

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Синдром артериальной гипертензии и гестоз как его разновидности являются актуальными проблемами современного акушерства и занимают ведущее место в структуре материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Частота его составляет 16-18 % и, несмотря на достижения в изучении этиологии, патогенеза и разработке новых методов профилактики и лечения, имеет тенденцию к росту. В связи с ростом числа экстрагенитальных заболеваний, возросло множество сочетанных форм гестоза, имеющих атипичную клиническую картину, часто не соответствующую истинной тяжести заболевания. В настоящее время характерно стертое малосимптомное течение гестоза на начальных этапах [1, 2, 3, 4].

Тяжелые формы гестоза характеризуются наличием отека головного мозга, что, при несоблюдении критериев и правил транспортировки, может привести к критическому ухудшению состояния [3, 5, 6, 7].

В связи с изложенным, особое значение приобретают своевременная диагностика гестоза, оценка диагностических критериев степени его тяжести, выбор оптимальной тактики ведения беременности, в частности, сроков и методов родоразрешения.

Структура оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Башкортостан имеет многоуровневый и многоэтапный характер (I этап – ФАП и СВА, II – СУБ, III – центральные районные и городские больницы, IV – перинатальные центры, и V этап – Акушерско-гинекологический реанимационно-консультативный центр – АГРКЦ). Основными принципами работы АГРКЦ являются постоянное отслеживание событий с помощью дистанционного консультирования и компьютерного мониторинга, при необходимости формирование выездных бригад с оказанием консультативной, лечебно-диагностической и хирургической помощи на местах и транспортировка тяжелых больных в реанимационные отделения РКБ им. Г.Г. Куватова. Однако в такой многоступенчатой системе появляются слабые звенья, которые порождают лечебно-диагностические и тактические ошибки.

Целью исследования было изучение течения беременности у женщин с гестозом в зависимости от

степени его тяжести, длительности течения, характера нарушений гемодинамики, вида экстрагенитальной патологии для оптимизации лечебно-диагностического процесса у данного контингента.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находились 646 женщин с гестозом, госпитализированных на родоразрешение в ОПБ РКБ им. Г.Г. Куватова за последние 3 года. По возрасту женщины распределились следующим образом: 15-19 лет – 3,5 %, 20-24 года – 41,6 %, 25-29 лет – 21,2 %, 30-34 года – 12,5 %, 35-39 лет – 17,7 %, 40-44 года – 3,5 %. Первородящих было 44,3 %, повторнородящих – 55,7 %. Во всех случаях имелась сопутствующая экстрагенитальная патология, в среднем каждая беременная имела 1,4 заболевания. Основными нозологическими формами были заболевания почек – 61, 1%, гипертоническая болезнь – 23 %, эндокринные заболевания – 8,9 %, анемия – 8,9 %.

У обследованных I половина беременности осложнилась угрозой прерывания в 10,6 % случаев, анемией – в 14,2 %, ранним токсикозом – в 10,6 %. Во II половине беременности наблюдались следующие осложнения: анемия – 26,6 %, угроза преждевременных родов – 14,2 %, гестационный пиелонефрит – 10,6 %, обострение хронического гломерулонефрита – 8,9 %. Гестоз легкой степени был у 3,5 % женщин, средней степени тяжести – у 31 %, тяжелой степени – у 65,5 %.

Впервые признаки гестоза до 28 недель беременности были выявлены у 35,4 %, с 29 до 32 недель – у 23 %, с 33 до 36 недель – у 31 %, с 37 до 40 недель – у 10,6 %.

Среди обследованных 196 беременных с тяжелыми формами гестоза (преэклампсией и эклампсией) состояли на учете в АГРКЦ. У 44 из них гестоз осложнился острой или хронической отслойкой плаценты. Досрочное родоразрешение, в основном операцией кесарева сечения, было предпринято у 112 беременных в условиях центральных районных или городских больниц, у 84 – после госпитализации в от-

деление патологии беременных РКБ им. Г.Г. Куватова. В течение 1-5 суток после родоразрешения 39 больных были доставлены санитарным авто- и авиатранспортом для продолжения лечения в РКБ, из них 9 женщин — в состоянии постэкламптической комы.

