

ний / Тез. докладов медицинской научно-практ. конференции СГМУ. — Томск, 1998. — С. 42-45.

19. Berga S. L. Amplification of nocturnal melatonin secretion in women with functional hypothalamic amenorrhea / S. L. Berga, J. F. Mortola, S. S. C Yen // Ibid. — 1988. — Vol.66. — №1. — P. 242-244 Cagnacci A. et al., 1996

20. Fraschini F. The pineal gland / F. Fraschini, R. Collu, L. Martin // London: Churahill, 1976.-234 p., Grad B.R. et al., 1993.

21. Juszczak M. The hypothalamo-neurohypophysial response to melatonin / M. Juszczak // Neuroendocrinol. Lett. — 2001. — Vol. 22. — N 3. — P. 169 — 174.

22. Kincon G. //In: Cellular mechanisms modulating gonadal hormone action.- Ed by R.L. Singhal, A. Thomas. — Baltimore University Park Press., 1976

23. Minneman K.P. Effects of pineal compounds on mammals / K. P. Minneman, R. J. Wurtman // Life Sci. — 1975. — Vol. 17.— P. 1189-1200

24. Pierpaoli W. The pineal control of aging. The effects of melatonin and pineal grafting on the survival of older mice. / W. Pierpaoli, A. Dall Ara [et al] // Ann. N. Y. Acad. Sci. 1991. — Vol. 621. — P. 291-313 Pierrefiche G. et al., 1993.

25. Reiter R. J. Melatonin: that ubiquitously acting pineal hormone / R. J. Reiter // News Physiol.Sci. — 1991. — Vol.6. — P.223-228 Reiter R.J. et al., 1999

26. Rohr U. D. Melatonin deficiencies in women / U. D. Rohr, J. Herold // Maturitas. — 2002. — Suppl. I. —Vol. 15:-N41. —P. 85-104. Rohr U. D., 2002 Sandyk R. et al., 1992.

Профилактика гестоза беременных

О. В. ДАНИЛОВА, Л. М. ТУХВАТУЛЛИНА.

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 ГОУ ДПО КГМА Росздрава

Гестоз по-прежнему является актуальной проблемой современного акушерства и занимает ведущее место в структуре материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Частота его колеблется от 2,6 до 16,6% и не имеет тенденции к снижению, несмотря на существующие достижения в изучении этиологии, патогенеза и разработку новых методов профилактики и лечения этого осложнения беременности. По данным ВОЗ, гестозы являются основной причиной перинатальной заболеваемости и смертности. У каждого 5-го ребенка, родившегося у матери с гестозом, имеются нарушения физического и психоэмоционального развития, значительно возрастает заболеваемость в младенческом и раннем детском возрасте (1, 4, 5).

Возросла частота сочетанных гестозов, которая составляет в настоящее время около 70%. Для сочетанных гестозов характерно раннее клиническое проявление и более тяжелое течение. При этом обычно преобладают симптомы экстрагенитального заболевания, на фоне которого развился гестоз (3).

Актуальность проблемы обусловлена также серьезными последствиями гестоза. У большинства женщин, перенесших это заболевание, формируются хроническая патология почек, гипертоническая болезнь, эндокринные нарушения (2).

Частота гестозов колеблется от 7% до 20%, чаще встречается в странах с резко континентальным и холодным климатом (1, 4).

Группы риска на развитие гестоза:

1. Возраст матери моложе 18 и старше 35 лет;
2. Первая беременность;
3. Наследственные факторы — дочери женщин с гестозом заболевают в 8 раз чаще;
4. Изосерологическая несовместимость крови матери и плода по ABO и Rh-фактору;
5. Частые аборт или самопроизвольные выкидыши в анамнезе;
6. Неполноценное, недостаточное, несбалансированное питание;
7. Рецидивы гестоза при беременностях в анамнезе;
8. Стрессы, психо-эмоциональный дискомфорт, «тревоги, страхи беременной»;
9. Анемии;
10. Нарушения регуляции сосудистого тонуса: гипертоническая болезнь, артериальные гипертензии (наследственная отягощенность по артериальной гипертензии), сосудистая гипотензия;
11. Заболевания сердца;
12. Заболевания почек;
13. Эндокринная патология: сахарный диабет, ожирение; дисэнцефальный гипоталамический синдром, гипотиреоз, синдром

Киари-Фроммеля, микроаденома гипофиза;

14. Заболевания печени и желчных путей;
15. Хронические и острые заболевания бронхов и легких;
16. Энцефалопатии с нарушением процессов микроциркуляции мозга;
17. Многоплодие и многоводие;
18. Пузырный занос;
19. Снижение васкуляризации матки, уменьшение кровоснабжения миометрия, постепенное прогрессирование недостаточности маточно-плацентарного кровотока при гипоплазии, инфантилизме, миоматозном изменении матки, пороках и аномалиях ее развития, а также атрофических и дистрофических изменениях миометрия после абортов, выскабливаний, воспалительных процессов (4).

