ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ПОЗНЕМ ГЕСТОЗЕ

ДИПЛОМНАЯ РАБОТА

Специальность 31.02.02. Акушерское дело

Группа 2301

Работу выполнила:

_____

Руководитель:

_____

Рецензент:

_____

Работа заслушана на заседании ГЭК _____
Дата

Работа оценена: _____
оценка, подпись председателя ГЭК

2017 г.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....2
ГЛАВА 1. ВЛИЯНИЕ ПОЗДНИХ ГЕСТОЗОВ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ.....5
1.1.Этиология и патогенез гестозов.....5
1.2. Факторы риска развития поздних гестозов.....8
1.3. Классификация поздних гестозов.....11
1.4. Клиническая картина поздних гестозов.....14
1.5. Диагностика поздних гестозов.....23
1.6. Лечение поздних гестозов.....25
1.7. Профилактические мероприятия поздних гестозов.....31
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ПОСВЯЩЕННОЕ ВЛИЯНИЮ ПОЗДНИХ ГЕСТОЗОВ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ.....34
2.1. Материалы и методы исследования.....34
2.2.Результаты исследования и их обсуждение.....35
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....46
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....53

ВВЕДЕНИЕ

Гестоз беременных – это осложнение беременности, которое возникает во второй ее половине и характеризуется нарушением функций жизненно важных органов и систем. Гестоз является одним из распространенных осложнений беременности (13-16% от общего количества родов), являясь наиболее частой причиной осложнений для матери, плода и новорожденного[1; 6; 7; 8].

Поздний гестоз беременных – не самостоятельное заболевание, это синдром, обусловленный невозможностью адаптационных систем организма матери адекватно обеспечить потребности развивающегося плода. Реализуется это несоответствие через различную степень выраженности перфузионно-диффузионной недостаточности плаценты [13].

Поздний гестоз представляет собой прогрессирующее заболевание с различными клиническими проявлениями и разным темпом их нарастания. Из всех характерных признаков данного синдрома классической клинической триадой симптомов является гипертензия, протеинурия, отечность (чрезмерная прибавка в весе).

Поздний гестоз встречается у 6–8% беременных в развитых странах и превышает 20% в развивающихся [Error: Reference source not found; Error: Reference source not found].

До настоящего времени гестоз остается одним из самых тяжелых осложнений беременности. По данным отечественных авторов, гестоз занимает 3-е место в структуре летальности беременных, на его долю приходится 15-25% случаев материнской смертности [Error: Reference source not found]. Преждевременные роды при гестозе имеют место в 20-30% случаев, а перинатальная смертность в 3-4 раза превышает популяционную, достигая 12%[13].

В клинической практике необходимо представлять механизм развития позднего гестоза, поскольку только точные знания о патогенезе могут

способствовать эффективной профилактике развития и прогрессирования заболевания. Любая форма гестоза может быстро прогрессировать и даже при неяркой выраженности одного или двух симптомов приводить к развитию осложнений, угрожающих жизни матери и плода [Error: Reference source not found]. Диагноз гестоза правомочен, если имеются в наличии хотя бы два из основных симптомов этого осложнения беременности.

Несмотря на многолетние и многочисленные исследования, на сегодняшний день в проблеме позднего гестоза остается много неизученных проблем по данной патологии [3; 9; Error: Reference source not found].

Предмет исследования – поздние гестозы беременных.

Объект исследования – беременные женщины с поздними гестозами.

Цель исследования - изучить роль акушерки в профилактике осложнений при позднем гестозе.

Задачи исследования:

1. Описать сущность поздних гестозов беременных.

2. Выявить факторы риска по развитию гестозов беременных.

3. Определить место и роль акушерки в диагностике и лечении гестозов у беременных женщин.

4. Провести практическое исследование, посвященное влиянию поздних гестозов на течение беременности и родов, представить материалы и методы исследования.

5. Сформулировать выводы по результатам проведенного исследования.

6. Предложить практические рекомендации по профилактике поздних гестозов беременных.

Практическая значимость работы. Результаты исследования поздних гестозов беременных и их анализ могут быть использованы при разработке организационных, профилактических и лечебных мероприятий и внедрения в практику методов рационального ведения женщин с данной патологией.

ГЛАВА 1. ВЛИЯНИЕ ПОЗДНИХ ГЕСТОЗОВ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

1.1.Этиология и патогенез гестозов

Поздние гестозы представляют собой симптомокомплекс полиорганной и полисистемной недостаточности, которая клинически чаще всего проявляется с 20-й недели беременности и заканчивается сразу или через некоторое время после родоразрешения [1; Error: Reference source not found].

Этиология поздних гестозов окончательно не выяснена. В настоящее время насчитывают около 30 различных теорий развития поздних гестозов беременных [Error: Reference source not found].

Гипотеза плацентарной ишемии. Патоморфологами выявлены признаки задержки второй волны сосудистой инвазии цитотрофобласта (16-18 недель гестации), в результате чего миометральные сегменты спиральных артерий сохраняют среднюю (мышечную) оболочку, эндотелий, эластические мембраны, а главное – узкий просвет. Выявлено, что при особо тяжелом течении гестоза (эклампсия) имеет место снижение темпов гестационных преобразований в сосудах и децидуальных сегментах, то есть черты недостаточности сосудистой инвазии синцитиотрофобласта, возникающей в самом начале беременности (первая волна инвазии цитотрофобласта, которая происходит в 6-8 недель гестации). Указанные морфологические особенности спиральных сосудов матки по мере прогрессирования беременности предрасполагают к их спазму, снижению межворсинчатого кровотока в плаценте и гипоксии. Наличие дополнительных экзо- и эндогенных факторов усугубляет и способствует генерализации патологического сосудистого реагирования [2].

С точки зрения возможных механизмов развития гестоза важное значение отведено генерализованному спазму сосудов, что приводит к нарушению кровообращения в органах и тканях и расстройству их функции.

Отражением спазма сосудов является повышение артериального давления. Не менее важное значение отводится поражению внутреннего слоя сосудов – эндотелия. Повреждение эндотелия приводит к уменьшению в нем синтеза веществ, влияющих на тонус сосудов и на свертывающую систему крови, и изменение чувствительности к ним со стороны сосудистой стенки [Error: Reference source not found; Error: Reference source not found].

В организме также синтезируется целый ряд других веществ регулирующих тонус сосудов. Под действием повреждающих факторов нарушается баланс между веществами, которые обеспечивают расширение и сужение сосудов, в пользу последних, что приводит к спазму сосудов. На фоне происходящих изменений активируется процесс внутрисосудистого свертывания крови, нарушаются свойства текучести крови, повышается ее вязкость. Затрудняется циркуляция крови в сосудах, что сопровождается образованием тромбов, и снижение снабжения тканей кислородом.

Наряду с происходящими изменениями снижаются показатели функции сердечно-сосудистой системы беременной. При этом уменьшается ударный и минутный объем сердца, объем циркулирующей крови. В связи с повышенной проницаемостью сосудистой стенки на фоне поражения эндотелия сосудов происходит выход жидкой части крови в ткани. Дополнительно этот процесс поддерживается за счет дисбаланса коллоидно-осмотического давления плазмы и тканей, окружающих сосуды, что обусловлено снижением уровня белка в крови, с одной стороны, и задержкой натрия в тканях, с другой [8; Error: Reference source not found].

Гестоз сопровождается тяжелым нарушением функции почек, что имеет различные проявления, начиная от появления белка в моче, и заканчивая острой почечной недостаточностью. При гестозе также нарушается и функция печени, что сопровождается расстройством кровообращения в ее тканях, очаговыми некрозами и кровоизлияниями. Отмечаются также функциональные и структурные изменения в головном мозге: нарушения микроциркуляции, появление тромбов в сосудах с

развитием дистрофических изменений нервных клеток, мелкоточечные или мелкоочаговые кровоизлияния, отек с повышением внутричерепного давления. При гестозе у беременных имеют место и выраженные изменения в плаценте, которые являются причиной развития хронической гипоксии и задержки развития плода. Указанные изменения сопровождаются снижением плодово-плацентарного кровотока [12; Error: Reference source not found].

Важное значение для развития гестозов имеет нарушение гормональной регуляции функций жизненно важных органов и систем. Значительная роль в развитии гестоза отводится иммунологической несовместимости тканей матери и плода. Ряд ученых придерживается мнения о возможности наследственной предрасположенности в возникновении гестоза. Однако большинство исследователей считают, что не существует единого механизма развития гестоза, а имеет место комбинированное воздействие различных повреждающих факторов в развитии данной патологии.

В последние годы появилось большое количество публикаций, в которых приводятся убедительные данные о наследственной предрасположенности к развитию гестоза (наследование по рецессивному типу), обусловленной неадекватной адаптацией гемодинамики матери к особым условиям беременности [8; 12; Error: Reference source not found].

Несмотря на то, что клинические проявления позднего гестоза регистрируются в основном после 20-й недели беременности, формирование основных звеньев его патогенеза происходит задолго до этого срока [4].

В зависимости от того, какой орган преимущественно поражается, клинически выделяют гипертензивную энцефалопатию, эклампсию или кому – при поражении центральной нервной системы; HELLP-синдром, ДВС-синдром – при поражении печени; острую почечную недостаточность – при поражении почек [Error: Reference source not found]. Эти изменения вызывают нарушение маточно-плацентарного кровообращения, что приводит

к развитию плацентарной недостаточности, задержке внутриутробного развития и гипоксии плода.

Главные звенья патогенеза позднего гестоза беременных [Error: Reference source not found; Error: Reference source not found]:

- повреждение эндотелия, что ведет к снижению противотромботического потенциала и нарушению механизмов регуляции тонуса сосудистой стенки;
- генерализированный спазм сосудов с последующей метаболической вазодилятацией и выходом жидкости в ткани;
- гиповолемия;
- нарушения реологических свойств крови (изменение вяз кости крови, агрегационных свойств клеток крови – гемоконцентрация);
- развитие синдрома ДВС;
- постгипоксические метаболические нарушения;
- синдром полиорганной функциональной недостаточности.

Все вышеперечисленные звенья патогенеза позднего гестоза логично и достаточно доказательно объясняются при рассмотрении их с позиции первичного негативного влияния на материнский организм врожденных или приобретенных тромбофилий.

1.2.Факторы риска развития поздних гестозов

При гестозе происходит нарушение адаптационных механизмов систем, обеспечивающих компенсаторно-трофические функции организма, под влиянием разнообразных стрессовых факторов, предшествующих заболеваний или сопутствующих заболеваний и других экстремальных ситуаций [10; Error: Reference source not found; 14].

Гестоз часто развивается при экстрагенитальных заболеваниях, у больных сахарным диабетом, хроническим пиелонефритом, при

органических пороках сердца, патологии гепатобилиарной системы, при склонности к сосудистой гипертензии. Возникновению указанного осложнения беременности способствуют ожирение, аллергия, интоксикация. Значительно повышают риск гестоза крупный плод и двойня что связано с увеличением площади и массы плаценты. Умеренная избыточная масса тела до беременности не увеличивает риск развития гестоза, но влияет на вероятность рождения крупного плода [1]. В то же время выраженное ожирение гормональной этиологии является наиболее существенным фактором риска раннего развития и тяжелого течения гестоза с ретардацией плода. При этом увеличивается вероятность эклампсии.

