Купинский медицинский техникум

Лечение токсикозов и гестозов.

План лекции

- Ранние токсикозы. Лечение. Профилактика.
- Гипертензивные расстройства во время беременности, родов и послеродового периода. Принципы лечения.
- Лечение и профилактика Преэкласмпсии.
- Эклампсия. Лечение и неотложная помощь.
- Акушерская тактика при поздних

Ранние токсикозы беременных
Клиническое течение

- часто встречающиеся

(рвота беременных, слюнотечение)

- редкие формы раннего токсикоза

(дерматозы беременных, тетания, остеомаляция, острая желтая атрофия печени, бронхиальная астма беременных)

Рвота беременных

у 50-60% беременных, требуют лечения – 8-10%

Степени тяжести:

Легкая форма (I степень)

Рвота средней степени (II степень)

Тяжелая рвота (III степень)

I степень

- общее состояние удовлетворительное
- рвота наблюдается 5 раз в сутки
- снижается аппетит и угнетается настроение беременной женщины
- потеря в массе не более 3 кг
- температура тела остается в пределах нормы
- клинические анализы м
патологических измене

II степень

- Общее состояние женщины нарушается
- рвота наблюдается от 6 до 10 раз в сутки
- потеря массы тела от 2 до 3 кг за 1,5-2 недел
- возможна субфебрильная температура
- тахикардия до 90-100 уд/мин
- ацетонурия у 20-50% больных.

III степень

- Общее состояние женщины резко ухудшается
- рвота бывает до 20-25 раз в сутки
- потеря массы тела до 8-10 кг
- кожные покровы и слизистые оболочки становятся сухими
- повышается температура тела (37,2-37,5°)
- тахикардия до 110-120 уд/мин, артериальное давление снижается
- беременные не удерживают ни пищу, ни воду, что приводит к обезвоживанию организма и метаболическим нарушениям
- нарушаются все виды обмена веществ, ацетонурия
- в анализах крови гипо- и диспротеинемия, гипербилирубинемия, повышение креатинина
- сдвиг кислотно-щелочного равновесия в сторону

ЛЕЧЕНИЕ

<u>Легкая форма амбулаторно; Средняя и тяжелая в стационаре.</u>

Цель лечения: восстановление водно-солевого обмена, функций жизненно-важных органов.

Диета. Рекомендуется разнообразная пища, в зависимости от желания женщины. Пища должна быть легкоусвояемой и содержать достаточное количество витаминов. В охлажденном виду, маленькими порциями каждые 2-3 ч.

Необходимо пить щелочную негазированную минеральную воду 5-6 раз в день, в небольших количествах

Озонотерапия, иглоукалывание, психо- и гипнотерапия.

Инфузионная терапия включает кристаллоиды и парентеральное питание. Объем препаратов для парентерального питания 30-35%. Общий объем инфузии 1-3 л/сут в зависимости от массы тела и тяжести.

Противорвотные препараты

(церукал, торекан, дроперидол)

Внутримышечные инъекции витаминов (B_1, B_6, B_{12}, C)

Антигистаминные препараты

(супрастин, диазолин, тавегил)

При отсутствии эффекта от комплексной терапии в течении 3-х

Показанием для прерывания беременности являются

- непрекращающаяся рвота;
- нарастающее обезвоживание организма;
- прогрессирующее снижение массы тела;
- прогрессирующая ацетонурия в течение 3-4 дней;
- нарушение функций нервной системы (адинамия, апатия, бред, эйфория);
- билирубинемия (до 40-80 мкмоль/л), а гипербилирубинемия 100 мкмоль/л

Слюнотечение (ptyalismus)

- Заключается в повышенной саливации и потере значительного количества жидкости до 1 л/сут.
-Изменения ЦНС сопровождают местные нарушения В слюнных железах и протоках под влиянием гормональной перестройки.
-Снижение аппетита.
-Ухудшение самочувствия
-Мацерация кожи и слизистой
-Появляются признаки обезвоживания

-Лечение:

Рекомендуется лечение в стационаре, которое соответствует тем же принципам, что и при рвоте беременных. (режим, психотерапия, физиотерапия, диета, инфузионная терапия).
+ полоскание полости рта настоем шалфея, ромашки, ментола.
+ для предупреждения мацерации кожу лица смазывать

Профилактика раннего токсикоза

- Профилактика ранних токсикозов заключается в своевременном лечении хронических заболеваний, устранении психических нагрузок, неблагоприятных воздействий внешней среды.

