**Принципы лечения позднего токсикоза**

Основные осложнения гестоза: эклампсия как наиболее тяжелая форма кровоизлияние в мозг с последующим отеком и мозговой комой.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

ОПН

Печеночная недостаточность.

Развитие полиорганной недостаточности.

При гестозе ухудшаются показатели перинатальной смертности и заболеваемости. Гестоза является основной причиной материнской смертности.

**Классификация гестоза.**

I 1. Ранние токсикозы беременных.

2. Поздние токсикозы беременных.

II 1. Чистые поздние токсикозы которые развиваются у соматически здоровой женщины.

2. Сочетанные гестозы - осложнения развивающиеся на фоне предшествующей экстрагенитальной патологии.

III 1. Моносимптомные гестозы, когда имеется или водянка беременных, или гипертония беременных.

2. Полисимптомные гестозы: нефропатия 1,2,3, преэклампсия, эклампсия. Проявляются триадой Цантгемейстера: отеки, гипертония, протеинурия. В зависимости от величины этих симптомов различают степени тяжести гестоза.

**Старая классификация:**

водянка беременных

отеки 1 ст. ( на нижних конечностях)

отеки 1 ст. (на нижних конечностях и на брюшной стенке)

отеки 3 ст. (генерализованные отеки)

анасарка (бывает очень редко).

В зависимости от цифр Ад имеется градация. Сами по себе величины важны, но также важны исходные величины давления (например при вегетососудистой дистонии по гипотоническому типу - при гестозе давление будет 120/80).

НЕФРОПАТИЯ 1. Небольшие отеки, умеренная гипертония (не превышающая 15% от исходного уровня), белок до 1 г/л/сутки. Осмотр глазного дна - неравномерный калибр сосудов.

НЕФРОПАТИЯ 2. Выраженные отеки на нижних конечностях и брюшной стенке, АД на 40% выше исходного уровня (150/90 и более), белок в моче 1-3 г/л. При осмотре глазного дна: симптомы отека сетчатки.

НЕФРОПАТИЯ 3. Генерализованные отеки, АД выше 150/90 ( то есть более 40 от исходного уровня). Суточная потеря белка 3 г/л и более, в моче появляются гиалиновые цилиндры, имеется резкое снижение диуреза. Глазное дно: дистрофические нарушения и могут появляться кровоизлияния.

ПРЕЭКЛАМПСИЯ. Гипертензия, отеки, протеинурия + появление субъективных жалоб в виде: головная боль, ухудшение зрения (появление мушек перед глазами), боли в эпигастральной области. Головные боли и ухудшение зрения связаны с начинающимся отеком головного мозга, боли в эпигастральной области связаны с появлением мелкоточечных кровоизлияний в области слизистой желудка, кишечника, а также имеют центральное происхождение в связи с начинающимся отеком головного мозга из-за этого: появление жалоб беременной при больших сроках беременности на тошноту особенно в летне-осенний период когда врачи расценивают рвоту как отравление и назначают промывание желудка, что категорически запрещено.

При преэклампсии не обязательно иметь самые высокие показатели ОРН. Все дело в том, что выраженность этих симптомов различна: может быть высокий белок в моче, почти нормальное АД; или генерализованные отеки и нормальное АД. То есть какой-либо связи между симптомами ОРН нет. Это связано с тем преморбидным фоном на котором развивается токсикоз: если женщина страдала заболеваниями почек у нее будут преобладать отеки или повышение АД. Если женщина страда вегето-сосудистой дистонией или гипертонической болезнью у нее выраженность протеинурии и отеков будет меньше чем артериальная гипертензия.

ЭКЛАМПСИЯ. Характеризуется появлением судорожного припадка. Сначала появляется судорожная готовность: фибриллярные подергивания мышц лица, конечностей, которые переходят в тонические затем в клонические судороги. Может иметь место большой судорожные припадок. В четвертой стадии припадка - разрешение этого припадка: припадок может закончиться относительно благополучно то есть женщина вернется в сознание, или перейти в постэкламптическую кому с гипоксическим отеком мозга.