Беременность у 4,5% женщин наступает на фоне различных форм ревматизма [Error: Reference source not found; Error: Reference source not found]. Патология мочевыделительной системы создает предпосылки для развития гестоза в силу общности отдельных звеньев патогенеза. В наибольшей степени это относится к хроническому пиелонефриту, который является фоновым заболеванием у 14% беременных женщин [7; 8]. За последние годы, накоплены убедительные данные о взаимосвязи гестоза и сахарного диабета. Частота гестоза у беременных, страдающих сахарным диабетом, в 3 раза больше, чем у здоровых женщин [Error: Reference source not found; Error: Reference source not found]. У беременных женщин с наличием аллергических реакций в анамнезе гестоз развивается в 2 раза чаще[5].

Недостаток поваренной соли в пище является таким же существенным фактором риска гестоза, как и увеличение ее потребления. Уменьшение содержания кальция в повседневном рационе беременной женщины повышает риск развития гестоза.

Гипертензия до беременности повышает риск развития гестоза особенно в сочетании с состоянием тревоги и подавленности. Сочетание нескольких факторов риска делает развитие гестоза наиболее вероятным. При этом в группу высокого риска составляют беременные с артериальной

гипертензией, гипотонией вегето-сосудистой дистонией, пороками сердца, ожирением, диффузно-токсическим хроническими неспецифическими заболеваниями легких, наличие гестоза в анамнезе.

Возраст беременной является важным моментов в возникновении поздних гестозов. Частота гестоза в возрасте 15-17 лет составляет 22%; 18-30 лет – 6,5%, 31-35 лет –22%, 36-40 лет – 32% [Error: Reference source not found].

Несовершеннолетние девушки должны включаться в группу высокого риска развития гестоза ввиду недостаточной адаптации к беременности и вероятности чрезмерной стрессовой реакции на нее. Легкие формы гестоза наблюдаются с одинаковой частотой у беременных женщин старше 20 лет и у несовершеннолетних, тогда как тяжелые формы заболевания у последних возникают в 2,5 раза чаще [11].

Некоторые исследователи считают, что нерегулярное наблюдение в женской консультации является самым главным фактором риска гестоза – 38% беременных с тяжелыми формами гестоза не были под наблюдением врача в течение всей беременности [Error: Reference source not found].

Сезонность, особенности природно-климатических условий различных регионов оказывают существенное влияние на риск развития и течение гестоза. Наиболее часто гестоз развивается в марте – июне месяцах [Error: Reference source not found]. Риск гестоза увеличивается по мере нарастания солнечной активности. Жаркий и влажный климат способствует развитию вялотекущих форм гестоза без возникновения эклампсии; при низкой температуре атмосферного воздуха и резких колебаниях атмосферного давления гестоз протекает с выраженной гипертензией, часто осложняется эклампсией. Важными факторами риска гестоза следует считать загрязнение атмосферного воздуха выбросами промышленных предприятий и автомобильного транспорта).

Гестоз чаще развивается у беременных женщин, матери которых перенесли аналогичное осложнение во время беременности или страдают гипертонической болезнью или заболеваниями почек.

Групповая принадлежность крови беременной оказывает влияние на развитие гестоза. У беременных женщин с 0(I) группой крови частота гестоза составила 22,7%, с А (II) группой крови – с 4,5%, В (III) – 16,3%, с АВ (IV) – 21%[13].

Женщины-мигранты подвержены риску гестоза в большей степени, чем коренные жительницы [10].

Отмечается чаще риск осложнения беременности гестозом при контакте с химическими веществами, при нервно-психическом напряжении и при воздействии резких колебаний температуры и влажности воздуха.

Некоторые авторы указывают на возможную связь между нарушениями менструального цикла и развитием гестоза[Error: Reference source not found]. При последующих беременностях риск развития поздних гестозов также возрастает. Некоторые авторы указывают, что у беременных женщин с поздней первой явкой в женскую консультацию гестоз возникает часто и протекает в тяжелой форме [Error: Reference source not found].

1.3. Классификация поздних гестозов

Существует множество классификаций, в которых первоосновой является гипертензивный симптом при беременности.

Классификация International Society for Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP), 1986 [13].

А. Гестационная гипертония и/или протеинурия:

- гестационная гипертония (без протеинурии);
- гестационная протеинурия (без гипертонии);
- гестационнаяпротеинурическая гипертония (преэклампсия).

В. Хроническая гипертония или хроническое заболевание почек.

При выявлении гипертонии или протеинурии до 20 нед. беременности в отсутствие трофобластической болезни:

- хроническая гипертония (без протеинурии);
- хроническое заболевание почек (протеинурия и гипертония);
- хроническая гипертония с присоединившейся преэклампсией (хроническая гипертония с присоединением протеинурии после 20 недели беременности).

C. Неклассифицируемая гипертония и/или протеинурия. Выявлены впервые при сроке беременности более 20 недель:

- неклассифицируемая гипертония (без протеинурии);
- неклассифицируемая протеинурия (без гипертонии);
- неклассифицируемая протеинурическая гипертония (преэклампсия).

При сохранении протеинурии и/или гипертонии после родов эти заключения могут трансформироваться в заключения рубрики B; при разрешении протеинурии и/или гипертонии после родов – в заключения рубрики A.

D. Эклампсия.

Классификация National Institutes of Health Working Party (NIHWP), 1990 [1].

A. Хроническая гипертония

B. Преэклампсия – эклампсия

C. Хроническая гипертония с навязаннойпреэклампсией

D. Транзиторнаягипертония

По клинической форме выделяют следующие виды поздних гестозов:

Чистый – развивается у соматически не отягощенных пациенток.

Сочетанный – возникает на фоне артериальной гипертензии, заболеваний почек, печени, нейроэндокринной системы и др.

Неклассифицированный – отсутствие достаточной информации для диагноза.

По степени тяжести:

1. Легкой степени – длительность течения 1-2 недели. Требует лечения.

2. Средней тяжести – длительность течения 3-4 недели. Необходимо лечение и решение вопроса о возможности пролонгирования беременности.

3. Тяжелой степени (прогрессирующий) – длительность течения более 4 недель. Требует быстрого и бережного родоразрешения.

4. Преэклампсия (наличие неврологической симптоматики) – критическое состояние, требующее проведения неотложных мероприятий с немедленной госпитализацией и родоразрешением.

5. Эклампсия:

a) Судорожная:

- почечная (анурия);
- печеночная (гепатопатия);
- мозговая (эцефалопатия).

b) Бессудорожная (эклампсическая кома) – требует реанимационных мероприятий, немедленной госпитализации, родоразрешения.

Существует современная классификация гестозов согласно протоколу "Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия.":

- Хроническая артериальная гипертензия (АГ)
- Хроническая АГ (вторичная АГ)
- Хроническая АГ (неуточненная)
- Гестационая АГ
- Преэклампсия (ПЭ)
- ПЭ умеренная
- ПЭ тяжелая
- Эклампсия
- Эклампсия во время беременности
- Эклампсия в родах
- Эклампсия в послеродовом периоде
- Эклампсия не уточненная по срокам

1.4. Клиническая картина поздних гестозов

Отеки во время беременности – это общее чрезмерное накопление жидкости в тканях организма после 12-часового отдыха в постели или увеличением массы тела более чем 350-400 г в неделю. Данная форма поздних гестозов характеризуется наличием периферических отеков [Error: Reference source not found].

Водянка беременных проявляется стойкими отеками. Различают четыре степени их распространения [1; 6]:

I степень – отеки нижних конечностей;

II степень – отеки нижних конечностей и отеки живота;

III степень – отеки ног, стенки живота и лица;

IV степень – анасарка.

Клинические проявления заключаются в быстром нарастании массы тела и различной степени тяжести отеков, которые появляются и могут исчезать без лечения, не причиняя особых беспокойств пациентке. При этом диурез вначале снижается, а затем повышается. Дальнейшее нарастание отеков сопровождается снижением диуреза.

Исследование мочи не выявляет наличия в ней белка и или патологических форменных элементов. Диагноз отеков во время беременности, сопровождающихся со значительной прибавкой массы тела (более 500 г за неделю), следует трактовать как симптом, указывающий на высокий риск развития преэклампсии. Быстрое развитие генерализованных отеков на фоне гипертензии является признаком надвигающейся эклампсии, особенно если это сочетается с головной болью, зрительными нарушениями, болями в эпигастрии, гиперрефлексией или олигурией. Наличие олигуриии

быстрое нарастание отеков может предшествовать развитию острой почечной недостаточности [4].

К более редким формам моносимптомного гестоза относятся гипертензия беременных, протеинурия.

Гипертензия во время беременности – это симптом, который возникает во время беременности или в первые 24 ч после родов у пациенток с ранее нормальным артериальным давлением (АД).

Гипертензию при беременности необходимо рассматривать как приспособительную реакцию организма, направленную на обеспечение достаточного кровоснабжения тканей и, в частности, обеспечение достаточного маточно-плацентарного кровотока. Однако стойкое высокое артериальное давление, осложняющее беременность, может стать причиной преждевременных родов, гипотрофии и перинатальной гибели плода.

По рекомендации ВОЗ, у беременных повышенным следует считать давление выше 140/90 мм.рт.ст. Различают 3 степени тяжести гипертензии беременных [Error: Reference source not found; Error: Reference source not found]:

- I степень — АД до 150/90 мм рт. ст.;
- II степень — АД от 150/90 до 170/100 мм рт. ст.;
- III степень — АД выше 170/100 мм рт. ст.

Артериальная гипертензия, прежде всего, ухудшает функцию плаценты, нарушает развитие плода и оказывает неблагоприятное влияние на состояние женщины. Поздние гестозы на фоне артериальной гипертензии развиваются у 20-90% беременных [Error: Reference source not found; Error: Reference source not found; Error: Reference source not found]. Гипертензия существенным образом ухудшает состояние здоровья женщины и может привести к возникновению нарушений мозгового кровообращения, тяжелой ретинопатии и отслойке сетчатки, хронической и острой почечной недостаточности, отека легких. Сочетание позднего гестоза с гипертензией может привести к прерыванию беременности, преждевременным родам,

преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, гипоксии плода, задержке его развития и гибели.

У многих беременных с первичной артериальной гипертензией течение поздних гестозов имеет тяжелую форму, резистентную к терапии, и раннее начало.

Если у здоровых женщин симптомы позднего гестоза появляются, как правило, после 28-й недели беременности, то у пациенток с гипертензией клинические признаки гестоза нередко наблюдаются уже в начале второй половины беременности, а доклинические – еще раньше [3].

Проявления позднего гестоза у больных с гипертензией разные и зависят от особенностей течения заболевания. У женщин с высокой стабильной гипертензией присоединение гестоза проявляется еще большим повышением артериального давления, которое иногда достигает цифр злокачественной гипертензии и крайне тяжело поддается терапии, тогда как отеки и протеинурия выражены незначительно; отеки могут легко исчезать, а протеинурия с течением времени нарастает.

У беременных с первичной артериальной гипертензией, в отличие от здоровых женщин, с увеличением срока беременности выражены изменения показателей центральной гемодинамики. Так, минутный объем сердца (МОС) уменьшается, достигая наиболее низких цифр на 28-32-й неделях беременности. Значительное снижение МОС, которое отмечается у беременных с гипертонической болезнью, приводит к уменьшению кровоснабжения плаценты. Сочетанное снижение МОС, повышение общего периферического сопротивления сосудов предопределяют развитие нарушений микроциркуляции. Все это приводит к гипоксии плаценты, которая, как известно, лежит в основе развития позднего гестоза. Функциональные и структурные изменения плаценты способствуют возникновению гипоксии и гипотрофии плода [11].

