

ТОКСИКОЗЫ ГЕСТОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ



Гестозы беременных

- проявление изменений нейроэндокринной регуляции.

- **Патологические состояния, которые проявляются только во время беременности и исчезают после её окончания или в раннем послеродовом периоде.**

ТОКСИКОЗЫ – ГЕСТОЗЫ - I ПОЛОВИНЫ БЕРЕМЕННОСТИ

- **осложнения, которые беспокоят женщину в ранние сроки беременности (в первые 3 месяца).**

Характеризуются диспепсическими расстройствами:

- **Рвота:** легкой степени, умеренная, чрезмерная.
- **Слюнотечение** (птиализм).
- **И нарушением всех видов обмена.**

Р В О Т А

- Легкой степени (фаза невроза) до 5 раз в сутки
- средней (фаза токсикоза) до 10 раз в сутки
- тяжелой (фаза дистрофии) > 10 раз в сутки - чрезмерная, неукротимая



Уход за беременной с рвотой

- Светлое, хорошо проветриваемое помещение. Поддержание гигиенического состояния кожи и полости рта. При удержании пищи беременной необходимо учитывать ее вкусы.
- Подача пищи в постель, небольшими порциями, часто (5—7 раз в сутки). Если пища не удерживается, проводится инфузионная интенсивная терапия, питательные клизмы. Перед питательной клизмой обязательно освобождают прямую кишку с помощью очистительной клизмы.
- По назначению врача — ректальное введение лекарственных средств, после очистительной клизмы. Контроль диуреза. Введение нейрорелептиков по назначению врача.

Неотложная доврачебная помощь

- усадить женщину или уложить, повернув голову на бок, успокоить ее, надеть перчатки, постелить клеенку, подставить лоток для рвотных масс.
- Сообщить врачу, придерживать голову больной во время акта рвоты,
- если она сидит - после каждого акта рвоты дать стакан с водой комнатной температуры для полоскания полости рта, вытереть рот салфеткой. Показать врачу рвотные массы, снять перчатки, вымыть руки.

ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ

- **Аминокислоты:**
 - **Нефрамин,**
 - **аминостерил,**
 - **альвезин**
-

**Неэффективность лечения
неукротимой рвоты в
течение 1-2 суток**

**ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРЕРЫВАНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ!**



Слюнотечение

- СОЧЕТАЕТСЯ С ТОШНОТОЙ И РВОТОЙ, ИНОГДА САМОСТОЯТЕЛЬНО, МОЖЕТ ДОСТИГАТЬ ДО 1 ЛИТРА В ДЕНЬ.
- **Умеренное слюнотечение** не вызывает опасения, **Лечение:** полоскание рта дубильными веществами (кора дуба) после приёма пищи и независимо от этого (6-8 раз в сутки).
- При **выраженной форме** самочувствие ухудшается, возникает бессонница, вес тела снижается, развивается гипотензия, мацерация кожи вокруг рта, чувство беспокойства - показана госпитализация (р-р атропина, восстановление водно-электролитного баланса).

Поздний гестоз беременных

- во второй половине беременности, сопровождается различными нарушениями функций нервной системы до развития **судорожного синдрома**,
- сердечнососудистой,
- эндокринной системы,
- гемостаза и других систем, может привести к неблагоприятным исходам для матери и плода вплоть до смерти.

ФОРМЫ позднего ГЕСТОЗА

- **ВОДЯНКА БЕРЕМЕННЫХ**
- **НЕФРОПАТИЯ**
- **ПРЕЭКЛАМПСИЯ**
- **ЭКЛАМПСИЯ**
- Дерматоз (дерматопатия) – редко!
- Тетания (судорожные приступы при нарушении обмена кальция в организме)
- Бронхиальная астма
- Гепатопатия (желтуха беременных)
- Остеомалация (размягчение костей)

Водянка беременных (отёк беременных)

- одна из форм токсикоза второй половины беременности;
- характеризуется появлением отеков при отсутствии белка в моче и нормальном артериальном давлении.
- после 28—30-й недели беременности, чаще многоплодной.

- Появление отеков связано с нарушением водно-солевого обмена и кровообращения в системе капилляров и прекапилляров.
- В развитии водянки беременных играет роль нарушение обмена веществ со склонностью, к полноте, заболевание печени и др.

- **Заболевание чаще развивается постепенно.**
- Избыточная прибавка в весе за неделю (более 250—400 г), появление симптомов «кольца» (кольцо на пальце становится тугоподвижным), «тесной обуви» (разношенная обувь становится тесной)
- **Если меры своевременно не принимаются, появляются видимые отеки.**

Различают 4 степени распространенности отеков:

- 1) отеки только в области стоп и голеней;
- 2) отеки нижних конечностей, нижнего отдела живота и пояснично-крестцовой области (если женщина больше лежит);
- 3) помимо указанных, отеки на руках, пастозность лица;
- 4) **общий отек**. Кожа приобретает глянцевый вид, нарушений не наблюдается со стороны **сердечной деятельности, печени, почек.**

НЕФРОПАТИЯ БЕРЕМЕННЫХ

- появляется в поздние сроки беременности ближе к сроку родов.
- У первобеременных чаще и при многоплодии.

Для нефропатии беременных характерна **триада симптомов**:

1. отёки,
2. повышение АД,
3. наличие белка в моче (протеинурия).