- Большое значение имеет ранняя диагностика и лечение начальных (легких) проявлений токсикоза.

Гипертензивные расстройства во время беременности, родов и послеродового периода:

- **Хроническая артериальная гипертензия** – регистрируется либо до беременности, либо до 20 недель беременности.
- **Гестационная артериальная гипертензия** – артериальная гипертензия, установленная после 20 недель беременности, без значительной протеинурии.
- **Преэклампсия**- артериальная гипертензия, установленная после 20 недель беременности, со значительной протеинурией.

Это мультисистемное патологическое состояние, возникающее после 20-й недели беременности, характеризующееся артериальной гипертензией в сочетании с протеинурией (≥ 0,3 г/л в суточной моче), отеками и проявлением полиорганной дисфункции.

Осложнения: эклампсия, HELLP-синдром, ОПН, отек легких, инсульт, инфаркт миокарда, отслойка плаценты, антенатальная гибель плода, отек,

Кровоизлияние, отслойка сетчатки.

- **Эклампсия**- приступ судорог или серия судорожных

приступов на фоне преэклампсии при отсутствии др.

причин.

ЛЕЧЕНИЕ АГ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- **Немедикаментозная терапия**
  - **Полупостельный режим**
  - **Диета (исключение соли, жирной пищи)**
  - **Снижение массы тела**
  - **Исключение вредных привычек (курение, алкоголь)**
  - **Физиолечение (эндоназальная гальванизация, гальванизация воротниковой зоны, ультразвук на область почек)**
- **Седативная терапия**
  - **Пустырник, корень Валерьяны**
- **Нормализация реологических свойств крови**
  - **Аспирин 0,125 мг 1 раз в день**

ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ АГ

- **Препараты первой линии**
  - **Центральный альфа-адреномиметик**
    Допегид 250мг-4г 2-4 приема (В)

- **Препараты второй линии**
  - **Бета-адреноблокаторы**
    Атеналол 50-100 мг 1 раз в сутки (С)
    Лабеталол 200-600 мг 2 раза в сутки (С)
    Метопролол 100-450 мг 1-2 раза в сутки (В)
  - **Блокаторы кальциевых каналов**
    Нифедипин 20-40 мг 2 раза в сутки (С)

ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ АГ I-II СТЕПЕНИ

- **Препараты третьей линии**
  - **Препараты первой+второй линии**
  - **Гидралазин 10-50 мг 2-4 раза в сутки** (С)
  - **Клонидин 0,05-0,2 мг 2-4 раза в сутки** (С)

ВЕДЕНИЕ РОДОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- При показателях АД 160/100 мм рт. ст. и выше **показана операция кесарева сечения**

- **При родах через естественные родовые пути:**

- адекватное обезболивание (промедол, закись азота, спазмолитики).
- плановая гипотензивная терапия (каждые 3-4 часа), усиленная путем назначения парентеральных средств (дибазол, папаверин, эуфиллин)
- профилактика или лечение внутриутробной гипоксии плода (сигетин, аскорбиновая кислота, кокарбоксилаза).
- во II периоде родов при высокой артериальной гипертензии (160/100 мм рт ст. и выше) показано проведение ганглионарной блокады (пентамин, бензогексоний, арфонад в 500 мл 5%глюкозы).

Клинические проявления преэклампсии

Со стороны ЦНС:
-Головная боль, фотопсии, парестезии, фибрилляции, судороги
Со стороны С-С системы:
-Артериальная гипертензия, сердечная недостаточность, гиповолемия
Со стороны мочевыделительной системы:
-Олигурия, анурия, протеинурия
Со стороны ЖКТ:
-Боли в эпигастральной области, изжога, тошнота, рвота
Со стороны системы крови:
-Тромбоцитопения, нарушение гемостаза, гемолитическая анемия
Со стороны плода:
- Задержка внутриутробного развития, внутриутробная гипоксия, антенатальная гибель плода

Общие принципы терапии Преэклампсии

У пациенток с клиникой тяжелой ПЭ до родоразрешения основной задачей является стабилизация состояния, профилактика развития эклампсии однако самым оптимальным методом является только своевременное родоразрешение.

