность эстрогенов .Пик уровня Хорионического гонадотропина совпадает со рвотой ,имеет место снижение секреции кортикостероидов и повышение активности ПНС

- 1-легкая степень: до 5 раз , состояние удов.

- 2-средняя степень : до 10раз, симптомы интоксикации,слабость, снижен диурез

- 3-тяжелая степень: до 20 раз и более ,истощение , похудение ,апатия , появление в моче ацетона,белка , иногда появление желтухи



Лечение рвоты

1) Регуляция деятельности ЦНС

- - **Дроперидол**-нейролептик ,
внутривенно 1 мл 0,25% рас-ра

2) Борьба с дегидратацией объем
инфузий до 3000 мл

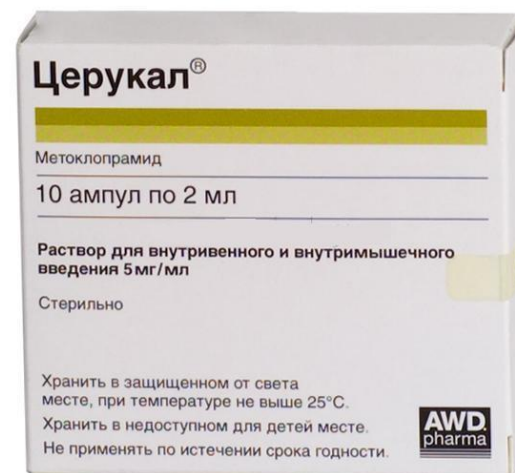
- - раствор **Рингер-Лока** 1000м
- **Дисоль** 400 мл
- -альбумин 10%

3) Борьба с ацидозом

-**Бикарбонат натрия** 4%- 100,0 мл
в/в

4) Подавление рвотного центра

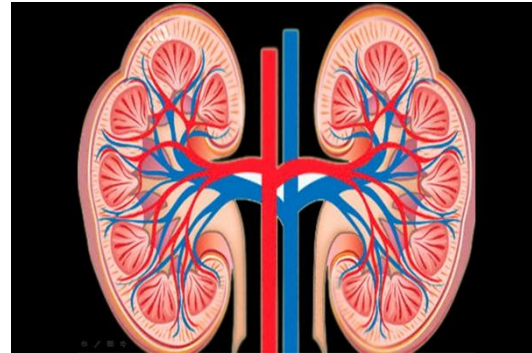
-**Церукал** (метоклопрамид)
блокатор дофаминовых
рецепторов-2 мл внутримышечно



ОПГ-гестоз является осложнением беременности и синдромом полиорганной функциональной недостаточности.

Этиология :

- Диффузионно-перфузионная недостаточность маточно-плацентарного кровообращения
- Наличие экстрагенитальной патологии у беременной, прежде всего нарушения кровообращения в почках



Патогенез

Гомозиготность по системе HLA →
блокировка распознавания Т-клетками АГ
различий между тканями плода и матери →
торможение миграции трофобласта в сосуды
матки → в сосудах матки не происходит
трансформации мышечного слоя → спазм
сосудов ,снижение межворсинчатого
кровотока и гипоксия плацентарной ткани →
дисфункция эндотелия → эндотелиоз →
набухание цитоплазмы ,отложение фибрина
вокруг базальной мембраны →
повреждение сосудов плаценты и матки ,а
затем распространение на почки и печень.

Блок синтеза эндотелием вазодилататоров

Преобладание вазоконстрикторов(тромбоксан) ➡

вазоспазм ➡ гипертензия

Спазм почечных сосудов ➡ выброс ренина и АП ➡ Повыш.АД

Повышение проницаемости ➡ выход жидкости из сосудов ➡

отечный синдром

Генерализованная вазоконстрикция и выход жидкости в интерстиций ➡ снижение ОЦК

Снижение синтеза тромбомодулина, тканевого активатора плазминогена, повышенная агрегация тромбоцитов ➡ ДВС-SD

Активация ➡ перекисного окисления липидов повреждение клеточных мембран ➡ к ухудшению газообмена,нарушению функций плаценты образование в ней участков тромбоза,ишемии задержка развития плода



Маточно- плацентарная Гипоперфузия - обусловлено уменьшением пульсового давления и ухудшением венозного оттока

При доношенной физиологической беременности она составляет 162 мл/мин на 100 г ткани плаценты, при ОПГ-гестозе – **всего 59 мл/мин** на 100 г ткани плаценты.