Преэклампсия

клиника:

- нарушения мозгового кровообращения
(головная боль, головокружение, туман, мелькание мушек перед глазами, тошнота, рвота, боли в подложечной области, заложенность носа),

Преэклампсия сопровождается:

- развитием артериальной гипертензии и
- снижением почечного кровотока,

Приводит к ишемическому повреждению клубочков почек и проявляется:

- протеинурией,
- задержкой воды,
- отёками.

Преэклампсия

- это серьезное состояние как для матери, так и для плода.
- ограничивается поступление кислорода и питательных веществ к плоду.
- влияет на состояние печени, почек, головного мозга матери.
- Финальной фазой преэклампсии является **эклампсия**, которая характеризуется судорогами.

Доврачебная помощь при преэклампсии

- 1) больную уложить, срочно вызвать врача, измерить АД;
- 2) в/в дибазол 1% -4мл на физиологическом р-ре 20мл;
- 3) в/в папаверин 2% -2мл на физ.р-ре 20мл;
- 4) в/в медленно 10мл физ.р-ра + 10мл эуфуллина 2,4%
- 5) Немедленная госпитализация!
- 6) Транспортировка на носилках!

HELLP-СИНДРОМ

- развитие на фоне клиники преэклампсии:
- H - гемолиз (haemolyse).
- EL - повышенный уровень печеночных ферментов (elevated liver enzymes).
- LP - низкое количество тромбоцитов (low platelet count).

ПАТОГЕНЕЗ

- В основе патогенеза лежит микроангиопатическая гемолитическая анемия как один из симптомов **ДВС-** синдрома,
- артериолоспазма,
- **поражения печени,**
- тяжелое его проявление.

HELLP-синдром (**надпеченочная желтуха**)

развивается в 4-12% при тяжелом сочетанном гестозе

Характерна *триада*:

1. **гемолиз эритроцитов,**
2. **рост печеночных ферментов,**
3. **тромбоцитопения.**

развивается остро, чаще в третьем триместре в 35—36 нед.

- **Клиника:** резкая слабость, одышка, сердцебиение, боли в пояснице, правом подреберье.
- **Ранние симптомы:** тошнота, рвота, боли в эпигастральной области и правом подреберье, **появляется желтуха.**

- **Диагностика:** положительные пробы Кумбса (**прямой билирубин**), повышение АСТ и АЛТ (некроз печеночной паренхимы), гиперкалиемия, выраженная тромбоцитопения (до 50 000 и ниже). **Прогноз неблагоприятный.**

Осложнения:

- преждевременная отслойка плаценты, ОПН, респираторный дистресссиндром, разрыв субкапсулярных гематом печени, атонические и коагулопатические **кровотечения** в послеродовом или послеоперационном периоде.
- **Пик заболевания** - в течение 24 - 48 ч. после родов.

Эклампсия

- последняя и самая тяжелая фаза преэклампсии, возникает при отсутствии адекватного лечения

КЛИНИКА:

- головная боль
- судороги с потерей сознания
- судороги начинаются с мелких подергиваний мышц лица, конечностей,
- тоническое сокращение мышц всего тела,
- дыхание нарушено,
- потеря сознания,
- кожные покровы цианотичны.
- **Эклампсия может вызвать кому, смерть матери и плода.**

- Эклампсия является самой тяжелой формой гестоза и **характеризуется судорогами с потерей сознания**
- на фоне **гипертонии, отеков, протеинурии** (триада Цангемейстера), независимо от их выраженности.

Различают 4 периода припадка эклампсии

- I период (20-30 с) характеризуется фибриллярными подергиваниями мимических мышц,
- II период (30 с) – тоническими судорогами,
- III период (до 2 мин) – клоническими судорогами.
- IV период – разрешения судорожного синдрома или формирования **постэклампсической комы**.
- Лабораторные параметры при эклампсии соответствуют таковым при преэклампсии тяжелой степени.
- **Лечение:** направлено **на профилактику повторных судорог, кровоизлияния в мозг, отека мозга, острой почечной** и почечно-печеночной недостаточности, полиорганной недостаточности, кислородной недостаточности эмбриона.
- В условиях операционной проводят оказание экстренной поддержки и комплексную интенсивную терапию.

Тонические судороги

- Генерализованные судорожные сокращения
- могут быть медленными, продолжающиеся относительно длительный период времени,
- могут сопровождаться расстройством сердечной и дыхательной деятельности,
- **до остановки сердца и кровоизлияния в мозг.**

Клонические судороги

- Кратковременные сокращения и расслабления отдельных групп мышц,
- протекают без сопутствующих явлений,
- выглядят как стереотипные быстрые движения, часто сменяющиеся.

НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПРИЗНАКИ

- стойкая тахикардия,
- гипертермия,
- иктеричность склер,
- протеинурия,
- бред или кома,
- недержание мочи;
- может наступить гибель плода
- Прерывание беременности не всегда приводит к выздоровлению.



Тактика ведения

- Родоразрешение после стабилизации АД

Лекарственная терапия:

препарат выбора — **магния сульфат**

- снижение АД, не ниже 130/80 мм рт.ст.
- поддержание диуреза >25 мл/ч
- после стабилизации состояния (в течение 6–8 ч) показано родоразрешение
- для профилактики кровотечения после родов — **окситоцин** (5 ЕД в 20 мл 5% р-ра глюкозы в/в).

