**БПОУ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ «МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**специальность 31.02.01 Лечебное дело**

**ПМ .02** **Осуществление лечебно -** д**иагностической деятельности**

**МДК 02.04** **Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний акушерско-гинекологического профиля**

**Учебно-методический комплект преподавателя**

**Комаровой Г.Я. по теме 2 «Диагностика и лечение осложнений беременности»**

**Лекция №2**

**Гестозы.**

1.Классификация, этиопатогенез.

2.Часто встречающиеся и редко встречающиеся формы раннего токсикоза. 3.Диагностика.

4.Определение понятия «поздний гестоз».

5.Актуальность.

6.Классификация.

7. Группы риска по развитию гестоза

**Сл 2**

Гестоз — синдром полиорганной функциональной недостаточности, патогенетически связанный с беременностью, характеризующийся генерализованным сосудистым спазмом и перфузионными нарушениями в жизненно важных органах и плаценте.

МКБ–10

**КЛАСС XV** (**блок 010-016**) Отёки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

**Сл 3**

К гестозам относят ряд патологических состояний, которые возникают при беременности, осложняют ее течение и исчезают после ее окончания.

Современные исследования позволяют считать, что основным **этиологическим** фактором является несостоятельность механизмов адаптации к возникшей беременности.

К развитию гестозов предрасполагают: гипоксия, инфекции, интоксикации, наследственные факторы, гипертоническая болезнь, ревматические пороки сердца, диабет, гипертиреоз, нефрит, пиелонефрит, гепатит, холецистит, ожирение, выраженные стрессовые ситуации, аллергические реакции.

Существовало множество теорий, пытающихся объяснить механизм развития раннего токсикоза: рефлекторная, неврогенная, кортико-висцеральная, гормональная, аллергическая, иммунная.

**Сл 4**

**Патогенез.**

Ведущую роль в механизме развития раннего токсикоза занимает нарушение функционального состояния центральной нервной системы. В ранние сроки беременности симптомы раннего токсикоза (невроза) проявляются расстройством функции желудочно-кишечного тракта.

(наступает нарушение пищевых функций: потеря аппетита, тошнота, слюнотечение, рвота).

***Сл 5***

***Гестозы разделяют на две большие группы***:

* ***ранние*** (рвота беременных, чрезмерная рвота, птиализм) возникают обычно в 4 - 12 недель беременности;
* ***поздние*** (водянка беременных, нефропатия, преэклампсия и эклампсия) - возникают в последние 2-3 месяца.

**Сл 6**

**1.Ранние токсикозы беременных**

***Рвота беременных*** возникает примерно у 50-60% беременных, но в лечении нуждаются не более 8-10% из них. Различают 3 степени тяжести рвоты беременных. Чем раньше возникает рвота беременных, тем тяжелее она протекает.

***1 степень - легкая форма рвоты беременных.***

Общее состояние остается удовлетворительным. Частота рвоты не превышает 5 раз в сутки. Рвота бывает натощак, может вызываться приемом пищи или неприятными запахами. Потеря массы тела не превышает 2-3 кг.

Температура тела, влажность кожных покровов и слизистых оболочек остается нормальной. Частота пульса не превышает 80 уд/мин. Артериальное давление не изменяется, клинические анализы мочи и крови остаются нормальными.



***Сл 7***

***2 степень*** - рвота средней тяжести. При этой форме гестоза общее состояние женщины нарушается. Больные жалуются на слабость, иногда головокружение. Рвота повторяется от 6 до 10 раз в сутки. Потеря массы тела превышает 3 кг за 1-1,5 недели. У некоторых женщин может наблюдаться субфебрильная температура тела. Пульс учащается до 90-100 уд/мин. Артериальное давление может быть незначительно понижено. При исследовании мочи выявляется положительная реакция на ацетон ( +, ++ и реже +++). ***Птиализм (слюнотечение).***

Может наблюдаться как при рвоте беременных, так и самостоятельно. Суточная саливация может достигать 1 л и более.

**Сл8**

***3 степень - тяжелая (чрезмерная***) рвота. Состояние женщин резко ухудшается. Рвота до 20-25 раз в сутки , продолжается и ночью, нарушается сон. Потеря массы тела достигает 8-10 кг и более. Беременные не удерживают ни пищу, ни воду, что приводит к значительному обезвоживанию организма и метаболическим нарушениям.

Резко нарушаются все виды обмена веществ. Кожа и слизистые оболочки становятся сухими. Температура тела (37,2-37,5°С, иногда 38°С). Пульс до 120 уд/мин, артериальное давление и диурез снижены. В моче обнаруживается ацетон ( +++ или ++++), нередко выявляются белок и цилиндры. В анализах крови определяются гипо- и диспротеинемия, гипербилирубинемия, повышение содержания креатинина. Чрезмерная форма рвоты беременных встречается в настоящее время очень редко.

Ранний токсикоз беременных дифференцируют с рядом заболеваний, при которых также отмечается рвота (пищевая токсикоинфекция, гастрит, панкреатит, желчнокаменная болезнь, рак желудка, нейроинфекция и др.).