Для подготовки к родоразрешению пациентка находится в отделении анестезиологии и реанимации.

1. **На догоспитальном этапе:**

-Оценить тяжесть преэклампсии

-Обеспечить венозный доступ, только периферическая вена!!!

-Ввести магния сульфат 25%- 16 мл в/в капельно, затем через шприцевой насос 100 мл со скоростью 4 мл/ч

-При АД выше 140/90 мм.рт.ст. – антигипертензивная терапия: метилдопа, нифедипин орально.

-Транспортировка в стационар

2. В приемном покое:

- Провести оценку тяжести ПЭ
- Госпитализация в ОРИТ

3. Отделение интенсивной терапии:

Мониторинг основных функций со стороны матери:

- Измерение АД каждые 15 мин до стабилизации, затем каждые 30 мин
- ОАК, биохимия, коагулограмма, ОАМ
- Катетеризация мочевого пузыря, контроль диуреза

Со стороны плода:

Терапия преэклампсии

1. Родоразрешение:

-при умеренной ПЭ необходима госпитализация, но возможно пролонгирование беременности, при постоянном мониторинге состояния беременной и плода; при ухудшении показано родоразрешение

-При тяжелой ПЭ решение вопроса о родоразрешении после стабилизации состояния матери, как правило, после проведения профилактики РДС плода, при сроке беременности менее 34 нед.

Показания к экстренному родоразешению:

Минуты: - кровотечение из родовых путей, подозрение на отслойку плаценты

- Острая гипоксия плода, в сроке гестации более 22 нед.

Часы: - постоянная головная боль, зрительные нарушения

-Постоянная эпигастральная боль, тошнота или рвота

-Прогрессирующее ухудшение функционирования почек, печени

-Ад не поддающаяся мед. коррекции; эклампсия

-Тромбоцитопения менее 100*10/9 л

2. Противосудорожная терапия

Сульфат магния – первая линия!!!

- Вводится начальная доза 25%-16,0 в течении 10-15 мин., затем на инфузомате по 4мл/ч

-Также сульфат магнезии может вводится с целью нейропротекции плода в сроке менее или равно 31 нед. 6 дн., если роды случатся в ближайшие 24 ч.

+ постоянный контроль ЧСС плода

Критерии отмены магнезиальной терапии:

- Прекращение судорог

-Отсутствие признаков повышенной возбудимости ЦНС

-Нормализация АД (диастолическое АД ≤ 90 мм.рт.ст.)

-Нормализация диуреза (≥50 мл/час)

Инфузионная терапия не является базисной.

Введение жидкости должно быть ограничено; жидкость не должна вводится рутинно для лечения олигурии (<15 мл/ч, в течении 6 ч.)

Инфузионная терапия проводится только с учетом физиологических потеря (кровопотеря, рвота, диарея).

Обьем вводимой жидкости 40-45 мл/ч (акс. 80 мл/ч)

3. Антигипертензивная терапия

- Критерии начала антигипертензивной терапии при ПЭ: АД ≥ 140/90 мм.рт.ст.
- Целевой уровень АД при проведении терапии: САД 130-150 мм.рт.ст ДАД 80-95 мм.рт.ст.

Тактика при ТЯЖЕЛОЙ гипертензии:

- Постоянный контроль состояния плода
- Начальная терапия включает НИФЕДИПИН; может применяться совместно с сульфатом магнезии (не рекомендован как антигипертензивное средство)
- В послеродовом периоде можно использовать урапидил (α-адреноблокатор): при сохранении или развитии тяжелой АГ (САД≥160 мм.рт.ст., ДАД ≥110 мм.рт.ст.)