Доврачебная помощь при эклампсии

- 1) больную уложить, срочно вызвать врача, измерить АД
- 2) в/в струйно седуксен – 2мл;
- 3) в/в струйно 0,25% дроперидол на физ.р-ре 20мл;
- 4) в/в дибазол 1% -4мл на физиологическом р-ре 20,мл медленно, папаверин 2% -2мл;
- 5) в/в 10мл физ.р-ра + 10мл эуфуллина 2,4%
- 6) Немедленная госпитализация!
- 7) **Транспортировка на носилках!**

ВЫЯВИТЬ ПРИЗНАКИ ГЕСТОЗА

■ **РАННИЕ:** (по клиническим, лабораторным, динамики)

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи (и другие)
3. Коагулограмма
4. Ионограмма
5. Протеинограмма
6. Иммунограмма
7. Осмотр терапевта (ЭКГ)
8. Осмотр окулиста и др.

ПРИЗНАКИ ГЕСТОЗА

■ ПОЗДНИЕ:

(по клиническим, внешним признакам)

1. Гипертензия.
2. Протеинурия.
3. **Отеки:** явные, скрытые (проба Мак-Клюера-Олдрича) гидрофильная проба.
4. Субъективные симптомы при преэклапсии.
5. Судороги при эклампсии (развернутый приступ).

Проба Мак-Клюра — Олдрича

- для выявления скрытых отеков и склонности к отекам по ускоренному рассасыванию папулы, при внутрикожном введении изотонического раствора натрия хлорида.
- *Оснащение.* шприц 1-2 мл, ватные шарики, 70% этиловый спирт, изотонический раствор натрия хлорида в ампулах;
- 1. Психологически подготовить пациентку и предложить сесть на кушетку.
2. Продезинфицировать руки, подготовить шприц и набрать 0,2 мл изотонического раствора по общепринятым правилам.
3. Согласно алгоритму выполнения внутрикожной инъекции **во внутреннюю (ладонную) поверхность предплечья ввести 0,2 мл изотонического раствора.**
- *Примечание.* При правильном введении в месте инъекции образуется беловатого цвета папула, которая напоминает лимонную корку.
- 4. **Наблюдать в течение 60 мин.**
5. Зарегистрировать время, за которое полностью визуальное и пальпаторно рассасывается папула.
- *Примечание.* **В норме папула рассасывается через 60 мин. При склонности организма к отекам папула исчезает меньше, чем за 40 мин.** за счет повышенной гидрофильности тканей вследствие увеличения капиллярного давления.

Охранительный режим

- Создание лечебно-охранительного режима - для нервной системы женщины, назначаются различные седативные препараты, от **пустырника** и **валерианы** при минимальных проявлениях гестоза до **сильнодействующих успокаивающих средств** при эклампсии;
- восстановление функции жизненно важных органов;
- **своевременное и бережное родоразрешение.**
- **При поддающемся** лечению гестозе, не стимулируют проведение преждевременных родов.

Охранительный режим



Тема:

Кровотечения при беременности, в родах и послеродовом периоде



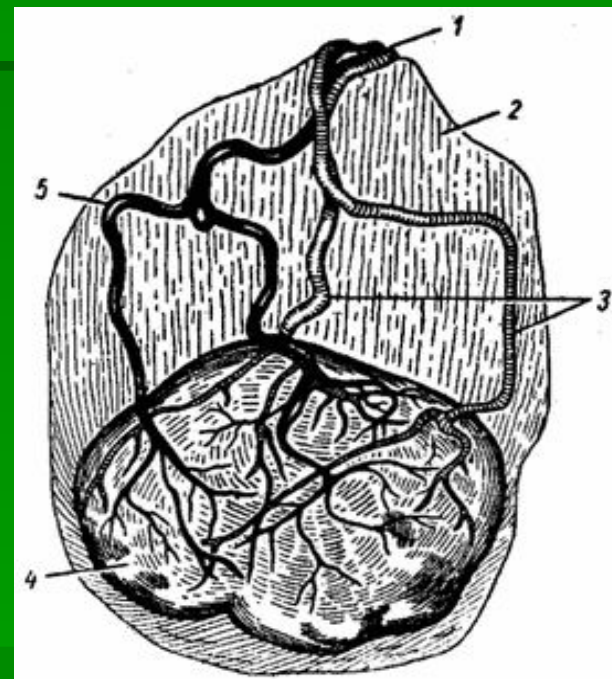
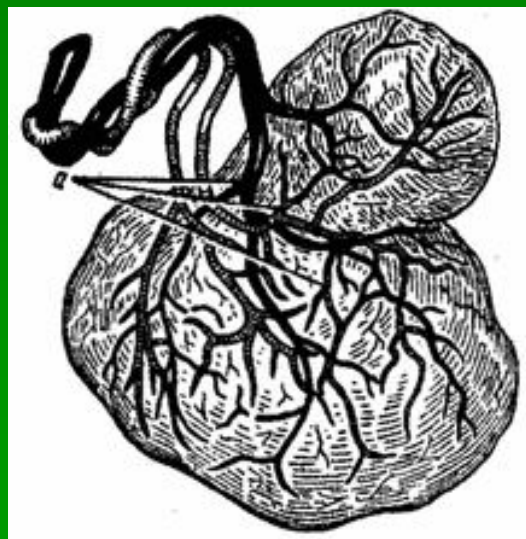
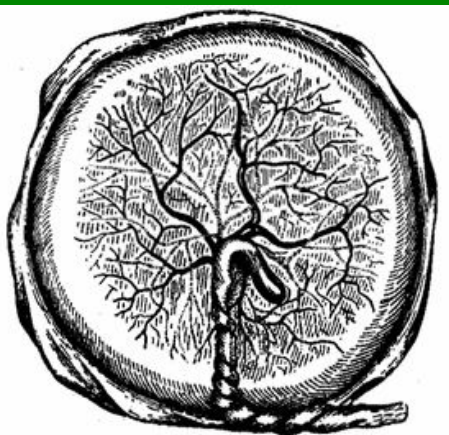
Основные причины кровотечения во II половине беременности

1. Предлежание плаценты, ПОНРП.
2. Разрыв сосудов пуповины при оболочечном их прикреплении, эрозии, полип, РШМ и влагалища.