**Сл 9**

***Лечение рвоты беременных.***

Лечение легкой формы рвоты беременных, как правило, амбулаторное под контролем динамики массы тела беременной и обязательных повторных исследований мочи на содержание ацетона. Рвота беременных средней тяжести и тяжелая требуют лечения в стационаре.

Об эффективности проводимой терапии судят по прекращению рвоты, прибавке массы тела, нормализации анализов мочи и крови.

**Сл 10**

***Показания для прерывания беременности при рвоте:***

* непрекращающаяся рвота;
* нарастание уровня ацетона в анализах мочи;
* прогрессирующее снижение массы тела;
* выраженная тахикардия;
* нарушение функций нервной системы;
* желтушное окрашивание склер и кожи;
* изменение КЩС,
* гипербилирубинемия.

***Дерматозы беременных*** – редкие формы раннего токсикоза. Проявляются дерматозы в виде зуда, крапивницы, герпетических высыпаний. Наиболее частой формой является зуд беременных, который может ограничиваться областью наружных половых органов или распространяется по всему телу и нередко бывает мучительным, вызывает бессонницу, раздражительность, подавленное настроение. Необходимо дифференцировать с сахарным диабетом, грибковыми заболеваниями кожи, трихомониазом, аллергией. Лечение заключается в назначении седативных средств, десенсибилизирующих, витаминов, УФО.

***Тетания беременных*** проявляется судорогами мышц верхних конечностей ("рука акушера"), реже нижних конечностей ("нога балерины"), лица ("рыбий рот"). Причина - понижение или выпадение функции паращитовидных желез и, как следствие, нарушение обмена кальция. При тяжелом течении заболевания или обострении во время беременности латентно протекающей тетании, следует прервать беременность. Для лечения применяют паратиреоидин, кальций, витамин Д.

***Остеомаляция беременных*** в выраженной форме встречается крайне редко. Беременность в этих случаях абсолютно противопоказана. Чаще наблюдают стертую форму остеомаляции ***- симфизиопатию***. Заболевание связано с нарушением фосфорно-кальциевого обмена, декальцинацией и размягчением костей скелета. Появляются боли в ногах, костях таза, мышцах, общая слабость, утомляемость, парестезии; изменяется походка ("утиная"), повышаются сухожильные рефлексы. Пальпация лобкового сочленения болезненна.

На рентгенограммах таза иногда обнаруживают расхождение костей лобкового сочленения, однако, в отличие от истинной остеомаляции в костях отсутствуют деструктивные изменения

***Лечение заболевания***. Хороший эффект дает применение витамина Д, рыбьего жира, общего ультрафиолетового облучения, общего и местного, прогестерона.

***Острая желтая атрофия печени*** наблюдается чрезвычайно редко и может быть исходом чрезмерной рвоты беременных или возникнуть независимо от нее. В результате жирового и белкового перерождения печеночных клеток происходит уменьшение размеров печени, возникновение некрозов и атрофии печени. (***Острая желтая атрофия печени*** – *Клинические протоколы от 2017 года*)

Заболевание крайне тяжелое (интенсивная желтуха, зуд, рвота, судорожные припадки, кома), обычно приводит к гибели больной. Лечение заключается в немедленном прерывании беременности, хотя и прерывание беременности редко улучшает прогноз.

***Бронхиальная астма беременных*** наблюдается очень редко. Причиной возникновения бронхиальной астмы является гипофункция паращитовидных желез и нарушение кальциевого обмена. Лечение: препараты кальция, витамины группы “В”, седативные средства. Бронхиальную астму беременных необходимо дифференцировать с обострением бронхиальной астмы, существовавшей до беременности.

***Профилактика ранних токсикозов (гестозов)*** заключается в своевременном лечении хронических заболеваний, устранении психических нагрузок, неблагоприятных воздействий внешней среды. Большое значение имеет ранняя диагностика и лечение начальных (легких) проявлений токсикоза, а, следовательно, предупреждение развития тяжелых форм заболеваний

***Определение понятия «поздний гестоз».***

***ОПГ-гестоз*** – это синдром полиорганной функциональной недостаточности, патогенетически связанный с беременностью, характеризующийся генерализованным сосудистым спазмом и перфузионными нарушениями в жизненно важных органах и плаценте.

Гестоз беременных – это не самостоятельное заболевание, а болезнь адаптации.

***Триада Цангемейстера*** – ОПГ-гестоз (О – отеки, П – протеинурия, Г - гипертензия).

***Актуальность.*** Частота поздних гестозов составляет от 8 до 22%. В причинах материнской смертности поздний гестоз занимает 2–3 место. Перинатальная смертность составляет 18-30%.



**Сл 12**

***Рабочая классификация гестоза.***

***Выделяют:***

1.«Чистые» формы.

2.«Сочетанные» формы.

***По степени тяжести:***

1.Лёгкая степень.

2.Средняя степень.

3. Тяжёлая степень.

4. Преэклампсия.

5.Эклампсия.

* Судорожная форма.
* Бессудорожная (коматозная) форма.

6.Атипические тяжёлые формы: (Клинические протоколы. 2017 г)

* Острый жировой гепатоз беременных.
* HELLP – синдром.