В этой классификации много плюсов, но есть современная классификация предложенная ВОЗ:

Водянка беременных и гипертония беременных.

Преэклампсия легкая.

Преэклампсия тяжелая.

Легкая преэклампсия это нефропатия 1, преэклампсия тяжелая (нефропатия 2,3 и преэклампсия).

То есть эта классификация настраивает врача на то, что нефропатия является тяжелыми проявлениями (морфологические проявления намного опережают клинические).

Для оценки тяжести гестоза предложены различные шкалы: в основе которых триада Цантгемейстера ,где каждый симптом оценивается по баллам. Некоторые включают в показатели: суточный диурез, субъективные жалобы, гипотрофию плода. Определяется индекс токсикоза.

Самой распространенной является шкала Пеллер: выраженность отеков, прибавка массы тела, протеинурия, АД, суточный диурез, субъективные жалобы. Подсчитывают баллы.

Шкала Репина: то же самое + состояние глазного дна.

При легкой преэклампсии - ангиопатия с расширенными венами и суженными артериями. Тяжелая преэклампсия - сужение артерий и вен, преэклампсическое состояние - отек сетчатки.

Прибавка массы не более 12 кг, но в зависимости от типа телосложения: при нормальной телосложении прибавка 9-10 кг, у гипостеников - 11-12 кг, у гиперстеников не более 8-9 кг.

Таким образом диагностика токсикоза идет на основании триады Цантгемейстера и лабораторных данных (снижение диуреза, наличие белка и цилиндром в моче, увеличение креатинина и мочевины, изменения печеночных проб; нарушение маточно-плацентарного кровообращения, данные УЗИ - гипотрофия, количество тромбоцитов - как прогностический критерий).

**Лечение.**

**Принципы.**

Лечебно-охранительный режим (разработан проф. Строгановым В.В. - предложил у женщин с гестозом применять хлоралгидрат и морфий, в родах у женщин с гипертензией проводилось внутривенное введение морфия и хлоралгидратной клизмы и в полусонном состоянии женщина рожала. В настоящее время этого не применяют). Женщина с тяжелым гестозом должна находится в помещении, где тихо, тепло и темно ( правило 3Т). Какова бы не была тяжесть гестоза лечебно-охранительный режим обязательно соблюдать дома и в стационаре эмоциональный покой, доброжелательное отношение близких людей, регуляция сна и отдыха, умеренная физическая нагрузка, седация (успокоительные чаи, таблетированные препараты - реланиум, нозепам). При легкой преэклампсии эти препараты могут быть назначены перорально, внутримышечно. При тяжелой преэклампсии введение внутримышечно и внутривенно. Нейровегетативная блокада показана при тяжелой преэклампсии и эклампсии: дроперидол, седуксен (реланиум), пипольфен (димедрол) = ДСП.

Снятие генерализованного спазма сосудов:

борьба с гиповолемией.

Применение гипотензивных и спазмолитических средств центрального и периферического типа действия.

Инфузионная терапия: белковые и коллоидные препараты не используют потому что в условиях высокой проницаемости сосудистой стенки введение этих препаратов приводило к тому что эти белки уходили в ткани забирая за собой воду из сосудистого русла еще более усугубляя гиповолемию. Эти препараты используются при доказанной гипопротеинемии и под прикрытием препаратов укрепляющих сосудистую стенку: витамин С, аскорутин, препараты кальция. Объем инфузионной терапии не должен превышать 600-800 мл , должен включать в основном солевые растворы, которые очень быстро восполняют ОЦЖ и также быстро покидают сосудистое русло, но в этот промежуток мы можем активно действовать гипотензивными препаратами.

Инфузионная терапия проводится под контролем почасового или суточного диуреза, и должна включать:

солевые растворы

гипотензивные средства

Гипотензивные средства обладают периферическим или центральным механизмом действия.