Нормальное

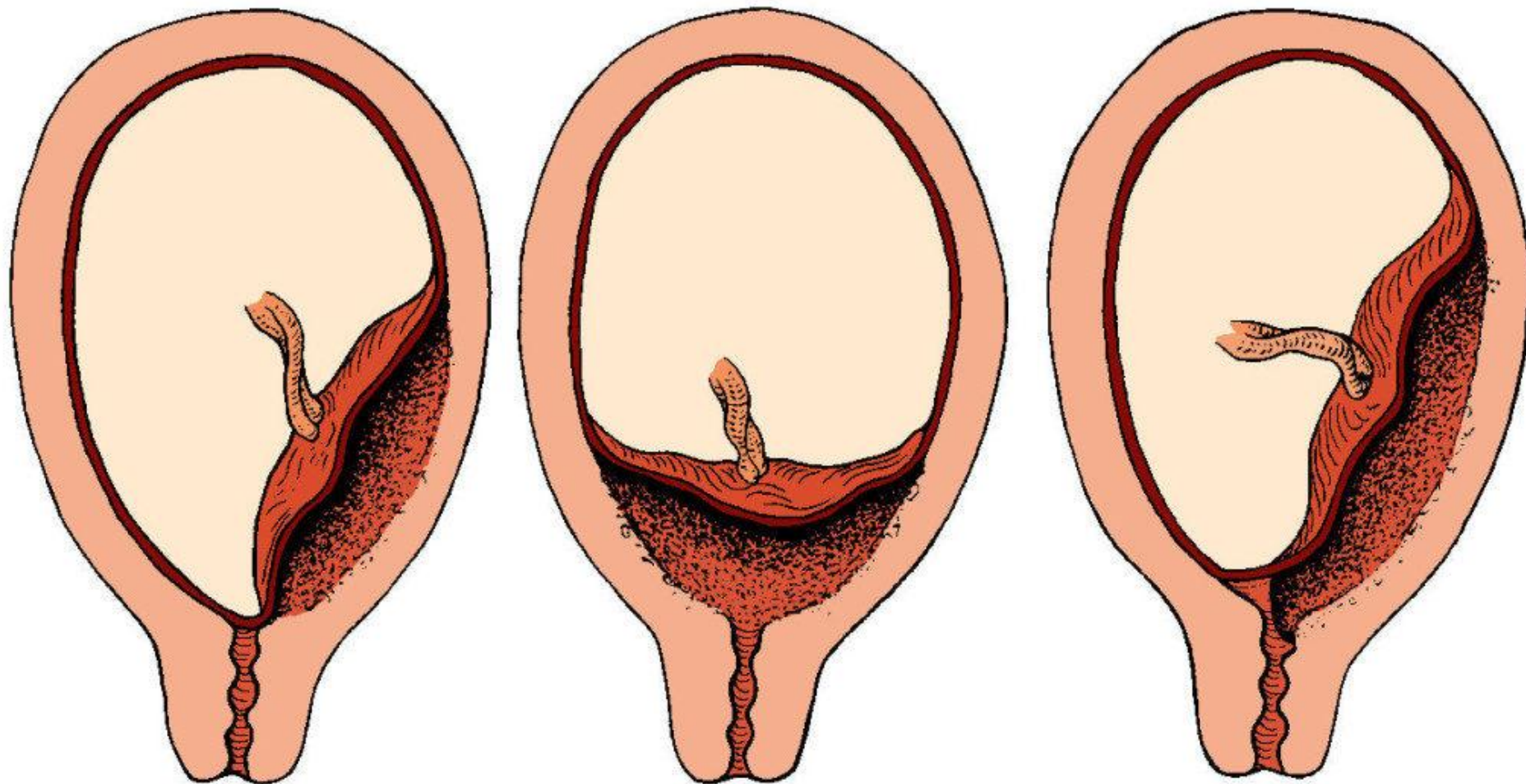
Прикрепления пуповины



Краевое
прикрепление
пуповины

Плацента с добавочной долей. Оболочечное прикрепление пуповины. 1 — пуповина; 2 — оболочки; 3 — пупочные артерии; 4 — плацента; 5 — пупочная вена. Сосуды частично проходят в оболочках - а

Предлежания плаценты: низкое, полное и частичное



- При частичном П. п. плацента перекрывает лишь часть внутреннего маточного зева, рядом с ней определяются плодные оболочки.



При полном предлежании плаценты

- плацента полностью перекрывает внутренний маточный зев.
- При развитии плаценты в области перешейка матки и канала шейки матки - **шеечная п.**



ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ - ПОНРП

- отслойка плаценты **до рождения плода:**
- во время беременности,
- в первом,
- во втором периодах родов

ПОНРП сопровождается
обильным **кровотечением**,
развитием **осложнений**:

- геморрагический шок,
- **ДВС-синдром** (диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови).