Протеинурия во время беременности характеризуется периодическим появлением значительного количества белка в моче (более 300 мг/сут.) после

20 недель беременности. При этом отсутствуют артериальная гипертензия, отеки и заболевания почек в анамнезе.

Протеинурия не как симптом поздних гестозов во время беременности может быть обусловлена следующими причинами:

- попадание в мочу влагалищных выделений;
- ортостатическая нагрузка;
- инфекции мочевого тракта;
- острые или хронические заболевания почек;
- ложноположительные результаты исследования.

Наличие протеинурии во время беременности чаще всего свидетельствует о глубоких хронических патологических изменениях в организме и, в первую очередь, в почках. Протеинурия может сопровождаться наличием в моче гиалиновых и зернистых цилиндров. Как симптом поздних гестозов протеинурия появляется, как правило, после артериальной гипертензии и свидетельствует об ишемизации почек и произошедших специфических и неспецифических изменениях в их паренхиме, которые развиваются уже на фоне гестоза. В этих случаях протеинурия фиксируется стабильно.

Для диагностики значительной протеинурии рекомендуется соблюдать следующие правила [3; 7]:

- не употреблять большого количества жидкости перед сбором мочи;
- обязательно определять относительную плотность мочи (удельный вес);
- при выраженном мочевом осадке исследовать среднюю порцию мочи.

Выделяют 3 степени тяжести протеинурии беременных:

- I степень – протеинурия до 1 г/л;
- II степень – протеинурия от 1 до 3 г/л;
- III степень – протеинурия более 3 г/л.

Несмотря на то, что в диагностическом плане протеинурия не имеет решающего значения как прогностический тест, она исключительно важна и является обязательной для систематического контроля за состоянием больной и эффективностью проводимой терапии. Сочетание протеинурии и гипертензии значительно ухудшают прогноз течения гестоза и исходы беременности для матери и плода.

В клинической практике выделяют легкую и тяжелую преэклампсию. Легкая преэклампсия характеризуется триадой симптомов: наличие отеков, артериальная гипертензия и протеинурия. Преэклампсия тяжелого течения помимо триады симптомов, характеризуется признаками, свидетельствующими о нарушении мозгового кровообращения: головная боль, головокружение, ощущение тяжести в области лба и затылка, нарушения зрения (туман, мелькание "мушек" перед глазами), заторможенность, вялость, сонливость или наоборот, возбуждение, эйфория, бессонница, шум в ушах [38; 15].

Довольно частыми признаками являются тошнота, рвота, боль в эпигастральной области. Появление на фоне указанных симптомов нарушения функции ЦНС свидетельствует о наличии судорожной готовности. Достаточно действия какого-либо более интенсивного раздражителя (боль, громкий звук, яркий свет), чтобы развился припадок, эклампсия. Длительность преэклампсии весьма вариабельна – от нескольких часов до считанных минут, так что нередко преэклампсия может быть просмотрена особенно при невнимательном и поверхностном исследовании [3].

Диагноз преэклампсия становится еще более вероятным, если наряду с высокой гипертензией отмечается значительная асимметрия брахиального давления, повышение височно-брахиального коэффициента. Высокий коэффициент (более 0,5) указывает на спазм мозговых сосудов и нередко предвещает наступление судорожных явлений. Степень отеков, протеинурии сама по себе имеет меньшее значение для уточнения вероятности перехода

гестоза в эклампсию. При прочих равных условиях в случаях с выраженными отеками опасность эклампсии более реальна, так как при этом имеется большая гипергидратация головного мозга, на фоне которой легче развивается его отек.

Эклампсия – наиболее тяжелая форма позднего гестоза: основное клиническое проявление эклампсии – судороги с потерей сознания.

Припадку судорог в большинстве случаев предшествует описанный выше симптомокомплекс предвестников (преэклампсия). В припадке эклампсии различают четыре периода [1; Error: Reference source not found].

Первый, вводный сопровождается фибриллярными подергиваниями мимической мускулатуры, а затем и верхних конечностей. Взгляд фиксирован в одну сторону. Длительность этого периода около 30 секунд.

Для второго периода характеры тонические судороги, которые распространяются с головы, шеи и верхних конечностей на туловище и ноги. Голова при этом отклоняется кзади, иногда наблюдается опистотонус, дыхание прекращается, пульс трудно прощупывается, зрачки расширены, кожа и видимые слизистые оболочки цианотичны, язык часто оказывается прикушенным.

После второго периода, длившегося около 30 с, начинаются клонические судороги (третий период), также распространяющиеся по направлению книзу.

С прекращением клонических судорог, продолжающихся обычно около 2 минут, наступает период разрешения. Происходит глубокий прерывистый вдох, изо рта появляется пена часто с примесью крови, затем дыхание становится более регулярным, исчезает цианоз, женщина приходит в сознание после более или менее продолжительного коматозного состояния, о припадке она не помнит в связи с развивающейся амнезией.

Если припадок произошел дома в отсутствие окружающих, то о нем могут говорить только физические травмы (ушибы тела, прикушенный язык), а иногда и имеющаяся к моменту осмотра кома.

О тяжести эклампсии судят по количеству припадков, их длительности и продолжительности бессознательного состояния. Чем больше судорожных пароксизмов, чем длительнее после них коматозное состояние, тем серьезнее прогноз, иногда больная не успевает выйти из комы, как начинается следующий приступ. Такую серию приступов принято называть эклампсическим статусом.

Может наблюдаться особая форма гестоза (ее раньше называли эклампсией без судорог), когда беременная с тяжелой преэклампсией без единого припадка впадает в бессознательное состояние, очень часто заканчивающееся смертью[Error: Reference source not found; 13; 14].

Прогноз при эклампсии ухудшается в случаях появления высокой температуры, тахикардии, гипотензии, при уменьшении диуреза. Эти симптомы могут указывать на кровоизлияние в мозг. Кроме внутричерепной геморрагии, во время эклампсического приступа может произойти отслойка сетчатки и плаценты, гибель плода. После приступа иногда развиваются пневмония, почечно-печеночная недостаточность, олигопитуитаризм.

Серьезную угрозу для матери и плода представляет сочетание гестоза с ревматическим процессом и пороками сердца. Периферический спазм сосудов значительно увеличивает нагрузку на сердечную мышцу, активный ревматический процесс резко ухудшает функциональную активность миокарда, что может привести к недостаточности сердечной деятельности.

Довольно тяжело протекает поздний гестоз на фоне сахарного диабета. Тяжесть заболевания обусловлена глубокими расстройствами обмена веществ, нейрогуморальной регуляции, нарушением функции печени. Тяжелые расстройства метаболизма, нарушения эндокринной регуляции у плода в результате сахарного диабета, гипоксии, вследствие изменений в плаценте, характерных для гестоза, обусловливают значительное ухудшение прогноза для будущего ребенка [Error: Reference source not found; 8]. Очень опасным является развитие гестоза на фоне заболеваний печени, поскольку

печеночные клетки оказываются недостаточно состоятельными для выполнения дезинтоксикационной функции.

Анемия во время беременности относится к осложнениям, также способствующим развитию гестоза. Оба заболевания ввиду общности ряда патогенетических звеньев усугубляют тяжесть течения каждого из них, оказывая весьма неблагоприятное воздействие на плод.

Для правильной квалификации состояния женщины требуется надлежащая оценка всех проявлений гестоза, их тяжести, динамики, применение дополнительных методов исследования [Error: Reference source not found]. Для определения степени тяжести позднего гестоза, необходимо уточнить важные параметры данной патологии (шкала GOCKE под. ред. Г.М. Савельевой, табл. 1.1).

Таблица 1.1

Определение степени тяжести гестоза

Симптомы	**Баллы**			
	0	**1**	**2**	**3**
Отеки	Нет	На голенях или патологическая прибавка веса	На голенях, передней брюшной стенке	Генерализованные
Протеинурия, г/л	Нет	0,033-0,132	0,133-1,0	более 1,0
Систолическое АД, мм рт.ст.	менее 130	130-150	150-170	более 170
Диастолическое АД, ммрт.ст.	до 85	85-90	90-110	более 110
Срок беременности, при котором впервые выявлен гестоз	Нет	36-40 нед. или в родах	35-30 нед.	24-30 нед.
Гипотрофия плода, отставание роста, нед.	Нет	-	отставание на 1-2 нед.	отставание на 3 и более нед.
Фоновые заболевания	Нет	Проявление заболевания до	Проявление заболевания	Проявление заболевания до и

		беременности	во время беременности	во время беременности

Степень тяжести гестоза (индекс):

- до 7 баллов – легкая форма гестоза;
- 8-11 баллов – гестоз средней тяжести;
- 12 и более – тяжелая форма гестоза.

Для определения степени тяжести эклампсии/преэклампсии используют следующие показатели (табл. 1.2).

Таблица 1.2

Классификация преэклампсии-эклампсии (Donald C.Willis).

Легкая преэклампсия	
1. Гипертония	АД > 140/90 ммHg или повышение диастолического давления на 15 ммHg по сравнению с обычным АД до беременности и в первом ее триместре
2. Протеинурия	2+ основанный на полуколичественном анализе или выборочной пробе мочи
3. Отеки	Генерализованные, рук или лица
Тяжелая преэклампсия	
1. Гипертония	АД >160/110 мм Hg
2. Протеинурия	3+ или больше в выборочной пробе мочи
3. Отек легких	
4. Олигурия	< 400 мл за 24 часа
5. Количество тромбоцитов	< 100000/мм^3
6. Черепномозговые или глазные расстройства, такие как беспокойство, головная боль, скотомы или затуманенное видение	
Эклампсия	
Появление судорог у женщин, чье состояние соответствует критериям при преэклампсии	

Осложнения позднего гестоза.

а) Для беременной:

- синдром полиорганной недостаточности;
- кровоизлияние в мозг;
- отек мозга;
- отек легких;
- кровоизлияние и отслойка сетчатки;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- острая почечная недостаточность;
- синдром ДВС;
- преждевременные роды.

b) Для плода:

- гипоксия;
- внутриутробная гибель;
- асфиксия новорожденного;
- синдром дыхательных расстройств.

1.5. Диагностика поздних гестозов

Диагноз форм гестоза ставят на основании описанной выше клинической картины. Для раннего выявления гестоза очень важно систематическое взвешивание беременной, измерение артериального давления на обеих руках, брахиотемпорального давления, исследование мочи, диуреза, динамики массы тела [3].

Очень важно ориентироваться не только на абсолютные цифры артериального давления, но и на степень его повышения в сравнении с исходными цифрами. Важным симптомом, обусловливающим раннее выявление гестоза, является асимметрия артериального давления на правой и левой руках, превышающая 10 мм рт. ст. При возникновении хотя бы одного

из признаков гестоза беременная подлежит госпитализации [Error: Reference source not found; 13].

Должны быть проведены в динамике [Error: Reference source not found]:

- контроль артериального давления,
- контроль массы тела,
- выявление скрытых отеков,
- исследование гидрофильности тканей,
- состояния глазного дна,
- биохимические показатели крови (печеночные трансаминазы, билирубин и его фракции, общий белок, мочевина, креатинии),
- параметры гемостаза (тромбоэластография, АЧТВ, число и агрегация тромбоцитов, фибриноген, продукты его деградации, концентрация эндогенного гепарина, антитромбин III),
- концентрационные показатели крови (гематокрит, гемоглобин, число эритроцитов и т.д.),
- центральное венозное давления,
- консультация терапевта.

