



# ГЕСТОЗЫ





# 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
    - A. **Часто встречающиеся формы** – рвота беременных, слюноотделение;
    - B. **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 – рефлексорная, нейрогенная, гормональная, аллергическая, иммунная, кортико-висцеральная

## □ Иммунная теория

Поздние гестозы – проявление иммунологического конфликта, возникающего на основе генетически обусловленной антигенной неоднородности организма матери и плода вследствие изменений в плаценте, при наличии факторов, обуславливающих продукцию антител. Иммунологические сдвиги вызывают изменения в нервной, сосудистой, эндокринной и других системах

## □ Гормональная теория

Причины гестозов – нарушение функции коры надпочечников, изменение секреции эстрогенных гормонов, недостаточная активность плаценты. **НО**, эндокринные нарушения возникают при токсикозе беременных вторично

---



# РАННИЕ ГЕСТОЗЫ

## ❖ Рвота беременных



Сопровождается изменением вкусовых и обонятельных ощущений, понижением аппетита, бывает не только по утрам, а повторяется несколько раз в день.

### ➤ **Степени тяжести рвоты:**

1. Легкая рвота
  2. Умеренная рвота (средней тяжести)
  3. Чрезмерная рвота (тяжелой тяжести)
-

### **1. Легкая рвота**

Несколько раз в день, после еды. Общее состояние не нарушается, температура, АД, диурез в норме, пульс несколько учащен (90 уд/мин).

### **2. Умеренная рвота**

Независима от приема пищи, до 10 раз в день. Слюноотделение. Истощение. Температура субфебрильная (до 37,5°C), тахикардия (100 уд/мин), кожа суховатая. Слабость, апатия. Диурез снижается, переходящая ацетонурия.

### **3. Чрезмерная рвота**

До 20 и более раз в сутки. Состояние тяжелое, адинамия, резкий упадок сил, резкое отвращение к пище, чрезмерная раздражительность. Истощение. Кожа сухая, дряблая, язык густо обложен, запах ацетона изо рта. Живот болезненный при пальпации. Температура субфебрильная (до 38 °C и выше). Тахикардия (120 и более уд/мин), гипотония. Диурез снижен, в моче появляется белок, ацетон, цилиндры. В крови нарастает содержание остаточного азота, снижается количество хлоридов, нарастает метаболический ацидоз.

# ЛЕЧЕНИЕ

**Комплексная терапия**, направленная на нормализацию функций:

- ЦНС – электросон, электроаналгезия. Подавление возбудимости рвотного центра – церукал, дроперидол; при средней и тяжелой степени тяжести обязательно парентеральное введение препаратов течение 5-7 дней. Седативное действие – пипольфен
  - Эндокринных желез
  - Обменных процессов (водно-электролитный обмен) – инфузионная терапия в количестве 2-2,5л в сутки
  - Внутримышечные инъекции витаминов и коферментов (кокарбоксилаза)
  - Антигистаминные препараты - супрастин, диазолин, тавегил
  - Предупреждение и лечение токсических поражений печени – метионин
  - Спленин по 2 мл внутримышечно в течение 10-12 дней
-



✓ **Неэффективность проводимой терапии требует прерывания беременности**

❖ **Показания к прерыванию беременности:**

1. Непрекращающаяся рвота
  2. Нарастание уровня ацетона в моче
  3. Прогрессирующее снижение массы тела
  4. Нарушение функций нервной системы
  5. Желтушное окрашивание склер и кожи
  6. Изменение КОС, гипербилирубинемия
-

# ПТИАЛИЗМ

(слюноотечение)

может наблюдаться как при рвоте, так и самостоятельно

## ❖ Клиника:

- Суточная саливация до 1л и более
- Мацерация кожи, слизистой губ
- Пониженный аппетит, ухудшается самочувствие
- Беременная худеет, нарушается сон
- Признаки обезвоживания

## ❖ Лечение:

- Полоскание рта настоем шалфея, ромашки, раствором ментола
  - Атропин 2 раза в день
  - Гипноз, иглорефлексотерапия
- Смазывание кожи лица цинковой пастой или пастой Лассара



# ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ГЕСТОЗОВ

- ✓ Своевременное лечение хронических заболеваний
- ✓ Борьба с абортами
- ✓ Обеспечение беременной эмоционального покоя
- ✓ Устранение неблагоприятных воздействий внешней среды

Большое значение имеет *ранняя диагностика и лечение начальных проявлений гестоза*, что дает возможность предупредить развитие более тяжелых форм

---

# ПОЗДНИЕ ГЕСТОЗЫ

## ❖ Характеристика:

- Полиорганная функциональная недостаточность
- Триада основных симптомов – отеки, протеинурия, гипертензия; реже – судороги, кома
  - Частота гестозов – 2-14%
- Причина материнской смертности в 20-25% случаев
- Перинатальная смертность в 3-4 раза превышает среднюю

## ❖ Факторы риска

1. Первые роды
  2. Гестоз в семейном анамнезе
  3. Хронические заболевания: сахарный диабет, артериальная гипертония, гломерулонефрит, пиелонефрит
  4. Возраст моложе 18 или старше 30 лет
  5. Акушерские осложнения: многоплодная беременность, пузырный занос, водянка пода
- 
6. Во II триместре беременности среднее АД выше 90 мм.рт.ст., АД выше 140/90 мм.рт.ст.

