

Отеки беременных

(накопление жидкости в тканях после 12 часового отдыха и снижение диуреза < 1000-900 мл при водной нагрузке 1400-1500 мл)

Скрытые отеки:

Патологическая прибавка массы тела:

II триместр - > 500 г в неделю

После 24 недель – неравномерная прибавка массы тела

Положительный симптом «кольца»

Явные отеки:

I ст. – отеки нижних конечностей

II ст. - отеки нижних конечностей и живота

III ст. - отеки нижних конечностей и живота, лица

IV ст. – анасарка (накопление жидкости в серозных полостях)

Отеки беременных

Выраженные отеки

Резистентные к терапии

**Быстронарастающие генерализованные
отеки**

- 1. Критерий тяжести гестоза**
- 2. Плохой прогностический признак**
- 3. До 20 недель беременности
исключить экстрагенитальную
патологию**

Артериальная гипертензия во время беременности

(Рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии Европейского общества по изучению гипертонии, Европейского кардиологического общества, 2007)

- **Хроническая АГ или АГ, существующая до беременности**

Критериями служат АД более 140/90 мм рт. ст. до беременности до беременности или в течении первых 20 недель

Такое АД обычно сохраняется в течение первых 42 дней после родов

- **Гестационная АГ индуцированная беременностью и не сопровождается протеинурией.**

- Развивается после 20 недель беременности и в большинстве случаев проходит в течение 42 дней после родов.

Артериальная гипертензия во время беременности

повышение систолического АД более чем на 30 мм рт. ст. или диастолического более чем на 15 мм рт. ст. по сравнению с исходным (АД в I триместре беременности)

Гестоз

Протеинурия > 0,3 г/л за 24 часа

Протеинурия – первый признак полиорганной дисфункции, «поздний» симптом гестоза

012.1 Вызванная беременностью протеинурия (исключить заболевания почек, аутоиммунную патологию)

Акушерская тактика и терапия при гестозе определяются степенью его тяжести.

Степень выраженности клинических симптомов не отражает истинную тяжесть гестоза.

Истинную тяжесть гестоза можно оценить только после проведения полного клинико-лабораторного обследования беременной.

Обследование беременных с гестозом

Обязательные методы:

- АД, пульс;
- Измерение массы тела, диуреза;
- Анализ крови (тромбоциты, гемоглобин, гематокрит);
- Общий белок, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, глюкоза;
- Электролиты крови;

Обследование беременных с гестозом

Обязательные методы:

- УЗИ жизненно важных органов матери и плода;
- КТГ;
- Допплерометрия материнской и плодовой гемодинамики;
- Исследование глазного дна;
- Гемостазиограмма (АЧТВ, число и агрегация тромбоцитов, фибриноген, продукты его деградации, РФМК, антитромбин III);
- Консультация терапевта.

Обследование беременных с гестозом

Дополнительные методы:

- ЭКГ;
- Суточное мониторирование АД;
- Анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому;
- Бактериологическое исследование мочи;
- ВА, антитела к кардиолипинам;
- Консультация специалистов по профилю экстрагенитальной патологии.

Шкала Госке в модификации Г.М. Савельевой

| Симптомы | Баллы | | | |
|---|--|--|--|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Отеки | нет | на голеньях или патологическая прибавка веса | на голеньях, передней брюшной стенке | генерализованные отеки |
| Протеинурия, г/л | нет | 0,033-0,132 | 0,133-1,0 | более 1,0 |
| Систолическое АД, мм рт. ст. | менее 130 | 130-150 | 150-170 | более 170 |
| Диастолическое АД, мм рт. ст. | до 85 | 85-90 | 90-110 | более 110 |
| Срок беременности, при котором впервые выявлен гестоз | нет | 36-40 нед. или в родах | 35-30 нед. | 24-30 нед. |
| Гипотрофия плода, отставание роста, нед. | нет | - | отставание на 1-2 нед. | отставание на 3 и более нед. |
| Фоновые заболевания | нет | проявление заболевания до беременности | проявление заболевания во время беременности | проявление заболевания до и во время беременности |
| Индекс гестоза: | до 7 баллов – легкий; 8 – 11 баллов – средней тяжести; 12 и более – тяжелый. | | | |

Тактика ведения беременных с гестозом

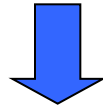
Основной вопрос – выбор срока и метода родоразрешения

- ✓ **Легкая степень** – лечение, пролонгирование беременности;
- ✓ **Средняя степень** – оценка эффективности лечения, решение вопроса о возможности пролонгирования беременности.

