**Претоксикоз** (предболезнь) — начальная стадия готовности организма к развитию токсикоза. Эта стадия обратима, так как все нарушения еще не связаны со структурными и морфологическими изменениями. Претоксикоз — это такое состояние, когда у беременных еще нет клинических симптомов позднего токсикоза, но лабораторными методами выявляются изменения на уровне тканей или органов, свойственные этой патологии.

К претоксикозам следует относить следующие состояния беременных, у которых выявлено:

1. Повышение систолического до 130 мм.рт.ст. и особенно диастолического до 90 мм.рт.ст. артериального давления с 20 - 26 недели , а иногда и раньше, по сравнению с исходными данными в первой половине беременности, но не выходящие за пределы нормальных показателей.
2. Возрастание артериального давления на 30% на фоне ранее имевшейся гипотонии.
3. Уменьшение пульсового давления ниже 30 мм.рт.ст.
4. Появление патологической прибавки массы тела (более 400 гр) после 20 недель беременности при отсутствии видимых отеков, либо неритмичность прибавки массы в 18-20 недель.
5. Отрицательный диурез, либо другие слабые симптомы нефропатии.
6. Нарушение микроциркуляции в системе венула-капилляр

Фон претоксикоза определяется до наступления беременности или в самом ее начале (в первом триместре). К фону претоксикоза до беременности можно отнести:

1. экстрагенитальные заболевания до беременности сосудистой системы, почек, эндокринные и иммунологические нарушения
2. общий и генитальный инфантилизм
3. осложнения предшествовавших беременностей, родов и послеродового периода
4. хронические воспалительные процессы в эндометрии
5. хронические интоксикации никотином и алкоголем
6. наличие позднего токсикоза у матери и сестер

Фоном претоксикоза при наступившей беременности можно считать:

1. ранний (до 18 лет) или поздний (после 27 лет) возраст наступления первой беременности
2. неблагоприятное время зачати 15.04 - 15.08 и 15.11 - 10.08.
3. наступление беременности при пребывании на севере менее 5 лет
4. ранние осложнения беременности: токсикозы, угроза прерывания, артериальная гипотония, вегето-сосудистая дистония.
5. латентный дефицит железа (содержание гемоглобина менее 118 г.л. в первом триместре )
6. выявление во время беременности экстрагенитальной патологии
7. гемоконцентрация (увеличение содержания гемоглобина более 5 г.л. в 28 - 32 недели, лейкопения, тромбоцитьпения

