## Токсикозы беременных

К токсикозам относится ряд заболеваний, которые возникают во время беременности и проходят с ее окончанием или в послеродовом периоде.

Факторами, предрасполагающими к возникновению токсикозов, являются гипертоническая болезнь, нефрит, эндокринные заболевания, патологические состояния желудочно-кишечного тракта - гастрит, язвенная болезнь, колит и др., а также переутомление, нервно-психические травмы, недосыпание, нерациональное питание, вредные привычки (курение, употребление алкоголя), нарушения гигиенического режима и ряд других факторов, ослабляющих реактивность женского организма.

Токсикозы возникают вследствие нарушения адаптации организма к новым условиям, связанным с беременностью.

Токсикозы условно делят на три группы:

1) ранние,

2) поздние,

3) редко встречающиеся формы.

Ранний токсикоз развивается, как правило, в I триместре беременности (от первых ее дней до 12-13 недель), поздний - в III триместре (от 26-27 до 39-40 недель беременности).

Редко встречающиеся формы токсикоза (дерматозы, бронхиальная астма, тетания, желтуха беременных, остеомаляция) могут возникнуть в различные сроки беременности.

Ранний токсикоз беременных. Наиболее частой клинической формой раннего токсикоза является рвота беременных. По тяжести проявлений она разделяется на легкую (рвота до 10 раз в сутки), умеренную (от 10 до 20 раз в сутки) и чрезмерную (свыше 20 раз в сутки).

Рвота беременных нередко возникает на фоне патологического птиализма (слюнотечения). Общее количество слюны, выделяемой за сутки при птиализме, в ряде случаев достигает 500 мл и даже 1000 мл. Постоянное выделение слюны приводит к раздражению кожи вокруг рта, ее мацерации, образованию трещин в углах рта. Рвота часто сопровождается тошнотой, снижением аппетита, извращением вкуса, появлением прихотей.

При легкой рвоте общее состояние беременной остается удовлетворительным, при средней тяжести заболевания отмечается общая слабость, снижение массы тела, артериального давления, учащение пульса.

Чрезмерная рвота - наиболее тяжелая форма раннего токсикоза приводит к выраженному ухудшению общего состояния беременной. Рвота повторяется свыше 20 раз в сутки, возникает в дневное и ночное время, после приема пищи и натощак.

В результате обезвоживания и голодания у больной нарушается обмен веществ и возникают симптомы, по степени выраженности которых можно судить о тяжести заболевания. Так, чрезмерная рвота приводит к прогрессирующей потере массы тела, которая может достигать 7-15 кг и более и составить 10-15% от исходной массы тела. У больной развивается сухость кожных покровов, их желтушное окрашивание, снижается тургор тканей, учащается пульс, снижается артериальное давление, появляется запах ацетона изо рта. Количество мочи, выделяемой за сутки, уменьшается до 200-300 мл, в моче появляются белок, цилиндры, ацетон. Выраженность ацетонурии свидетельствует о степени нарушения обмена веществ и кислотно-основного состояния крови и может служить критерием тяжести заболевания, в связи с чем исследование мочи на ацетон у больных с чрезмерной рвотой следует проводить ежедневно или через день.

При отсутствии лечения или его неэффективности могут наступить коматозное состояние и смерть больной. В условиях стационара отсутствие эффекта от лечения является показанием для прерывания беременности.

Уже через несколько часов после инструментального удаления плодного яйца состояние больной улучшается, у нее появляется аппетит, начинает удерживаться пища и вскоре наступает полное выздоровление.

Лечебные мероприятия при раннем токсикозе направлены на регулирование взаимоотношений между корой головного мозга и его подкорковыми отделами (введение брома и кофеина), понижение возбудимости подкорковых отделов головного мозга, где расположен рвотный центр, путем назначения седативных и противорвотных средств (дроперидол), повышение адаптационных возможностей организма (спленин), а также устранение нарушений водно-солевого и кислотно-основного состояния крови. При назначении лекарственных средств больным ранним токсикозом следует проявлять большую осторожность и учитывать возможность их эмбриотоксического действия. Известно, что многие лекарственные средства свободно проникают через плаценту и могут губительно действовать на эмбрион. Наиболее опасно проникновение лекарственных средств к плоду в I триместре беременности, в период основного органогенеза, закладки многих органов и систем плода. Примером подобного губительного влияния на плод средств, применяемых с целью лечения раннего токсикоза, является применение талидомида. Применение снотворного средства талидомида с целью лечения рвоты беременных в западноевропейских странах привело к так называемой талидомидной катастрофе: массовому рождению детей с уродствами развития и даже внутриутробной гибели эмбриона.