**Сл 13**

***Клинические варианты:***

1.Гипертензионный.

2.Отёчный (водянка беременных).

3.Протеинурический.

4.Классический (триада Цангемейстера).

Все эти формы рассматриваются как различные стадии одного и того же патологического процесса.

***Критерием АГ у беременных являются уровни систолического АД > 140 мм рт.ст. и/или диастолического АД > 90 мм рт.ст.***

**Сл 14**

Необходимо подтвердить повышение уровня АД, как минимум, двумя измерениями с интервалом не менее четырех часов.

Гипертензивные состояния при беременности представлены двумя группами: **(**Клинические рекомендации от 2010 г)

* АГ, существовавшая до беременности,
* АГ, развившаяся непосредственно в связи с гестационным процессом.

Все гипертензивные состояния, диагностированные у женщины до беременности или до 20-ой недели ее развития, объединяются понятием "хроническая АГ". Индуцированная беременностью гестационная АГ манифестирует после 20-ой недели. В некоторых случаях, при прогрессировании патологического процесса, гестационная АГ трансформируется в наиболее тяжелые формы – преэклампсию (АГ и протеинурия) и эклампсию (присоединение судорог). Преэклампсия/эклампсия могут также осложнить течение беременности и у женщин с хронической АГ.

**Сл 15**

Среди беременных с АГ хроническая АГ выявляется примерно у 30%, гестационная АГ и преэклампсия/эклампсия - у 70% пациенток .

Хроническая АГ значительно осложняет течение беременности. По данным различных авторов преэклампсия (ПЭ) развивается у 22 - 75% женщин с хронической АГ. Даже небольшое повышение АД, существовавшее до беременности, увеличивает риск развития ПЭ в 2 раза.

Гестационная АГ трансформируется в ПЭ в 50% случаев.

**Сл 16**

****

Распространенность хронической АГ среди молодых женщин не велика, однако значительно возрастает по мере увеличения возраста пациенток.

**Сл 17**

***Водянка беременных*** является начальной формой позднего гестоза и характеризуется появлением одного симптома – отеков с локализацией на лице, нижних и верхних конечностях, на передней брюшной стенке и т.д..

Общее состояние беременной при водянке не нарушается. Жалобы на чувство тяжести в ногах, быструю утомляемость, жажду появляются когда отёки становятся значительно выраженными. Артериальное давление остается в пределах нормы или даже несколько ниже ее. Водянка беременных в 20-24% случаев переходит в нефропатию.

Для выявления скрытых отёков необходимо контролировать прибавку массы тела беременной, которая не должна превышать 300 – 400 граммов за неделю. Можно провести «волдырную пробу».

**Сл 18**

***Нефропатия беременных*** чаще всего сочетает наличие трех симптомов – отеки, гипертензия, протеинурия (появление белка в моче). В отличие от водянки беременных, при нефропатии основным симптомом являются не отеки, а артериальная гипертония, которая в тяжелых случаях может достигать 200/150 мм рт. ст. и даже выше.

**Сл 19**

***Преэклампсия -*** более тяжелая форма позднего гестооза. На фоне имеющихся отеков, протеинурии, гипертензии появляются новые признаки (энцефалопатии): головная боль, головокружение, ощущение тяжести в области лба и затылка, бессонница, апатия, заторможенность, нарушение зрения («пелена» перед глазами, мелькание «мушек», иногда потеря зрения), шум в ушах, признаки расстройства желудка и печени - тошнота, рвота, боли в животе.

Любой раздражитель (громкий звук, яркий свет, боль) может привести к развитию следующей стадии позднего гестоза ***- эклампсии*** (самой тяжелой редко встречающейся формы).

**Сл 20**

Судорожный припадок развивается в определенной последовательности:

1 фаза - ***мелкие фибриллярные подергивания***, главным образом мышц лица, передающиеся в дальнейшем на верхние конечности. Длится фаза около 15-25 секунд .

2 фаза - ***тонические сокращения скелетной мускулатуры***, потеря сознания, остановка дыхания, резкий цианоз кожных покровов и слизистых оболочек, расширение зрачков, иногда женщина прикусывает язык. Длится фаза 10-20 секунд.

3 фаза - ***клонические судороги,*** охватывающие туловище, верхние и нижние конечности. Дыхание становится затрудненным, изо рта выступает пена (в случае прикусывания языка - с примесью крови).

4 фаза - после прекращения клонических судорог больная впадает в ***эклампсическую кому***. Она лежит неподвижно, сознание отсутствует, дыхание шумное, хриплое.

Коматозное состояние может смениться новым приступом. Если этого не происходит, больная постепенно приходит в сознание, восстанавливаются нормальное дыхание и чувствительность. По окончании припадка женщина ничего не помнит о случившемся, жалуется на общую разбитость и головную боль. **Продолжительность коматозного состояния бывает различной, иногда оно может длиться часами, что, конечно, ухудшает прогноз**.

Во время припадка могут возникать асфиксия, ушибы и переломы. После окончания судорог возможно развитие аспирационной пневмонии и печеночно-почечной недостаточности. **Больная может умереть во время судорожного припадка или после его окончания от кровоизлияния в мозг, асфиксии, отека легких. Плод нередко погибает от острой гипоксии**.

