

# ГЕСТОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ

## Ранние токсикозы и гестозы беременных

Заболевания, возникающие в связи с развитием плодного яйца или **его отдельных элементов**, при нарушении процессов адаптации организма женщины к беременности, называются гестозами беременных. Ранние токсикозы развиваются в первой половине беременности, а гестозы - во второй.

## **Классификация гестозов.**

Гестозы разделяют по сроку возникновения.

### **Ранние токсикозы:**

- рвота беременных
- слюнотечение

## **Поздние гестозы:**

- водянка (отеки) беременных
- нефропатия (легкой, средней и тяжелой степени)
- преэклампсия
- эклампсия

Гестоз, развившийся на фоне различных экстрагенитальных заболеваний (мочевых путей, сердечно-сосудистой системы и др.), носит название **сочетанного гестоза**

### **Редкие формы гестозов:**

- желтуха, дерматоз, остеомаляция, тетания беременных, бронхиальная астма.

Встречаются в течение всего срока беременности, но чаще в ранние сроки

## Этиология и патогенез

Причиной гестоза считается плодное яйцо

### Нейроэндокринная теория:

усиление продукции гипофизом вазопрессина и антидиуретического гормона, надпочечниками кортизола на фоне изменения функции нервной системы при гестозе способствует задержке жидкости в организме и повышению тонуса кровеносных сосудов. Это является пусковым механизмом развития гипертензии, отеков, протеинурии

**Иммунологическая теория:** в результате наследования части признаков от отца ткани плода и последа необходимо рассматривать как своеобразный трансплантат в организме матери, который вызывает образование антител.

**Теория «болезни адаптации»:** различные неблагоприятные факторы (неполноценное питание, стрессы, гиповитаминоз, переохлаждение и др.), воздействуя на организм будущей матери, вызывают снижение возможностей адаптационных систем адекватно обеспечить потребности развивающегося плода

## **Плацентарная теория:**

Пусковым механизмом развития гестоза является недостаточное кровоснабжение, нарушение газообмена и обмена веществ в плаценте. В результате происходит накопление веществ, вызывающих периферический вазоспазм, повышающих АД. Ишемия органов и тканей, нарушение проницаемости сосудистой стенки ведет к диспротеинемии и отекам





# **Ранние токсикозы**

## **Рвота беременных**

наиболее часто встречающаяся форма токсикоза первой половины беременности.

Патогенез токсикозов связывается с обменными нарушениями, голоданием и обезвоживанием. В организме развивается ацидоз, возникают органические нарушения. При прогрессировании болезни развивается почечная недостаточность, нарушение функции печени, изменения в ЦНС, сердце и других органах и системах

Различают легкую, умеренную (средней тяжести) ,  
чрезмерную (тяжелую или неукратимую) рвоту.

Рвота беременных **легкой степени** повторяется  
несколько раз в день (до 3-5), обычно после приема  
пищи и по утрам.

АД неустойчивое, пульс слегка учащен до 90  
ударов в минуту, масса тела женщины не  
снижается, температура и диурез нормальные

**Умеренная степень токсикоза** характеризуется учащением рвоты до 10 - 12 раз в сутки независимо от приема пищи. Больная не может удержать съеденную пищу. Появляется слюнотечение, наступает обезвоживание организма, уменьшается масса тела. Пульс учащается до 100 - 120 ударов в минуту, отмечается субфебрильная температура, развивается гипотензия, наблюдается сухость кожи, снижается диурез, слабость, адинамия, апатия.

У 5 - 7 % больных наблюдается желтуха, у 20 - 30 % - гипербилирубинемия (до 40 мкмоль/л) и у 20 - 30 % - ацетонурия

**Чрезмерная рвота** повторяется до 20 и более раз в сутки и протекает с явлениями тяжелой интоксикации организма. Температура тела повышается до 38 °С и выше, развивается тахикардия до 120 ударов в минуту и более. Пульс слабого наполнения и напряжения, тоны сердца приглушенные, артериальное давление снижается до 80 мм рт.ст. Больные значительно теряют массу тела (до 2 - 5 кг в неделю), прогрессируют апатия, адинамия

При осмотре женщин выявляются резко выраженная сухость кожных покровов, симптом «пыльного следа», сниженный тургор. Появляются желтушность кожи и склер, запах ацетона изо рта, глоссит, гингивит. Может быть болезненность в эпигастрии, в правом подреберье, над лоном.

Обнаруживаются признаки поражения ЦНС: бред, эйфория, кома.

**Диурез** снижается до 400 - 300 мл в сутки.

**В крови** отмечаются повышение остаточного азота, мочевины, билирубина, увеличение гематокрита, лейкоцитоз, снижение содержания альбуминов, холестерина, калия, хлоридов.