Уход за больной ранним токсикозом предполагает строгое соблюдение лечебно-охранительного режима, создание больной эмоционального покоя. Чрезвычайно важным является отсутствие в палате больных с подобным заболеванием. Палата, где находится больная ранним токсикозом, должна хорошо проветриваться, не иметь посторонних запахов.

Больная ранним токсикозом нуждается в частой смене белья, поддержании гигиенического состояния кожи, полости рта, профилактике мацерации кожи.

Если больная способна удерживать пищу, следует при выборе продуктов учитывать ее желания и даже прихоти. Пищу необходимо подавать больной в постель, небольшими порциями, часто, до 6-8 раз в сутки. Нередко больная с чрезмерной рвотой не способна удерживать не только пищу, но даже жидкость. Таким больным, кроме интенсивной инфузионной терапии, назначают питательные клизмы из бульона, молока, сырых яиц и др. Перед введением питательной клизмы ампулу прямой кишки освобождают с помощью очистительной клизмы и только затем приступают к введению питательной смеси. Вводить питательную смесь следует медленно подогретой до 39-40° С, что улучшает всасывание смеси слизистой оболочкой прямой кишки.

В ряде случаев больным чрезмерной рвотой назначают ректальное введение лекарственных средств (изотонический, 5% гипертонический растворы хлорида натрия, 10% раствор глюконата кальция, 0,5% раствор новокаина и др.). Перед введением в прямую кишку лекарственного средства медицинской сестре необходимо внимательно прочитать этикетку и, лишь убедившись в правильности выбранного средства и нужной его концентрации, вводить его в прямую кишку. Как и перед введением питательной смеси, больной предварительно ставят очистительную клизму.

У больных ранним токсикозом чрезвычайно важно контролировать диурез. Его учет позволяет судить о состоянии водно-солевого обмена, течении заболевания и во многом определяет лечебную тактику врача. Измерение диуреза у больных ранним токсикозом имеет свои особенности. Так, чтобы определить объем выделенной жидкости, медицинская сестра должна измерить количество ее только выделенной мочи, но и рвотных масс. Медицинская сестра должна отметить также характер рвоты: пищей или без нее, с примесью желчи, крови и т.д.

В комплексном лечении больных ранним токсикозом нередко используются нейролептические средства (дроперидол, аминазин). Медицинской, сестре следует помнить о том, что они, кроме седоговного, обладают гипотензивным действием и при их использовании у больной может развиться ортостатический коллапс (обморок, возникающий при переходе из горизонтального положения в вертикальное). В связи с этим перед введением дроперидола или аминазина и через 30-60 мин после этого необходимо измерить больной артериальное давление. Следует также предупредить ее о необходимости соблюдать строгий постельный режим в течение 2 ч после введения лекарственных средств.

Сроки выздоровления больной с ранним токсикозом во многом зависят от тщательного выполнения назначений врача и полноценного ухода.

Поздний токсикоз беременных. Различают 4 клинические формы позднего токсикоза беременных:

1) водянку,

2) нефропатию,

3) преэклампсию и 4) эклампсию. Указанные клинические формы позднего токсикоза являются в то же время стадиями развития единого патологического процесса, т.е. в большинстве случаев заболевание начинается с отеков, затем развивается нефропатия, преэклампсия, эклампсия. В ряде случаев переход одной стадии в другую происходит очень быстро, в большинстве случаев отмечается постепенный переход стадий и усугубление заболевания.

Водянка характеризуется появлением отеков, патологическим увеличением массы тела (более чем на 50 г в сутки). Отеки вначале могут быть скрытыми, затем развиваются отеки стоп и голеней (I стадия водянки), распространяются на переднюю брюшную стенку (II стадия), захватывают руки и грудную клетку (III стадия) и, наконец, становятся универсальными (IV стадия).

Отеки распознаются при осмотре, а также путем систематического взвешивания беременной и измерения ее диуреза. О развитии водянки свидетельствует, кроме патологической прибавки массы тела, развитие отрицательного (количество выпитой жидкости превышает количество выделенной) диуреза.

Общее состояние беременных при водянке почти не нарушается, беременные с выраженными отеками жалуются на чувство тяжести, повышенную утомляемость, жажду.

