

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
САМАРКАНДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

РЕФЕРАТ

ТЕМА: Гестозы

ВЫПОЛНЯЛ(А): Буронова Н.

САМАРКАНД-2016

Гестозы

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, птоализм) 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. Известно, что почти во всех системах организма беременной возникают физиологические измене-

ния, 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. Возникновению гестозов предрасполагают врожденная и приобретенная недостаточность системы нейроэндокринной регуляции приспособительных реакций (гипоксия, инфекции, интоксикации, гипотрофия в антенатальном периоде, наследственные факторы и т.д.).

Возникновению гестозов способствует также влияние патогенных факторов, ведущих к нарушению адаптационных процессов. Это происходит при заболеваниях сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ревматические пороки сердца), нарушении деятельности желез внутренней секреции (диабет, гипертиреоз), почек (нефрит, пиелонефрит), гепатобилиарной системы (гепатит, холецистит), нарушение обмена веществ (ожирение), выраженные стрессовые ситуации, интоксикации (курение и др.), аллергические и иммунологические реакции.

Патогенез.

ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ рассматривает поздние гестозы как

проявление иммунологического конфликта, возникающего на основе генетически обусловленной антигенной неоднородности организма ма- 3 -тери и плода. При нормальном развитии беременности антигенная неоднородность не проявляется вследствие сложных иммунобиологических связей между организмом матери, плода и плацентой. Гестозы могут возникнуть при изменениях в плаценте, определяющих проникновение антигенов плода в кровь матери, при наличии факторов, обуславливающих продукцию антител, в ее организме возникают реакции антиген - антитело. Иммунологические сдвиги, возникающие при указанных условиях, рассматриваются как пусковой механизм, вызывающий изменения в нервной, сосудистой, эндокринной и других системах.

ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕОРИЯ гестозов беременных получила значительное развитие. Причиной их возникновения одни авторы считали нарушении функции коры надпочечников, другие - изменение секреции эстрогенных гормонов, третьи - недостаточную гормональную активность плаценты. Нарушение функции желез внутренней секреции имеет важное значение в патогенезе гестозов беременных, но не является главным фактором. Эндокринные нарушения, по-видимому, возникают при токсикозе беременных вторично.

ПОЧЕЧНАЯ ТЕОРИЯ. Растущая матка может вызывать сдавление и ишемизацию почек, при этом в почках образуется ренин, который, поступая в кровь, связывается с гамма-глобулинами и образует гипертензин, обуславливающий повышение ртериального давления. Однако известно возникновение токсикозов беременных при величине матки, исключаящей сдавление почек.

РАННИЕ ГЕСТОЗЫ

РВОТА БЕРЕМЕННЫХ сопровождается изменением вкусовых и обонятельных ощущений, понижением аппетита, бывает не только по утрам, а повторяется несколько раз в день. В соответствии с тяжестью и степенью возникших изменений в организме беременной различают следующие степени:

- легкая рвота;
- умеренная (средней тяжести);
- чрезмерная рвота (тяжелая форма).

Легкая рвота - повторяется несколько раз (2-4) в день, преи-

мощественно после еды. Общее состояние обычно не нарушается, температура нормальная, пульс может быть несколько учащен (90 уд. в- 4 -минуту), АД в пределах нормы, диурез достаточный. Лечению поддается легко, или же проходит самопроизвольно. В некоторых случаях переходит в следующую фазу.

Умеренная рвота - возникает независимо от приема пищи, до 10 раз в день. Нередко сопровождается слюнотечением. Беременная худеет, наступает истощение. Температура субфебрильная (до 37.5 С), пульс со склонностью к тахикардии (100 уд. в минуту). Кожа суховатая. Возникает значительная слабость и апатия. Диурез понижается, может быть преходящая ацетонурия.

Чрезмерная рвота. Повторяется до 20 и более раз в сутки, не только днем, но и ночью. Состояние беременной тяжелое, адинамия, резкий упадок сил, резкое отвращение к пище, чрезмерная раздражительность. Нередко к рвоте присоединяется слюнотечение, что отягощает состояние. Характерно истощение, кожа становится сухой и дряблой, язык густо обложен, изо рта отмечается запах ацетона. Живот болезненный при пальпации, подкожно-жировой слой истончен.

Температура тела субфебрильная, но может повышаться до 38 С и выше. Возникают выраженная тахикардия (120 и более уд. в минуту) и гипотония. Суточный диурез снижен, в моче обнаруживается ацетон, появляются белок и цилиндры. В крови нарастает содержание остаточного азота, снижается количество хлоридов, нарастает метаболический ацидоз. Возможен смертельный исход.

ЛЕЧЕНИЕ. Необходимо создать условия полного эмоционального и физического покоя, хороший уход, тишина и длительный сон. С успехом применяется психотерапия, иглоукалывание. Седативная терапия включает назначение натрия бромиды. Также назначают кофеин (если больная удерживает пищу, можно внутрь). Из противорвотных препаратов назначают нейролептики (аминазин, этаперазин, дроперидол). Проводят борьбу с голоданием и дегидратацией. Больной дают разнообразную, легкоусвояемую пищу, богатую витаминами. Если пища не усваивается, назначают глюкозу внутривенно (20-40% раствор) или же вместе с натрия хлоридом вводят посредством клизм. Для устранения метаболического ацидоза рекомендуется вводить натрия гидро-

карбонат внутривенно или в клизме. При значительном истощении переливание крови и плазмы.

После прекращения рвоты необходимо продолжать общеукрепляющее лечение.