В современных условиях для предупреждения тяжелых форм гестоза нужны профилактика и ранняя диагностика начальных проявлений этого осложнения:

1. Диагностика скрытых отеков:

- Патологическая прибавка массы тела (более 300 г в I триместре; 200-250 г во II триместре; ежедневная прибавка массы тела более 40-50 г (с самых ранних сроков беременности);
- Положительный симптом кольца;
- Снижение диуреза (с конца II и начала III триместра беременности менее 900-1000 мл, при водной нагрузке менее 1400-1500 мл);
- Никтурия (увеличение ночного диуреза на 150 мл по сравнению с дневным).

2. Повышение артериального давления:

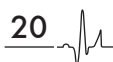
- Повышение диастолического АД на 15 мм рт ст и более от исходного (диастолическое АД более 85 мм рт ст считается абсолютно патологическим для беременной, даже если исходно оно таким и было);
- Повышение систолического АД на 25-30 мм рт ст;
- Снижение пульсового давления до 30 мм рт ст (разница между систолическим и диастолическим АД в норме составляет 40 мм рт ст).

3. Протеинурия:

- Ранним и более информативным тестом следует считать количество белка > 300 мг/сут.

4. Клинический анализ крови:

- Лимфопения (< 18 %);



- Тромбоцитопения (< 220000).
- Гемоконцентрация ($Ht > 38\%$, соответственно относительное повышение Hb и Er);

5. Показатели гематокоагуляционного гемостаза:

- Гиперфибриногенемия (фибр А > 450 мг%);
- Изменение каолин-кефалинового времени (АЧТВ < 20 сек);
- Снижение уровня эндогенных антикоагулянтов (АТ III $< 80\%$);
- Появление РКМФ или ПДФ (> 3 мкг/л);
- Увеличение фибринолитической активности крови по данным электрокоагулограммы (< 16 сек).

Абсолютным доказательством хронического ДВС-синдрома являются:

- Снижение АЧТВ;
- Наличие РФМК или ПДФ;
- Гиперфибриногенемия.

6. Увеличение компонентов остаточного азота в сыворотке крови:

- Креатинина (> 114 мкмоль/л);
- Мочевины ($> 4,0$ ммоль/л);
- Мочевой кислоты

7. Концентрационная способность почек:

- Гипостенурия в ранние утренние часы (удельный вес < 1010) и никтурия;
- При начальных проявлениях симптомов гестоза отмечается гиперфильтрация (клубочковая фильтрация — $140-160$ мл/мин), по мере нарастания тяжести — концентрационная способность почек снижается (клубочковая фильтрация значительно ниже нормы).

8. Функциональные пробы печени:

- Повышение уровня непрямого билирубина (при гемолизе Er);
- Повышение уровня трансаминаз (в большей степени AST , которое отражает цитоллиз печеночной клетки);
- Увеличение уровня щелочной фосфатазы;
- Повышение тимоловой пробы.

9. Общий белок и белковые фракции крови:

- Снижение общего белка (< 60 г/л);
- Снижение уровня альбуминов.

Наряду с данными анамнеза к группе высокого риска развития гестоза относятся беременные с нарушением маточно-плацентарного кровотока, выявленным на сроке 14-16 недель (СДО в маточных артериях более 2,4; СДО в спиральных артериях более 1,85).

Современные принципы профилактики гестоза:

Профилактические мероприятия проводятся с целью исключения развития тяжелых форм гестоза у беременных группы высокого риска и в период ремиссии после выписки их из стационара. Профилактика гестоза у беременных группы высокого риска должна начинаться с 8-10 нед. беременности.

Профилактический комплекс включает в себя:

1. Диета калорийностью 3500 ккал должна содержать достаточное количество белков ($110-120$ г/сут), жиров ($75-80$ г/сут) и углеводов ($350-400$ г/сут), витаминов и микроэлементов. Рекомендуются умеренно подсолненные продукты с исключением острых, жирных блюд, которые вызывают чувство жажды. Беременным с экстрагенитальной патологией необходима диета с учетом стола, рекомендуемого для каждой патологии. Количество жидкости у беременных группы риска ограничивается до $1300-1500$ мл, соли до $6-8$ г/сут. Важно помнить, что у беременных с выраженной гемоконцентрацией крови количество соли не ограничивают.