Нефропатия беременных характеризуется триадой симптомов: отеками, повышением артериального давления (гипертония) и появлением белка в моче (протеинурия). В ряде случаев о развитии нефропатии свидетельствует возникновение не трех, а двух из указанных симптомов в любых сочетаниях.

Для суждения о выраженности гипертонии необходимо знать исходное артериальное давление, т.е. артериальное давление до наступления беременности или в первые ее недели. Особенно необходим учет исходного артериального давления у женщин, страдавших до наступления беременности гипотонией (снижением артериального давления). У больных гипотонией при артериальном давлении 130/80, 140/90 мм рт. ст. может развиться наиболее тяжелая форма позднего токсикоза - эклампсия.

Больные нефропатией жалуются на плохой сон, угнетенное состояние, сниженную работоспособность, жажду.

При длительном течении заболевания, тяжелых формах нефропатии страдает развитие внутриутробного плода: ухудшается снабжение плода кислородом и питательными веществами, возникает гипоксия (кислородная недостаточность) и гипотрофия (дефицит массы) плода, а в ряде случаев наступает его внутриутробная гибель.

Особенно часто неблагоприятные исходы для плода возникают при длительном течении сочетанных форм токсикоза - токсикозах, развивающихся у беременных на фоне гипертонической болезни, хронического нефрита, порока сердца и др. Сочетанные токсикозы обычно возникают рано (в 26-28 нед. беременности), протекают длительно и волнообразно (периоды улучшения заболевания сменяются периодами усугубления его проявлений). Если больная нефропатией своевременно не госпитализируется в отделение патологии беременных родильного дома, то нефропатия переходит в следующую, более тяжелую стадию позднего токсикоза - преэклампсию.

Преэклампсия развивается обычно на фоне тяжелых форм нефропатии, очень часто она осложняет течение сочетанных форм токсикоза. Кроме триады симптомов, характерных для нефропатии (отеки, гипертония, протеинурия), у беременной возникают головная боль, боль в подложечной области, расстройство зрения (пелена перед глазами, мелькание мушек, ощущение сетки, тумана). Бели больной преэклампсией не оказать экстренную помощь, у нее развивается припадок эклампсии.

Эклампсия является высшей, наиболее тяжелой формой позднего токсикоза и характеризуется возникновением судорог с потерей сознания.

Эклампсия обычно развиваете" у больных нефропатией или преэклампсией при их упорном течении, отсутствии эффекта от лечения, а также в связи с несоблюдением рационального режима питания и гигиены беременной. Она является опасным для здоровья и жизни больной заболеванием, в ряде случаев заканчивается смертью больной, еще чаще возникает гибель внутриутробного плода.

Судорожный припадок при эклампсии продолжается 1-2 мин, судороги начинаются подергиванием мышц лица, век, затем сокращаются мышцы всего тела (тонические судороги). Тело больной вытягивается, позвоночник изгибается, голова запрокидывается, дыхание прекращается, больная синеет и теряет сознание. Через 10-20 с тонические судороги сменяются клоническими - больная начинает биться в судорогах, как бы подпрыгивает в постели, двигает руками и ногами. Появляется хриплое дыхание, выделяется пена изо рта. В связи с нередким прикусыванием языка пена может быть окрашена кровью. Через 30 с судороги ослабевают, больная делает глубокий вдох, дыхание становится ровным, синюшность лица исчезает. После возвращения сознания больная о случившемся припадке не помнит.

Родовая боль, громкий разговор, исследование, инъекция могут спровоцировать развитие следующего припадка. В ряде случаев во время припадка возникают осложнения, опасные для жизни. Такими осложнениями являются кровоизлияние в мозг, отек легких, отслойка сетчатки глаза, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, кровоизлияние в печень, почки. У некоторых больных через несколько дней после припадка развиваются другие, не менее опасные для жизни осложнения: почечная, печеночная недостаточность, послеродовая инфекция.

Почти у половины больных эклампсией наступает гибель плода, при этом она может возникнуть до родов (антенатально), в процессе родового акта (интранатально) или в первые дни жизни новорожденного. Чаще всего эклампсия развивается во время родов (50-60%), реже - во время беременности (20-30%) и в послеродовом периоде (15-20%).

Лечение позднего токсикоза при всех его клинических формах (водянка, яефропатия, преэклампсия, эклампсия) необходимо проводить в стационаре. В амбулаторных условиях (в женской консультации и на дому) допустимо лечение лишь при самых незначительных проявлениях водянки беременной.