Причины ПОНРП

При нормально расположенной плаценте отслойка чаще происходит:

- **у первородящих женщин,**
- **при преждевременных родах**

Причины

делят на две группы:

Первая группа

- гестозгестоз (нефропатия...);
- пороки сердца,
- заболевания почек,
- гормональные заболевания,
- нарушение АД,
- несовместимость крови матери и плода по группе и резус-фактору;
- **антифосфолипидный синдром** (образование антител к некоторым собственным фосфолипидам);

- системная красная волчанка;
- заболевания крови;
- воспалительные заболевания матки;
- операции перенесенные на матке;
- переносенная беременность и др.

Вторая группа причин - ПОНРП

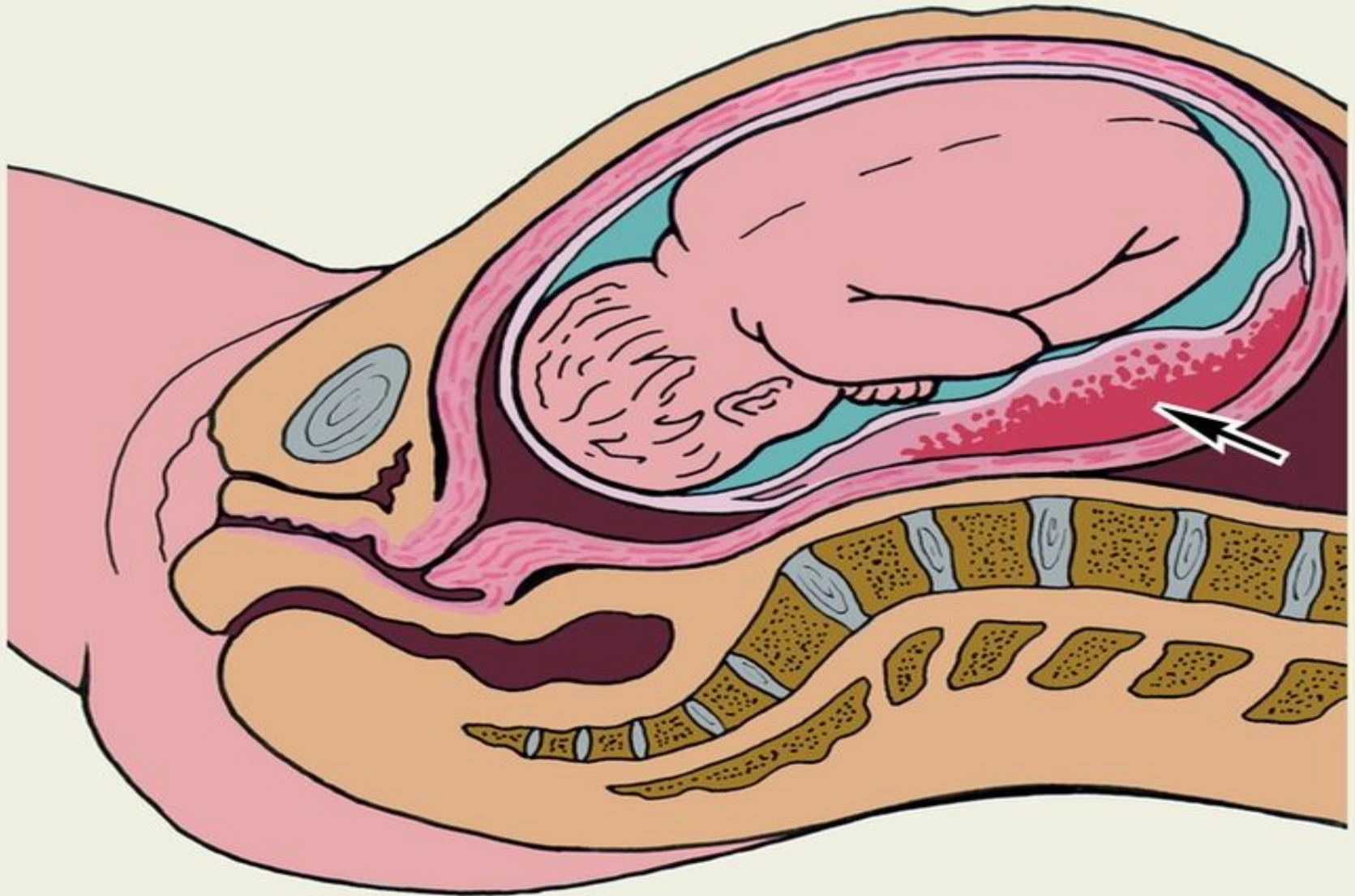
- **Перерастяжение стенок матки** (многоводия, многоплодия, наличия крупного плода);
- **внезапное, быстрое** излитие околоплодных вод при многоводии;
- **травма** (падение, удар в живот);
- **дискоординация** сократительной деятельности матки;

- неправильное применение **утеротонических** средств в родах (метилэргометрин, окситоцин).
- Нарушение связей между **плацентой и стенкой матки**, ведёт
 - к разрыву сосудов с формированием **кровоизлияния** (ретроплацентарная гематома).

Симптомы отслойки плаценты

- Если участок отслойки плаценты —
небольшой, то после образования
ретроплацентарной гематомы возможно
тромбирование маточных сосудов, и
дальнейшая отслойка плаценты
прекращается.

