

Отеки беременных

(накопление жидкости в тканях после 12 часового отдыха и снижение диуреза < 1000-900 мл при водной нагрузке 1400-1500 мл)

Скрытые отеки:

Патологическая прибавка массы тела:

II триместр - > 500 г в неделю

После 24 недель – неравномерная прибавка массы тела

Положительный симптом «кольца»

Явные отеки:

I ст. – отеки нижних конечностей

II ст. - отеки нижних конечностей и живота

III ст. - отеки нижних конечностей и живота, лица

IV ст. – анасарка (накопление жидкости в серозных полостях)

Отеки беременных

Выраженные отеки

Резистентные к терапии

**Быстронарастающие генерализованные
отеки**

- 1. Критерий тяжести гестоза**
- 2. Плохой прогностический признак**
- 3. До 20 недель беременности
исключить экстрагенитальную
патологию**

Артериальная гипертензия во время беременности

(Рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии Европейского общества по изучению гипертонии, Европейского кардиологического общества, 2007)

- **Хроническая АГ или АГ, существующая до беременности**

Критериями служат АД более 140/90 мм рт. ст. до беременности до беременности или в течении первых 20 недель

Такое АД обычно сохраняется в течение первых 42 дней после родов

- **Гестационная АГ индуцированная беременностью и не сопровождается протеинурией.**
- **Развивается после 20 недель беременности и в большинстве случаев проходит в течение 42 дней после родов.**

Артериальная гипертензия во время беременности

повышение систолического АД более чем на 30 мм рт. ст. или диастолического более чем на 15 мм рт. ст. по сравнению с исходным (АД в I триместре беременности)

Гестоз

Протеинурия > 0,3 г/л за 24 часа

**Протеинурия – первый признак
полиорганной дисфункции,
«поздний» симптом гестоза**

**012.1 Вызванная беременностью
протеинурия (исключить
заболевания почек,
аутоиммунную патологию)**

Акушерская тактика и терапия при гестозе определяются степенью его тяжести.

Степень выраженности клинических симптомов не отражает истинную тяжесть гестоза.

Истинную тяжесть гестоза можно оценить только после проведения полного клинико-лабораторного обследования беременной.

Обследование беременных с гестозом

Обязательные методы:

- АД, пульс;
- Измерение массы тела, диуреза;
- Анализ крови (тромбоциты, гемоглобин, гематокрит);
- Общий белок, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, глюкоза;
- Электролиты крови;

Обследование беременных с гестозом

Обязательные методы:

- УЗИ жизненно важных органов матери и плода;
- КТГ;
- Допплерометрия материнской и плодовой гемодинамики;
- Исследование глазного дна;
- Гемостазиограмма (АЧТВ, число и агрегация тромбоцитов, фибриноген, продукты его деградации, РФМК, антитромбин III);
- Консультация терапевта.

Обследование беременных с гестозом

Дополнительные методы:

- ЭКГ;
- Суточное мониторирование АД;
- Анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому;
- Бактериологическое исследование мочи;
- ВА, антитела к кардиолипинам;
- Консультация специалистов по профилю экстрагенитальной патологии.

Шкала Госке в модификации Г.М. Савельевой

Симптомы	Баллы			
	0	1	2	3
Отеки	нет	на голеньях или патологическая прибавка веса	на голеньях, передней брюшной стенке	генерализованные отеки
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, мм рт. 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 беременности	проявление заболевания во время беременности	проявление заболевания до и во время беременности
Индекс гестоза:	до 7 баллов – легкий; 8 – 11 баллов – средней тяжести; 12 и более – тяжелый.			

Тактика ведения беременных с гестозом

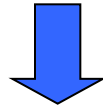
Основной вопрос – выбор срока и метода родоразрешения

- ✓ **Легкая степень** – лечение, пролонгирование беременности;
- ✓ **Средняя степень** – оценка эффективности лечения, решение вопроса о возможности пролонгирования беременности.