**В моче** - протеинурия и цилиндрурия, определяются уробилин, желчные пигменты, форменные элементы, реакция на ацетон резко положительная

## **Тяжесть состояния определяется:**

- Количество раз рвоты
- Потеря веса от 2 до 5 кг в неделю
- Наличие ацетона в моче



## Лечение

Лечение больных должно быть комплексным. При легких формах раннего токсикоза возможно амбулаторное лечение, при рвоте средней и тяжелой степени больную направляют в стационар

1. Лечебно-охранительный режим.
2. Диета легко усваиваемая, обогащенная витаминами, достаточно калорийная пища, «желанная». Принимать лежа, в охлажденном виде, небольшими порциями каждые 2 - 3 ч. Минеральная щелочная вода в небольших объемах 5-6 раз в день.

3. Для нормализации функции ЦНС применяется электросон или электроанальгезия, рефлексотерапия.
4. Противорвотные, антигистаминные средства: дроперидол, церукал, метаклопромид 2% 2мл.в\м, спленин.
5. Витамины группы В, С, фолиевая кислота, метионин, эссенциале, димедрол, супрастин, седативные препараты, диазепам

**6. Инфузионная терапия** направлена на борьбу с гипопротеинемией и обезвоживанием.

Внутривенное капельное введение плазмы, альбумина, 5% раствора глюкозы с инсулином (1ЕД на 4гр сухого вещества), раствора Рингера-Локка, изотонического раствора натрия хлорида, 5% раствора натрия гидрокарбоната. Для коррекции нарушений в деятельности высших нервных центров внутривенно вводят 0,25% раствор новокаина, глюкозо-новокаиновую смесь.

При тяжелой форме заболевания и выраженной интоксикации проводят дезинтоксикационную терапию гемодезом, полиамином, полиглюкином.

За сутки больная должна получить не менее 2,0 - 2,5 л жидкости. Критериями достаточности инфузионной терапии являются нормализация величины гематокрита, тургора кожи, увеличение диуреза, отсутствие ацетона, улучшение самочувствия.

Из физиотерапевтических воздействий возможно применение индуктотермии на область солнечного сплетения, эндоназального электрофореза с новокаином, димедролом.

**Обследование больных:** ОАК, ОАМ, определение в динамике в крови уровней билирубина, остаточного азота и мочевины, гематокрита, электролитов (калий, натрий, хлориды), общего белка и белковых фракций, трансаминаз, показателей функциональных проб печени, глюкозы, протромбина;

**в моче** - плотности, уровней ацетона, уробилина, желчных пигментов, белка, суточной экскреции электролитов, суточный диурез.

Показано исследование глазного дна в динамике, наблюдение терапевта, ЭКГ, УЗИ

## **Показания к прерыванию беременности в ранние сроки:**

- отсутствие эффекта от проводимой терапии
- прогрессирование заболевания на фоне лечения

## Гиперсаливация (птиализм или слюноотечение)

нередко сопровождает рвоту беременных, иногда бывает самостоятельным проявлением токсикоза. Суточная саливация может быть различной, иногда достигает 1 л и более. Слюноотечение угнетает психику больной, вызывает мацерацию кожи и слизистых оболочек губ.

При значительном выделении слюны появляются признаки обезвоживания организма

## Лечение пtiализма

с целью уменьшения слюноотделения назначают 0,1% раствор атропина по 1 мл внутримышечно. Субъективное облегчение достигается частым полосканием полости рта 1% раствором ментола, настоями шалфея, ромашки и другими вяжущими средствами. Может быть назначена инфузионная терапия



# Редкие формы

**Дерматозы** беременных возникают во время беременности и исчезают после ее окончания. Наиболее часто встречается зуд беременных, который распространяется на все тело или может локализоваться в области наружных половых органов, вызывает бессонницу, раздражительность

**Желтуха** беременных может проявиться на любом сроке беременности, характеризуется нарушением функции печени, выраженной желтушностью кожи и склер, зудом. При развитии желтой атрофии печени наступает жировое и белковое перерождение клеток печени – срочное прерывание беременности

Основные принципы лечения дерматозов, желтухи беременных аналогичны таковым при рвоте беременных

**Остеомаляция** встречается редко и характеризуется потерей кальция, размягчением костей в результате нарушения фосфорно-кальциевого обмена. Чаще всего поражаются кости таза и позвоночник. Больная предъявляет жалобы на боли в области тазобедренных суставов, позвоночника, симфиза, резко усиливающиеся при ходьбе

**Тетания беременных** возникает при понижении или выпадении функции паращитовидных желез, в результате чего нарушается обмен кальция.

Клинически заболевание проявляется судорогами мышц, чаще верхних конечностей - «рука акушера», реже нижних «нога балерины», иногда - мышц лица «рыбий рот», туловища, гортани и желудка

**Лечение остеомалации и тетании беременных** заключается в создании лечебно-охранительного режима. Активно применяются психотерапия, электросон, электроанальгезия, седативные препараты (настойка пустырника, экстракт валерианы), витамин D, препараты кальция, витамина E. В лечении тетании беременных используется паратиреоидин

## Профилактика

Больные с различными формами раннего токсикоза и особенно с его рецидивами должны наблюдаться на ФАПе, в женской консультации в группе риска акушерской и перинатальной патологии: поздние токсикозы беременных, невынашивание, гипотрофия плода, осложнения в родах

*Спасибо за внимание!!!*