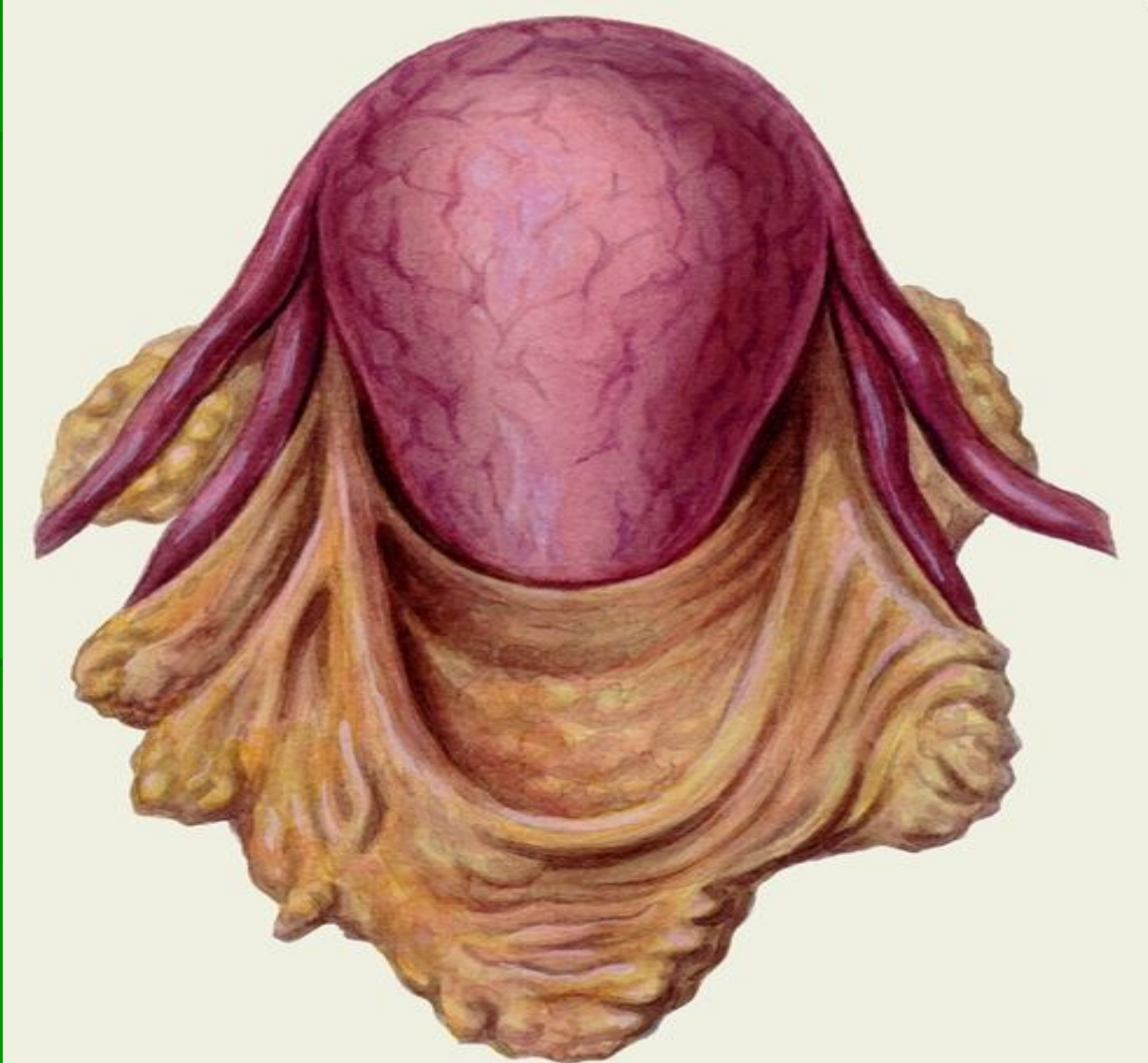
Ретроплацентарная гематома (указана стрелкой) при
отслойке центральной части