Неотложная помощь при выявлении беременной с преэклампсией

Беременная с признаками тяжелого гестоза и жалобы на:

Головную боль и/или расстройство зрения

Затруднение носового дыхания

Боль в эпигастрии

Рвоту

ВЫЗОВ РЕНИМАТОЛОГА – ТРАНСПОРТИРОВКА В ПЦ 3 УРОВНЯ

Снижение АД на 15-20 % от исходного

Транспортировка ПЦ 3 уровня

Нет снижения АД на 15-20% от исходного

Укладка беременной в горизонтально положение, создание охранительного режима

Подготовка роторасширителя, воздуховода

Установка периферического катетера

В/в введение 30 мл 25% р-ра ***магния сульфата***

В/в 5 мл 0,25% р-ра ***дроперидола***

10 мг амплодипина под язык

5 мл 0,25% **дроперидола**

10-20 мг (0,5% - 2-4 мл) **диазепама** в/в

2 мл 2,5% р-ра пипольфена (или 20-40 мг (1-2 мл 2% р-ра хлоропирамина))

Профилактика преэклампсии

Беременным группы высокого риска рекомендовано:

- Низкие дозы аспирина (75-162 мг в день), начиная с 12 нед/ до родов
- Беременным с низким потреблением кальция (<600 мг/день)- назначение препаратов кальция – не менее 1 г день

Не рекомендовано рутинное примене профилактики:

- Режима bed rest
- Диуретиков
- Препаратов группы гепарина
- Витамины группы С и Е
- Прогестерона

Эклампсия

Клинические формы:

-Отдельные припадки

-Серия судорожных припадков (эклампсический статус)

-Кома

Симптомы предвестники:

-Головная боль, головокружение, общая слабость

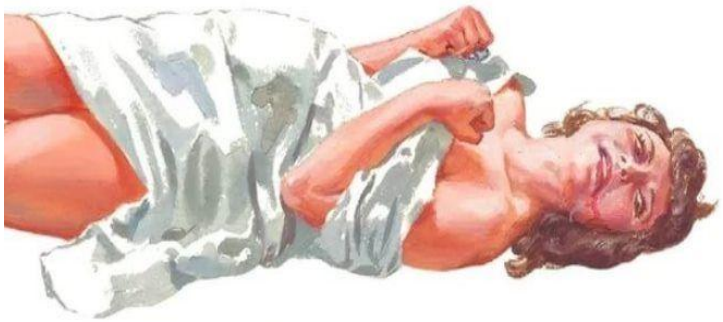
-Нарушение зрения («мелькание мушек», «пелена и туман»)

-Боли в эпигастральной области и правом подреберье

-Опоясывающие боли за счет кровоизлияния в корешки спинного мозга

-Гиперрефлексия и клонус

-Расширение зрачков



Приступ эклампсии:

- Мелкие фибриллярные подергивания мышц лица с дальнейшим распространением на верхние конечности
- Тонические сокращения всей скелетной мускулатуры (потеря сознания, апноэ, цианоз, прикус языка) продолжительность до 30 сек.
- Клонические судороги с распространением на нижние

Противосудорожные мероприятия

I. Первая помощь при судорогах:

1. Женщину укладывают на ровную поверхность, голову поворачивают в сторону.
2. Обеспечивают проходимость верхних дыхательных путей: раскрывают рот роторасширителем или шпателем, фиксируют язык языкодержателем, аспирируют содержимое полости рта и верхних дыхательных путей.
3. Немедленное выключение сознания одним из ингаляционных наркотических веществ (фторотан, галотан, изофлюран и др.).
4. Срочно переводят больную на ИВЛ и приступают к комплексной интенсивной терапии.
5. При остановке сердечной деятельности параллельно с ИВЛ проводят закрытый массаж сердца и осуществляют все приемы сердечной реанимации.

II. Противосудорожная терапия:

- Для прекращения судорог внутривенно одномоментно вводят 20мг ***диазепама***(4мл-0,5%), 10-15мг ***дроперидола*** (4-6мл-0,25%) и 1мл 2% раствора ***промедола***, для подготовки к интубации раствор ***тиопентала*** или другого анестетика.
- Поддерживающую дозу ***диазепама*** 20-40мг (4-6мл) для устранения судорожной готовности вводят путем внутривенной инфузии со скоростью 2,5–10мл/ч.
- Препаратом выбора для противосудорожной терапии является сульфат магния.

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОЗДНИХ ГЕСТОЗАХ

Показания к досрочному родоразрешению:

I. Со стороны матери:

1. Гестоз легкой степени тяжести при отсутствии эффекта от комплексной терапии в течение 10-14 дней.
2. Гестоз средней степени тяжести при отсутствии эффекта от комплексной терапии в течение 5-6 дней.
3. Гестоз тяжелой степени тяжести (в том числе преэклампсия) при отсутствии эффекта от комплексной терапии в течение 2-3 часов.
4. Эклампсия и ее осложнения.
5. HELLP-синдром.