Больных с тяжелыми формами позднего гестоза желательно помещать в отделения патологии высококвалифицированных акушерских стационаров при многопрофильных больницах с наличием реанимационно-анестезиологической службы и условий для выхаживания новорожденных. При подозрении на сочетанный гестоз обследование проводят при консультативной помощи соответствующих специалистов.

Для диагностики преэклампсии и их осложнений, прогнозирования эффективности терапии наряду со всем вышеперечисленным проводится ультразвуковое исследование жизненно важных органов матери и плода, а так же допплерометрия материнской и плодовой гемодинамики [9].

1.6. Лечение поздних гестозов

Обследование и терапия всех форм поздних должны быть своевременными, достаточными и комплексными. В настоящее время принципы терапии гестоза заключаются [1; 6; 9]:

1) в создании лечебно-охранительного режима;
2) в восстановлении функции жизненно важных органов;
3) в быстром и бережном родоразрешении.

Создание лечебно-охранительного режима осуществляется за счет нормализации функции центральной нервной системы.

Гипоаллергенная диета также имеет важное значение в ведении женщин с поздним гестозом.

При этом не рекомендуется значительное ограничение жидкости, поскольку это приводит к увеличению синдрома дефицита объема циркулирующей крови и хронического синдрома ДВС. Количество жидкости при отсутствии почечной недостаточности должно составлять не более 1500 мл/сут.

В диете ограничивают количество потребляемой соли до 3-6 г/сут. Полное исключение из пищи соли может при вести к значительной олигурии с задержкой азотистых шлаков в организме. Проводят разгрузочные дни 1-2 раза в неделю [14].

При наличии отеков диетотерапия должна быть направлена на повышение почечного кровотока, восстановление баланса ионов натрия в тканях. Ограничивают или исключают продукты, содержащие большое количество ионов натрия: сельдь, колбасные изделия, ветчину, бекон, брынзу, твердые сыры, майонез, маргарин, овощные консервы, редис, шпинат, булочные и сдобные изделия, минеральные воды – боржоми, арзни, ессентуки. Низким содержанием натрия характеризуются овощи, фрукты, цитрусовые, бахчевые культуры.

Пищу готовят без добавления соли, а для подсаливания готовых блюд используют 1 не полную ч. л. (5-6 г) поваренной соли. Назначают диету с достаточным содержанием белков и солей калия, которые препятствуют задержке жидкости в тканях. Мясо и рыбу рекомендуют в отварном виде, либо слабо обжаренными. В рацион следует включать печеный картофель, сухофрукты, курагу, яблоки, инжир, абрикосы, изюм, лимоны, клюкву, бананы, бобовые, капусту.

Включение в диету соевого изолята (являющегося источником пищевого белка, содержащего незаменимые аминокислоты) позволяет поддерживать концентрацию общего белка и альбумина. Кроме того, соя содержит минимальное количество натрия. Полезны тыква (запеченная с медом, тыквенный сок по 2 ст. л. 3 раза в день, тыквенная каша), петрушка, хрен, виноград, сельдерей, свекла, чеснок, орехи, овес, ячмень, кисломолочные продукты. Сладкие сорта фруктов и ягод обладают мочегонным действием.

Восстановление функции жизненно важных органов наряду с гипотензивной, инфузионно-трансфузионной и дезинтоксикационной терапией, нормализацией водно-солевого обмена, реологических и коагуляционных свойств крови, улучшением маточно-плацентарного кровотока включает в себя нормализацию структурно-функциональных свойств клеточных мембран [Error: Reference source not found].

Терапия гестоза в настоящее время должна проводиться под контролем [Error: Reference source not found; Error: Reference source not found]:

- центральное венозное давление (в пределах 5-10 см. вод.ст.),
- диуреза (не менее 35 мл в 1 час),
- концентрационных
    - гемоглобин не менее 70 г/л,
    - гематокрит не менее 0,25 л/л,
    - количество эритроцитов не менее $2,5*10^{12}$/л,
    - тромбоцитов не менее $100* 10^{7}$л).

- биохимических показателей крови
  - общий белок не менее 60 г/л,
  - трансаминазыАСТ, АЛТ,
  - общий билирубин,
  - креатинин в пределах физиологической нормы в зависимости от методики определения),
- электролитов (K^+ не более 5,5ммоль/л, Na^+ не более 130-159ммоль/л).

Нормализация функции центральной нервной системы осуществляется за счет седативной и психотропной терапии. У пациенток без экстрагенитальной патологии предпочтение следует отдавать седативным средствам растительного происхождения (валериана, таблетки или настой три раза в день; экстракт пустырника по 20 кап. 3-4 раза; настойка пиона по 1 чайной ложке 3 раза) в сочетании со снотворными средствами (уноктин или радедорм по 1 таб. на ночь) или транквилизаторами (реланиум, седуксен, феназепам, нозепам) в дозах в зависимости от состояния.

При преэклампсии все первоначальные манипуляции проводят на фоне ингаляционной анестезии с использованием транквилизаторов бензодиазепанового ряда, нейролептиков, аналгетиков, антигистаминных препаратов, барбитуратов по показаниям [11].

Показанием к интубации и искусственной вентиляции легких в настоящее время является эклампсия и ее осложнения, необходимость абдоминального родоразрешения. В послеоперационном или послеродовой периодах перевод родильницы на самостоятельное дыхание возможен не ранее, чем через 2 часа после родоразрешения, только при стабилизации систолического артериального давления (не выше 140-150мм.рт.ст.), нормализации центрального венозного давления, частоты сердечных сокращений, темпа диуреза (более 35 мл/час.) на фоне восстановления сознания.

Использование препаратов гаммаоксимасленной кислоты противопоказано из-за их способности вызывать артериальную гипертензию и психомоторное возбуждение.

Гипотензивная терапия осуществляется при уровне систолического артериального давления, превышающем исходное до беременности на 30мм.рт.ст., а диастолическое– на 15мм.рт.ст.

В настоящее время рекомендуются:

- антагонисты кальция (магния сульфат до 12 г/сутки,
- верапамил 80 мг 3 раза в сутки,
- норваск 5 мг1 раз в сутки),
- блокаторы и стимуляторы адренэнергических рецепторов (клофелин 150 мг3 раза в сутки, атенолол 50-100 мг 1 раз в сутки, лабетолол до 300 мг/в сутки),
- вазодилятаторы (гидралазин 10-25 мг 3 раза в сутки, нитропруссид натрия 50-100 мкг, празозин 1 мг 1-2 раза в сутки),
- ганглиоблокаторы (пентамин 5% 0,2-0,75 мл, бензогексоний 2,5% 1-1,5 мл).

При нефропатии легкой степени тяжести, используется монотерапия (антагонисты кальция, спазмолитики), при средней степени–комплексная терапия в течение 5-7 дней с последующим переходом па монотерапию при наличии эффекта.

Наиболее оптимальным условием проведения, гипотензивной терапии при тяжелых формах гестоза является значение центрального венозного давления не менее 5-8 см. вод.ст.

При низких цифрах центрального венозного давлениянеменее 3см.вод.ст.) гипотензивной терапии должна предшествовать инфузионно-трансфузионная терапия. Препаратом выбора является сернокислая магнезия. Первоначальная доза равна 2,5 г сухого вещества. Общая суточная доза сернокислой магнезии составляет не менее 12 г внутривенно под контролем частоты дыхания, почасового диуреза и активности коленных рефлексов. Одновременно с

магнезией можно использовать такие антагонисты кальция, как верапамил по 80 мг в сут. или норваск 5-10 мг в сут. Антагонисты кальция можно сочетать с клофелином в индивидуальной дозировке. При отсутствии эффекта от представленной гипотензивной терапии используют ганглиоблокаторы короткого действия (пентамин) или производные нитратов (нитропруссид натрия) [13].

Инфузионно-трансфузионная терапия применяется с целью нормализации объема циркулирующей крови, коллоидно-осмотического давления плазмы, реологических и коагуляционных свойств крови, макро- и микрогемодинамики.

В состав инфузионно-трансфузионной терапии наряду со свежезамороженной плазмой, альбумином, реополиглюкином включают 6% и 10% раствор крахмала (инфукол), мафусол, хлосоль, раствор Рингера-Лактат. Соотношение коллоидов и кристаллоидов, объем инфузионно-трансфузионной терапииопределяются значениями:

- гематокрита (не ниже 0,27 л/л и не выше 0,35 л/л),
- диуреза (50-100 мл/ч),
- центрального венозного давления (не менее 6-8 см. вод.ст.),
- показателей гемостаза (Антитромбин III не менее 70%, эндогенный гепарин не ниже 0.07ед.мл),
- цифрами артериального давления,
- содержанием белка в крови (не менее 60 г/л).

При превалировании в составе инфузионно-трансфузионной терапии коллоидов возможны такие осложнения, как коллоидный нефроз и усугубление гипертензии; при передозировке кристаллоидов развивается гипергидратация. При проведении инфузионно-трансфузионной терапии важна скорость введения жидкости и соотношение ее с диурезом. В начале инфузии скорость введения растворов в 2-3 раза превышает диурез, в последующем на фоне или в конце введения жидкости количество мочи в час должно превышать объем вводимой жидкости в 1,5-2 раза.

Нормализация водно-солевого обмена осуществляется за счет назначения диуретиков, применение которых при гестозе остается спорным.

При отсутствии эффекта от введения лазикса в максимальной дозе (500 мг/сутки, дробно) с целью дегидратации используется изолированная ультрафильтрация. При развитии острой почечной недостаточности пациентки переводятся в специализированное нефрологическое отделение для гемодиализа [Error: Reference source not found].

Нормализация реологических и коагуляционных свойств крови должна включать один из дезагрегантов: наряду с тренталом (по 1таб.3раза), курантилом(по 2таб.3раза), к сантинолом никотинат (по 1таб. 3раза) применяют аспирин и антикоагулянт фраксипарин. Дезагреганты первоначально вводятся внутривенно в виде растворов, в последующем таблетировано не менее одного месяца.

Фраксипарин применяется при возможности динамического лабораторного контроля за коагуляционными свойствами крови. Его не следует применять при тромбоцитопении, выраженной гипертензии (АД 160/100 мм рт. ст. и выше), поскольку при этих условиях существует угроза кровоизлияния.

Проводимая комплексная терапия гестоза направлена одновременно на нормализацию маточно-плацентарного кровообращения. Дополнительно с этой целью могут использоваться бета-миметики (гинипрал, бриканил в индивидуально переносимых дозировках).

Экстракорпоральные методы детоксикации и дегидротации: плазмаферез и ультрафильтрацию применяют при лечении тяжелых форм гестоза.

Показанием к плазмаферезу является [1]:

- Нефропатия тяжелой степени при сроках гестации до 34 недель и отсутствии эффекта от инфузионно-трансфузионной терапии с целью пролонгирования беременности;

- При осложненных формах гестозадля купирования гемолиза, ДВС-синдрома, ликвидации гипербилирубинемии.

Показания к ультрафильтрации:

- Постэклампти́ческая кома;
- Отек мозга;
- Некупирующий отек легких;
- Анасарка.

Проведение дискретного плазмафереза и ультрафильтрации осуществляется подготовленным врачом, прошедшим обучение в отделении экстракорпоральных методов детоксикации.

При лечении гестоза важное значение имеет не только состав терапии, но и продолжительность ее у беременных с гестозом различной степени тяжести. При легкой степени тяжести стационарное лечение целесообразно проводить до 14 дней, при средней – до 14-20 дней. В последующем проводятся мероприятия, направленные на профилактику рецидива гестоза в условиях женской консультации. При тяжелой степени гестоза стационарное лечение проводится до родоразрешения.