Оценка эффективности лечения гестоза

Положительный эффект:

- наступление «клинико-лабораторной ремиссии»

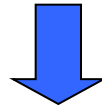


- пролонгирование беременности (в амбулаторных условиях)

Оценка эффективности лечения гестоза

Частичный эффект:

- улучшение клинических и лабораторных показателей



- пересмотр степени тяжести гестоза, уточнение фоновой патологии, оценка адекватности проводимой терапии



- пролонгирование в условиях стационара

Оценка эффективности лечения гестоза

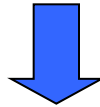
Отсутствие эффекта (длительность
терапии? – 7дней)



досрочное родоразрешение

Оценка эффективности лечения гестоза

Нарастание степени тяжести гестоза



досрочное родоразрешение

Тактика ведения беременных с гестозом

• **Тяжелая степень гестоза,
преэклампсия**

- предоперационная подготовка (2-6 часов);

- родоразрешение;

- **Эклампсия – экстренное
родоразрешение !!!**

Тактика ведения беременных с эклампсией

- «...При сохранении сознания после приступа судорог – консервативная терапия в течении 4-6 часов с насыщением магния сульфатом, наблюдение за неврологическим статусом. В эти сроки необходимо решить вопрос о родоразрешении» В.Н. Серов с соавт., 2011. Неотложные состояния в акушерстве, стр.460
- «...Экстренное родоразрешение после стабилизации состояния и подготовки к родоразрешению в течение 1-3 часов»

В.Е. Радзинский, 2011 Репродуктивное здоровье

Терапия гестоза

ЦЕЛЬ:

- **Сдерживание прогрессирования гестоза, профилактика эклампсии**

Основные принципы терапии гестоза

- создание лечебно-охранительного режима;
- ликвидация сосудистого спазма (нормализация микроциркуляторной и тканевой перфузии), улучшение маточно-плацентарного кровообращения;
- устранение гиповолемии;
- устранение реологических и гемокоагуляционных нарушений;
- ликвидация метаболических, водно-электролитных нарушений;
- стабилизация клеточных мембран (антиоксидантная терапия);
- ликвидация эндотоксикоза.

Гестоз. Показания к госпитализации

- Отеки беременных
- Диагноз «Гестоз»

Отеки беременных

(012.0 вызванные беременностью отеки)

1. Диета:

- Калорийность 3500 ккал;
- Ограничение соли до 6-8 г в сутки ?
- Водная нагрузка до 1300-1500 мл ?
- Продукты лечебного питания

2. Лечебно-охранительный режим:

- Дозированный постельный режим «Bed rest»: положение на левом боку с 10 до 13 час и с 14 до 17 час.

Отеки беременных

(012.0 вызванные беременностью отеки)

3. Седативные средства:

- Валериана по 1-2 таб. 3 раза или настой – по 30 кап. 3 раза в день;
- Экстракт пустырника по 20-30 кап. 3 раза в день;
- Настойка пиона по 1 ч.л. 3 раза в день;
- Ново-пассит по 15 кап. 3 раза в день;
- Реланиум (сибазон, седуксен, диазепам) в дозах в зависимости от состояния беременной.

Отеки беременных

(012.0 вызванные беременностью отеки)

4. Растительные диуретики:

- Плоды можжевельника, листья толокнянки, листья брусники, «почечный чай», почки березовые, цветки василька синего;
- Канефрон 2 др. 3 раза в день.

5. Дезагреганты (изменения в гемостазиограмме):

- Дипиридамола (курантил N) 0,25 3 раза в сутки;
- Кардиомагнил, ацетилсалициловая кислота

КУРАНТИЛ N 25 / 75

(дипиридамо́л)

- **улучшение микроциркуляции за счет формирования коллатералей;**
- **нормализует агрегацию тромбоцитов;**
- **увеличивает эластичность эритроцитов;**
- **оказывает вазодилатирующий эффект;**
- **обладает ангиопротективным действием;**
- **оказывает модулирующее действие на систему интерферона, повышает неспецифическую противовирусную резистентность.**

Курантил может применяться на всех сроках беременности, в т.ч. самых ранних

Отеки беременных

(012.0 вызванные беременностью отеки)

6. Антикоагулянты (изменения в гемостазиограмме).

7. Мембраностабилизаторы, антиоксиданты:

- Витамин Е – 300 мг в сутки;
- Аскорбиновая кислота 100 мг в сутки;
- Актовегин 5,0 мл в/в капельно на физиологическом растворе или 5% растворе глюкозы ;
- Актовегин по 1 драже 1-2 раза в сутки с 16 недель;
- Глутаминовая кислота – 3 г в сутки
- Эссенциале – 2 капс. 3 раза в день;

Фармакологические эффекты Актовегина

- Активация процессов аэробного окисления.
- Повышение утилизации кислорода тканями.
- Активация ферментов системы антиоксидантной защиты.
- Повышение толерантности тканей к гипоксии.
- Ускорение распада продуктов анаэробного гликолиза.