У исследуемой группы, наряду с общеклиническими методами исследования, изучалось состояние центральной и периферической гемодинамики методами эхокардиографии, реовазографии и реоэнцефалографии. Для оценки состояния плода применялись ультразвуковая фетометрия и кардиотокография, определение биофизического профиля плода, маточно-плацентарно-плодовый кровоток определялся с помощью доплерометрии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При анализе выявлено, что большинство ошибок на догоспитальном этапе были обусловлены недооценкой степени тяжести гестоза. Недостаточно четко интерпретировались основные клинические симптомы гестоза — выраженность и распространенность отеков, величина АД, степень протеинурии, а также длительность заболевания. Особенно часто недооценивались симптомы отека головного мозга: головная боль, чувство тяжести, распирающие или сдавливающие головы, нарушения зрения в виде пелены, потемнения, появления темных точек, пятен или полос, звон в ушах, парестезии, чувство онемения, боли в эпигастриальной области, тошнота, рвота, бради- или реже, тахикардия.

Недооценка степени тяжести приводила к тому, что на догоспитальном этапе почти в половине случаев терапия гестоза отсутствовала, в большинстве случаев не вводились необходимые препараты или были недостаточны их дозировки.

Все женщины до поступления в ОПБ получали комплексное лечение в условиях центральных районных или городских больниц, в среднем, в течение $14,3 \pm 6,8$ дней. Гестоз протекал в основном неблагоприятно — отмечались раннее начало, длительное течение, стойкая гипертензия, тяжелое внутриутробное страдание плода, имелись выраженные нарушения центральной и периферической гемодинамики, микроциркуляции, системы гемостаза, водно-электролитного баланса, белкового обмена — гипо- и диспротеинемия, высокая протеинурия.

При необходимости, наиболее тяжелые больные транспортировались до или после родоразрешения на месте в реанимационные отделения РКБ им. Г.Г. Куватова. Обязательными условиями для этого являлись стабилизация гемодинамики (среднединамическое АД не более 110 мм рт. ст., пульсовое — не менее 30 мм рт. ст.), отсутствие органических поражений центральной нервной системы, выраженного отека головного мозга и продолжающегося кровотечения из половых путей. Больным в прекоматозном и коматозном состояниях при транспортировке оказывалась респираторная поддержка портативным аппаратом ИВЛ. Параметры ИВЛ обычно поддержи-

вались на средних уровнях — дыхательный объем 600-800 мл, минутная вентиляция 12-20 л/мин, содержание кислорода в газовой смеси 70-80 %. Адекватность вентиляции контролировалась динамическим исследованием насыщения крови кислородом, которая составляла 95-98 %.

Оказание неотложной помощи и медицинское обеспечение транспортировки на догоспитальном этапе при тяжелых гестозах включали в себя катетеризацию периферической вены, противосудорожные препараты — седуксен или реланиум 5-10 мг (1-2 мл) в/в или в/м и гипотензивные средства — нитроглицерин по 0,5 мг с интервалом 15-20 минут, клофелин 0,01 % 1 мл в/в или в/м или по 0,075 мг под язык, сульфат магния 25 % 10-20 мл в/в, миотропные спазмолитики в/в или в/м. Дозы препаратов и пути введения выбирались в зависимости от тяжести гестоза. При транспортировке больных продолжалась начатая интенсивная терапия, включавшая нитраты, сульфат магния, антиоксиданты, гипотензивные средства, преимущественно антагонисты кальция.

Осложнений транспортировки и случаев материнской смертности в данной группе больных не было.

При поступлении в ОПБ РКБ им. Г.Г. Куватова, наряду с общеклиническими методами исследования, проводилась комплексная оценка состояния гемодинамики и фето-плацентарной системы.

При изучении состояния центральной гемодинамики методом эхокардиографии отмечены существенные нарушения, заключающиеся, в основном, в повышении артериального давления, в основном диастолического, снижении минутного объема сердца за счет уменьшения ударного объема сердца и резком увеличении общего периферического сосудистого сопротивления. Среднее АД составило 110-115 мм рт. ст. у 24,8 % беременных, 116-120 мм рт. ст. — у 39,8 %, 121-125 мм рт. ст. — у 7,1 %, 126-130 мм рт. ст. — у 8,9 %, 131-135 мм рт. ст. — у 10,6 %, 136-140 мм рт. ст. — у 7,1 %, 141 мм рт. ст. и выше — у 1,7 %.