В особо тяжелых случаях эклампсии, судорожная стадия может выпадать совсем (эклампсия без судорог).

**Сл 21**

***Группы риска по развитию позднего токсикоза (гестоза****):*

* беременные с экстрагенитальной патологией (заболевания почек, артериальная гипертензия, хронические неспецифические заболевания легких, эндокринопатии, анемия и т. д);
* беременные с ожирением;
* беременные, имеющие пороки сердца;
* беременные, которые имели поздний гестоз в предыдущих беременностях;
* возраст женщины (старше 30 лет или моложе 19 лет);
* многоплодная беременность (двойня, тройня и т.д.);
* внутриутробная гипотрофия плода (задержка развития плода);
* сенсибилизация по резус-фактору или группе крови;
* если беременная женщина имеет профессиональные вредности.

**Сл 22**

**Диагностика позднего гестоза.**

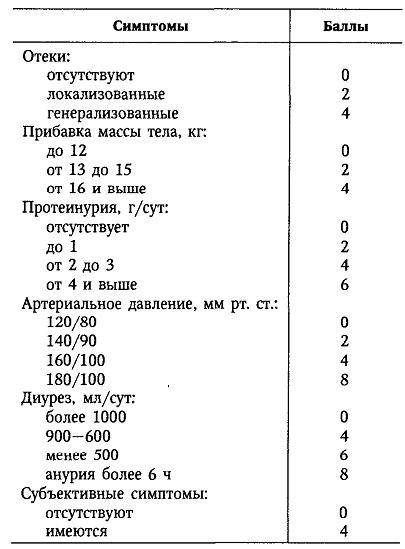
В диагностике позднего гестоза учитывается триада Цангемейстера (отёки, повышение АД, белок в моче), изменения сосудов глазного дна, субъективные жалобы (головная боль, «глазные симптомы» и др.). **Диагностическое значение имеет биохимический анализ крови**.

Снижение концентрации общего белка ниже 50 г/л свидетельствуют об очень тяжелом течении позднего токсикоза и являются неблагоприятным прогностическим показателем для матери и плода. ***Определение степени тяжести. Шкала Виттлингера.***

**Сл23**

Выделяют 3 степени тяжести ***нефропатии беременных***:

* ***1 степень*** *:* отеки ног; повышение АД на 25-30% от исходного (в среднем –150/90 мм рт. ст.); асимметрия АД – 10-15 мм рт. ст.; умеренная протеинурия (уровень белка в моче – 1г/л)
* ***2 степень****:* выраженные отеки ног, брюшной стенки; повышение АД на 40% от исходного (в среднем –170/100 мм рт. ст.); асимметрия АД – 20-15 мм рт. ст, протеинурия (уровень белка в моче – 1-2 г/л)
* ***3 степень****:* выраженные отеки ног, брюшной стенки, лица; повышение АД более чем на 40% от исходного (в среднем – до 180/110 мм рт. ст.); асимметрия АД – 20-25 мм рт. ст.; выраженная протеинурия (уровень белка в моче – более 2 г/л). Оценить степень тяжести нефропатии можно по ***шкале Виттлингера.***

***Сл 24***

***Примечание:*** при сумме баллов 21 и выше гестоз следует считать тяжёлым.

**Сл 25**

В настоящее время всё большее значение приобретает диагностика HELLP-синдрома и ОЖГБ.

Многие клиницисты рассматривают HELLP-синдром как осложнение гестоза.

**HELLP-синдром**: гемолиз — Н (*hemolysis*); повышение ферментов печени — EL (*elevated liver enzymes*); низкое число тромбоцитов — LP (*lowplatelet count*). При тяжёлой нефропатии и эклампсии развивается в 4–12%и характеризуется высокой материнской (до 75%) и перинатальной смертностью. HELLP-cиндром развивается в III триместре беременности с 33-й по 39-ю недели, чаще при сроке 35 нед. HELLP-синдром в 30% случаев

проявляется в послеродовом периоде.

Первоначальные проявления неспецифичны и включают головную боль, утомление, рвоту, боли в животе, чаще локализующиеся в правом подреберье или диффузные. Затем появляются рвота, окрашенная кровью, кровоизлияния в местах инъекций, нарастающие желтуха и печёночная недостаточность, судороги, выраженная кома.

***Сл 26***

***Лабораторные признаки HELLP-синдрома:***

■ повышение активности аминотрансфераз (аспартат аминотрансферазы

(АСТ) >200 ЕД/л, аланин аминотрансферазы (АЛТ) >70 ЕД/л, лактат

дегидрогеназы (ЛДГ) >600 ЕД/л);

■ тромбоцитопения (<100×109/л);

■ снижение уровня глюкозы крови вплоть до гипогликемии.

**Сл 27**

**ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Критерии гестоза**: • протеинурия — более 0,3 г/л; • артериальная гипертензия — при давлении выше 135/85 мм рт.ст., а при гипотензии — увеличение систолического АД на 30 мм рт.ст. и более от исходного, а диастолического — на 15 мм рт.ст.; • отёки следует учитывать лишь в том случае, если они не пропадают после ночного отдыха.

