**Гестозы**.

Грозное заболевание и осложнение приводящее к полиорганной недостаточности.

Гестоз – это серьёзное осложнение беременности, которое требует своевременной диагностики и правильного лечения. Гестоз ведет к фето-плацентарной недостаточности и следовательно к гипоксии и гипотрофии плода. Даже легкий непролеченный гестоз может вылиться в тяжелую форму и влечет за собой серьезные последствия для матери и плода

Такие как внутриутробная гибель плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, эклампсия, отслойка сетчатки, кровоизлияние в головной мозг, острая почечная недостаточность.

**Этиология**

Причинами развития гестоза являются

нарушение режима питания.

стрессовые факторы в жизни беременной.

перенесенные инфекционные заболевания при беременности.

обострение хронических заболеваний.

наличие экстрагенитальной патологии.

Классификация гестозов

**О П Г – гестоз**

**О – эдема - отёк**

**П – протеинурия**

**Г – гипертензия**

**Патогенез**

Мы хорошо эту проблему не знаем. В организме происходят тяжелые изменения кислородного обмена, приводящие к тяжелым метаболическим нарушениям и нарушениям всех видов обмена. Чистых гестозов не бывает. Они наслаиваются на какое либо заболевание

**сосудистая патология - гипертоническая болезнь и гипотония.**

**заболевания почек.**

**эндокринопатия.**

Когда наступает беременность, то в организме наступает адаптация. Увеличивается кровоток, учащается сердцебиение, увеличивается сердечный выброс, повышается функция желез внутренней секреции. В организме создаются оптимальные условия для вынашивания беременности. И если вдруг наступает срыв – дезодаптация

**- неправильное питание**

**-социальная незащищённость**

**- влияние профессиональных факторов**

- **- вредные привычки**

анамнестические данные :( гестоз, водянка, нефропатия, гипотрофия плода).

В процессе дезодаптации в организме накапливаются недоокисленные продукты серотонин, ацетилхолин, адреналин, которые приводят к спазму периферических сосудов, в результате чего уменьшается объём циркулирующей крови, нарушается кровоснабжение органов, особенно почек. В почках вырабатывается ренин, который приводит ещё к большему спазму сосудов. Замедляется кровоток, происходит сгущение крови, склеивание тромбоцитов, форменных элементов. Доставка кислорода эритроцитами резко сокращена и развивается циркуляторная гипоксия. В организме накапливаются недоокисленные продукты обмена, под воздействием их сосудистая стенка разрыхляется и становиться проницаемой. В результате через эти проницаемые сосуды из плазмы выходит белок, калий и другие микроэлементы – развивается гиповалемия. снижается объём циркулирующей крови. Развиваются отеки и гипопротеинемия.

Классификация гестозов.

**Старая**

**- водянка**

**-нефропатия**

**-преэклампсия**

**-эклампсия**

Классификация гестозов по Николаеву

**-лёгкая**

**-средней тяжести**

**-тяжелая**

**легкая степень** тяжести когда АД поднимается более 20%, а белок 1,0 г/л

**средняя степень** тяжести когда АД поднимается более 20-40%, а белок2,0 г/л

**тяжелая степень** когда АД поднимается на 40% и более, а белок 3.0 г/л.

В 1988 году всемирная организация здравоохранения разделила гестозы на судорожные и безсудорожные.

**Бессудорожные** в свою очередь делятся на легкие и тяжелые, а к **судорожным** относиться эклампсия.

Гестоз легкой степени проявляется избыточное накопление жидкости в организме и нарушением её выделения. Пастозность, отёки рук, лица, генерализованные отеки общее состояние остается удовлетворительным. Развивается энцефалопатия.

Гестоз средней тяжести.

Распространенные отеки, снижение диуреза, тенденция к повышению АД, в моче появляется белок. Нарушение сна иногда головная боль, нарастание белка в моче.

Тяжелое течение гестоза.

Отеки нарастают, белок в моче увеличивается, АД повышается. Уменьшается количество мочи, появляется головная боль, нарушение сна, зрения.

**Судорожная форма**.

Эклампсия на фоне длительного течения гестоза. Появляются приступы клонических и тонических судорог. Может быть остановка дыхания, вследствие отека головного мозга. Может быть один или серия судорожный припадков. Во время судорог смотреть что больная не упала, держать челюсть чтобы не запал язык.

**Судорожная готовность**

Перед припадками АД высокое, не купируется, учащается пульс (более 100 ударов в 1 мин.), тремор, ознобоподобное состояние гипертонус мышц конечностей, хоботковый рефлекс – вытянутые губы.

Типично выраженных гестозов нет. Характерно стертость симптомов ,моносимптомность, не выраженность симптомов. На гестоз указывает состояние плода. Где гипотрофия там гестоз

Правильная оценка гестоза.

1. правильная оценка весовой прибавки за неделю, 350-400 граммов в неделю.
2. понижение содержания белка в крови.
3. симптом кольца
4. увеличение голеностопного сустава на 1 см – это ранний симптом.
5. складки на теле от белья.
6. контроль АД обязательно на обеих руках, помогает выявить дистонию, синдром токсикоза.
7. оценить величину систолического и диастолического АД.

Измерить АД не только сидя, лёжа на спине, но и на правом и левом боку и сравнить.