Если амбулаторное лечение не дает эффекта, беременную следует немедленно госпитализировать в отделение патологии беременных родильного дома, где есть все условия для ее успешного лечения. В редких случаях при безуспешности лечения решается вопрос о досрочном прерывании беременности.

В стационаре больной поздним токсикозом создается лечебно-охранительный режим, назначается гипохлоридная диета, предусматривающая ограничение употребления соли до 5 г в сутки, сокращается прием жидкости до 800 мл в сутки, проводятся разгрузочные дни. Последние могут быть "творожными", когда беременная получает 1 кг творога и 100-150 г сахара в сутки, "яблочными", при которых суточный рацион беременной состоит из 1,5 кг яблок, "кефирными", ограничивающими суточный калораж до 2 бутылок (1000 мл) кефира.

Лекарственная терапия больных поздним токсикозом включает седативные (настойка пустырника, валерианы), мочегонные (гипотиазид, фуросемид, лазикс), гипотензивные (дибазол, папаверин, эуфиллин, 25% раствор сульфата магния, ганглиоблокаторы и др.) средства и средства, устраняющие - метаболические нарушения.

При лечении тяжелых форм позднего токсикоза в настоящее время широко используется инфузионная терапия: введение белковых препаратов (плазмы, альбумина), кровезаменителей (гемодез, реополиглюкин), раствора бикарбоната натрия, глюкозы, новокаина и других средств.

Большая заслуга в разработке принципов лечения и предупреждения позднего токсикоза, особенно наиболее тяжелой его стадии - эклампсии, принадлежит видному отечественному ученому В.В. Строганову.

Уход за больными поздним токсикозом имеет ряд особенностей. Медицинская сестра отделения патологии беременных следит за тем, чтобы больная строго придерживалась режима дня и соблюдала предписанную диету.

Важным показателем эффективности лечения больных с поздним токсикозом являются выраженность диуреза и динамика массы тела.

Медицинская сестра отделения патологии следит за правильностью учета количества выпитой и выделенной жидкости (измерением диуреза) и ежедневно утром записывает сведения об этом в истории родов. У больных с тяжелыми формами позднего токсикоза нередко возникает необходимость определения почасового диуреза. С этой целью в мочевой пузырь вводят эластичный катетер на несколько (6-8) часов и ежечасно измеряют количество выделенной мочи. Медицинская сестра проводит эту процедуру при соблюдении правил асептики и антисептики и сведения об этом заносит в историю родов. Кроме того, медицинская сестра проводит систематический контроль за динамикой массы тела беременной. С этой целью не реже одного раза в неделю утром натощак после дефекации беременная взвешивается, и сведения об этом также заносятся в историю родов. Если беременная проводит разгрузочный день, то ее вес контролируется до и после его проведения. В разгрузочные дни отменяются гипотензивные и диуретические средства.

В обязанности медицинской сестры входит также ежедневный контроль уровня артериального давления больной с поздним токсикозом. Артериальное давление измеряют не менее двух раз в сутки - утром, после пробуждения больной, и вечером. Характерной особенностью нарушения тонуса сосудов при позднем токсикозе является асимметрия артериального давления, в связи с чем артериальное давление у больных поздним токсикозом измеряется на обеих руках. У больных с тяжелыми формами позднего токсикоза артериальное давление измеряется каждые 2-3 ч.

В комплексном лечении больных нефропатией, преэклампсией и эклампсией используется 25% раствор сульфата магния по 10-20 мл. При внутримышечном введении он обладает одновременно седативным, гипотензивным и диуретическим свойствами, что выгодно отличает сульфат магния от других лекарственных средств, используемых в лечении позднего токсикоза. При выраженных формах позднего токсикоза инъекции повторяют каждые 4 ч, затем число инъекций сокращают до 1-2 раз в сутки. При проведении терапии сульфатом магния необходимо тщательно соблюдать правила асептики и антисептики в связи с возможностью образования инфильтратов и даже абсцессов в месте введения препарата. Перед введением раствора в верхненаружный квадрант ягодицы в связи с выраженной болезненностью инъекции проводят местную инфильтрационную анестезию 0,5% раствором новокаина. После инъекции местно применяется грелка.