Нарушения периферической гемодинамики определялись с помощью реовазографии и реоэнцефалографии, в целом носили односторонний характер и выражались в снижении пульсового притока и интенсивности кровообращения, появлении признаков венозного застоя крови. Наиболее резкие изменения реоэнцефалограмм отмечены у беременных с тяжелыми формами гестоза, причем эти изменения появлялись до клинической симптоматики начинающегося отека мозга.

Особое значение для диагностики гестоза имеет появление белка в моче. Протеинурия до 0,132 г/л была у 17,7 % женщин, 0,133-1,0 г/л — у 26,6 %, более 1,0 г/л — у 55,7 %. В ряде случаев сочетанного гестоза на фоне хронического гломерулонефрита протеинурия достигала 10-12 г/л. Отеки наблюдались у всех, в 19,5 % случаев — генерализованные, в 61 % — на нижних конечностях, в 19,5 % — на нижних конечностях и передней брюшной стенке.

На глазном дне выявлены следующие изменения: ангиопатия I-II ст. — у 41,6 %, II-III ст. — у 17,7 %, нейроретинопатия — у 10,6 %, отек сетчатки — у 12,5 %.

Для оценки состояния плода проводились кардиотокография с оценкой по шкале Fisher, ультразвуковая фетометрия, определение биофизического профиля плода и доплерометрия. Соответствие ультразвуковых размеров плода сроку гестации отмечалось в 39,8 % случаев, отставание в росте на 1 неделю — в 23 %, на 2 недели — в 15,9 %, на 3 недели — в 12,4 %, на 4 недели — в 8,9 %. При анализе кардиотокограмм удовлетворительное состояние плода отмечалось в 26,6 % случаев, предпатологический тип — в 48,6 %, внутриутробное страдание плода — в 24,8 % случаев.

При доплерометрии оценивалась тяжесть нарушений маточно-плацентарно-плодового кровотока. При I ст. недостаточности (в 11,5 % случаев) отмечались нарушения преимущественно плодового кровотока. При II ст. (6,2 %) нарушения маточного или плодового кровотока не достигали критических значений. При III ст. (5,3 %) маточно-плацентарно-плодовый кровоток достигал критически низких уровней.

До родоразрешения проводилось лечение, направленное на максимально возможную коррекцию нарушенных систем организма. Оптимальный режим инфузионной терапии определялся в каждом случае индивидуально, ограничиваясь в пределах 600-800 мл. Медикаментозные препараты подбирались индивидуально, в зависимости от фармакологической направленности и характера нарушений системной гемодинамики. Лечение основывалось на применении комбинации 2-3 вазоактивных препаратов с различными точками приложения на регуляцию артериального тонуса, что позволило уменьшить их дозировку и риск развития побочных эффектов.

В комплекс лечения хронической гипоксии плода включались антагонисты кальция. Канальцевые блокаторы транспорта кальция улучшают метаболизм миокарда и трофику тканей. Попутно использовался их гипотензивный эффект. Для улучшения микроциркуляции назначался курантил, для нормализации обменных, окислительно-восстановительных процессов на клеточном уровне использовались препараты метаболического действия (липоевая кислота, токоферол ацетат). В комплекс лечения включались и немедикаментозные методы лечения, такие как гипербарическая оксигенация (у 17,7 % женщин).

Пролонгирование беременности у женщин с гестозом крайне опасно ввиду риска тяжелых нарушений функций жизненно важных органов, поэтому одним из основных компонентов комплексного лечения является рациональный выбор срока и метода родоразрешения. Основными показаниями к досрочному родоразрешению явились нарастание тяжести гестоза на фоне проводимой терапии — у 68,1 %, гипертоническая энцефалопатия — у 34,9 %, отек сетчатки — у 12,4 %, прогрессирующая гипоксия плода и критическое состояние плодово-плацентарного кровообращения — у 18,6 %. До 28 недель беремен-

ности родоразрешены 15,9 % женщин, с 29 до 32 недель — 26,6 %, с 33 до 36 недель — 25,7 %, с 37 до 40 недель — 31,8 %. После поступления в ОПБ длительность лечения гестоза до родоразрешения составила: 1 сутки — 28,4 %, 2-3 дня — 21,2 %, 4-5 дней — 10,6 %, 6-7 дней — 23 %, 8-14 дней — 16,8 %.