Способствует нарушению перфузии:

- Ожирение, многоплодие, многоводие, стресс, физическое напряжение являются дополнительными факторами, способствующими усилению нарушения маточно-плацентарной перфузии.
- В положении женщины лежа на спине происходит прижатие маткой нижней полой вены, что ухудшает перфузию
- ОПГ-гестоз часто при повторных родах, если признаки его наблюдались при предыдущих беременностях, а также у женщин с заболеванием мочевыводящей системы, гипертонической болезнью, сахарным диабетом.



Водянка

- Выражается в появлении выраженных стойких отеков при отсутствии протеинурии и нормальных цифрах АД (задержка солей натрия , расстройство водно-солевого баланса и повышенная проницаемость сосудистой стенки) Вначале отеки могут быть скрытыми (положительный симптом кольца , более 300г прибавка в весе за неделю ,снижение диуреза до 900 мл ,никтурия)
- 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.



Нефропатия

- **Протеинурия, отеки, повышение артериального давления.**
- Особое значение имеют повышение диастолического давления и уменьшения пульсового давления(в норме 40)
- Повышенное диастол.давления= снижению плацентарного кровотока.
- ***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.***

При утяжелении гестоза диурез уменьшается, азотовыделительная функция почек снижается (содержание мочевины в крови достигает 7,5 ммоль/л и более).

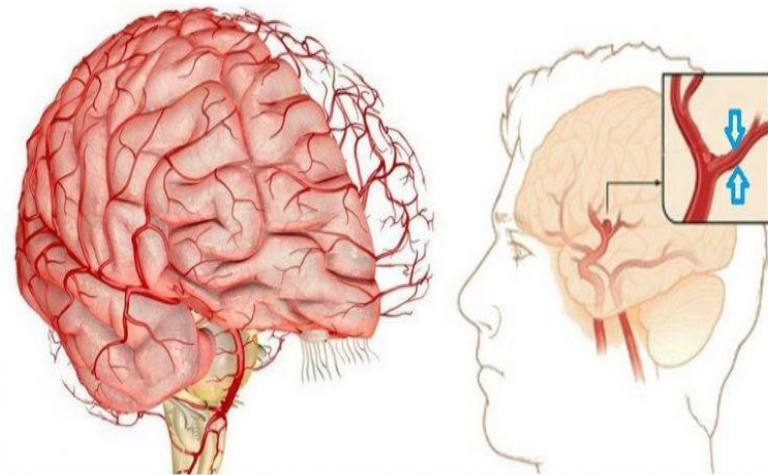
Одновременно снижается белок в плазме крови : нарушение белково-образовательной и антитоксической функции печени и снижение коллоидно-онкотического давления плазмы крови. Чем тяжелее протекает гестоз, тем ниже содержание белка в плазме крови.



Преэклампсия

является кратковременным промежутком перед развитием судорог (эклампсии) и сопровождается нарушением с преимущественным поражением ЦНС по типу гипертензивной энцефалопатии (нарушение мозгового кровообращения)

- Головная боль — вазоспазм, отек мозга
- Мелькание мушек перед глазами, т.е нарушение зрения, ишемизация сетчатки
- Боли в эпигастрии, рвота-стрессорные эрозии слизистой желудка
- Боли в правом подреберье — перерастяжении глиссоновой капсулы



Эклампсия

Наступает чаще всего на фоне преэклампсии или нефропатии. Характеризуется судорогами и потерей сознания.

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.

Третий этап, 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 – больная впадает в кому (не более чем на 1 час, иногда сутки) Сознание возвращается постепенно, отмечается амнезия, больную беспокоит головная боль, разбитость.

Осложнения: СН, отек легких, острая ДН, поражение головного мозга.

Возможно преждевременная отслойка плаценты, и прерывание беременности. Во время остановки дыхания может наступить гибель плода.



Группы риска по развитию гестозов

- ❖ Возраст первобеременной более 30 лет
- ❖ Гестоз при предыдущей беременности
- ❖ Гестоз в анамнезе у матери или сестры
- ❖ Профессиональные психоэмоциональные нагрузки
- ❖ Психические травмы
- ❖ Ожирение ,Сах.диабет ,ГБ , патология почек
- ❖ Ранние токсикоз
- ❖ Крупный плод ,Многоплодие

Лечение Водянки

- Соблюдение диеты-жидкость до 700 мл и соли до 3 г в день.



Лечение нефропатии

1)

Антигипертензивная терапия

- **Допегит** (метилдопа) – 2 раза в день ,таблетки по 250 мг – стимулятор альфа2-АР
- **Клофелин** таблетки 0,075-0,15 мг 2 р/д
- Под язык **пропранолол** по 0,01 г
- При АД выше 160/100мм.рт.ст – Клонидин в/в 1мл 0,01% р-ра развести в 10 мл NaCl
- Са-блокаторы : Нифедипин



2) Магнезиальная терапия –сульфат магния – снижает уровень Са, угнетает выделение катехоламинов ,умеренный вазодилататор, противосудорожное средство.