1.7. Профилактические мероприятия поздних гестозов

Первичная профилактика заключается в сохранении здоровья и общем оздоровлении девочек, девушек и женщин до беременности. Она включает своевременную коррекцию гормональных нарушений, профилактику и лечение воспалительных заболеваний и гемостазиологических нарушений еще до наступления беременности [4; 6].

Вторичная профилактика включает задержку, остановку или обратное развитие заболевания, которое уже началось, однако еще не имеет ярких клинических проявлений. Профилактика основывается на диспансерном наблюдении за беременными в женской консультации и выявлении факторов

риска возникновения поздних гестозов для формирования групп риска по развитию гестоза.

Профилактические мероприятия проводятся с целью исключения развития тяжелых форм гестоза у беременных, особенно группы высокого риска. Профилактика должна начинаться с ранних сроков гестации и проводиться поэтапно с учетом фоновой патологии в течение всей беременности, в рода и послеродовом периоде и включает в себя [12; Error: Reference source not found]:

- соблюдение лечебно-охранительного режима в течение всей беременности.

- Диета, калорийностью 3500 ккал должна содержать достаточное количество белка (до 110 г/сутки-120 г/сутки), жиров 75-80 г, углеводов 350-400 г, витаминов, минеральных веществ. Количество жидкости у беременных группы риска ограничивается до 1300-1500 мл, соли до 6-8 г в сутки.

- Дозированный постельный режим "bedrest" способствует снижению общего периферического сопротивления сосудов, увеличению ударного объема сердца и почечного кровотока, нормализации маточно-плацентарного кровообращения и является важным немедикаментозным мероприятием. Метод заключается в пребывании беременных в положении преимущественно на левом боку с 10 до 13 и с 14 до 17 часов, в часы, соответствующие повышенным пикам артериального давления.

- прием витаминов, фитосборов с седативным эффектом и улучшающим функцию почек, спазмолитиков, препаратов, влияющих на метаболизм и улучшающих работу сердечнососудистой системы, дезагреганты и антикоагулянты, антиоксиданты, мембранстабилизаторы а также лечение экстрагенитальной патологии по показаниям.

Профилактика тяжелых форм гестоза должна начинаться с 8-9 недель гестации. Профилактические мероприятия проводятся поэтапно, с учетом фоновой патологии:

- с 8-9 недель всем беременным, входящим в группу риска назначается соответствующая диета, режим «Bedrest», комплекс витаминов, лечение экстрагенитальной патологии;

- с 16-17 недель пациенткам с хроническим холециститом, холангитом, нарушением жирового обмена I – II степени, дополнительно в профилактический комплекс добавляют фитосборы: растительные сборы с седативным и улучшающим функцию печени и почек механизмом;

- с 16-17 недель пациенткам с гипертонической болезнью, хроническим пиелонефритом, гломерулонефритом, нарушением жирового обмена II - III степени, эндокринопатиями, сочетанной экстрагенитальной патологией дополнительно к предыдущим мероприятиям включают дезагреганты или антикоагулянты, антиоксиданты, мембранстабилизаторы.

У беременных группы риска профилактические мероприятия должны проводиться постоянно. Фитосборы и метаболические препараты чередуя, назначаются постоянно. На их фоне дезагреганты или антикоагулянты, мембранстабилизаторы совместно с антиоксидантами применяют курсами по 30 дней с перерывом в 7-10 дней.

Аналогичные мероприятия проводятся одновременно с целью профилактики рецидива гестоза у беременных после выписки из родильного дома. При появлении начальных клинических симптомов гестоза необходима госпитализация и лечение в стационарных условиях[3].

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ПОСВЯЩЕННОЕ ВЛИЯНИЮ ПОЗДНИХ ГЕСТОЗОВ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

2.1. Материалы и методы исследования

Исследование поздних гестозов было проведено среди 30 беременных с поздним гестозом, наблюдавшихся в родильном отделении ГАУЗ «Клиника медицинского университета» г. Казани в период с 2015 по 2016 гг.

База исследования – родильное отделение ГАУЗ «Клиника медицинского университета» г. Казани.

Материал исследования – истории родов (ф. №096/у).

Метод исследования – статистический анализ.

Объект исследования – пациентки с поздним гестозом.

Предмет исследования – профилактика осложнений беременности и родов при познем гестозе.

2.2.Результаты исследования и их обсуждение

1. В ходе исследования установлено, что 12 (40%) пациенток были в возрасте до 20 лет. 5 (17%) пациенток оказались в возрасте от 21 до 30, 3(10%) пациенток – от 31 до 40 лет, старше 40 лет – 10 (33%) женщин (табл. 2.1., рис. 2.1).

Таблица 2.1

Возрастной состав беременных с поздним гестозом

Возраст	**Количество**	
	Абс.	**%**
До 20 лет	12	40
21-30 лет	5	17
31-40 лет	3	10
Старше 40 лет	10	33
Итого	**30**	**100**

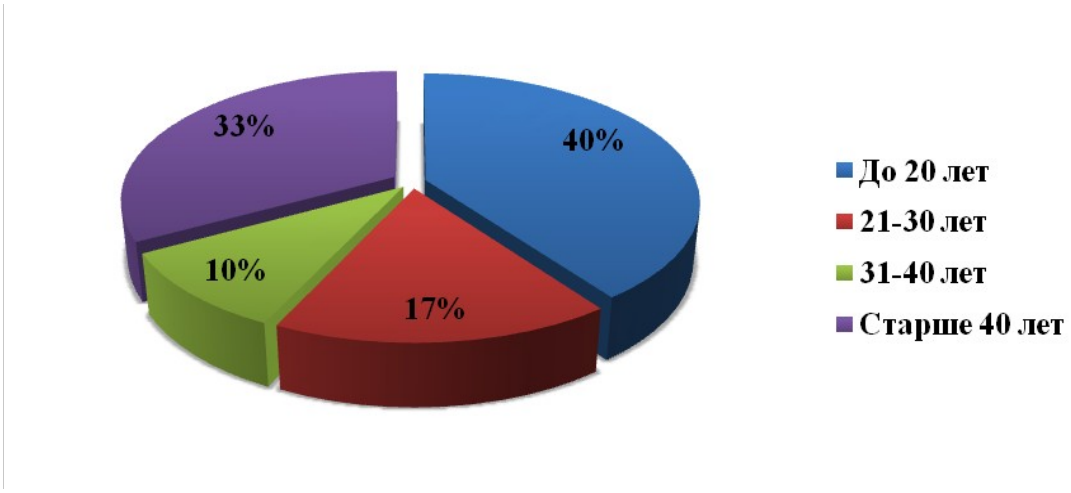

Рис.2.1. Возрастной состав беременных с поздним гестозом

Вывод: следовательно, пациенток в возрасте до 20 и старше 40 лет вероятность развития поздних гестозов больше.

2. В ходе исследования была проанализирована степень тяжести поздних гестозов в зависимости от возраста пациенток. Оказалось, что умеренная форма позднего гестоза наблюдались практически одинаково во всех возрастных группах, тогда как тяжелые формы заболевания у несовершеннолетних возникали значительно чаще (табл. 2.2., рис. 2.2).

Таблица 2.2

Структурно-количественный анализ степеней тяжести поздних гестозов в зависимости от возраста пациенток

Возраст	**Умеренная степень**		**Тяжелая степень**	
	Абс.	**%**	**Абс.**	**%**
До 20 лет	5	17	5	17
21-30 лет	4	13	2	7
31-40 лет	3	10	1	3
Старше 40 лет	5	17	2	7
Итого		**100**		**100**

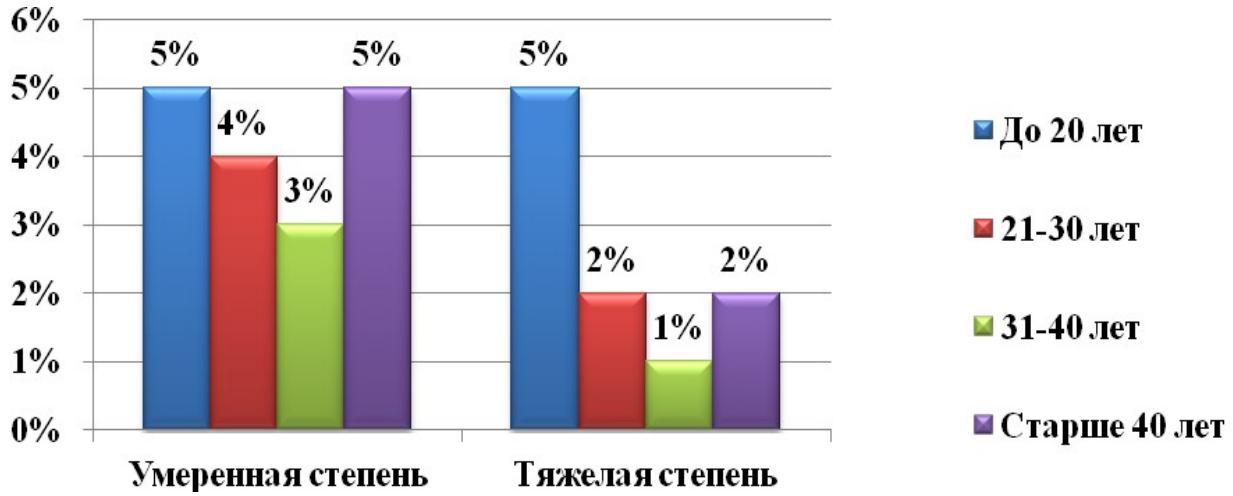

Рис. 2.2. Структурно-количественный анализ степеней тяжести поздних гестозов в зависимости от возраста пациенток

Вывод: несовершеннолетние девушки должны включаться в группу высокого риска развития гестоза ввиду недостаточной адаптации к беременности и вероятности чрезмерной стрессовой реакции на нее.

3. При изучении стационарных карт пациенток, было установлено, что поздний гестоз встречался чаще у городских, чем у сельских жителей - 63% и 37% соответственно (табл. 2.3., рис. 2.3).

Таблица 2.3

Структурно-количественный анализ на наличие поздних гестозов в зависимости от места жительства

Место жительства	**Абс.**	**%**
Городские жители	19	63
Сельские жители	11	37
Итого	**30**	**100**

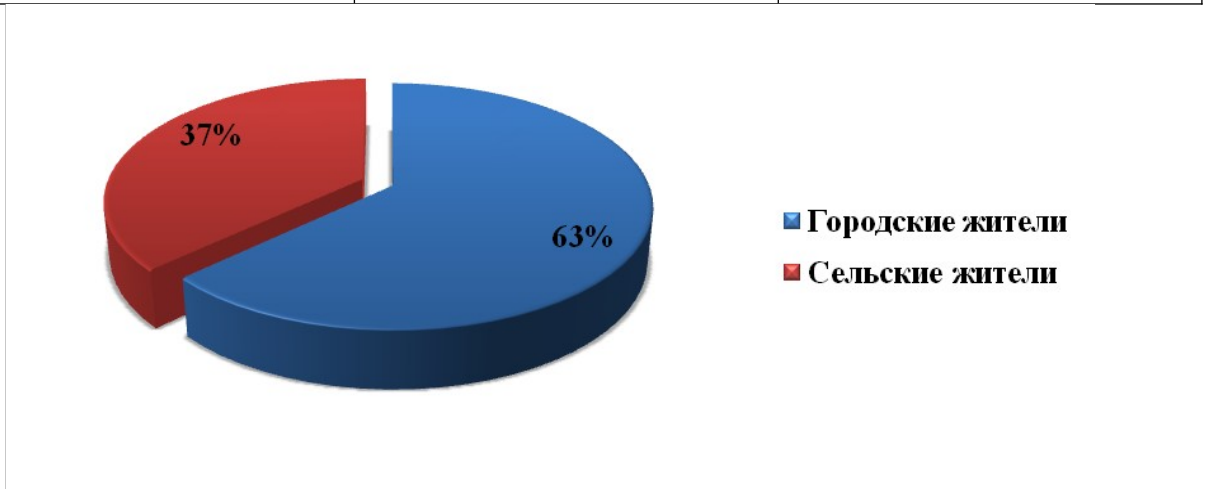

Рис. 2.3. Наличие поздних гестозов в зависимости от места жительства

Вывод: причиной данного феномена можно считать загрязнение атмосферного воздуха выбросами промышленных предприятий и автомобильного транспорта, количество которых значительно больше в городской местности.