Оценка эффективности лечения гестоза

Положительный эффект:

- наступление «клинико-лабораторной ремиссии»

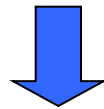


- пролонгирование беременности (в амбулаторных условиях)

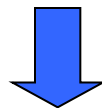
Оценка эффективности лечения гестоза

Частичный эффект:

- улучшение клинических и лабораторных показателей



- пересмотр степени тяжести гестоза, уточнение фоновой патологии, оценка адекватности проводимой терапии



- пролонгирование в условиях стационара

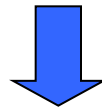
Оценка эффективности лечения гестоза

Отсутствие эффекта (длительность
терапии  – 7 дней)

досрочное родоразрешение

Оценка эффективности лечения гестоза

Нарастание степени тяжести гестоза



досрочное родоразрешение

Тактика ведения беременных с гестозом

• **Тяжелая степень гестоза,
преэклампсия**

- предоперационная подготовка (2-6 часов);

- родоразрешение;

- **Эклампсия – экстренное
родоразрешение !!!**

Тактика ведения беременных с эклампсией

- «...При сохранении сознания после приступа судорог – консервативная терапия в течении 4-6 часов с насыщением магния сульфатом, наблюдение за неврологическим статусом. В эти сроки необходимо решить вопрос о родоразрешении» В.Н. Серов с соавт., 2011. Неотложные состояния в акушерстве, стр.460
- «...Экстренное родоразрешение после стабилизации состояния и подготовки к родоразрешению в течение 1-3 часов»

В.Е. Радзинский, 2011 Репродуктивное здоровье

Терапия гестоза

ЦЕЛЬ:

- Сдерживание прогрессирования гестоза, профилактика эклампсии**

Основные принципы терапии гестоза

- создание лечебно-охранительного режима;
- ликвидация сосудистого спазма (нормализация микроциркуляторной и тканевой перфузии), улучшение маточно-плацентарного кровообращения;
- устранение гиповолемии;
- устранение реологических и гемокоагуляционных нарушений;
- ликвидация метаболических, водно-электролитных нарушений;
- стабилизация клеточных мембран (антиоксидантная терапия);
- ликвидация эндотоксикоза.

Гестоз. Показания к госпитализации

- **Отеки беременных**
- **Диагноз «Гестоз»**

Отеки беременных

(012.0 вызванные беременностью отеки)

1. Диета:

- Калорийность 3500 ккал;
- Ограничение соли до 6-8 г в сутки ?
- Водная нагрузка до 1300-1500 мл ?
- Продукты лечебного питания

2. Лечебно-охранительный режим:

- Дозированный постельный режим «Bed rest»: положение на левом боку с 10 до 13 час и с 14 до 17 час.

Отеки беременных

(012.0 вызванные беременностью отеки)

3. Седативные средства:

- Валериана по 1-2 таб. 3 раза или настой – по 30 кап. 3 раза в день;
- Экстракт пустырника по 20-30 кап. 3 раза в день;
- Настойка пиона по 1 ч.л. 3 раза в день;
- Ново-пассит по 15 кап. 3 раза в день;
- Реланиум (сибазон, седуксен, диазепам) в дозах в зависимости от состояния беременной.

Отеки беременных

(012.0 вызванные беременностью отеки)

4. Растительные диуретики:

- Плоды можжевельника, листья толокнянки, листья брусники, «почечный чай», почки березовые, цветки василька синего;
- Канефрон 2 др. 3 раза в день.

5. Дезагреганты (изменения в гемостазиограмме):

- Дипиридамола (курантил N) 0,25 3 раза в сутки;
- Кардиомагнил, ацетилсалициловая кислота

КУРАНТИЛ N 25 / 75

(дипиридамо́л)

- **улучшение микроциркуляции за счет формирования коллатералей;**
- **нормализует агрегацию тромбоцитов;**
- **увеличивает эластичность эритроцитов;**
- **оказывает вазодилатирующий эффект;**
- **обладает ангиопротективным действием;**
- **оказывает модулирующее действие на систему интерферона, повышает неспецифическую противовирусную резистентность.**

Курантил может применяться на всех сроках беременности, в т.ч. самых ранних

Отеки беременных

(012.0 вызванные беременностью отеки)

6. Антикоагулянты (изменения в гемостазиограмме).

7. Мембраностабилизаторы, антиоксиданты:

- Витамин Е – 300 мг в сутки;
- Аскорбиновая кислота 100 мг в сутки;
- Актовегин 5,0 мл в/в капельно на физиологическом растворе или 5% растворе глюкозы ;
- Актовегин по 1 драже 1-2 раза в сутки с 16 недель;
- Глутаминовая кислота – 3 г в сутки
- Эссенциале – 2 капс. 3 раза в день;

Фармакологические эффекты Актовегина

- Активация процессов аэробного окисления.
- Повышение утилизации кислорода тканями.
- Активация ферментов системы антиоксидантной защиты.
- Повышение толерантности тканей к гипоксии.
- Ускорение распада продуктов анаэробного гликолиза.