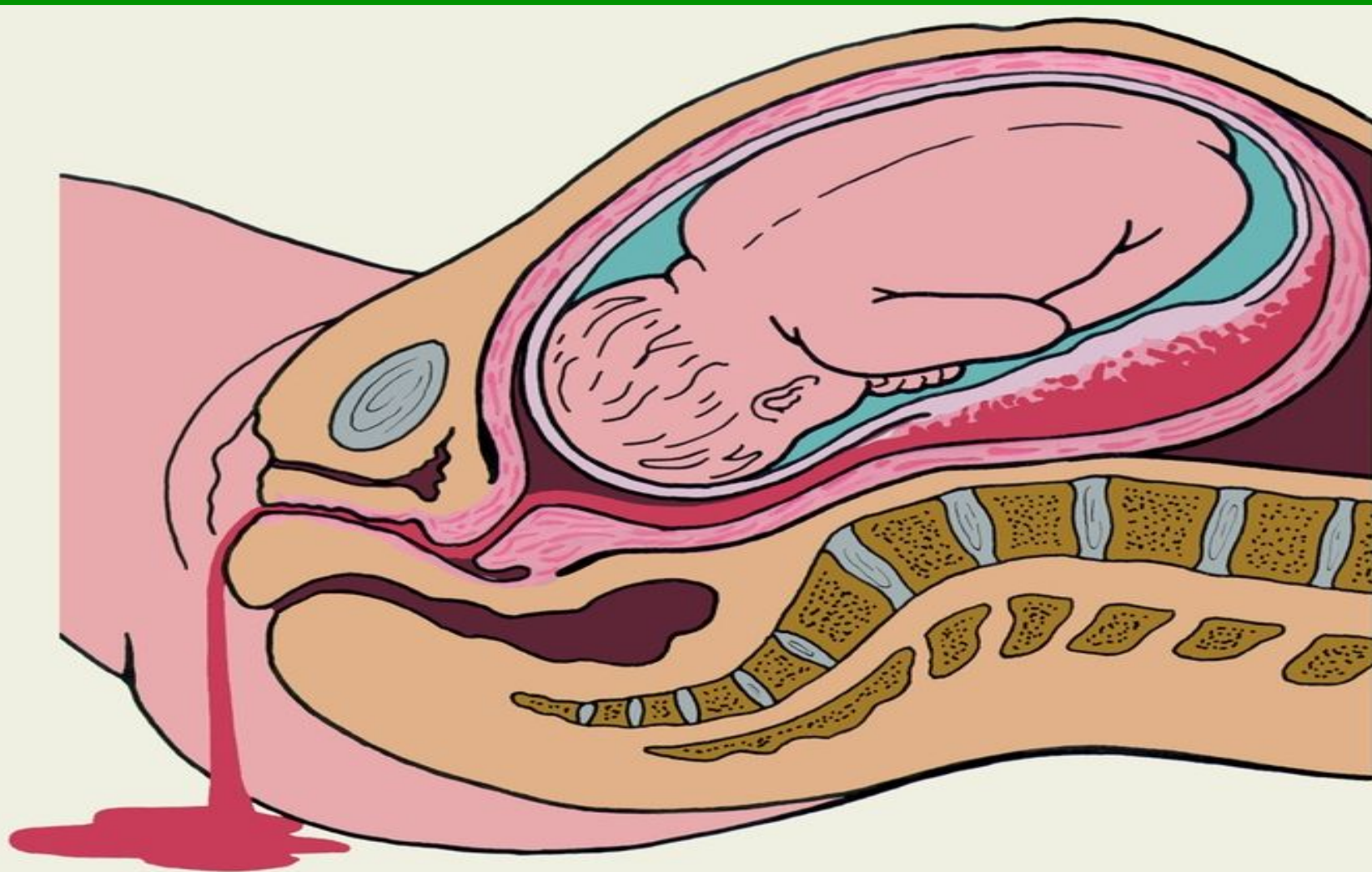
- При значительной отслойке плаценты,
 - обильном **кровотечении** и
 - обширной **ретроплацентарной гематоме**,
- изливающаяся **кровь** пропитывает стенку матки и приводит к нарушению ее сократительной способности ("**матка Кувелера**").

массивные кровоизлияния в стенку матки, под брюшину ■

матка Кувелера



Ретроплацентарная гематома и наружное кровотечение
при отслойке нормально расположенной плаценты в
центральной и краевой ее частях



- Если отслойка плаценты формируется ближе к её краю, то **кровь**, проникая между плодными оболочками и стенкой матки изливается во влагалище, и проявляется наружным **кровотечением**.

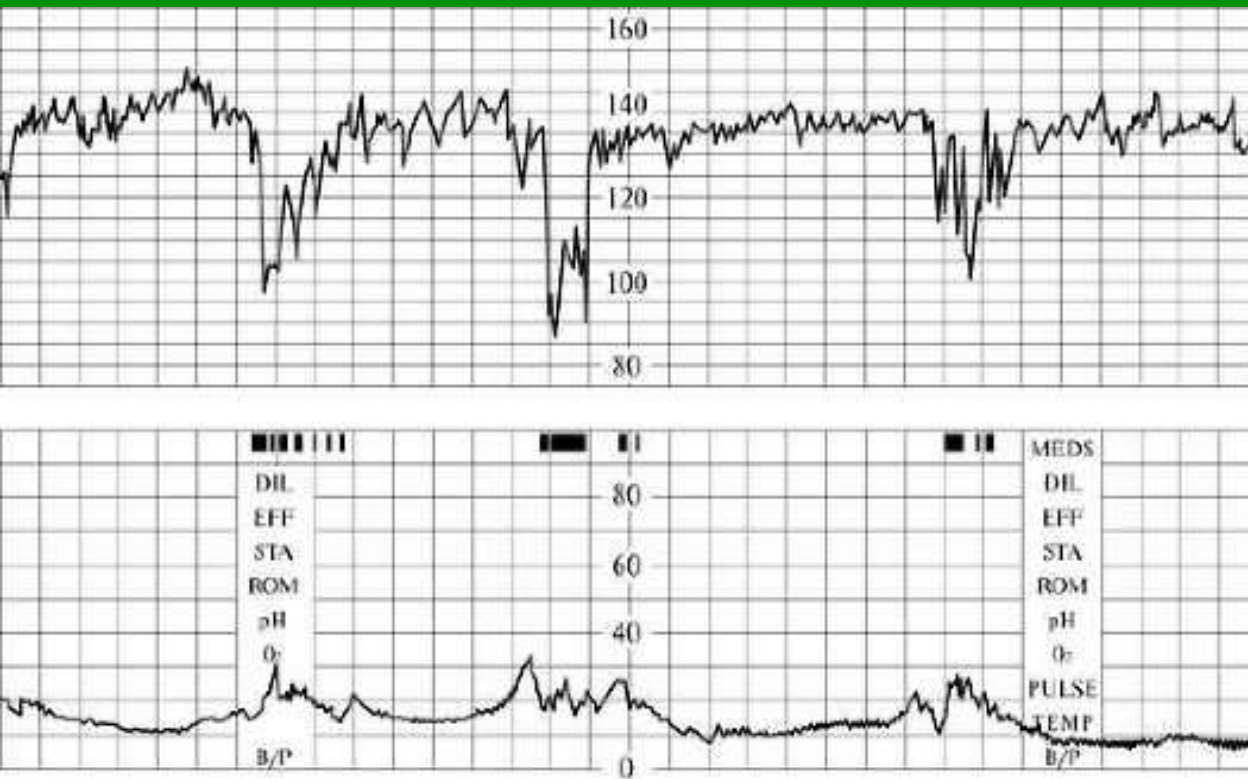
При появлении кровотечения сразу после отслойки плаценты **кровь**, истекающая из влагалища, **алого цвета**,

Если темная кровь со сгустками, то уже прошло некоторое время от начала кровотечения.