При гестозе происходит нарушение адаптационных механизмов систем, обеспечивающих компенсаторно-трофические функции организма, под влиянием разнообразных стрессовых факторов, предшествующих заболеваний или сопутствующих заболеваний и других экстремальных ситуаций.

4. В ходе исследования были изучены основные экстрагенитальные патологии, встречающиеся в анамнезе у пациенток с поздним гестозом беременных. Сахарный диабет встретился у 8 (27%) пациенток, хронический пиелонефрит наблюдался у 7 (23%) женщин, артериальная гипертензия до беременности была выявлена у 15 (50%) человек, ожирение встретилось у 11 (37%) пациенток, ревматизм – у 3(10%) пациенток, наличие аллергических реакции – у 5(17%) пациенток.

Следует отметить, что у 4 пациенток одновременно наблюдались сахарный диабет и ожирение. Еще две пациентки сразу страдали артериальной гипертензией и хроническим пиелонефритом (табл. 2.4., рис. 2.4).

Таблица 2.4

Структура экстрагенитальной патологии при гестозе

Экстрагенитальная патология	**Количество**	
	Абс.	**%**
Сахарный диабет	8	27
Хронический пиелонефрит	7	23
Артериальная гипертензия	15	50
Ожирение	11	37
Ревматизм	3	10
Аллергические реакции	5	17

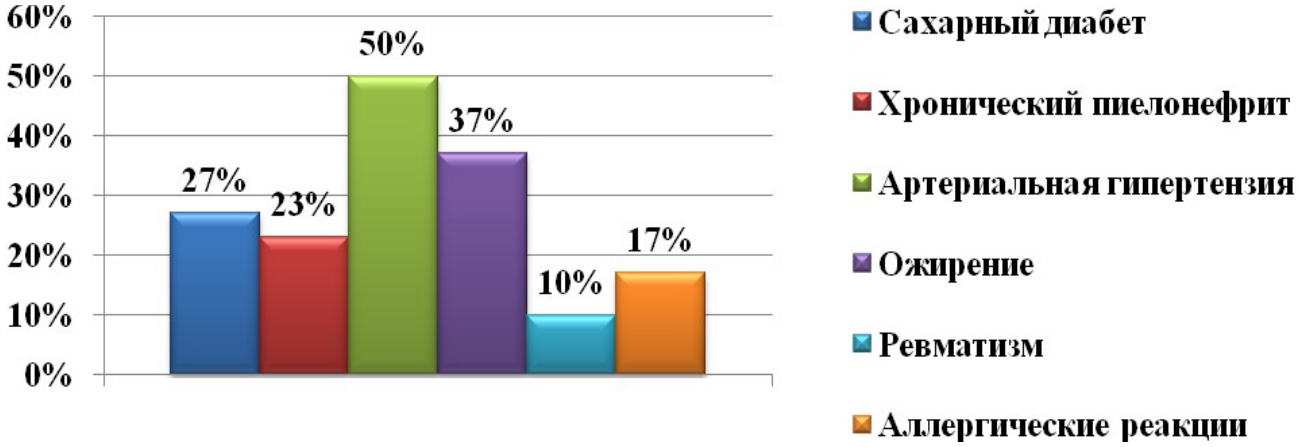

Рис.2.4. Структура экстрагенитальной патологии при гестозе

Вывод: следовательно, экстрагенитальные патологии играют важную роль в развитии поздних гестозов.

5. Установлено, что у 3 (10%) женщин была многоплодная беременность, крупный плод был выявлен у 9 (30%) пациенток (табл. 2.5., рис. 2.5).

Таблица 2.5

Особенности беременности женщин с поздним гестозом.

Осложнение беременности	**Абс.**	**%**
Крупный плод	9	30
Многоплодная беременность	3	10
Беременность без особенностей	18	60
Итого	**30**	**100**

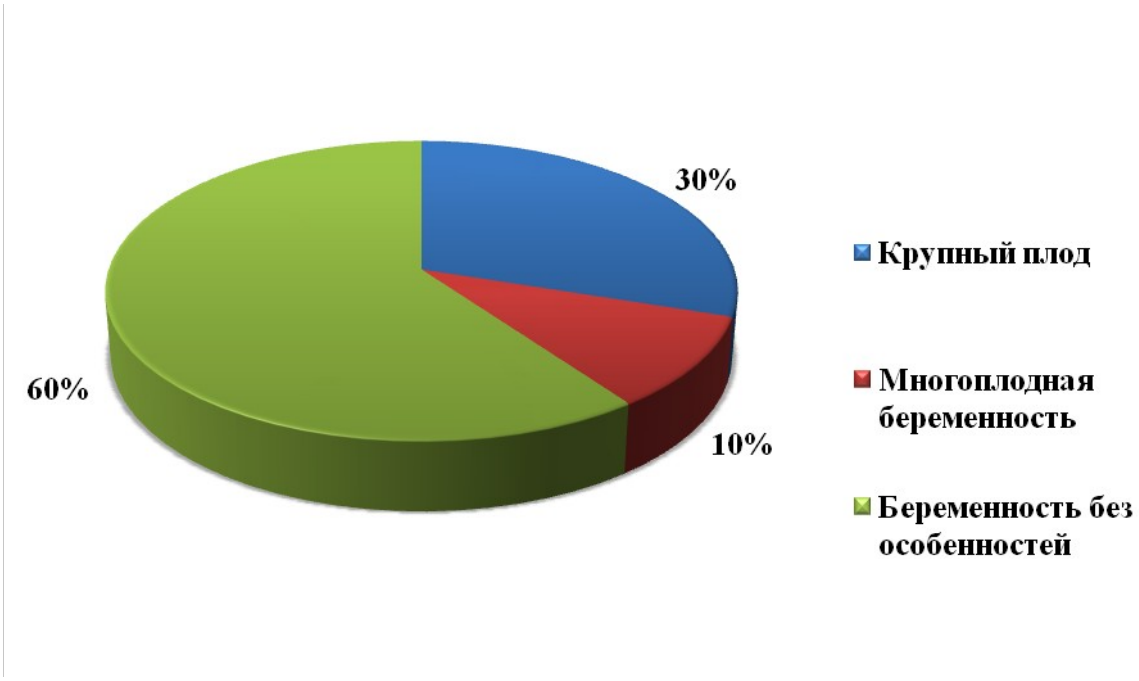

Рис. 2.5. Особенности беременности женщин с поздним гестозом.

Вывод: таким образом, беременность у женщин с поздним гестозом в большинстве случаев протекала без особенностей.

6. В структуре беременных женщин с поздним гестозом повторнородящих было 22 (73%) пациенток (табл.2.6, рис. 2.6).

Таблица 2.6

Структурно-количественный анализ беременных с поздним гестозом.

Число гестаций	**Абс.**	**%**
Первородящие	8	27
Повторнородящие	22	73
Итого	**30**	**100**

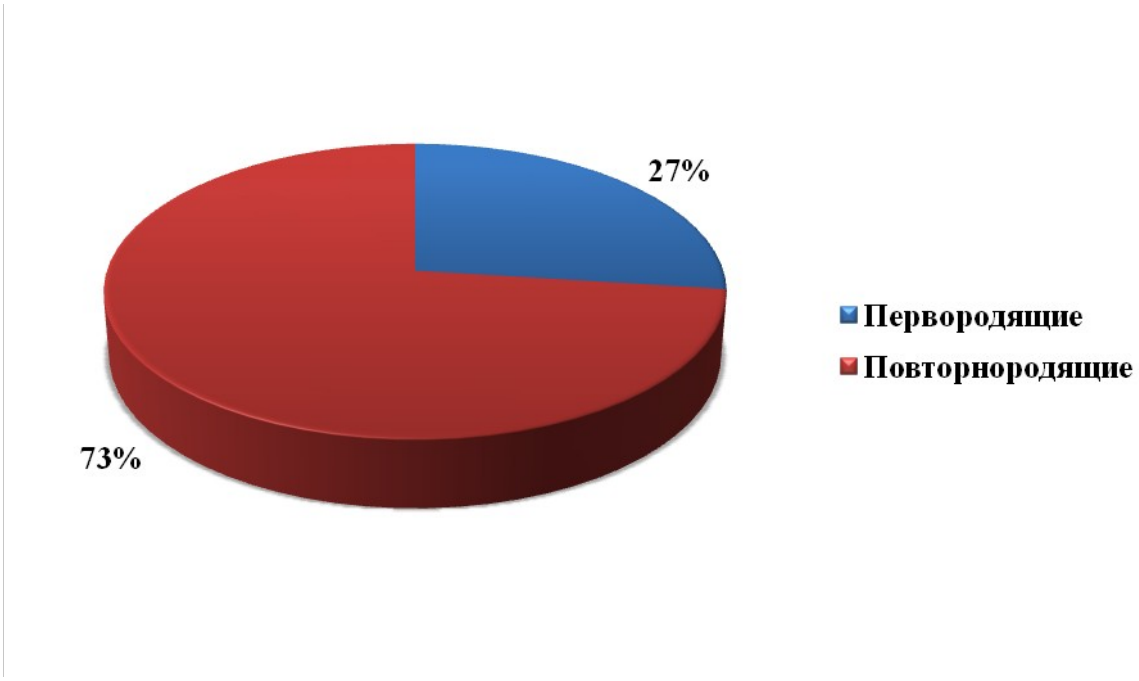

Рис. 2.6. Структурно-количественный анализ беременных с поздним гестозом.

Вывод: можно полагать, что у повторнородящих женщин поздний гестоз встречается чаще чему первородящих.

7. В ходе исследования были установлены основные клинические проявления поздних гестозов беременных. Установлено, что отеки были выявлены у 18 (60%) пациенток, артериальная гипертензия наблюдалась у 12 (40%) женщин, протеинурия была выявлена у 7 (23%) пациенток, соответственно (табл. 2.7, рис. 2.7)

Таблица 2.7

Основные клинические проявления поздних гестозов.