Гестоз легкой и средней степени тяжести

1. Диета
2. Лечебно-охранительный режим
3. Седативные препараты
- 4. Противосудорожная терапия (Магния сульфат)**
- 5. Гипотензивные средства**
6. Дезагреганты
7. Антикоагулянты
8. Мембраностабилизаторы, антиоксиданты
9. Растительные диуретики (по показаниям)
10. Инфузионная терапия (ГЭК 6% или 10% раствор
объем – не > 400 мл)

Противосудорожная терапия

□ 10-20 мл 25% раствора MgSO_4 в 200 -400 мл физиологического раствора внутривенно капельно 1-2 г в час через инфузомат;

Гипотензивная терапия

Четкое разграничение между лечением хронической артериальной гипертензией и лечением артериальной гипертензии, обусловленной беременностью.

Лечение артериальной гипертензии, вызванной беременностью

- MgSO_4
- Метилдопа (допегит) 250 мг 2-4 раза в сутки

Гипотензивная терапия

(Рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии Европейского общества по изучению гипертензии, Европейского кардиологического общества, 2007)

Хроническая АГ:

□ Препараты центрального действия

α_2 -адреномиметики Метилдопа (Допегит)

□ Антагонисты кальция дигидропиридинового ряда

Нифедипин длительного действия (Кордафлекс РД)

□ Кардиоселективные β -адреноблокаторы

Метопролол

Бисопролол

Бетаксолол

Небиволол

Гипотензивная терапия

Хроническая АГ:

□ α_2 -адреномиметики

Метилдопа (Допегит) внутрь по 250 мг 3-4 раза в день

□ Антагонисты кальция

Нифедипин (Нифекард XL) внутрь по 30 мг в сутки или 60 мг в сутки)

Амлодипин внутрь по 2,5 – 10 мг в сутки однократно

Верапамил внутрь по 40 мг 3 раза в сутки перед приемом пищи или сразу после еды

□ β -адреноблокаторы

Метопролол (Эгилок, Беталок зок) внутрь по 25-50 мг 1-2 раза в сутки Бисопролол (Конкор) внутрь по 2,5 – 10 мг в сутки

Небиволол (Небилет) внутрь по 2,5 – 7,5 мг в сутки в одно и то же время

Бетаксолол (Локрен) внутрь по 10-40 мг в сутки

□ Агонисты центральных α_2 -рецепторов (III триместр):

Клонидин (Клофелин) внутрь 0,075-0,15 мг 2-4 раза в сутки

Гипотензивная терапия

Противопоказаны

- Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (Эналаприл, каптоприл, моноприл и др.)
- Антагонисты к рецепторам ангиотензина II (микардис, лозартан и др.)

Исключен из рекомендаций

- Атенолол

Интенсивная терапия тяжелых форм гестозов

Обязательные условия для проведения адекватной интенсивной терапии:

1. Согласованные действия акушера и реаниматолога
2. Катетеризация магистральной вены (контроль ЦВД: 5-10 мм вод.ст.)
3. Катетеризация мочевого пузыря (диурез не менее 35 мл/час)
4. Мониторирование АД, пульса, числа дыханий

Интенсивная терапия тяжелых форм гестозов

Обязательные условия для проведения адекватной интенсивной терапии:

5. Необходимый объем обследования (клинико-лабораторные и биохимические исследования выполняются не реже, чем через 6 часов):

- ☐ Анализ крови (тромбоциты, гематокрит)
- ☐ Биохимический анализ крови: общий белок, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, глюкоза, электролиты
- ☐ Анализ мочи
- ☐ Фибриноген, продукты деградации фибрина, антитромбин III, АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время)
- ☐ ЭКГ
- ☐ Исследование глазного дна
- ☐ Консультация терапевта, невропатолога
- ☐ УЗИ органов матери и плода
- ☐ Допплерометрия материнской и плодовой гемодинамики

Интенсивная терапия тяжелых форм гестозов

Обязательные условия для проведения адекватной интенсивной терапии:

6. Четкая последовательность лечебных мероприятий
7. Дифференцированный подход к проведению инфузионной терапии

Интенсивная терапия тяжелых форм гестозов

Лечебные мероприятия:

1. Создание лечебно-охранительного режима:

- Диазепам (Седуксен) 5-10 мг внутривенно (2-4 мл)

При преэклампсии и эклампсии все первоначальные манипуляции проводят на фоне ингаляционной анестезии закисью азота с кислородом (1:2 или 1:3)

Интенсивная терапия тяжелых форм гестозов

Лечебные мероприятия:

2. Противосудорожная терапия

Сульфат магния

Первоначальная доза – 2,5 г сухого вещества (25% раствор - 10 мл) вводится болюсно в/в в течение 20 мин.