**Сл 28**

■ Обязательные методы обследования:

❑ измерение динамики массы тела;

❑ измерение АД на обеих руках и пульса;

❑ измерение диуреза;

❑ клинический анализ крови;

❑ клинический анализ мочи;

❑ анализ суточной мочи на белок;

❑ биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, мочевина,

глюкоза, электролиты, креатинин, остаточный азот, холестерин, би-

лирубин прямой и непрямой, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза (ЩФ),

триглицериды);

❑ анализ мочи по Нечипоренко;

❑ анализ мочи по Зимницкому.

**Сл 29**

■ Дополнительные методы обследования:

❑ гемостазиограмма (тромбоэластография, АЧТВ, число и агрегация

тромбоцитов, фибриноген, продукты его деградации, концентрация

эндогенного гепарина, антитромбин III);

❑ суточное мониторирование АД;

❑ проба Реберга;

❑ бактериальное исследование мочи;

❑ УЗИ жизненно важных органов матери;

❑ ультразвуковая фетометрия;

❑ КТГ;

❑ допплерометрия материнской и плодовой гемодинамики;

❑ исследование глазного дна;

❑ волчаночный антикоагулянт;

❑ антитела к ХГЧ;

❑ ЭКГ;

❑ измерение центрального венозного давления (ЦВД).

**Сл 30**

■ Объём и кратность исследований определяются характером и степенью

тяжести клинических проявлений.

■ Наличие 2–3 вышеперечисленных признаков свидетельствует о высокой вероятности развития гестоза после 20 нед беременности.

Гестоз может проявляться повышением АД в виде моносимптома, а также в сочетании с протеинурией и/или отёками, возникающими после 20 нед гестации.

***Осложнения позднего гестоза.***

* сердечная недостаточность;
* отек легкого;
* острая почечная недостаточность;
* кома;
* преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
* развитие плацентарной недостаточности;
* острая и хроническая гипоксия плода;
* внутриутробная задержка развития плода;
* преждевременные роды;

развитие HELLP синдрома: гемолиз эритроцитов, дегенерация печеночных клеток, тромбоцитопения.

**Сл 31**

**Оказание скорой медицинской помощи**

**На догоспитальном этапе**

**Диагностика:**

Выявить признаки гестоза:

* Срок беременности, состоит ли на учёте, проверить карту беременной.
* Патологическая прибавка массы тела (более 400 г в 1 нед.).
* Неравномерная прибавка массы тела со снижением в ответ на приём диуретиков и последующим быстрым повышением.
* Нарастание отёков.
* Изменения в анализах мочи (протеинурия).
* Уменьшение суточного диуреза.
* Появление зуда кожных покровов, желтушного окрашивания склер.
* Повышение АД.
* Стрессовые ситуации дома, в семье, на работе.
* Появление головных болей, головокружения.
* Нарушения зрения (туман перед глазами, мелькание «мушек»).
* Заторможенность, вялость, бессонница.

**Слайд 32**

Обратить внимание на:

* общее состояние беременной;
* состояние кожных покровов;
* зрачковые и сухожильные рефлексы;
* степень нарушения сознания больной;
* видимые отёки нижних конечностей, одутловатость лица;
* превышение АД по сравнению с исходным (до беременности) на 20–
* 25 мм рт.ст.;
* частоту пульса, дыхания и сердцебиения.
* измерение АД на периферических артериях (на обоих руках – имеет значение асимметрия показателей).

**Слайд 33**

**Преэклампсия.**

Характерны различные комбинации следующих симптомов:

* головная боль, чаще в затылочной и височной областях;
* расстройство зрения, пелена или мелькание «мушек» перед глазами;
* боли в надчревной области и правом подреберье, часто сочетающиеся с головными болями;
* тошнота, рвота;
* «судорожная готовность» — гиперрефлексия;
* психическое возбуждение или, напротив, угнетенное состояние;
* повышение АД до критического уровня 170/110 мм рт.ст. и выше;
* олигурия — диурез 600 мл и ниже;
* низкий часовой диурез — менее 60 мл/час;
* генерализованные отёки;
* кожный геморрагический синдром в виде петехий.

**Слайд 34**

**Эклампсия**.

Если период преэклампсии по каким-либо причинам пропущен или терапия была неадекватной, развивается эклампсия. Эклампсия — острый отёк мозга, высокая внутричерепная гипертензия, срыв ауторегуляции и нарушение мозгового кровообращения, ишемические и геморрагические повреждения структур мозга.

**Слайд 35**

Эклампсия крайне опасна даже при наличии одного припадка, так как в момент приступа может произойти кровоизлияние в жизненно важные центры мозга (прорыв крови в желудочки мозга).

Клинические формы эклампсии:

* отдельные припадки;
* серия судорожных припадков (статус экламптикус);
* бессудорожная (самая тяжёлая).