Клинические проявления	**Количество**	
	Абс.	**%**
Отеки	18	60
Артериальная гипертензия	12	40
Протеинурия	7	23
Итого	**30**	**100**

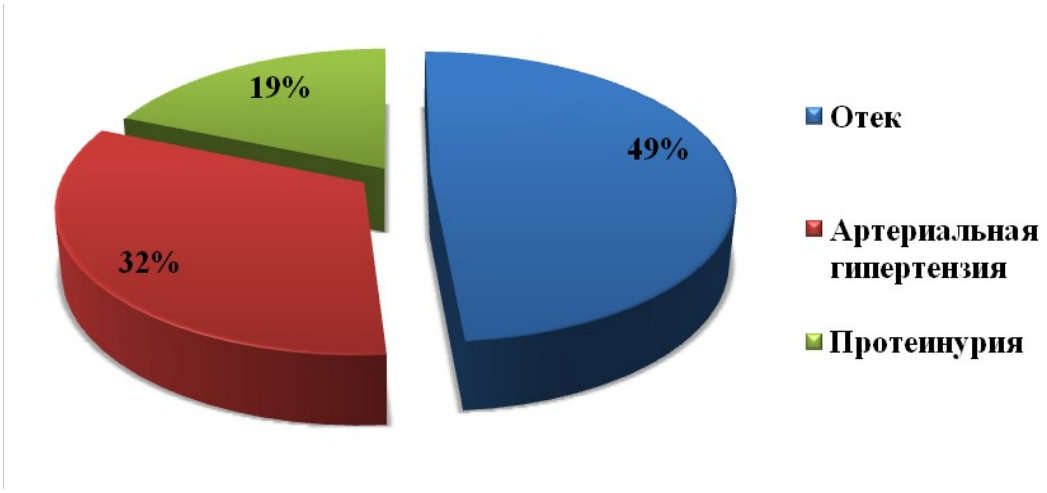

Рис.2.7.Основные клинические проявления поздних гестозов.

Вывод: основными жалобами беременных, у которых развивался поздний гестоз, являются отеки.

8. Также были изучены осложнения, возникшие в результате поздних гестозов. Оказалось, что осложнения возникли у более половины женщин – 17 (57%) (табл. 2.8, рис.2.8).

Таблица 2.8

Осложнения	**Количество**	
	Абс.	**%**
Осложнения	17	57
Без осложнений	13	43
Итого	**30**	**100**

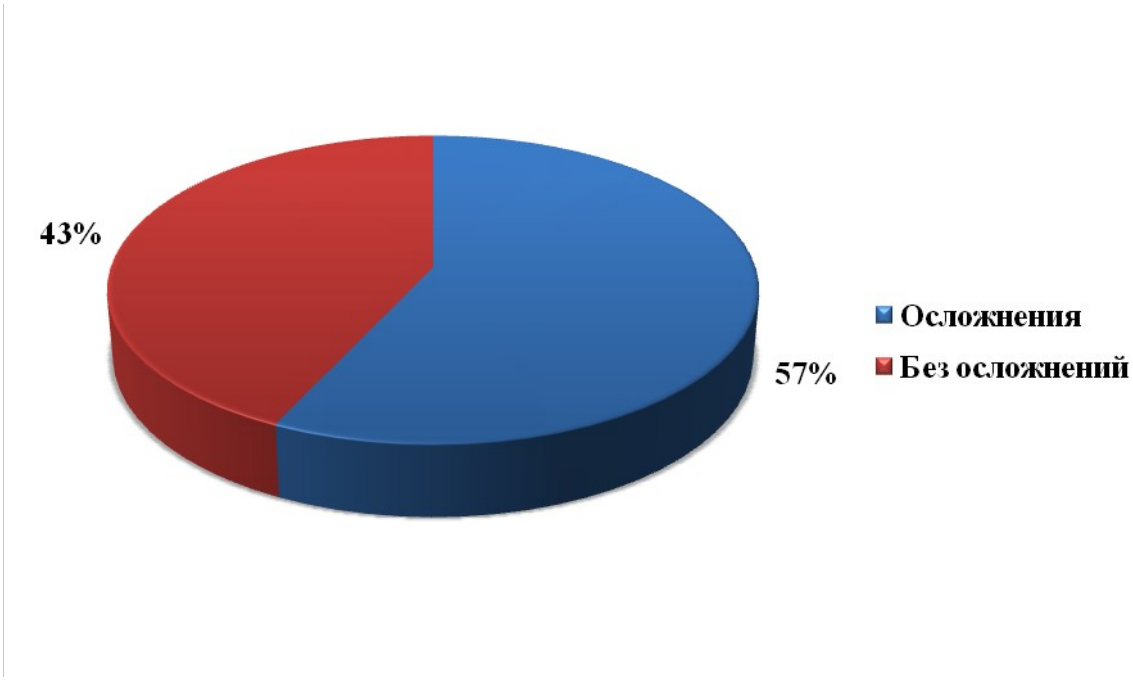

Рис.2.8. Количественный анализ осложнений поздних гестозов.

Вывод: следовательно, в период беременности, которая протекала на фоне позднего гестоза, может наблюдаться ряд осложнений.

9. Кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде наблюдались у 10 (33%) пациенток, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – у 6(20%) беременных, внутриутробная гипоксия плода наблюдалась у 17 (57%) женщин и у 15(50%) женщин ЗВУР (задержка внутриутробного развития) плода (табл. 2.9, рис.2.9).

Таблица 2.9

Основные осложнения поздних гестозов.

Полиорганная недостаточность	**Абс.**	**%**
Кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде	10	33
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	6	20
Внутриутробная гипоксия плода	17	57
ЗВУР (задержка внутриутробного развития) плода	15	50
Итого	**30**	**100**

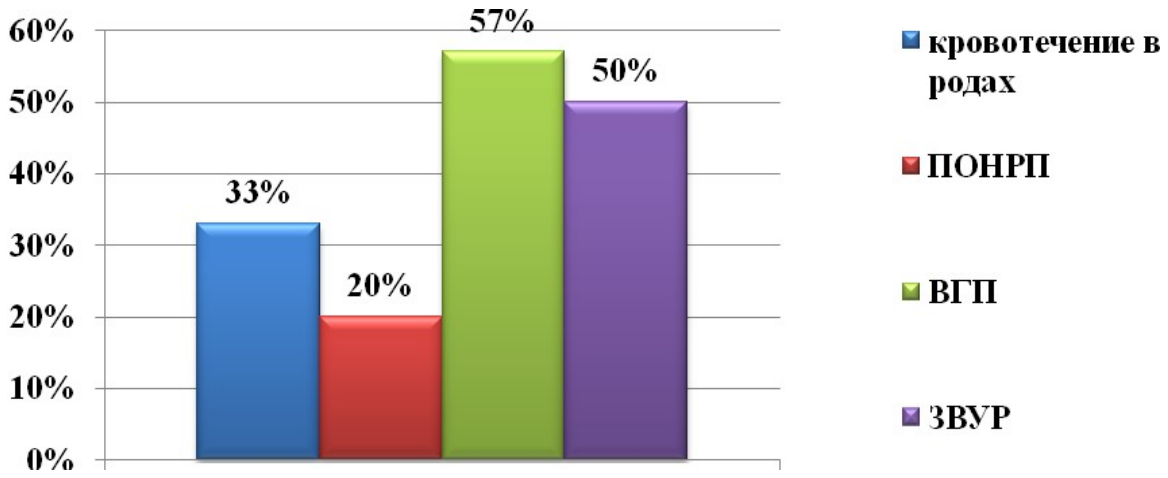

Рис.2.9.Основные осложнения поздних гестозов.

Вывод: наиболее серьёзными осложнениями беременности с поздними гестозами могут быть внутриутробная гипоксия и ЗВУР (задержка внутриутробного развития) плода. Таким образом, в ходе исследования были изучены основные факторы риска развития поздних гестозов беременных, особенности клинической картины и осложнения данной патологии.

10. Так же были изучены возникновение поздних гестозов в различные сроки беременности. Установлено, что у 8 (30%) женщин поздний гестоз развился в сроке 20-24 недель, 8 (27%) опрошенных–25-28 недель, еще 5 (17%) были на сроке беременности соответствующему 29-34 неделям, 6(20%) женщин – 35-39 недель и у 2(7%) женщин уже в послеродовом периоде (табл.2.10, рис. 2.10).

Таблица 2.10

Срок беременности в период развития поздних гестозов.

Срок	**Абс.**	**%**
20-24 недель	9	30
25-28 недель	8	27
29-34 недель	5	17
35-39 недель	6	20
Послеродовый период	2	7
Итого	**30**	**100**

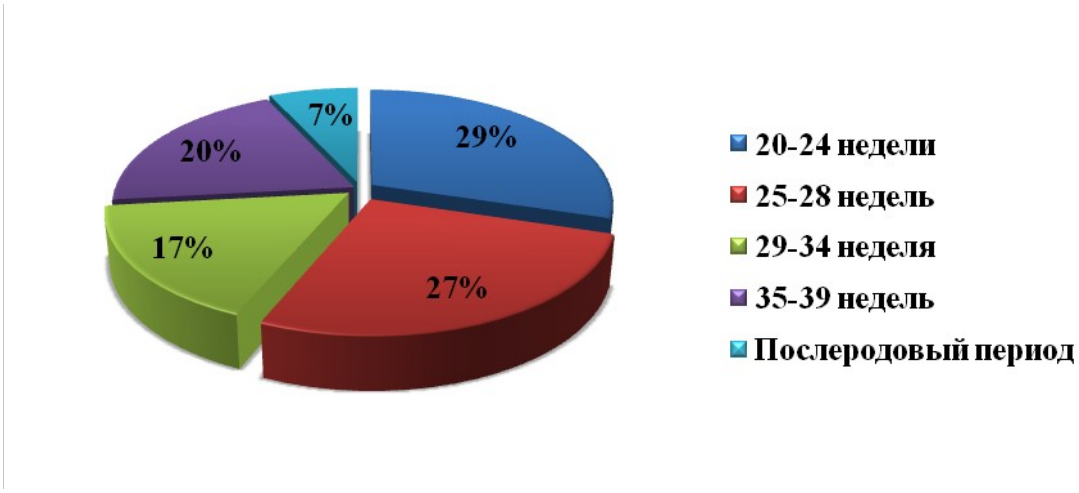

Рис.2.10. Срок беременности в период развития поздних гестозов.

Вывод: наиболее основными периодами для беременной с риском развития поздних гестозов является 25-28 недель.

11. При последующих беременностях риск развития поздних гестозов возрастает. Установлено, что 21 (70%) женщин были беременны два и более раз (табл. 2.11, рис. 2.11).

Таблица 2.11

Количество беременностей в анамнезе у женщин.

	Абс.	**%**
Одна беременность	9	30
Две и более	21	70
Итого	**30**	**100**

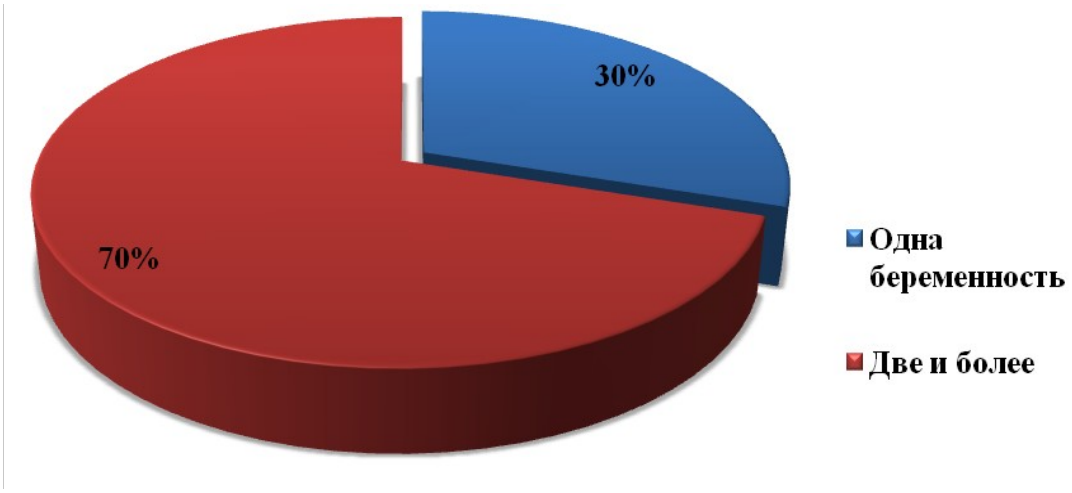

Рис.2.11. Количество беременностей в анамнезе у женщин.