При зрелой шейке матки проводилось управляемое родоразрешение с амниотомией, при необходимости родовозбуждением внутривенным введением окситоцина или простагландинов под длительной эпидуральной анестезией — в 12,4 % случаев. У 12,4 % женщин произошли самостоятельные роды. При отсутствии готовности родовых путей, тяжелом течении гестоза, высоком риске осложнений методом выбора было родоразрешение операцией кесарева сечения — в 75,2 % случаев.

Несмотря на определенные достигнутые успехи в проведении индуцированных родов, операция кесарева сечения была и остается основным методом досрочного родоразрешения. Этому способствуют ряд факторов: рост частоты и степени тяжести экстрагенитальных заболеваний, сопровождающихся артериальной гипертензией; увеличение частоты гестозов и преобладание сочетанных форм, характеризующихся ранним началом и тяжестью течения; увеличение частоты осложнений артериальной гипертензии, не позволяющих провести индуцированные роды.

Особую актуальность проблема приобретает для ОПБ РКБ им. Г.Г. Куватова, которое, в силу этапности оказания медицинской помощи в РБ, является коллектором акушерской патологии. За последние 3 года в ОПБ РКБ им. Г.Г. Куватова досрочно родоразрешены операцией кесарева сечения 258 беременных с артериальной гипертензией.

В качестве анестезиологического пособия, в основном, применялся эндотрахеальный наркоз, позволяющий в максимальной степени контролировать жизненно важные функции организма. В премедикацию включались небольшие дозы атарактиков (седуксен, реланиум), иногда наркотические анальгетики (промедол), индукция проводилась тиопенталом натрия, закисью азота с кислородом в соотношении 2 : 1, деполаризующими миорелаксантами. Поддержание анестезии после извлечения плода проводилось добавлением фентанила, иногда дроперидола. Приведенная схема в редуцированных дозах матери дозах на фоне ИВЛ оказывала антиоксидантное действие и обеспечивала достаточную нейровегетативную защиту от операционного стресса, не вызывая патологических изменений у плода и нарушений сократительной активности матки. Анестезиологических осложнений и случаев наркотической депрессии плода не было.

Большинство операций были выполнены корпоральным разрезом — у 176 женщин (68,2 %), кроме того, в 26 случаях (10,1 %) произведена операция малого кесарева сечения. Причинами этого обстоятельства послужили недоношенность — у 136 (52,7 %), наличие корпорального рубца на матке после предшествующей операции кесарева сечения — у 28 (10,9 %), отслойка плаценты — у 14 (5,4 %), на-

личие миомы матки — у 24 (9,3 %), двойни и тройни — у 10 (3,9 %). В 56 случаях (21,7 %) произведена операция в нижнем сегменте. Часть операций выполнена в модификации Stark. В 17 случаях (6,6 %) операция дополнялась консервативной миомэктомией.

Кровопотеря до 600 мл была у 167 больных (64,8 %), 601-800 мл — у 57 (22,1 %), 801-1000 мл — у 23 (8,9 %), более 1000 мл — у 11 (4,2 %). У 2 женщин (0,8 %) с отслойкой плаценты отмечались явления геморрагического шока.

При операции кесарева сечения родились 270 детей (у 9 женщин была двойня, у 1 — тройня). Масса тела от 500 до 1000 г была у 32 новорожденных (11,9 %), 1001-1500 г — у 36 (13,3 %), 1501-2000 г — у 49 (18,2 %), 2001-2500 г — у 59 (21,9 %), 2501-3000 г — у 48 (17,8 %), 3001-3500 г — у 33 (12,2 %), 3501-4000 г — у 9 (3,3 %), более 4000 г — у 4 (1,4 %). Таким образом, 43,4 % детей имели массу тела менее 2000 г, 83,1 % — менее 3000 г.

В 4 случаях (1,4 %) отмечалась антенатальная гибель плода, 3 из них — при сроке беременности до 28 недель с массой тела менее 1000 г. В раннем неонатальном периоде умерли 17 детей, 14 из них также после операции малого кесарева сечения с массой тела менее 1000 г. У новорожденных в раннем неонатальном периоде были диагностированы следующие нозологические формы заболеваний и синдромы: гипоксическое повреждение ЦНС — у 54,9 % новорожденных, первичный ателектаз легкого — у 24,8 %, синдром угнетения ЦНС — у 19,5 %, синдром гипервозбудимости — у 12,4 %, СДР — у 5,3 %, внутрижелудочковые кровоизлияния — у 12,4 %, внутриутробная инфекция — у 15,9 %, признаки задержки внутриутробного развития — у 19,5 %, гипоксия плода — у 14,2 %. Недоношенность I ст. была у 26,6 % детей, II ст. — у 23 %, III ст. — у 14,2 %, IV ст. — у 7,1 %.