**Слайд 36**

Экламптическая кома и постэкламптическая кома — результат тяжёлого гипоксического и метаболического повреждения мозга, проявляющегося ишемическим или геморрагическим инсультом, острым отёком мозга (который не удалось купировать) или диффузным сосудистым нарушением функций полушарий мозга, ствола или ретикулярной формации. В результате потери регулирующей функции мозга развиваются тяжелейшие дисфункции органов и систем, нарушается гемостаз. Иногда кома переходит в сопор. На фоне глубокого торможения психической активности могут иметь место отдельные элементы сознания и ответ на простейшие речевые команды или болевые раздражения.

**Слайд 37**

Неблагоприятные прогностические признаки:

* гипертермия;
* расстройство дыхания;
* снижение АД;
* анурия.

Необходимо исключить:

* диабетическую кому;
* уремическую кому;
* печёночную кому;
* острую гипертоническую энцефалопатию;
* эпилепсию.

**Слайд 38**

При необходимости действовать согласно клиническим рекомендациям оказания скорой медицинской помощи при коме неясного генеза.

**Лечение:**

Оказание скорой медицинской помощи беременным с гестозом тяжёлой степени необходимо начинать как можно раньше на догоспитальном этапе оказания скорой медицинской помощи.

* Для фельдшерской бригады скорой медицинской помощи – вызов специализированной бригады скорой медицинской помощи.
* Катетеризация периферической и подключичной вен.
* Катетеризация мочевого пузыря.
* Пульсоксиметрия.
* Нейролептаналгезия.

**Слайд 39**

С этой целью следует начать внутривенное или внутримышечное введение 2 мл 0,5% р-ра диазепама и 1 мл 2,5% р-ра прометазина (или 2 мл 1% р-ра дифенгидрамина); в/м или в/в 2 мл 0,25% р-ра дроперидола (под контролем АД!). Нейролептаналгезию можно усилить введением 1 мл 2% р-ра тримеперидина или 1 мл 0,005% р-ра фентанила.

Внутримышечно вводят 3–4 мл 1% р-ра бендазола и 2–4 мл 2% р-ра папаверина (В, 2+).

**Слайд 40**

Необходимо начать введение 25% р-ра магния сульфата по одной из ниже приводимых схем. Магния сульфат оказывает успокаивающее действие на ЦНС и уменьшает судорожную готовность; оказывает гипотензивное и диуретическое действие.

По схеме Бровкина: в/м 24 мл, что соответствует 6 г сухого вещества 25% р-ра магния сульфата, 4 раза через 4 часа. Препарат вводят вместе с 5 мл 0,5% р-р лидокаина в верхненаружный квадрант ягодицы длинной иглой обязательно на фоне предварительной нейролептаналгезии (диазепам, дроперидол, дифенгидрамин), так как боль может спровоцировать приступы эклампсии.

**Слайд 41**

Первую инъекцию 25% р-ра магния сульфата можно сделать в/в в количестве 10–12 мл на 200 мл изотонического раствора натрия хлорида, а последующие инъекции — в/м; скорость в/в введения препарата 16–18–30 капель в минуту.

В качестве гипотензивных средств при оказании скорой медицинской помощи женщинам с гестозами могут быть использованы следующие препараты: под язык гидралазин по 0,01г или пропранолол по 0,01 г, или клонидин в таблетках по 0,000075 г или 0,00015 г. При АД 160/100 мм рт.ст. и выше клонидин может быть использован п/к, в/м или в/в в дозе 0,5–1 мл 0,01% р-ра, для внутривенного введения раствор клонидина разводят в 10–20 мл изотонического раствора натрия хлорида .

**Слайд 42**

С целью профилактики гипоксии внутриутробного плода вводят 3 мл 5% р-ра аскорбиновой кислоты и 5 мл 5% р-ра унитиола в 20 мл 40% р-ра декстрозы.

Обязательным компонентом лечения тяжёлых форм гестоза является инфузионная терапия. С этой целью в/в капельно целесообразно введение: мафусола 400 мл; при его отсутствии — трисоля или дисоля в количестве 200–250 мл. Объём инфузионной терапии при гестозе тяжёлой степени, преэклампсии и эклампсии не должен превышать 600–800 мл (при сохранённом диурезе!).

Для улучшения реологических свойств крови в/в капельно вводят декстраны — 400 мл реополиглюкин, реоглюман или рондек.

**Слайд 43**

При выраженной тахикардии применяют сердечные гликозиды: 0,5–1 мл 0,05% р-ра строфантина-К или 0,5–1 мл 0,06% р-ра ландыша гликозида в/в в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида.

В конце инфузии в/в струйно вводят 10 мл 2,4% р-ра аминофиллина.

При отсутствии эффекта от проводимой терапии у беременных с гестозом тяжёлой степени применяют диуретические препараты. На фоне инфузионной терапии вводят фуросемид в дозе 20–40–60–80 мг в зависимости от нарушений водно-солевого обмена и симптомов отёка мозга.

Лечение гестоза проводят на фоне обязательной ингаляции кислородно-воздушной смеси.