2. Дозированный постельный режим «bed rest», который способствует снижению общего периферического сопротивления сосудов, увеличению ударного объема сердца и почечного кровотока, нормализации маточно-плацентарного кровообращения. Данный метод является важным немедикаментозным мероприятием, заключается в пребывании беременных в поло-

жении преимущественно на левом боку с 10 до 13 и с 14 до 17 часов, в часы, соответствующие повышенным пикам артериального давления.

3. Фитотерапия с включением седативных (валериана, пустырник), улучшающих функцию почек (почечный чай, березовые почки, листья толокнянки, брусники, кукурузные рыльца, трава хвоща полевого, цветки василька синего) и нормализующих сосудистый тонус сборов (боярышник).

4. Применение тренажерного комплекса биологической обратной связи (БОС), который дает возможность получить объективную информацию о состоянии кардиореспираторной системы, мышечного тонуса и биоритмов головного мозга и управлять этими физиологическими процессами с помощью диафрагмально-релаксационного дыхания. Такую возможность дает метод диафрагмально-релаксационного дыхания (ДРД) с объективной регистрацией показателей частоты сердечных сокращений (ЧСС), частоты дыхательных движений (ЧДД), электроэнцефалограммы (ЭЭГ), и электромиограммы (ЭМГ). Данный метод основывается на функции диафрагмы — самой мощной мышцы организма человека, которая заключается в том, чтобы, изменяя внутрибрюшное и внутриплевральное давление, обеспечивать поступление крови из легких к сердцу и улучшать гемодинамику в органах желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы, а также в печени и селезенке, проводить в критические сроки 24-26 нед. и 32-34 нед. Используется система БОС, проводится 10 сеансов на сроке 26-28 нед. Особенно эффективным оказалось применение Магне В6 на сроке 16 нед. и ДРД на сроке 26-28 нед.

5. Витаминотерапия. Беременные группы риска развития гестоза должны получать витамины на протяжении всей беременности в таблетированном виде.

6. С целью стабилизации микроциркуляции в профилактический комплекс включают один из дезагрегантов: трентал по 100 мг 1 табл. 3 раза в день, курантил по 2 табл 3 раза в день (150 мг/сут), тромбо АСС по 50 мг/сут; возможно антикоагулянты (фраксипарин, клексан).

7. Для нормализации перекисного окисления липидов применяют один из антиоксидантов — вит. Е от 100 до 300 мг/сут, аскорбиновая кислота от 100 до 250 мг/сут, глютаминовая кислота до 3 г/сут.

8. Для восстановления структурно-функциональных свойств клеточных мембран — хофитол 2 таб. 3 раза в день, липостабил 2 капсул. 3 раза в день.

9. С учетом развивающейся гипомagneмии у беременных, а также при ее осложнениях (гестоз, угроза прерывания, сахарный диабет, гипотрофия плода, плацентарная недостаточность) целесообразно в комплекс включать различные добавки магния к пище или таблетированные формы магния. Пероральный путь применения магния лишен недостатков, характерных для парентерального введения. Магне-В6 2 табл до 3 раз в день в течение 2 недель в дальнейшем с повторения курса и, наконец, со снижением дозы до 1 табл. с длительным применением.

Все мероприятия проводятся на фоне лечения ЭГП. Повторные курсы медикаментозной коррекции нарушений маточно-плацентарной гемодинамики следует проводить в критические сроки 24-26 нед. и 32-34 нед.

Таким образом, в настоящее время единственным реальным путем снижения частоты гестозов, особенно тяжелых форм, является своевременное выявление группы высокого риска по развитию данной патологии и проведение профилактических мероприятий до и во время беременности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Мурашко Л. Е. Гестоз // Актуальные вопросы патологии родов, плода и новорожденного : пособие для врачей. — М., 2003.
2. Мурашко Л. Е., Мойсюк Я. Г. Новое в лечении гестоза: гипотеза // Проблемы беременности. — 2001. — № 4. — С. 42-45.
3. Серов В.Н. Гестоз — современная лечебная тактика // РМЖ. — 2005. — Т. 13, № 1 (225). — С. 2-7.
4. Сидорова И. С. Гестоз. М.: 2003.
5. Шмаков Р. Г., Савушкин А. В., Сидельникова В. М. Акуш. и гин. 2003; 3: 17-21.