 **Современные методы для выявления претоксикозных состояний:**

1. Группа риска по развитию гестоза: тщательное диспансерное наблюдение, чем для женщин не имеющих соматической патологии.
2. Выявление:
	* патологическая прибавка веса после 20 недели беременности при отсутствии видимых отеков.
	* Повышение диастолического давления более 90 мм.рт.ст
	* Снижение пульсового давления до 30 и меньше.
	* Тест O. Gant ( 1974 ) — троекратное измерение АД на руке через каждые 5 мин (в теч 15 мин) в положении беременной на боку, спине, снова на боку. При разнице диастолического АД более 20 мм.рт.ст. проба считается положительной.
	* Определение синдрома лабильности — появление разницы АД более 10 мм.рт.ст при измерении его на обеих руках в положении беременной лежа и сидя. О лабильности также свидетельствует разница темпорального давления на правой и левой височных артериях более 5 мм.рт.ст.
	* Холодовая проба — положение беременной лежа. После того как давление в плечевой артерии, измеряемое по методу Короткова, стабилизируется, кисть и предплечье той же руки подвергают охлаждению в воде 1 - 4 0С в течение 2 мин. Затем измеряют давление до стабилизации. При увеличении систолического или диастолического давления более чем на 25 мм.рт.ст (под влиянием охлаждения) в 69% в дальнейшем развивается поздний токсикоз.
	* Исследование **гидрофильности тканей** в условиях женской консультации (проба Мак-Клюра — Олдрича). Внутрикожно вводят 0,2 мл физиологического раствора. При нормальной гидрофильности тканей образующаяся папула рассасывается не быстрее чем за 1 час.
	* Измерение окружности нижних конечностей в области голеностопных суставов. Увеличение ее за неделю более чем на 1 см указывает на появление скрытой отечности.
	* Положительная проба кольца (появление скрытых отеков)— если кольцо, носимое на пальце становится тесным, трудно снимается, на его месте остается глубокий след .
	* Снижение суточного диуреза до 900 мл/сутки и менее. При этом определяется уменьшение удельного веса мочи.
	* Небольшая протеинурия.
	* Исследованиеотносительной плотности крови. Готовят шкалу разных концентраций сульфата меди в воде. Относительную плотность определяют по тому раствору, в котором капля крови не тонет. В норме у беременных она колеблется 1,054 — 1.059. Повышение ОП до 1,060 и более указывает на то,что часть воды покинула кровеносное русло и имеются скрытые отеки.
	* **Кондуктометрия** (Иванов И.П 1980) - исследование удельного электрического сопротивления крови (УЭСК). Одними из ранних признаков претоксикоза являются уменьшение ОЦК и увеличение плазматического натрия, обуславливающие величину электрического сопротивления крови. Увеличение натрия в плазме влечет снижение УЭСК. Изменение УЭСК может быть зарегистрировано за 10 -14 дней до клинического проявления отеков. Измерение УЭСК проводится во второй половине беременности 1 раз в 2 недели женщинам, составляющим группу риска по развитию позднего токсикоза. При физиологическом течении беременности УЭСК = 1606,8 ; при претоксикозе — 1468,5 ; при отеках — 1355,2 Ом\*см.
	* **Уровень сывороточного железа** выше 100 мкг\ мл или его подъем более чем на 70% по сравнению с исходными данными является специфичным показателем токсикоза беременных и имеет важное прогностическое значение.
	* **Капилляроскопия шейки матки** (Василевская Л.Н.1985 ) — установлены различия картины шейки матки у беременных с претоксикозом, отеками и нефропатией I степени, которые выражались в уменьшении количества капилляров, диаметра артериального и венулярного отделов капиллярных петель, появлении зернистости и прерывистости кровотока в капиллярах.
	* **Диспротеинемия** — увеличение количества а1 -, а2 -, в , гамма -глобулинов по сравнению с контрольной группой (здоровые беременные женщины). Содержание фибриногена было повышено в 1,4 раза.

Все методы исследования **сердечно-сосудистой системы** основаны на выявлении гиперреактивности кровеносных сосудов в ответ на раздражители. Трудности диагностики претоксикоза заключаются в том, что до сих пор не выявлен инициатор (триггар) патологического процесса. Поэтому оценить претоксикоз возможно только при динамическом наблюдении (лучше в стационарных условиях).

 **Роль женских консультаций в выявлении претоксикозов беременных.**

Важнейшей задачей женских консультаций является своевременное выявление самых ранних признаков токсикоза (претоксикоза). В связи с этим все беременные должны находиться под наблюдением женских консультаций и посещать врача или акушерку не реже 1 раза, а вторую половину — не реже 2 раз в месяц. Начиная с 32 недель беременности — еженедельное посещение. При каждом посещении беременной женской консультации, кроме общего акушерского обследования, следует измерять артериальное давление на обеих руках, производить анализ мочи, контролировать вес.

Среди беременных, вставших на учет в женской консультации, заранее выявляются группы риска по возможности развития в дальнейшем токсикозов.

*К главным факторам риска относят наличие экстрагенитальной патологии:*

* гипертоническая болезнь
* гломерулонефрит, пиелонефрит
* ревматизм в активной фазе с пороками сердца
* сахарный диабет
* тиреотоксикоз, гиперкортицизм, ожирение
* сосудистая дистония по гипертоническому типу.

*Ко второстепенным факторам относят:*

* перенесенные заболевания, снижающие реактивность организма
* отягощенный акушерский анамнез
* многоводие, многоплодие, узкий таз
* нервно-психические
* аллергические и алиментарные
* индивидуальные особенности (гиперстеническая конституция, инфантилизм, генетические и иммунологические факторы)
* миома матки
* состояние после овариоэктомии

*К факторам средней степени риска относят:*

* возраст старше 30 лет
* угроза преждевременных родов
* перинатальная смертность в анамнезе
* кровотечение в предыдущих родах

Предупреждение позднего токсикоза беременных на современном этапе состоит из **первичной профилактики** — мероприятий, проводимых в группе беременных, предрасположенных к развитию этого осложнения и **вторичной профилактики** — при претоксикозе беременных.