Гестоз легкой и средней степени тяжести

1. Диета
2. Лечебно-охранительный режим
3. Седативные препараты
- 4. Противосудорожная терапия (Магния сульфат)**
- 5. Гипотензивные средства**
6. Дезагреганты
7. Антикоагулянты
8. Мембраностабилизаторы, антиоксиданты
9. Растительные диуретики (по показаниям)
10. Инфузионная терапия (ГЭК 6% или 10% раствор объем – не > 400 мл)

Противосудорожная терапия

- **10-20 мл 25% раствора $MgSO_4$ в 200 -400 мл физиологического раствора внутривенно капельно 1-2 г в час через инфузомат;**

Гипотензивная терапия

Четкое разграничение между лечением хронической артериальной гипертензией и лечением артериальной гипертензии, обусловленной беременностью.

Лечение артериальной гипертензии, вызванной беременностью

- MgSO_4
- Метилдопа (допегит) 250 мг 2-4 раза в сутки

Гипотензивная терапия

(Рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии Европейского общества по изучению гипертензии, Европейского кардиологического общества, 2007)

Хроническая АГ:

□ Препараты центрального действия

α_2 -адреномиметики Метилдопа (Допегит)

□ Антагонисты кальция дигидропиридинового ряда

Нифедипин длительного действия (Кордафлекс РД)

□ Кардиоселективные β -адреноблокаторы

Метопролол

Бисопролол

Бетаксоллол

Небиволол

Гипотензивная терапия

Хроническая АГ:

□ α_2 -адреномиметики

Метилдопа (Допегит) внутрь по 250 мг 3-4 раза в день

□ Антагонисты кальция

Нифедипин (Нифекард XL) внутрь по 30 мг в сутки или 60 мг в сутки)

Амлодипин внутрь по 2,5 – 10 мг в сутки однократно

Верапамил внутрь по 40 мг 3 раза в сутки перед приемом пищи или сразу после еды

□ β -адреноблокаторы

Метопролол (Эгилок, Беталок зок) внутрь по 25-50 мг 1-2 раза в сутки

Бисопролол (Конкор) внутрь по 2,5 – 10 мг в сутки

Небиволол (Небилет) внутрь по 2,5 – 7,5 мг в сутки в одно и то же время

Бетаксолол (Локрен) внутрь по 10-40 мг в сутки

□ Агонисты центральных α_2 -рецепторов (III триместр):

Клонидин (Клофелин) внутрь 0,075-0,15 мг 2-4 раза в сутки

Гипотензивная терапия

Противопоказаны

- Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (Эналаприл, каптоприл, моноприл и др.)
- Антагонисты к рецепторам ангиотензина II (микардис, лозартан и др.)

Исключен из рекомендаций

- Атенолол

Интенсивная терапия тяжелых форм гестозов

Обязательные условия для проведения адекватной интенсивной терапии:

1. Согласованные действия акушера и реаниматолога
2. Катетеризация магистральной вены (контроль ЦВД: 5-10 мм вод.ст.)
3. Катетеризация мочевого пузыря (диурез не менее 35 мл/час)
4. Мониторирование АД, пульса, числа дыханий

Интенсивная терапия тяжелых форм гестозов

Обязательные условия для проведения адекватной интенсивной терапии:

5. Необходимый объем обследования (клинико-лабораторные и биохимические исследования выполняются не реже, чем через 6 часов):

- Анализ крови (тромбоциты, гематокрит)
- Биохимический анализ крови: общий белок, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, глюкоза, электролиты
- Анализ мочи
- Фибриноген, продукты деградации фибрина, антитромбин III, АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время)
- ЭКГ
- Исследование глазного дна
- Консультация терапевта, невропатолога
- УЗИ органов матери и плода
- Допплерометрия материнской и плодовой гемодинамики

Интенсивная терапия тяжелых форм гестозов

Обязательные условия для проведения адекватной интенсивной терапии:

6. Четкая последовательность лечебных мероприятий
7. Дифференцированный подход к проведению инфузионной терапии

Интенсивная терапия тяжелых форм гестозов

Лечебные мероприятия:

1. Создание лечебно-охранительного режима:

- Диазепам (Седуксен) 5-10 мг внутривенно (2-4 мл)

При преэклампсии и эклампсии все первоначальные манипуляции проводят на фоне ингаляционной анестезии закисью азота с кислородом (1:2 или 1:3)

Интенсивная терапия тяжелых форм гестозов

Лечебные мероприятия:

2. Противосудорожная терапия

Сульфат магния

Первоначальная доза – 2,5 г сухого вещества (25% раствор - 10 мл) вводится болюсно в/в в течение 20 мин.