**Слайд 44**

**Лечение при эклампсии**:

При возникновении экламптического приступа беременную, утратившую сознание, необходимо уложить на бок (желательно правый), запрокинуть голову назад для предотвращения западения языка, ввести резиновые или пластмассовые воздуховоды, удалить изо рта пену (иногда с примесью крови), произвести ингаляцию кислорода и воздуха через маску. Оксигенацию при дыхательной недостаточности у беременных с тяжёлыми формами гестозов следует проводить с осторожностью. При выраженной острой дыхательной недостаточности необходима интубация, отсасывание секрета из трахеи и бронхов, ИВЛ в режиме гипервентиляции (при СО2 — 20–22 мм рт.ст.). Для проведения ИВЛ необходимо вызвать специализированную бригаду скорой медицинской помощи.

**Слайд 45**

После окончания приступа обследование беременной следует проводить только в условиях нейролептаналгезии. Если нейролептаналгезия не была проведена до начала эклампсии, после припадка следует ввести 2 мл 0,5% р-ра диазепама; 2–4 мл 0,25% р-ра дроперидола, 2 мл 2,5% р-ра прометазина (или 2 мл 1% р-ра дифенгидрамина), 1 мл 2% тримеперидина в/в или в/м; дать наркоз закисью азота с кислородом.

Нейролептаналгезия ослабляет судорожную форму гестоза и предупреждает развитие следующего приступа.

**Слайд 46**

Необходимо выяснить акушерскую ситуацию: общее состояние больной (частота пульса, дыхание, цифры АД на одной и второй руке, наличие отёков, степень их выраженности, срок беременности, наличие (отсутствие) схваток, форму матки, наличие локальной болезненности при пальпации матки, наличие шевеления и сердцебиения плода, наличие кровянистых выделений из половых путей.

После купирования приступа судорог необходимо начать лечение гестоза (магния сульфат, реополиглюкин).

**Слайд 47**

Введение магния сульфата сочетают с введением препаратов, уменьшающих вазоконстрикцию сосудов: бендазол 1% — 3–6 мл и папаверин 2% — 2–4 мл, дротаверин 2% — 2 л.

Одновременно больной проводят инфузионную терапию: мафусол 400–450 мл в/в капельно или 500 мл любого полиионного раствора: лактосоль или трисоль, или лактосоль 250 мл, или трометамол 500 мл, или 500 мл 5% р-ра декстрозы под контролем диуреза, так как при тяжёлых гестозах развивается острая почечная недостаточность.

Для улучшения реологических свойств крови ввести 400 мл реополиглюкина.

**Слайд 48**

Если на фоне введения спазмолитических средств, магния сульфата, инфузионной терапии у беременной (роженицы) сохраняются высокие цифры артериального давления, вводят 10 мл 2,4% р-ра аминофиллина в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида.

Из других гипотензивных средств можно ввести п/к, в/м или в/в клонидин 0,01% 0,5–1,0 мл. Препарат вводят под контролем АД, в первые минуты введения возможно кратковременное повышение АД! При введении совместно с нейролептиками клонидин усиливает их седативное действие.

Для снижения АД у беременных (рожениц) целесообразно использование препаратов для управляемой артериальной гипотензии: 5% азаметония бромид — 0,5–1 мл в/м или в/в в 20 мл изотонического раствора натрия хлорида или 5% р-ра декстрозы.

**Слайд49**

У некоторых больных с эклампсией развивается острая дыхательная недостаточность. Лечебные мероприятия при острой дыхательной недостаточности направлены на:

* восстановление и обеспечение проходимости дыхательных путей, при необходимости — их дренирование;
* улучшение альвеолярной вентиляции и лёгочного газообмена;
* улучшение гемодинамики, борьбу с сердечно-сосудистой недостаточностью.

У больных с эклампсией может развиться острая сердечная недостаточность. Для борьбы с ней вводят сердечные гликозиды: 0,25–0,5–1 мл 0,05 раствора строфантина-К или 0,5–1мл 0,06% р-ра ландыша гликозида.

**Слайд 50**

**Что нельзя делать:**

Попытка быстрой транспортировки больной с судорожной формой гестоза без предварительной нейролепсии или нейролептаналгезии и предварительного лечения гестоза только усугубляет состояние больной и исход заболевания.

**Слайд 51**

**Дальнейшее ведение пациента:**

* Во всех случаях гестоза обязательна незамедлительная госпитализация беременной в акушерский стационар: при нетяжёлом течении заболевания -в отделение патологии беременных, при тяжёлом - в акушерское реанимационное отделение.
* В случае транспортировки беременной с преэклампсией или эклампсией целесообразно сообщить в соответствующий стационар.
* Предпочтительна медицинская эвакуация силами специализированной бригадой скорой медицинской помощи.
* Транспортировка на носилках.

**Слайд 52**

**Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи (стосмп)**

После доставки в стационар пациентка сразу направляется в специализированное отделение, минуя (СтОСМП).

**Сл 53**

**Ведение родов**.

Решение о досрочном прерывании беременности, при нефропатии II степени, принимают через 1-2 недели безуспешной интенсивной терапии. Нефропатия III степени требует родоразрешения уже через 1-3 дня проведения лечения, без положительного эффекта; преэклампсия — через 3-4 часа.

Если родовые пути женщины подготовлены, то лучшим методом является родоразрешение через естественные родовые пути.