 **Первичная профилактика позднего токсикоза беременных.**

1. Женщин с повышенным риском развития позднего токсикоза взять под интенсивное, дифференцированное наблюдение. Обращаемость женщин этой группы должна быть в первую половину беременности не реже 1 раза в 2 недели, во вторую половину — 1 раз в неделю.
2. Индивидуальная физиопсихопрофилактика для повышения адаптационных возможностей организма.
3. Индивидуальное лечение экстрагенитальной патологии до и во время беременности
4. Рациональное диетическое питание в зависимости от экстрагенитальной патологии
5. Рациональное трудоустройство и устранение отрицательных эмоций в быту
6. Рациональный режим труда и отдыха ( исключение психического и физического перенапряжения, прогулки на свежем воздухе перед сном)
7. Женщинам с повышенным риском развития позднего токсикоза в течение беременности ( в 8, 20, 28, 32 и в 36 - 37 недель) рекомендуется до 10 дней прием комплекса витаминов “гендевит” и диета соответствующая столу №7 с включением в рацион печеного картофеля, моркови, салата, редиса, капусты, зеленого горошка, помидоров, яблок, малины, мандаринов, нежирного творога, отварного мяса, отварной свежей рыбы, отвар шиповника по стакану вместо чая.
8. Для профилактики нарушений окислительно-восстановительных процессов периодически следует назначать с ранних сроков беременности аскорбиновую кислоту 0,2; рибофлафин 0,02; никотиновую кислоту 0,02 ; глюконат кальция 0,5 три раза в день

 **Вторичная профилактика позднего токсикоза беременных.**

Основная задача — своевременное выявление претоксикоза беременных и предупреждение развития клинических форм позднего токсикоза. Лечение претоксикоза проводится в профилакториях и санаториях для беременных женщин, в отделениях патологии беременных.

1. Режим труда и отдыха (сон не менее 8 -10 часов в сутки, дневной отдых, эмоциональный покой)
2. Диетотерапия
3. Медикаментозное лечение при повышении показателей АД по сравнению с исходными данными на 10 -20 мм.рт.ст., патологической прибавке массы назначают мочегонный чай, хлористый калий 5%, или бромистый калий 3%, отвар травы пустырника и корня валерианы — все по 1ст.ложке 3 р\день., димедрол 0,05 на ночь. Спазмолитики --дибазол 0,05 или папаверин 0,03 3 р\день.
4. С целью регуляции проницаемости сосудистых и клеточных мембран — галаскорбин по 0,5 или рутин 0,02; аскорбиновая кислота 0,2
5. Для улучшения метаболизма тканей прием комплекса витаминов “гендевит”,метионин 0,5 3р\день
6. Для регуляции функции кишечника и выделения жидкости из организма — сульфат магния 25% раствор по 1ст.ложке в день
7. Эффективным методом профилактики поздних форм токсикозов является применение электроанальгезии, которая у женщин с претоксикозом вызывает нормализующее влияние на гемодинамику. Курс — 4 -8процедур по 45- 90 минут.(аппарат “Электросон - 2” ,” Электросон -4” , “Электронаркон -1”)
8. Интенсивное наблюдение — посещение беременных с претоксикозом женской консультации 3 раза в неделю. В сроке от 38 недель и выше целесообразно проводить стационарное наблюдение за ними до родоразрешения.

 **Список литературы.**

**1.** Марусов А.П. “Претоксикоз и токсикоз беременных.” Издательство Саратовского университета. Саранский филиал . 1988 г

**2**. Иванов И.П. “Ранняя диагностика позднего токсикоза беременных”. Издательство Карагандинского государственного медицинского института. 1980 г.

1. Непочатова Э.И. “К вопросу о претоксикозных состояниях беременных” Автореферат. Донецк 1965 г.
2. <http://www.drmed.ru/> Грошев С, Исраилова З.А. «Гестозы».
3. <http://www.medlibrary.by.ru/> «Токсикозы беременных»