Таким образом, мертворождаемость составила 3,7 %, ранняя неонатальная смертность — 11,1 %, перинатальная смертность — 14,8 %. Из 32 детей с экстремально низкой массой тела (500-1000 г) выжили 15 человек (46,9 %).

При анализе перинатальных потерь обнаружено, что неблагоприятные исходы чаще встречались у беременных с тяжелой нефрогенной гипертензией и гипертонической болезнью, что обуславливало необходимость прерывания беременности в ранние сроки. Причинами перинатальной смертности, в основном, были глубокая недоношенность, пневмопатии (болезнь гиалиновых мембран и ателектазы легких), продолжающаяся асфиксия новорожденного, гипоксические кровоизлияния, реже — внутриутробное инфицирование, в одном случае — внутричерепная родовая травма. Среди доношенных детей смертности не было.

Таким образом, операция кесарева сечения является основным методом досрочного родоразрешения при артериальной гипертензии, осложнившей беременность. При соблюдении условий для производства операции, адекватном анестезиологическом обеспечении, правильном выполнении техники операции, интенсивной терапии заболевания, повлекшего дос-

рочное родоразрешение, удается избежать существенных осложнений для матери, несмотря на тяжесть основной патологии. Перинатальные исходы также можно признать удовлетворительными, учитывая, что значительная часть операций была выполнена при глубокой недоношенности плода.

В родах и при операции кесарева сечения отмечались следующие осложнения: гипотоническое кровотечение у 4,4 % женщин, приращение плаценты у 6,1 %, хроническая отслойка плаценты у 3,5 %, задержка частей последа у 1,8 %. Вследствие данных осложнений проводились следующие мероприятия: ампутация матки без придатков (16 %), ручное обследование полости матки (3,5 %).

Интенсивная терапия после родов и в послеоперационном периоде проводилась с учетом исходной фоновой патологии, как ранний этап реабилитации женщин с гестозом. У рожениц имели место полисистемные нарушения, протеинурия, гипертензия. Продолжительность пребывания в родильном доме в послеродовом периоде составила 8-10 дней в 67,3 % случаев. К моменту выписки нормализация уровня артериального давления имела место только у 53,1 % рожениц, показателей мочи — у 32,1 %.

С учетом полученных результатов исследования, рекомендовалась система реабилитации в 4 этапа, предусматривающая комплекс лечебно-диагностических мероприятий под диспансерным наблюдением терапевта, нефролога, уролога, окулиста, контроль АД в динамике, исследование функционального состояния почек, печени, сердечно-сосудистой системы. При сохранении патологических изменений со стороны функции почек, печени, стойкой гипертензии лечение проводилось в условиях нефрологического отделения РКБ с уточнением характера почечной патологии (УЗИ, радиоизотопная ренография, экскреторная урография) и в терапевтических отделениях в зависимости от фонового заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного анализа мы считаем возможной и оправданной транспортировку больных с тяжелыми формами гестоза для оказания более эффективной помощи в условиях крупных многопрофильных больниц. При этом обязательно проведение ИВЛ, седативной, противосудорожной и гипотензивной терапии.

На основании полученного опыта выработан ряд рекомендаций при этапном оказании медицинской помощи и транспортировке беременных с тяжелым гестозом, позволяющих, по нашему мнению, снизить риск возможных осложнений.

На I и II этапах (ФАП, СВА, СУБ) основными задачами медицинских работников являются установление диагноза и оценка тяжести гестоза, оказание неотложной помощи, информирование ЦРБ или ЦГБ, проведение первоначальных лечебных мероприятий. Решение вопроса о дальнейшей тактике ведения и транспортировке принимается только после прибытия специалистов III этапа.

Основные задачи III этапа: формирование выездной бригады, обязательно включающей акушера-гинеколога и анестезиолога-реаниматолога, при необходимости, других специалистов (невропатолога, офтальмолога). Бригада должна быть оснащена всем необходимым для оказания неотложной помощи и обеспечения транспортировки больной. По прибытии на место уточняется тяжесть состояния, при необходимости проводится коррекция лечения и, при адекватном медицинском обеспечении, осуществляется транспортировка. В ЦРБ или ЦГБ экстренно проводится необходимый объем обследования, продолжается интенсивная терапия и, в течение первого часа после поступления, консилиумом решается вопрос о дальнейшей тактике ведения. В течение 1-2 часов информация о больной должна быть передана в АГРКЦ.