о стороны плода:

1. Хроническая гипоксия плода (зеленые воды по данным амниоскопии).
2. ЗВРП II-III степени при неэффективности терапии независимо от степени тяжести гестоза.
3. Стойкие признаки кислородной недостаточности плода по данным допплерометрии и кардиотокограммы.
   - **длительная монотонность ритма,**
   - **ранние выраженные децелерации,**
   - **поздние децелерации.**

(!)

Основным тактическим вопросом при наличии гестоза является выбор ***метода родоразрешения.***

При ***гестозе тяжелой степени*** предпочтение следует отдавать операции ***кесарева сечения***.

Роды утяжеляют течение гестоза и усугубляют гипоксию плода. Об этом следует помнить, выбирая время и метод родоразрешения.

Показания к операции кесарево сечение:

1. При беременности:

1. Эклампсия.
2. Преэклампсия при отсутствии эффекта от лечения в течение 2-3 часов.
3. Осложнения гестоза (кровоизлияние в сетчатку глаза, кровоизлияние в мозг, кома, острая почечная недостаточность и др.).
4. Сочетание гестоза и другой акушерской патологии (ПОНРП, тазовое предлежание плода, длительное бесплодие, мертворождение в анамнезе и др.).
5. Выраженная ФПН при возможности выхаживания недоношенного новорожденного.
6. Отсутствие эффекта от родовозбуждения или ухудшение состояния беременной во время его проведения.
7. Наличие показаний к досрочному родоразрешению при неподготовленных родовых путях.

2. В РОДАХ

1. Те же показания, что и при беременности.
2. Упорная гипертензия.
3. Не поддающаяся коррекции аномалия родовой деятельности.
4. Ухудшение состояния роженицы или плода и отсутствие условий для быстрого родоразрешения.

Общие принципы ведения родов:

- Совместное ведение акушером-гинекологом и анестезиологом.
- При возможности ведения родов через ***естественные родовые пути*** для подготовки шейки матки необходимо применять простогландинсодержащие препараты.

При подготовленной шейке матки производится амниотомия с последующим родовозбуждением.

- Постоянный мониторинг состояния матери и плода.
- Проведение интенсивной терапии:
- инфузионная терапия до 500-800 мл;
- гипотензивная терапия под контролем АД;
- спазмолитики, антигипоксанты, средства

Ведение периода раскрытия:

- в изолированной палате;
- положение роженицы на боку для профилактики синдрома нижней полой вены;
- ранняя амниотомия при раскрытии на 3-4см для профилактики аномалий родовой деятельности, отслойки плаценты и эмболии околоплодными водами;
- при АД выше 160/100мм рт. ст. проведение управляемой относительной нормотонии.

Ведение периода изгнания:

- при АД выше 160/100мм рт. ст. проведение относительной управляемой нормотонии;
- при **неэффективности нормотонии** – выключение потужной деятельности: наложение акушерских щипцов или извлечение плода за тазовый конец

Ведение последового и раннего послеродового периодов:

- профилактика кровотечений путем внутривенно капельного введения контрикала 20000 ЕД, окситоцина, простагландинов, метилэргометрина;
- тщательный контроль за состоянием родильницы;
- измерение АД каждые 10-15 минут;
- адекватное восполнение кровопотери.
- ***кюретаж*** послеродовой матки при гестозах средней степени тяжести и тяжелых – **обязательно!**

Список литературы

1. Браун Дж.М., Диксон Г. Антенатальная охрана плода. - М., 1982.
2. «Медицинская сестра. Практическое руководство по сестринскому делу». Под редакцией канд. мед.наук Л.А. Корчинского Санкт-Петербург Изд. «Гиппократ» 1998 г.
3. «Педиатрия» Н.В.Ежова, Е.М.Русакова, Г.И.Кащеева. Минск «Вышэйшая школа» 1998 г.
4. «Семейная медицина (руководство)» «Самарский Дом печати» 1994 г.
5. «Справочник семейного врача (педиатрия)» Г.П.Матвейкова, С. И.Тен Минск «Беларусь» 1997 г.