Затем сульфат магния 25% раствор 10 мл вводят в/в капельно в 200 мл физиологического раствора со скоростью 1-2 г в час через инфузомат.

Суточная доза – 25 г сухого вещества под контролем гемодинамики, диуреза и активности коленных рефлексов.

Интенсивная терапия тяжелых форм гестозов

Лечебные мероприятия:

2. Гипотензивная терапия (при ЦВД до 5-8 см вод.ст.)

При отсутствии эффекта от магниальной терапии в течение часа назначают:

- клофеллин 0,01% - 0,5-1,0 мл на 20 мл физиологического раствора в/в
- гидралазин (апрессин) по 5 мг дробно до получения эффекта в/в;
- нифедипин 10-30 мг перорально или в/в 6-10 мкг/кг
- лабетолол 5-10 мг в/в
- анаприлин (пропранолол) 10-20 мг внутрь

После родоразрешения:

- нитроглицерин
- Брелиблок (эсмолол гидрохлорид);
- Нитропруссид натрия.

Интенсивная терапия тяжелых форм гестозов

Лечебные мероприятия

3. Инфузионная терапия:

Цель:

- Нормализация ОЦК, коллоидно-осмотического давления плазмы, показателей гемодинамики, ликвидация реологических, коагуляционных нарушений.

Интенсивная терапия тяжелых форм гестозов

Лечебные мероприятия:

3. Инфузионная терапия

- 6% и 10% растворы гидроксиэтилированного крахмала (ГЭК): волювен, стабизол 6%, рефортан 6% и 10%
- Альбумин 10-20% раствор
- Изотонические солевые растворы (Рингера, 0,9% NaCl);

Интенсивная терапия тяжелых форм гестозов

Инфузионная терапия:

- Во время операции продолжается инфузионная терапия (ГЭК 6% и 10% растворы) и введение сернокислой магнезии
- Свежезамороженная плазма по показаниям (коагулопатическое кровотечение)

Интенсивная терапия тяжелых форм гестозов

Инфузионная терапия:

Объем инфузии:

- При тяжелой степени гестоза и при преэклампсии – не > 1200, при эклампсии – не > 1500-1800 мл (при условии восполнения кровопотери)

Скорость инфузии:

- От 75 до 100-200 мл/час (20-40 кап./мин.)

Анестезиологическое пособие

- ИВЛ ?– при тяжелых формах гестоза
- СМА?

Интенсивная терапия тяжелых форм гестозов

Перевод на самостоятельное дыхание:

- Полное восстановление сознания
- Отсутствие судорожной готовности
- Стабильная гемодинамика (систолическое АД не > 140-150 мм рт. ст.)
- Нормализация ЦВД, ЧСС
- Диурез > 35 мл/час
- Hb не < 80 г/л
- $SaO_2 \geq 95\%$, $PaO_2 \leq 80$ мм рт.ст. при $FiO_2 \leq 0.4$ ($PaO_2 / FiO_2 \geq 200$)

Интенсивная терапия тяжелых форм гестозов

В послеоперационном периоде продолжается гипотензивная и инфузионно-трансфузионная терапия для устранения гиповолемии, гемокоагуляционных и метаболических нарушений.

Профилактика инфекционных осложнений.

При осложненных (атипичных) формах гестоза (HELLP-синдром, ОЖГБ) – плазмаферез.

Ведение родов через естественные родовые пути при гестозах при «зрелой» шейке матки и удовлетворительном состоянии больной

- Программированные роды под эпидуральной анальгезией
- Роды ведутся совместно с анестезиологом-реаниматологом

Ведение родов через естественные родовые пути при гестозах

- Раннее вскрытие плодного пузыря;
- Адекватная гипотензивная терапия
(сульфат магния, АД не более 150/100 мм рт
ст);
- Продолжение эпидуральной анестезии во II
периоде родов;
- Профилактика кровотечения.

Профилактика гестозов

- Диета;
- Лечебное питание;
- ЛФК;
- Контроль экстрагенитальной патологии
- Устранение тромбофилических нарушений;
- Фолиевая кислота (при гипергомоцистеинемии);
- Антиагреганты (аспирин в низких дозах);
- Антиоксиданты (витамин Е, С);
- Препараты кальция - элевит пронаталь+кальцемин (витамин Д₃ и микроэлементы)