Затем сульфат магния 25% раствор 10 мл вводят в/в капельно в 200 мл физиологического раствора со скоростью 1-2 г в час через инфузомат.

Суточная доза – 25 г сухого вещества под контролем гемодинамики, диуреза и активности коленных рефлексов.

Интенсивная терапия тяжелых форм гестозов

Лечебные мероприятия:

2. Гипотензивная терапия (при ЦВД до 5-8 см вод.ст.)

При отсутствии эффекта от магниальной терапии в течение часа назначают:

- клофеллин 0,01% - 0,5-1,0 мл на 20 мл физиологического раствора в/в
- гидралазин (апрессин) по 5 мг дробно до получения эффекта в/в;
- нифедипин 10-30 мг перорально или в/в 6-10 мкг/кг
- лабетолол 5-10 мг в/в
- анаприлин (пропранолол) 10-29 мг внутрь

После родоразрешения:

- нитроглицерин
- Брeвиблок (эсмолол гидрохлорид);
- Нитропруссид натрия.

Интенсивная терапия тяжелых форм гестозов

Лечебные мероприятия

3. Инфузионная терапия:

Цель:

- Нормализация ОЦК, коллоидно-осмотического давления плазмы, показателей гемодинамики, ликвидация реологических, коагуляционных нарушений.

Интенсивная терапия тяжелых форм гестозов

Лечебные мероприятия:

3. Инфузионная терапия

- 6% и 10% растворы гидроксиэтилированного крахмала (ГЭК): волювен, стабизол 6%, рефортан 6% и 10%
- Альбумин 10-20% раствор
- Изотонические солевые растворы (Рингера, 0,9% NaCl);

Интенсивная терапия тяжелых форм гестозов

Инфузионная терапия:

- Во время операции продолжается инфузионная терапия (ГЭК 6% и 10% растворы) и введение сернокислой магнезии
- Свежезамороженная плазма по показаниям (коагулопатическое кровотечение)

Интенсивная терапия тяжелых форм гестозов

Инфузионная терапия:

Объем инфузии:

- При тяжелой степени гестоза и при преэклампсии – не > 1200, при эклампсии – не > 1500-1800 мл (при условии восполнения кровопотери)

Скорость инфузии:

- От 75 до 100-200 мл/час (20-40 кап./мин.)

Анестезиологическое пособие

- ИВЛ ?– при тяжелых формах гестоза
- СМА?

Интенсивная терапия тяжелых форм гестозов

Перевод на самостоятельное дыхание:

- Полное восстановление сознания
- Отсутствие судорожной готовности
- Стабильная гемодинамика (систолическое АД не > 140-150 мм рт. ст.)
- Нормализация ЦВД, ЧСС
- Диурез > 35 мл/час
- Hb не < 80 г/л
- $SaO_2 \geq 95\%$, $PaO_2 \leq 80$ мм рт.ст. при $FiO_2 \leq 0.4$ ($PaO_2 / FiO_2 \geq 200$)

Интенсивная терапия тяжелых форм гестозов

В послеоперационном периоде продолжается гипотензивная и инфузионно-трансфузионная терапия для устранения гиповолемии, гемокоагуляционных и метаболических нарушений.

Профилактика инфекционных осложнений.

При осложненных (атипичных) формах гестоза (HELLP-синдром, ОЖГБ) – плазмаферез.

Ведение родов через естественные родовые пути при гестозах при «зрелой» шейке матки и удовлетворительном состоянии больной

- Программированные роды под эпидуральной анальгезией
- Роды ведутся совместно с анестезиологом-реаниматологом

Ведение родов через естественные родовые пути при гестозах

- Раннее вскрытие плодного пузыря;
- Адекватная гипотензивная терапия (сульфат магния, АД не более 150/100 мм рт ст);
- Продолжение эпидуральной анестезии во II периоде родов;
- Профилактика кровотечения.

Профилактика гестозов

- Диета;
- Лечебное питание;
- ЛФК;
- Контроль экстрагенитальной патологии
- Устранение тромбофилических нарушений;
- Фолиевая кислота (при гипергомоцистеинемии);
- Антиагреганты (аспирин в низких дозах);
- Антиоксиданты (витамин Е, С);
- Препараты кальция - элевит пронаталь+кальцемин (витамин Д₃ и микроэлементы)