Препараты раувольфии (резерпин, раунатин) не нашли широкого применения. Применяются в основном у тех, кто страдает гипертонической болезнью, и тех кто нашел поддерживающую дозу до беременности. Дозы уменьшить перед родоразрешением.

Препараты широкого применения: метилдофа, допегит - препарат номер один при гипертензивной форме особенно у женщин с гипертонической болезнью - является центральным стимулятором альфа-2-адренорецепторов. Применяют по 125 мг 3 раза в день.

Дроперидол (также центрального действия) 20-40 мг 2-3 раза в сутки. Пользуются не как каждодневным препаратом, а при экстренной помощи.

Ганглиоблокаторы (арфонад, пентамин, бензогексоний, имехин). Должны применяться дробно с определением индивидуальной чувствительности 0.5-1 мл внутримышечно, чаще внутривенно. Ганглиблокаторы могут быть применены только в том случае если была проведена уже инфузионная терапия потому что они могут привести к неуправляемой гипотонии , и в условиях гиповолемии очень трудно вывести женщину из гиповолемического шока. Ганглиоблокаторы чаще используются в родах, но нам нужна управляемая нормотония.

У всех женщин с гестозом не надо добиваться нормальных цифр АД потому что маточно-плацентарное кровообращение будет страдать так как привык к более высоким цифрам АД.

Бета-адреномиметики (партусистен, бриканил, алупент) используются не так широко так как гипертензия является противопоказанием для их применения.

Спазмолитики периферического действия нашли широкое применение:

Sol. Dibasoli 0.5% 2 ml

Sol. Papaverini 2% 2 ml

Sol. Gangleroni 1.5% 2 ml

Sol. Methacini 0.1 % 1 ml

Дибазол и папаверин - дежурные препараты. Лучше их чередовать. Например:

в 12 часов дибазол 1% 4-6 мл

в 14 часов папаверин 2% 2-4 мл

в 16 часов дибазол

в 18 часов папаверин

в 20 часов дибазол

в 22 папаверин

Такая “вилка” позволяет держать сосудистый тонус под контролем.

Препаратом выбора является сульфат магнезии. Лучше этого препарата для лечения гестоза нет так как магнезия обладает очень большим спектром механизмов действия:

Седативное действие, в больших дозах - наркотическое действие. Угнетает дыхательный центр.

Противосудорожное действие так как угнетает передачу нервно-мышечного возбуждения то есть обладает курареподобным действием.

Гипотензивное действие так как тормозит реакцию сосудов на прессорные субстанции. Снимает спазм артериол, снижает периферическое сопротивление сосудов, увеличивается МОК, уменьшая тахикардию.

Увеличивает диурез.

Уменьшает внутричерепное давление.

Не оказывает отрицательного действия на плод.

Схема введения магнезии внутримышечно по Бровкину.

24 грамм сухого вещества нужно ввести в течение суток. 3 инъекции через 4 часа 24 мл 25% магнезии, последняя инъекция через 6 часов. Через 12 часов можно повторить эту схему.

При лечении магнезией необходимо следить:

частота дыхания с тем чтобы во время уловить наркотическое воздействие.

Состояние сухожильных рефлексов: если только они подавлены значит близок порог наркотического воздействия.

Величина почасового диуреза. За 4 часа введения диурез должна быть не меньше чем 100 мл.

Магнезия применяется потому что было доказано что у женщин с гестозом (особенно у тех у кого приближается припадок эклампсии) концентрация ионов магния меньше.

Американская схема (Причарда, 1975). Внутривенно со скоростью 1 г/мин вводится 20 мл 20% раствора магния сульфата ( то есть одномоментно вводится 4 г сухого вещества), потом сразу же внутримышечно в обе ягодицы 50% раствор 10 мл ( 10 г сухого вещества). Через 4 часа внутримышечно вводят поддерживающие дозы по 10 мл 50% раствора. Под контролем уровня магния в крови, состояния сухожильных рефлексом, дыхательной функции, почасового диуреза.

Разработано много модификаций внутривенного введения по типу схемы Бровкина: 20-24 мл 25% через 4 часа + обязательно спазмолитики.