В настоящее время в лечении больных с тяжелыми формами позднего токсикоза применяется управляемая относительная гипотония ганглиоблокаторами (арфонад, гигроний, гексоний, пентамин и др.) Чаще всего к ней прибегают при лечении позднего токсикоза у рожениц с выраженным гипертензивным синдромом, а также преэклампсии и эклампсии у беременных и родильниц. Медицинская сестра, выполняя назначение врача, готовит раствор арфонада (250 мг арфонада в 500 мл 5% раствора глюкозы), пунктирует локтевую вену (или использует катетеризованную вену) и приступает к капельному введению раствора начиная с 8-10 капель в минуту. Введение арфонада необходимо осуществлять при постоянном контроле уровня артериального давления. С этой целью на вторую руку накладывают манжетку тонометра и каждые 5-10 мин измеряют артериальное давление. Постепенно увеличивая количество вводимого арфонада, снижают артериальное давление до 150/100-140/90 мм рт. ст. в поддерживают на этом уровне в течение определенного времени.

Терапия больных эклампсией или преэклампсией проводится обычно в палате интенсивной терапии родильного дома, а при возникновении осложнений (кровоизлияние в мозг, отслойка сетчатки глаза, развитие почечной недостаточности и др.) больных переводят в реанимационные отделения крупных многопрофильных больниц. Подобным больным выделяют индивидуальный пост медицинской сестры, которая выполняет и тщательно фиксирует сведения о выполнении всех назначений врача.

В комплексное лечение больных с тяжелыми формами позднего токсикоза входит постоянная ингаляция кислорода с помощью интубации трахеи или через трахеотомическое отверстие. Медицинская сестра периодически осуществляет туалет трахеотомической трубки, освобождая её от слизи, мокроты.

Если припадки эклампсий еще не купированы, медицинская сестра должна своевременно заметить предвестники развития припадка (судорожное подергивание мышц лица, ухудшение зрения и др.).

При возникновении припадка эклампсии медицинская сестра оказывает доврачебную медицинскую помощь: вводит между зубами больной роторасширитель, фиксирует язык языкодержателем с целью профилактики его прикусывания во время припадка.

Лечение больных с тяжелыми формами позднего токсикоза проводится врачом акушером-гинекологом совместно с анестезиологом. Медицинская сестра тщательным выполнением их назначений и заботливым уходом способствует выздоровлению больной.

Профилактика позднего токсикоза основана на строгом выполнении комплекса гигиенических мероприятий, рекомендуемых беременным: соблюдении режима труда и отдыха, рациональном питании, умеренной двигательной активности, достаточном пребывании на свежем воздухе и др.

Даже при физиологическом течении беременности во второй ее половине беременной необходимо ограничить употребление соли, жидкости, отдавать предпочтение молочно-растительной пище.

Большая роль в профилактике позднего токсикоза принадлежит диспансерному наблюдению беременной в женской консультации. Раннее (до 12 недель) обращение в женскую консультацию, регулярное ее посещение (каждые 1-2 недели в последнем триместре беременности), тщательный контроль уровня артериального давления, массы тела беременной, проведение лабораторных методов исследования мочи является действенной мерой профилактики позднего токсикоза.

На особом учете в женской консультации должны быть беременные группы высокого риска по развитию позднего токсикоза: первородящие до 19-20 и старше 30 лет, больные гипертонической болезнью, хроническим нефритом, пороком сердца, эндокринными заболеваниями и др.

В настоящее время тщательное наблюдение и обследование беременных в женской консультации позволяет выявить не только самые ранние стадии токсикоза (скрытые отеки), но и диагностировать предболезнь - претоксикоз. С этой целью изучают изменения сосудистого тонуса в ответ на легкие функциональные нагрузки (приседания, перемену положения тела на кушетке и др.). обращают внимание на появление асимметрии артериального давления и др. Выявление претоксикоза и самых ранних стадий позднего токсикоза, своевременное проведение лечебных и профилактических мероприятий являются надежной профилактикой развития тяжелых форм позднего токсикоза, сохранения здоровья матери и плода.

## Кровотечения в первой половине беременности

*Аборт*. Абортом, или выкидышем, называется прерывание беременности в течение первых 7 акушерских месяцев (28 недель) беременности. Плод, родившийся до 28 недель беременности, имеет длину менее 35 см и массу тела менее 1000 г и в подавляющем большинстве случаев нежизнеспособен.

Различают аборт искусственный и самопроизвольный. Самопроизвольный аборт происходит без вмешательств и вопреки желанию женщины. Если самопроизвольный аборт повторяется два и более раз, говорят о привычном выкидыше.