# КЛАССИФИКАЦИЯ



# ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ГЕСТОЗОВ

## ➤ Учет выраженности симптомов и времени их возникновения

**ВАЖНО:** *систематическое и тщательное наблюдение за беременной –*

При каждом посещении беременной консультации:

- Взвешивание беременной
- Измерение АД на обеих руках
- Исследование мочи
- Тщательное акушерское наблюдение
- С 32 недели беременности масса женщины должна нарастать на –

50 г в сутки

350-400 г в неделю

1600г (не более 2кг)

10-12 кг - вся беременность

# ВОДЯНКА

## ❖ Клиника:

- Начинается во второй половине беременности: пастозность ⇒ отечность стоп и голеней ⇒ отечность бедер, наружных половых органов, живота ⇒ общая отечность (анасарка)
- АД нормальное
- Белок в моче отсутствует

## ❖ Лечение:

- Ограничение жидкости (700-800 мл в день) и солей (3-5 г в день)
- При значительных отеках - постельный режим и строгое ограничение жидкости (до 500мл); «разгрузочные дни», калийсберегающие диуретики.
- Препараты валерианы, пустырника, седативные препараты
- При отсутствии эффекта от терапии и отеках II, III степени - госпитализация

# НЕФРОПАТИЯ БЕРЕМЕННЫХ

**Триада симптомов** – отеки, повышение АД, протеинурия

## **Степени тяжести:**

- **Первая степень**: небольшие отеки, умеренная гипертензия (АД не более 150 мм.рт.ст.), белок в моче до 1 г/л
- **Вторая степень**: выраженные отеки, АД повышено на 40% (до 170 мм.рт.ст.), белок в моче до 2-3 г/л
- **Третья степень**: резко выраженные отеки, АД более 170 мм.рт.ст., выраженная протеинурия (более 3г/л), цилиндрурия и олигоурия

## **Шкала Виттлингера**

□ **Тяжесть токсикоза определяется по 6 основным клиническим признакам:** отеки, прибавка массы тела, артериальная гипертензия, величина диуреза, протеинурия, субъективные симптомы



## ❖ Клиника

1. Артериальная гипертензия
2. Признаки гипертонической ангиопатии, ретинопатии, отека сетчатки
3. Уменьшение клубочковой фильтрации, нарушении концентрационной и водовыделительной функции, белок в моче

## ❖ Диагностика

- Анализ электролитного состава
  - Определение белкового состава крови – гипо- и диспротеинемия в виде гипоальбуминемии и гиперглобулинемии
  - Показатели свертывающей системы крови (число тромбоцитов, продукты деградации фибриногена)
  - Гематокритное число – по мере увеличения тяжести нефропатии гематокритное число увеличивается от 0,36 – 0,38 при I степени и свыше 0,42 при III степени
-



---

✓ Тщательное наблюдение за состоянием плода:

- ❑ Кардиомониторинг - диагностика гипоксии плода
- ❑ Фетометрия, УЗИ - диагностика гипотрофии
- ❑ УЗИ – состояние плаценты, доплерометрия – оценка кровотока

✓ Осложнения

- Асфиксия плода
  - Аномалия родовых сил
  - Кровотечения
  - Во время родов повышается риск перехода в следующую стадию преэклампсию и эклампсию
-

## ❖ Лечение

### Основные принципы:

1. Обеспечение охранительного режима
2. Ликвидация сосудистого спазма и гиповолемии
3. Предупреждение и лечение гипоксии плода

### ➤ **Нефропатия I,II степени**

- Комплексный подход к лечению, лечение в стационарных условиях
  - Седативные препараты - отвар, настойка валерианы и пустырника, транквилизаторы (сибазон, нозепам), антигистаминные препараты (димедрол, супрастин)
  - Питание – нет строго ограничения жидкости, пища богатая полноценными белками, фрукты, овощи. Разгрузочные дни раз в неделю, витамины
  - Гипотензивная терапия: I степень - энтеральное, парантеральное введение но-шпы, эуфиллина, папаверина, диабозола; II степень – метилдофа, клофелин
- 
- Инфузионная терапия – 800мл



## ❖ Лечение

### Нефропатия III степени

- Проводится в отделении или палате интенсивной терапии
- При отсутствии явного и стойкого эффекта срок лечения составляет 1-3 дня

#### Основные задачи терапии:

1. Коррекция гиповолемии
  2. Снижение периферического артериоспазма
  3. Регуляция белкового и водно-солевого обмена
  4. Улучшение микроциркуляции в жизненноважных органах матери
  5. Обеспечение маточно-плацентарного кровотока
  6. Подготовка к родоразрешению
-