В комплексное лечение гестоза должно обязательно входить увеличение диуреза:

эуфиллин в зависимости от тяжести

Лазикс для борьбы с отеками беременных не применяется так как он усугубит гиповолемию (не действует на внуритканевой отек). Применяют только в случае появления симптомов отека головного мозга и эклампсии на фоне инфузионной терапии.

Терапия , направленная на улучшение маточно-плацентарного кровообращения: спазмолитики, препараты улучшающие реологические свойства крови - трентал, курантил, сигетин, витамины - витамин С, группы В.

При миокардиодистрофии и выраженной тахикардии - обзидан, анаприлин, кокарбоксилаза, нитросорбид.

Индуктотермия околопочечной области, витамин В12 в больших дозах.

В общем принципы лечения можно сформулировать так:

лечебно-охранительный режим

борьба с генерализованным спазмом, гиповолемией, высокой проницаемостью сосудистой стенки.

Нормализация белкового и водно-солевого обмена.

Коррекция нарушений которые всегда есть при гестозе.

Лечение гестоза всегда проводится под контролем:

цифр АД.

Суточного диуреза, почасового диуреза в тяжелых случаях.

Биохимических показателей, особенно тромбоцитов.

Главное определиться со временем и скоростью родоразрешения. У 15% беременных с гестозом терапия неэффективна. То есть необходимость досрочного родоразрешения:

при длительном вялотекущем токсикозе, не поддающемуся терапии тяжелой преэклампсии

нарушение жизнедеятельности плода (внутриутробная гипоксия)

Если мы имеем зрелые родовые пути и если есть преэклампсия то надо делать родовозбуждение с досрочной амниотомией: проводится амниотомия, женщина переводится в родильное отделение и намечается план ведения.

Если родовые пути незрелы, течение гестоза вялое или наоборот яркое - родоразрешение путем кесарева сечения. Кесарево сечение показано при:

эклампсии

отеке сетчатки диагностируемой окулистом ОПН и печеночная недостаточность после припадка развившаяся постэкламптическая кома

Особенности ведения родов через естественные родовые пути:

наличие болезненных схваток всегда приводит к обострению гестоза в родах, поэтому надо применять.

Первый период.

Обезболивание (промедол, фентанил) , перидуральная анестезия - гипотензивное действие, расслабляет шейку матки, улучшает маточно-плацентарное кровообращение.

Гипотензивная терапия внутривенно струйно - дибазол, папаверин, внутримышечно пентамин дробно, клофелин (седация, гипотензивное , обезболивающее действие), нитроглицерин подъязычно.

Второй период.

Наибольшая вероятность припадков и других осложнений. Внутривенно вводят ганглиоблокаторы капельно - управляемая нормотония (имехин, пентамин). В зависимости от состояния плода и матери второй период должен быть укорочен перинеотомией или наложением выходных или полостных акушерских щипцов.

Третий период.

С тщательной профилактикой кровотечения. Так как уже есть хроническая стадия ДВС. Внутривенно капельной окситоцин, метилэргометрин , в момент прорезывания головки.

**Неотложная помощь при эклампсии.**

В момент припадка: роторасширитель, освободить дыхательные пути.

Когда появляется дыхание: закисный наркоз, или фторотановый. Эфир применять нельзя так как он дает фазу возбуждения что может провоцировать припадок.

Терапия направлена на профилактику следующего припадка. ДСП, инфузионная терапия, гипотензивные средства, мочегонные, седативные препараты.

Если развился припадок то необходимо ИВЛ (эндотрахеальный наркоз) и делают кесарево сечение. После кесарева сечения производят коррекцию гемодинамических показателей.

В послеродовом период как правило АД снижается, улучшается функция паренхиматозных органов. Но иногда гестоз оставляет след в виде гипертонической болезни, заболеваний почек ( то есть беременность выявила скрытую патологию). Гестоз как правило у первородящих, у повторнородящих гестоз только при сочетанной патологии.