– в/м 24 мл 25% р-ра магния сульфата, 4 раза через 4 часа. Препарат вводят вместе с 5 мл 0,5% р-ра прокаина на фоне предварительной нейролептаналгезии (диазепам, дроперидол, дифенгидрамин), так как боль может спровоцировать приступы эклампсии.

□ Первую инъекцию 25% р-ра магния сульфата в/в в количестве 10—12 мл на 200 мл натрия хлорида, а последующие инъекции — в/м; скорость в/в введения препарата 16—18—30 капель в минуту.

□ При тяжёлых формах гестоза вводят в/в капельно 30 мл 25% р-ра магния сульфата, что соответствует 7,5 г сухого вещества, в 300 мл изотонического раствора натрия хлорида; скорость введения лечебной смеси 100 мл в течение первого часа, а затем 15-30 капель в минуту под контролем АД, частоты дыхания.



3) Снятие сосудистого спазма

- **Эуфиллин 2,4%** - 10,0 мл внутримышечно
- **Дибазол 1,0 %** - 5,0 внутримышечно
- **Папаверин 2,0%-2,0** внутримышечно

4) Седативные средства

- **Реланиум (деазепам)** анксиолитик-2,0мл внутримышечно

5) Инфузионная терапия:

- **Реополиглюкин** —капельно в суточной дозе 500мл
- **Мафусол**(антигипоксант) — 400мл
- **Трентал 5%-5,0** в/в капельно в 200мл физ.раствора.
- **20% альбумин**- 100,0 мл внутривенно



6) С целью профилактики гипоксии плода и его гипотрофии:

- 3 мл 5% р-ра **аскорбиновой кислоты**
- **Пирацетам** (ноотроп) -5,0 мл внутривенно

7) Для улучшения реологических свойств крови

- Дезагреганты: **курантил** по 1 таблетке 3 раза в день

8) антиоксиданты

- Витамин Е по 200мг 1 раз в день



Терапия преэклампсии

- Проведение комплексной терапии написанной выше +
- Предотвращение судорог: срочное введение внутривенное **Дроперидола** (3 мл -0,25% рас-ра) и **диазепама** (2 мл-0,5% раствора)
- Седативный эффект усилить в/м введением 2мл 1 % раствора **промедола**.

Если лечение оказывается эффективным, то гестоз из стадии преэклампсии переходит в стадию нефропатии 2 или 3 степени и терапия продолжается.

При отсутствии эффекта через 3 часа ставится вопрос о родоразрешении женщины



Эклампсия в сочетании с развитием сердечно-легочной недостаточности, комы и с большой кровопотерей расцениваются как показания для ИВЛ

- Глюкокортикоиды : гидрокортизон гемисукцинат (600мг в сутки)
- Сибазон 0,5% -4 мл (диазепам),
Дроперидол 0,25% 3 мл.(нейролептик)
- Сульфат магния по схеме(сочетают с назначением спазмолитиков и сосудорасширяющих ср-в : Ношпа)



Лечении эклампсии

- 1) больную укладывают на ровную поверхность и поворачивают ее голову в сторону;
- 2) роторасширителем или шпателем открывают рот, вытягивают язык, освобождают верхние дыхательные пути от слюны и слизи;
- 3) начинают вспомогательную вентиляцию маской или переводят больную на искусственную вентиляцию легких;
- 4) внутривенно вводят сибазон (седуксен) — 4 мл 0,5% раствора и повторяют введение через час в количестве 2 мл, дроперидол — 2 мл 0,25%;
- 5) начинают капельное внутривенное введение магния сульфата (5 г сухого вещества на 200 мл реополиглюкина - вводить 30 мин под контролем АД), затем вводить поддерживающую дозу 1 г в час.
- 6) немедленное родоразрешение.



Экстренные показания к родоразрешению (вне зависимости от срока беременности)

- Эклампсия
- Отслойка сетчатки
- Отслойка плаценты
преждевременная
- Кровоизлияние в мозг
- Почечно-печеночная
недостаточность



Профилактика заключается в:

- раннем выявлении заболеваний сердечно-сосудистой, мочевыводящей и эндокринной 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.
- своевременно выявленном и вылеченном **претоксикозе**. Он характеризуется такими признаками, как асимметрия АД на руках (разница 10 мм рт. ст. и более в положении сидя), пульсовое давление 30 мм рт. ст. и менее, снижение онкотической плотности мочи, уменьшение суточного диуреза до 900 мл, незначительная протеинурия и чрезмерная прибавка массы тела.



Спасибо за внимание!



НОВЫХ УСПЕХОВ, ТОВАРИЩИ!