ПТИАЛИЗМ (слюнотечение). Может наблюдаться как при рвоте беременных, так и самостоятельно. Суточная саливация может достигать 1 л и более. При выраженном слюнотечении возникает мацерация кожи и слизистой губ, понижается аппетит, ухудшается самочувствие. Беременная худеет, нарушается сон. Вследствие значительной потери жидкости возникают признаки обезвоживания. Лечение в основном аналогично таковому при рвоте. Рекомендуется полоскание рта настоем шалфея, ромашки, раствором ментола. Для предупреждения мацерации кожу лица смазывают вазелином. Обычно хорошо поддается лечению и после прекращения слюнотечения беременность развивается нормально.

ПОЗДНИЕ ГЕСТОЗЫ

ВОДЯНКА БЕРЕМЕННЫХ характеризуется возникновением отечности, имеющей стойкий характер. Начинается во второй половине беременности, ближе к родам. Вначале появляется пастозность, а затем отечность стоп и голеней; при дальнейшем развитии отекают бедра, наружные половые органы, живот. В тяжелых случаях возникает общая отечность. Жидкость накапливается главным образом в подкожно-жировой клетчатке, скопление жидкости в серозных полостях обычно не бывает. АД нормальное. Белок в моче отсутствует. При неправильном режиме водянка может перейти в следующую форму - нефропатию. Лечение заключается в ограничении жидкости (700-800 мл в день) и солей (3-5 г). При значительных отеках необходимы постельный режим, строгое ограничение жидкости (до 500 мл), "разгрузочные" дни, назначают дихлотиазид (также хлорид калия для предотвращения гипокалиемии), внутривенно глюкозу, внутрь хлорид аммония. Рекомендуются препараты валерианы, пустырника и седативные средства (по показаниям).

НЕФРОПАТИЯ БЕРЕМЕННЫХ развивается на фоне водянки.

Характерна триада: отеки, повышение АД, протеинурия. Различают три степени тяжести нефропатии.

Первая степень характеризуется небольшими отеками, умеренной

гипертензией (систолическое АД не выше 150 мм. Нг) и наличием белка в моче до 1 г/л.

Вторая степень тяжести: выраженные отеки, АД повышается на 40 % от исходных цифр (систолическое АД до 170 мм. Нг), белок в моче до 2-3 г/л.

Третья степень: резко выраженные отеки, АД повышается более 170 мм. Нг, выраженная протеинурия (свыше 3 г/л), цилиндрурия и - б -олигоурия.

Течение родов у больных с нефропатией может быть осложнено асфиксией плода, аномалией родовых сил, кровотечением и др. Во время родов увеличивается угроза перехода в следующую стадию - преэклампсию.

Лечение: гипохлоридная и растительно-молочная диета, рекомендуются разгрузочные дин. Для улучшения белкового метаболизма назначают метионин, а также парентеральное введение белковых препаратов. Седативная терапия. При наличии выраженных отеков - мочегонные (дихлотиазид). Применяют сульфат магния (гипотензивное, седативное, мочегонное действие). Назначают витамины.

ПРЕЭКЛАМПСИЯ. К клинической картине присоединяются признаки, связанные с нарушением функций ЦНС: головная боль, ощущение тяжести в области лба и затылка, пелена перед глазами, мелькание мушек. Преэклампсия может в любой момент перейти в эклапсию. Могут произойти преждевременная отслойка плаценты и другие осложнения, опасные для беременности и плода.

Лечение основано на принципах, принятых для терапии эклампсии (см).

ЭКЛАМПСИЯ. Высшая стадия развития позднего гестоза. Самый яркий симптомой - судороги с потерей зрения (кома). Чаще возникает во время родо, реже - во время беременности и после родов. Перед началом припадков нередко наблюдаются усиление головной боли, ухудшение зрения, бессонница, беспокойство, повышение АД. Каждый припадок продолжается 1-2 мин и слагается из последовательных периодов.

1. Предсудорожный период. Появляются мелкие подергивания мышц лица, веки закрываются, видны только белки глаз. Длится 20-30 сек.

2. Период тонических судорог. Происходит тетаническое сокра-

щение мышц всего тела, туловище напрягается, дыхание прекращается, цианоз лица. Продолжительность такая же. Наиболее опасен для матери и плода.

3. Период клонических судорог. Бурные судорожные подергивания мышц лица, туловища, конечностей. Продолжительность 20-30 сек. Судороги постепенно ослабевают, появляется хриплое дыхание, из рта выделяется пена, окрашенная кровью вследствие прикуса языка.

4. Период разрешения припадков. Больная некоторое время находится в коматозном состоянии, сознание возвращается постепенно, о случившемся ничего не помнит. Этот период может длиться несколько часов.

Главными причинами смертельных исходов являются кровоизлияния в мозг, асфиксия, нарушение сердечной деятельности, отек легких. После припадков может быть аспирационная пневмония, нарушение функции почек (вплоть до ОПН), возможны психозы.

Принципы лечения эклапсии по Строганову:

1. Устранение зрительных, слуховых и тактильных раздражителей.
2. Купирование припадков (нарк. анальгетик + хлоралгидрат)
3. Ускоренное, но не форсированное родоразрешение.
4. Поддержание правильной деятельности легких, почек и др. органов.
5. Кровопускание.

Исходя из принципов, больную помещают в отдельную затемненную, хорошо проветриваемую палату, где не допускается шум и лишние движения персонала. Внутримышечно вводят 25% р-р сульфата магния по 20 мл каждые 6 часов в течении суток.

Клинические исследования, манипуляции и проч. проводят под легким ингаляционным наркозом. Применяют нейролептики, для устранения сосудистого спазма - эуфиллин. Дегидратационная и инфузионная терапия.

Необходимо соблюдать принцип умеренных доз медикаментозных препаратов в определенной последовательности. Первоочередной приоритет отдаются нейротропной терапии, а также снижению АД и повышению диуреза. Кровопускание в настоящее время не применяют в виду возможности развития сосудистого шока.