При легкой форме

- состояние удовлетворительное,
- матка в обычном тоне или несколько напряжена,
- сердцебиение плода не страдает,
- наблюдаются **кровастые выделения из влагалища** в небольшом количестве.

При изгнании плода из матки запись КТГ после каждой схватки



Сокращения мышц матки и сердцебиение плода при кардиотокографии

В периоде раскрытия –ч/з 20 мин.,

Тяжелая форма отслойки плаценты

- Характерно –кровоотечение, боли.
- Кровоотечения может не быть, если кровь скапливается между плацентой и стенкой матки.
- В матки, в области расположения плаценты, в связи с образованием ретроплацентарной гематомы образуется припухлость, и возникают боли.

Расположение плаценты на задней стенке

- Боли носят разлитой и неясный характер. **Выражены** или **не выражены** при истечении **крови наружу**.
- **Матка** - напряжена, болезненна, **асимметричной формы**.
- Живот - вздут,
- слабость, головокружение, рвота.
- **Кожа** холодная, влажная и бледная.
- **Дыхание** учащено,
- пульс частый, АД снижено.

- **Одновременно с отслойкой** - признаки нехватки кислорода у плода.
- При ретроплацентарной **гематомы - 500 мл и более** и/или **площади отслойки более 1/3**, высока вероятность гибели плода.

При прогрессирующем **кровоотечении**

И **увеличении интервала от момента отслойки плаценты до родоразрешения,**
нарастают **нарушения свертывающей системы крови** - кровь перестает свертываться!

Диагностика ПОНРП

Выявление:

- **1. кровяных выделений** из половых путей (во время беременности, в родах) на фоне повышенного тонуса и изменения формы матки;
- **2. болей в животе** в сочетании с признаками нарастающей **кислородной недостаточности плода.**

- **3. жалобы** - данные анамнеза, клинического течения, осложнения;
- **4. Результаты исследований:**
объективного,
инструментального,
лабораторного.



Помощь в диагностике оказывает
ультразвуковое исследование, позволяет
определить расположение и объем
ретроплацентарной гематомы.

При возникновении преждевременной отслойки плаценты в родах:

1. **схватки** ослабевают, становятся нерегулярными,
2. **матка** между схватками не расслабляется.

**Особое внимание женщинам с
гестозом !**

Родоразрешение при ПОНРП

- При отсутствии условий для срочного родоразрешения через естественные родовые пути - экстренное **кесарево сечение**.
- При отсутствии родовой деятельности **плодный пузырь** не вскрывать, т.к. снижение внутриматочного давления ухудшит начавшуюся отслойку плаценты.

При легкой форме преждевременной отслойки плаценты

Возможно ведение родов через естественные родовые пути при:

- **головном предлежании** плода, зрелой шейки матки, соразмерности головки плода и таза матери, нормальной родовой деятельности.
- **постоянный мониторинг** за состоянием плода и сократительной активностью матки.

При развившейся регулярной родовой деятельности

- **плодный пузырь - вскрыть,**
- **излитие околоплодных вод снизит тонус матки и способствует уменьшению кровотечения.**
- **Родовозбуждение и родостимуляция при преждевременной отслойке плаценты противопоказаны.**
- **При усугублении отслойки во время родов - кесарево сечение.**

При ведении родов через естественные родовые пути

- после извлечения плода, при необходимости выполнить **ручное вхождение** и отделение плаценты и выделение последа.
- осмотреть с помощью **зеркал шейку матки и стенки влагалища** для исключения повреждений.

Ручное отделение плаценты



Рис. 3.



Рис. 4.

Техника выполнения

- Лево́й руко́й разводятся по́ловые губы, во влагалище вводится конусообразно сложенная кисть правой руки.
- Левая рука перемещается на дно матки. Внутренняя рука проникает в полость матки, следуя вдоль пуповины, доходит до места ее прикрепления к плаценте, находит край плаценты.
- Пилообразными движениями отслаивает плаценту от ее площадки.

Пальцы вытянуты, плотно сомкнуты правой руки, ладонные поверхности обращены к плаценте, а тыльные к плацентарной площадке



Рис. 126. Ручное отделение плаценты

- Действия внутренней руки контролируются наружной рукой, оказывающей умеренное давление снаружи на матку, где производится отслойка плаценты.
- Наружной рукой массировать матку, чтобы она сократилась.
- Послед удаляется потягиванием за пуповину.
- **Внутренняя рука** остается в полости матки способствует выделению последа, и удаляется из матки когда проверена целостность извлеченного последа.
- Повторное введение руки в матку нежелательно, повышает угрозу **инфицирования**.

Профилактические мероприятия



- С ранних сроков беременности необходимо определить у беременной возможные факторы риска, которые могут привести к преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.