Родовозбуждение начинают со вскрытия плодного пузыря (на фоне продолжающегося лечения гестоза). Если в течение 1-2 часов после излития околоплодных вод родовая деятельность не развивается спонтанно, приступают к внутривенному введению простагландинов или окситоцина.

**Сл 54**

Оценивать характер родовой деятельности и состояние плода, лучше с помощью КТГ. ***Первый период родов*** ведут на фоне адекватного обезболивания. ***Второй период родов*** проводят с перинеотомией или наложением акушерских щипцов. ***В третьем периоде*** проводят профилактику кровотечения. Женщины с ОПГ-гестозом плохо переносят кровопотерю по многим причинам, среди которых важной является свойственная им гиповолемия.

**Сл 55**

***Профилактика гестозов.***

Профилактические мероприятия в отношении возможного развития гестоза беременных складываются из ряда мер, осуществляемых главным образом женской консультацией:

* правильное ведение всех беременных, находящихся под её наблюдением;
* особый учет женщин, составляющих группу повышенного риска развития гестоза;
* выявление женщин с претоксикозом (преморбидное состояние) и предотвращение у них развития истинного гестоза путем назначения соответствующего режима и адекватного лечения;
* ранняя диагностика клинически выраженных форм гестоза с обязательной госпитализацией больных для проведения соответствующего обследования и лечения и, соответственно, предупреждения перехода токсикоза из одной формы в другую, более тяжелую.

**ПОКАЗАНИЯ К КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

* ■ Терапевт — при высоких показателях АД.
* ■ Окулист — всем беременным с гестозом.

**Задание.**

1. Внимательно прочитать конспект лекции.
2. Составить словарь терминов по теме лекции.
3. Выучить материал лекции к практическому занятию «Акушерская тактика при физиологических и патологических родах».
4. Устно ответить на контрольные вопросы по теме:

* Определение и классификация.
* Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе.

1) Диагностика

2) Лечение

3) Дальнейшее ведение

1. Решить ситуационные задачи:

Задача №1

Беременная женщина 22 лет, при сроке беременности 38 недель доставлена в акушерское отделение районной больницы машиной скорой помощи в тяжелом состоянии с помраченным сознанием.

Жалобы на головную боль, ухудшение зрения. При обследовании у беременной появились мелкие фибриллярные подергивания мышц лица и рук, затем присоединились тонические и клонические судороги, дыхание остановилось, появился цианоз лица, изо рта появилась пена, окрашенная кровью. АД 170/110, 175/110 мм рт. ст., приступ продолжался 1,5 минут.

***Задания:***

1. Сформулируйте диагноз. Возможные осложнения в данной ситуации.
2. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи.
3. Составьте план ведения данной патологии.

Задача №2

Поступил вызов к беременной женщине 20 лет, срок беременности 35 недель.

Жалобы: на постоянные боли внизу живота, незначительные кровянистые выделения из половых путей.

Анамнез: данная беременность первая, протекала нормально, но в последние две недели появились отеки и повысилось АД до 140/90 и 145/90 мм. рт. ст.

Объективно: кожные покровы бледные, АД 140/90 и 150/95 мм рт. ст. пульс 90 уд. в мин., тонус матки повышен, сердцебиение плода глухое, 120 уд. в мин., на ногах отеки, из половых путей незначительные кровянистые выделения темного цвета со сгустками. При транспортировке в акушерский стационар состояние беременной ухудшилось, АД 100/60 мм. рт. ст., пульс 100 уд. в мин., появилось: головокружение, холодный липкий пот, бледность кожных покровов, шум в ушах.

***Задания:***

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Оцените состояние женщины. Возможные осложнения в данной ситуации.

Составьте алгоритм действий при оказании доврачебной помощи.

1. Контроль выполнения задания на занятии «Назначение лечения беременных, родильниц».

**Список литературы для самоподготовки студентов**

**Основные источники:**

1. Славянова И. К. Акушерство и гинекология [Текст]: учеб. для мед. училищ и колледжей / И. К. Славянова. – 7-е изд, стер. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2021. – 573 с. – (Медицина).
2. Федюкович Н. И. Фармакология [Текст]: учеб. для студентов мед. училищ и колледжей / Н. И. Фе дюкович, Э. Д. Рубан. – 10-е изд., доп. и перераб. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2023. – 700 с. – (Сред. проф. образование).

**Дополнительные источники:**

1. Акушерство [Текст]: нац. рук. / под ред. Э.К. Айламазяна и др. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 1200 с. + 1 электр. опт. диск (CD-ROM). – (Национальные руководства).
2. Общая врачебная практика [Текст]: нац. рук. в 2 т./ гл. ред. И.Н. Денисов, О.М. Лесняк. – Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2023.

**Интернет–ресурсы:**

1. Министерство здравоохранения Омской области [Электронный ресурс]. UR L: http/www.old.omskminzdrav.ru. ().
2. Большой медицинский сайт [Электронный ресурс] . URL: http://www.megamedportal. ru/.
3. Портал профессиональной медицины [Электронный ресурс] . URL: http://medobook.com/ .