**Неотложные состояния в акушерстве**

**Тема. «Преэклампсия и эклампсия»**.

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

***Этиология.***

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

Почти во всех системах организма беременной возникают физиологические изменения, способствующие нормальному течению беременности и правильному развитию плода.

Развитие этих изменений, имеющих приспособительный характер, регулируется нервной системой при активном участии гормонов, образующихся в железах внутренней секреции и в плаценте.

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.

Патогенез.

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

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

Пищевые рефлексы связаны с вегетативными центрами диэнцефальной области. Поступающие сюда с периферии афферентные сигналы могут носить извращенный характер, что может изменить характер ответных эфферентных импульсов (наступает нарушение пищевых функций: потеря аппетита, тошнота, слюнотечение, рвота).

Постепенно развиваются изменения водно-солевого, углеводного и жирового, а затем и белкового обмена на фоне нарастающего истощения и снижения массы тела.

***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%.

***Рабочая классификация гестоза***

1.«Чистые» формы.

2.«Сочетанные» формы.

***По степени тяжести:***

Преэклампсия.

Средняя степень.

Тяжёлая степень.

Эклампсия.

* Судорожная форма.
* Бессудорожная (коматозная) форма.

3.Атипические тяжёлые формы:

* Острый жировой гепатоз беременных.
* HELLP – синдром.

***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.

***Отёки, вызванные беременностью*** 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».

***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).

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).

***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.

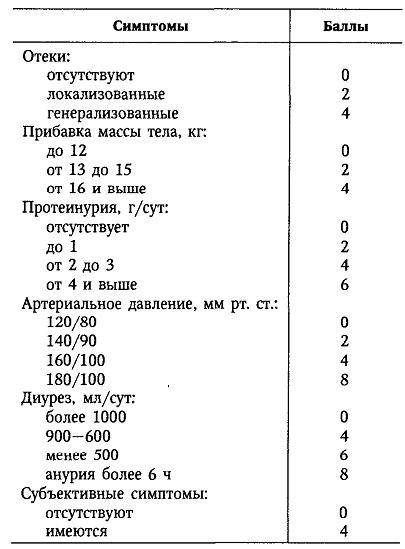
***Диагностика позднего гестоза.***

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.*** 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.***



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

***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.

***Ведение родов***

Решение о досрочном прерывании беременности принимают через 1-2 недели безуспешной интенсивной терапии 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.

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 гестозом плохо переносят кровопотерю по многим причинам, среди которых важной является свойственная им гиповолемия.

***Кесарево сечение производится по следующим показаниям:***

* эклампсия во время беременности и в родах,
* при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути;
* тяжелые осложнения гестоза (кровоизлияние в мозг, отслойка сетчатки глаза,
* острая почечно-печеночная недостаточность,
* кома,
* преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты);
* отсутствие эффекта от лечения тяжелых форм нефропатии и преэклампсии при неподготовленных родовых путях;
* отсутствие эффекта от родовозбуждения или слабость родовой деятельности;
* ухудшение состояния роженицы или жизнеспособного плода при отсутствии условий для быстрого завершения родов через естественные родовые пути.

***Ведение послеродового периода***

Родильницам, перенесшим тяжелые формы гестоза, рекомендуется проводить комплексную, интенсивную терапию в условиях стационара не менее 2 недель, начиная её буквально сразу после родов.

Целенаправленная медицинская реабилитация женщин, перенесших гестоз, может служить основанием для их полного выздоровления. В наблюдении нуждаются и новорожденные, родившиеся от матерей, перенесших гестоз.

***Неотложная помощь на догоспитальном этапе*** включает назначение седативных, нейролептических и наркотических средств и гипотензивных препаратов. Воздействие на ЦНС обеспечивает создание лечебно-охранительного режима на месте и при последующей транспортировке больной, предотвращает развитие эклампсических приступов.

Перед транспортировкой в стационар на месте купируется судорожная готовность. Для этого используют:

в/в ведение 1-2 мл 0,1% р-ра рауседила;

2-4 мл 0,5% р-ра седуксена (сибазона);

2-4 мл 0,25% р-ра дроперидола или I мл 2% р-ра промедола.

***4.Принципы лечения позднего гестоза.***

К основным принципам лечения гестоза относятся: создание лечебно-охранительного режима, восстановление функции жизненно важных органов, быстрое и бережное родоразрешение.

При водянке I степени (отёки голени) возможно проведение лечения гестоза в условиях женских консультаций. При водянке 2- 4 степени лечение осуществляется в условиях стационара. Беременных с нефропатией тяжелой степени, преэклампсией, эклампсией целесообразно госпитализировать в стационары при многопрофильных больницах, которые имеют реанимационное отделение и отделение при выхаживании недоношенных детей.

***Лечение гестоза включает в себя комплекс мероприятий:***

* диета с ограничением жидкости (800-1000 мл в сутки) и соли, обогащенная белками и витаминами;
* создание лечебно-охранительного режима (включая успокаивающие препараты);
* инфузионная или внутривенная терапия (ее цель - улучшение кровообращения в мелких сосудах, в том числе в сосудах плаценты). Объем вливаний составляет до 1400 мл в сутки (используют реополиглюкин, препараты плазмы и т.д.);
* гипотензивная терапия - лечение, направленное на снижение артериального давления (дибазол, магнезия, нитраты, ганглиоблокаторы для управляемой гипотензии, антагонисты кальция);

***Магнезиальная терапия по Бровкину:***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Время | 10.00 | 14.00 | 18.00 | 24.00 |
| Доза раствора сернокислой магнезии | 25% - 24,0мл  в/м | 25% - 24,0мл  в/м | 25% - 24,0мл  в/м | 25% - 24,0мл  в/м |

* профилактика плацентарной недостаточности (актовегин, метионин, витамины «Е», «В6», «В12», «С»).

Назначают успокаивающие, мочегонные препараты. Длительность лечения гестоза определяется степенью его тяжести и состоянием пациентки

***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.