Вывод: следовательно, риск развития поздних гестозов при последующих беременностях возрастает.

Таким образом, в ходе исследования были изучены основные факторы риска развития поздних гестозов беременных, особенности клинической картины и осложнения данной патологии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема гестоза остается одной из актуальных в акушерстве, что связано с его частотой, которая не имеет тенденции к снижению и колеблется от 7 до 22% [3; 8]. Данное осложнение беременности остается основной причиной перинатальной заболеваемости и смертности и в структуре причин материнской смертности по России гестоз занимает третье место [Error: Reference source not found].

Поздний гестоз беременных является осложнением II половины беременности и характеризуется полиорганной функциональной недостаточностью и проявляется триадой основных симптомов (отеки, протеинурия, гипертензия) и реже – судорогами и комой [8].Поздний гестоз не является отдельным заболеванием, связанным с беременностью, а представляет собой продолжение тех изменений, которые беременность вызывает в организме женщины

Самый ранний признак гестоза – появление отеков. В первую очередь отекают ноги, кисти рук. Более серьезные симптомы повышение артериального давления, появление белка в моче. Если заболевание прогрессирует, то наступают более тяжелые проявления гестоза преэклампсия и эклампсия. При этом нарушается микроциркуляция в центральной нервной системе, что может привести к тяжелым осложнениям, как для матери, так и для плода.

Этиология и патогенез гестоза представляют собой наиболее сложный аспект проблемы при данной патологии. Вследствие недостаточной определенности причины осложнения беременности существует множество теорий, объясняющих патогенез данного состояния [14].Выявление факторов риска, проведение профилактических мероприятий по предупреждению гестоза имеет важное медико-социальное значение.

В мире не разработано единой классификации и терминологии гестоза [Error: Reference source not found]. В связи с этим возникают трудности в

диагностике патологии и анализе научных данных российских и зарубежных исследователей.

Несмотря на многочисленные исследования в данной области, причины возникновения гестоза окончательно не выяснены. Ни одна из существующих теорий происхождения гестоза не дает ответы на все вопросы, связанные развитием этой патологии. Многие её аспекты нуждаются в дальнейшем углубленном изучении и объяснении.

ВЫВОДЫ

1. Поздний гестоз беременных – не самостоятельное заболевание, это синдром, обусловленный невозможностью адаптационных систем организма матери адекватно обеспечить потребности развивающегося плода.

Гестоз беременных – это осложнение беременности, которое возникает во второй ее половине и характеризуется нарушением функций жизненно важных органов и систем. Гестоз является одним из распространенных осложнений беременности (13-16% от общего количества родов), являясь наиболее частой причиной осложнений для матери, плода и новорожденного.

2. Гестоз часто развивается при экстрагенитальных заболеваниях, у больных сахарным диабетом, хроническим пиелонефритом, при органических пороках сердца, патологии гепатобилиарной системы, при склонности к сосудистой гипертензии. Возникновению указанного осложнения беременности способствуют ожирение, аллергия, интоксикация. Значительно повышают риск гестоза крупный плод и двойня. Беременность у 4,5% женщин наступает на фоне различных форм ревматизма. Патология мочевыделительной системы создает предпосылки для развития гестоза в силу общности отдельных звеньев патогенеза. В наибольшей степени это относится к хроническому пиелонефриту, который является фоновым заболеванием у 14% беременных женщин.

3. К основным клиническим признакам поздних гестозов относят триаду симптомов: артериальная гипертензия, наличие отеков и протеинурия.

4. Провести практическое исследование, посвященное влиянию поздних гестозов на течение беременности и родов, представить материалы и методы исследования.

5. Исследование поздних гестозов было проведено методом случайной выборки. Были изучены данные историй родов 30 пациенток с поздним гестозом, наблюдавшихся в родильном отделении ГАУЗ «Клиника медицинского университета» г. Казани с 2015 по 2016 гг.

6. По результатам исследования были сделаны следующие выводы:

- у пациенток в возрасте старше 40 лет вероятность развития поздних гестозов больше;
- несовершеннолетние девушки должны включаться в группу высокого риска развития гестоза ввиду недостаточной адаптации к беременности и вероятности чрезмерной стрессовой реакции на нее;
- было установлено, что поздний гестоз встречался чаще у городских, чем у сельских жителей;
- в ходе исследования были изучены основные экстрагенитальные патологии, встречающиеся в анамнезе у пациенток с поздним гестозом. следует отметить, что у 4 пациенток одновременно наблюдались сахарный диабет и ожирение. Следовательно, экстрагенитальные патологии играют важную роль в развитии поздних гестозов;
- беременность у женщин с поздним гестозом в большинстве случаев протекала без особенностей;
- у повторнородящих женщин поздний гестоз встречается чаще чему первородящих;

- основными жалобами беременных, у которых развивался поздний гестоз, являются отеки;
- в период беременности, которая протекала на фоне позднего гестоза, может наблюдаться ряд осложнений: кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, внутриутробная гипоксия плода, задержка внутриутробного развития плода;
- наиболее основными периодами для беременной с риском развития поздних гестозов является 25-28 недель;
- риск развития поздних гестозов при последующих беременностях возрастает.

7. Были предложены практические рекомендации по профилактике поздних гестозов беременных.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Обследование по приказу МЗ РФ от 01.11.12 №572Н.

2. Акушерка должна провести психопрофилактическую подготовку к родам; контролировать прием мультивитаминных комплексов, содержащих фолиевую кислоту, витамины В12, В6, С, Е, потребление пищи богатой фолатами; ограничение ночных, сменных и вахтовых работ; исключение бытовых и промышленных токсинов, вредных физических факторов, стрессовых раздражителей.

3. Должна обеспечить осмотр беременной:

- врачом-терапевтом - не менее двух раз;
- врачом-стоматологом;
- врачом-ЛОР;
- врачом-офтальмологом;
- другими врачами-специалистами - по показания;
- кардиолог - УЗИ сердца.

4. УЗ исследование плода на сроке беременности:

- 11-14 нед.;
- 18-21 нед.;
- 30-34 нед.;
- на любом сроке по показаниям.

5. Акушерка должна провести дородовую диагностику (УЗИ 1, определение материнских сывороточных маркеров) на сроке 11-14 нед. в условиях пренатального центра.

При установлении высокого риска по хромосомным нарушениям у плода (индивидуальный риск 1/100 и выше) и (или) выявлении ВПР плода направлять в медико-генетический центр.

6. Акушерке необходимо создать лечебно-охранительный режим. Акушерка должна помочь женщине избегать сильных эмоциональных

нагрузок, быть спокойной и уравновешенной. Вреден яркий свет, шум, тяжелые физические нагрузки, не соответствующие ее состоянию.

7. При осложнениях беременности акушерка должна обеспечить госпитализацию по показаниям:

- в дневной стационар;
- в гинекологическое отделение (до 22 нед. беременности);
- в ОПБ роддома (после 22 нед.);
- в профильное отделение при ЭГЗ.

8. Должна предоставить плановое направление на родоразрешение с учетом степени риска; при осложнениях беременности - дородовая госпитализация в ОПБ роддома.

9. При позднем гестозе акушерка должна подготовить родовые пути, чтобы родоразрешение было проведено своевременно и бережно, при этом сроки родов должны определяться состоянием беременной.

10. Акушерка должна направить на бактериологическую исследованию мочи после 14 нед.

11. Должна контролировать обследование мужа: КСР - на сроке 20 и 36 нед.; ВИЧ - на сроке 20 и 38 нед. беременности.

12. Акушерка должна следить за флюорографической обследованием членов семьи.

13. Для выявления гестоза очень важно акушерке следить за систематическим взвешиванием беременной, измерением артериального давления на обеих руках, исследованием мочи (на белок), диуреза, динамикой массы тела.

14. Чтобы восстановить функцию организма беременной, а также предупредить гипоксию плода, акушерка должна проследить за назначением соответствующих медикаментозных средств. Это лекарства, обладающие успокаивающим, гипотензивным, спазмолитическим, мочегонным эффектом. Такие препараты должны улучшать плацентарный кровоток, предупреждая гипоксию плода. При обострении имеющихся хронических заболеваний

назначается соответствующее лечение, направленное на купирование симптомов.

15. Акушерка должна принимать активное участие в обследовании пациенток с применением в соответствии с показаниями различных инструментальных и лабораторных методов диагностики: контроль артериального давления, контроль массы тела, выявление скрытых отеков, исследование гидрофильности тканей, состояния глазного дна, биохимические показатели крови, параметры гемостаза, концентрационные показатели крови, центральное венозное давления, консультации различных специалистов.

16. Акушерке важно помочь беременной соблюдать режим питания, питьевой режим, следить за количеством употребляемой соли. В пищевой рацион необходимо включать витамины, минералы, клетчатку.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. N 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)".

2. Айламазян Э.К. Гестоз: теория и практика / Э.К.Айламазян, Е.В. Мозговая. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 272 с.

3. Акушерство и гинекология / Под ред. В.М. Запорожана. – К: Здоровье, 2000. – 432 с.

4. Барков Л.А. и др. Патоморфология маточно-плацентарных артерий при гестозах // Материалы VIII Российского форума «Мать и дитя». М., 2006. – С.675.

5. Бахтина Т.П., Горбачев В.И. Перекисное окисление липидов и эндотоксемия при позднем токсикозе беременных// Эфферентная терапия.– 2001.– Т. 7. – С. 10-13.

6. Блощинская И.А., Петричко Т.А., Давидович И.М. Вазорегулирующая функция сосудистого эндотелия при физиологической беременности и гестозе // Журн. акушер.и женских болезней.– 2003.– Т. 3, – С. 26-32

7. Ведение беременных группы риска по возникновению ОПГ – гестоза / В. А. Заболотнов, А. Н. Рыбалка, Р.Р. Закут, Н.Ю. Коршакова // Репродуктивное здоровье женщины.– 2004.– Т. 17.– С. 47-49.

8. Ветров В.В, Пестряева Л.А. Значение синдрома эндогенной интоксикации в патогенезе гестоза// Эфферентная терапия.– 2005. – Т 11. – С. 3-9.

9. Гинекология: Национальное руководство под редакцией Г.М.Савельевой, 2013. – С.376-377.

10. Грищенко В. И., Липко О. П., Щербина Н. А. Этиопатогенез позднего гестоза // Междунар. мед.журн.– 2000.– Т. 6.– С. 59-62.

11. Дзигуа М.В.Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни, 2014– С.126.

12. Меджидова М.К., Донников А.Е., Балушкина А.А. Микробиоценоз влагалища и его особенности у беременных перед родами // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2012. –Т. 11.– С. 38-46.

13. РадзинскийВ.Е., ДимитроваВ.И.Неразвивающаяся беременность. М.:Гэотар– Медиа, 2009 – С.200.

14. Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А., Милованов А.П. Ранние сроки беременности (2-е изд., испр. и доп.), 2009.– С. 262-266.

15. Роговская С.И.,ЛиповаяЕ.В. Шейка матки, влагалище, вульва. Физиология (патология), кольпоскопия, эстетическая коррекция, 2014.– С.282.