Однако в ряде случаев характер патологического процесса может оказаться таким, что больной потребуются ряд сложных методов обследования и лечения, которые невозможно выполнить в данной больнице. После проведения наиболее неотложных мероприятий встает вопрос о переводе больной в специализированный стационар, в частности, в отделение РКБ.

Показаниями к переводу являются:

- отсутствие в данном лечебном учреждении хорошо организованной службы интенсивной терапии и квалифицированного персонала;
- необходимость в проведении многоплановой инфузионной терапии, парентеральном питании под тщательным метаболическим мониторингом;
- необходимость в длительной респираторной поддержке;
- необходимость в экстракорпоральном очищении крови (гемодиализ, гемофильтрация, плазмаферез, ультрафильтрация и т.д.) и повторных операциях.

Во всех случаях вопрос о необходимости транспортировки больного решается консилиумом — врачами данного лечебного учреждения и привлеченными консультантами АГРКЦ, после установления факта, что все средства лечения, доступные в данной больнице, исчерпаны.

Проведенные исследования показали, что на исход беременности при гестозе влияют степень его тяжести, длительность и характер фоновой патологии. Контроль над эффективностью терапии с помощью динамического наблюдения за состоянием гемодинамики позволяет выбрать рациональную тактику ведения больных. Снижение производительности работы сердца при увеличении периферического сосудистого сопротивления расценивается как неблагоприятный прогностический признак и, в сочетании с данными антенатальной диагностики состояния плода, может служить показанием к досрочному родоразрешению.

Динамическое проведение ультразвуковой фетометрии, кардиотокографии и определение биофизического профиля плода позволяет своевременно ди-

агностировать внутриутробную гипоксию плода, оценить его компенсаторные возможности, эффективность проводимой терапии. Проведение доплерометрии позволяет своевременно оценить состояние маточно-плацентарного кровотока и выявить нарушения, которые не устанавливаются при кардиотокографии.

Таким образом, тактика интенсивного ведения беременных с гестозом, с установкой на подготовку к досрочному родоразрешению и выбором оптимального метода и срока, предотвращает развитие тяжелых осложнений и улучшает прогноз для матери и плода. Комплексный дифференцированный подход к ведению беременных с гестозом и своевременное проведение реабилитационных мероприятий позволяют снизить частоту неблагоприятных отдаленных последствий, выбрать оптимальное время для повторной беременности, сохранить здоровье и трудоспособность женщин.

Дальнейшего снижения осложнений при артериальной гипертензии для матери и плода можно, вероятно, добиться при соблюдении следующих условий:

- раннее выявление заболеваний, вызывающих артериальную гипертензию при беременности, тщательное обследование и адекватное лечение, при нарастании тяжести состояния — своевременное родоразрешение;
- организационное совершенствование этапности оказания медицинской помощи беременным с артериальной гипертензией;
- перед родоразрешением — тщательное обследование состояния матери и плода для прогнозирования возможных осложнений;
- совершенствование техники операции кесарева сечения, применение современных методик, синтетического шовного материала;
- совершенствование оказания реанимационно-интенсивной помощи новорожденным, в том числе с экстремально низкой массой тела.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике /Айламазян Э.К. — Н.Новгород, 1995. — 281 с.
2. Дуда, И.В. Клиническое акушерство /Дуда И.В., Дуда В.И. — Минск, 1997. — 604 с.
3. Кулаков, В.И. Экстренное родоразрешение /Кулаков В.И., Прошина И.В. — Н.Новгород, 1996. — 276 с.
4. Шифман, Е.М. Преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром /Шифман Е.М. — Петрозаводск, 2002. — 432 с.
5. Савельева, Г.М. Современные проблемы этиологии, патогенеза, терапии и профилактики гестозов /Савельева Г.М., Шалина Р.И. //Акуш. и гинек. — 1998. — № 5. — С. 3-6.
6. Серов, В.Н. Руководство по практическому акушерству /Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. — М., 1997. — 135 с.
7. Анестезия и реанимация в акушерстве и гинекологии /Кулаков В.И., Серов В.Н., Абубакирова А.М. и др. — М., 2000. — 384 с.

* * *