Если меняется на 10-15% от положения, то это говорит за гестоз. К ранним симптомам гестоза относятся тромбоцитопения, снижение белка в крови, замедляется кровоток, вследствие этого склеиваются эритроциты и появляется пятнистая окраска. Изменяется высота дна матки, развивается гипотрофия плода, по УЗИ преждевременное старение плаценты. Необходимо также делать КТГ плода, осмотр глазного дна – спазм сосудов сетчатки. При необходимости назначают консультацию терапевта. Могут быть многосимптомные гестозы, стертые формы без клинических проявлений.

**Лечение**.

Необходимо начинать в женской консультации с профилактики гестозов. Проводить беседы о правильном питании, режиме труда и отдыха создать беременной психоэмоциональный покой, прием комплексных поливитаминов.

При гестозе госпитализируем в отделение патологии беременных. Если нет жалоб при удовлетворительном самочувствии при АД не выше 140 мм рт. ст. беременная идет в отделение самостоятельно. Если у беременной имеется хоть одна жалоба, то в отделение сопровождает акушерка и необходимо дать транквилизаторы. С выраженными отеками АД выше 140/100, головной болью, тошнотой отправляем в отделение на машине скорой помощи с тормозящей терапией(реланиум, седуксен, дипразин). Если после оказания помощи головная боль не прошла, то вызываем машину скорой помощи ИТ с фторотанницей. При судорожной готовности даём фторотан, затем делаем реланиум в/в и транспортируем в родильный дом.

. В стационаре

1. лечебно-охранительный режим (покой, тишина, все инъекции делаются под обезболиванием газовыми анестетиками).

2. медикаментозное лечение (воздействуем на кору головного мозга транквилизаторами, реланиумом, седуксеном, дипразином).

3. инфузионная терапия.

- восполняем ОЦК реополиглюкином, глюкозой, альбумином, новокаином до 1 литра.

- гипотензивные средства :папаверин, дибазол, но-шпа, но лучше эуфилин, аминофиллин, пентамин, нитроглицерин. Нанипрус в/в капельно.

- ликвидация резкого кислородного голодания (витамины, сода, кислород).

- средства направленные на дезагрегацию эритроцитов (курантил, трентал,пентилин).

- средства направленные на регуляцию электролитного баланса (хлористый калий, панангин, аспаркам, рибоксин).

- средства направленные на регуляцию диуреза (эуфиллин, верошпирон, лазикс).

- средства для реабилитации плода (витамин Е, оксигенация,сигетин).

В стационаре проводим обследование

-общий анализ крови с тромбоцитами

- коагулограмма

- общий белок и белковые фракции

-мочевина

- билирубин и печеночные пробы

- электролиты

-общий анализ мочи

- проба Зимницкого

- глазное дно

-ЭКГ

показания к родоразрешению зависят от длительности и тяжести течения гестоза. Если 1 стадия, то можно лечить до 2недель.

Если 2-3 стадии, то лечить можно от 12 часов до 3суток.

Если 3 стадия, то лечить можно 12 часов.

**Метод родоразрешения.**

В последнее время отдается предпочтение операции кесарева сечения, так как страдает внутриутробно плод. Если произошел 1 припадок эклампсии, то кесарево сечение. если 2 припадка эклампсии, то подключаем к аппарату ИВЛ и немедленно оперируем.

**Помощь при припадке эклампсии**.

Эклампсия – приступ тонических и клонических судорог, изменяется мимика, опускаются углы рта, пена, цианоз, остановка дыхания на 1- 2,5 минуты. Делать ничего не нужно до окончания приступа. После припадка эклампсии дать женщине кислород, газовые анестетики, промедол, реланиум, дроперидол, седуксен.

Необходимо предотвратить следующий припадок. Внимательно следим за зрачками, если расширены, то состояние тяжелое. Следим за сердцебиением плода. Операция под глубоким наркозом. После операции обезболивание. Контроль за мочой (в норме должно выделяться 50 мл.в час). Следим **за АД.**

**Современные принципы лечения гестоза**

- аспирин

- инфузионная терапия

- прфилактика ДВС синдрома ( гепарин 5000 ед. подкожно в переднюю брюшную стенку 1раз в сутки или 5000 ед. в/в капельно на физ.растворе.

**лечение легкой степени гестоза**

- диета богатая белком :мясо, рыба, творог.

- седативные травы: пустырник, валериана.

- антиоксиданты: витамин Е.

- спазмолитики: но-шпа, платифиллин, эуфиллин.

- для уменьшения хрупкости сосудистой стенки – аскорутин.

**Анализ гестозов за 2001 год по отделению патологии беременных г. Первоуральска**.

Всего пролечено 650 беременных, что составило 50,3%

Средней тяжести – 17 - 2,6%

Тяжелые 8 - 1,2%

Повторнородящие 121 - 18,6%

Всем беременным с тяжелыми гестозами было проведено плановое родоразрешение путем операции кесарева сечения и родовозбуждения по Борацу. Всего 35 - 5,3%.

**Фон для развития гестозов.**

1. железодефицитная анемия 53,8%
2. сосудистая гипотония 36%
3. гипертензионный синдром 25,4%
4. ХФПН 40%
5. СЗРП 9,7%