

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

_____ Д.Л. Пиневич

14.10.2013

Регистрационный № 068-0613

**МЕТОД ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ЖЕНЩИН
С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: УО «Гродненский государственный медицинский университет», УЗ «Гродненская центральная городская поликлиника, женская консультация № 2», УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

АВТОРЫ: Е.П. Ганчар, д-р мед. наук, проф. М.В. Кажина, канд. мед. наук, доц. И.Н. Яговдик, канд. мед. наук, доц. Т.Ю. Егорова, С.С. Купрашевич, С.А. Разина, Т.В. Кунцевич

Гродно 2013

Цель настоящей инструкции по применению — систематизация и повышение эффективности действий врача-акушера-гинеколога на этапе планирования и подготовки к беременности при метаболическом синдроме. Предложенный метод позволит существенно улучшить исходы беременности у данной категории пациенток путем снижения частоты и степени тяжести гестозов, частоты преждевременных родов, аномалий родовой деятельности, профилактики кровотечения в родах, уменьшения частоты перинатальных осложнений и потерь.

Уровень внедрения: женские консультации, поликлиники, консультативные центры, акушерско-гинекологические отделения родильных домов, родильные отделения многопрофильных больниц, гинекологические отделения больниц.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

1. Клинико-лабораторно-диагностическое оборудование стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений различного уровня оказания акушерской, перинатальной и терапевтической помощи Республики Беларусь.

2. Голландский опросник DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire, T. Van Strein, 1986).

3. Шкала депрессии Зунга.

4. Шкала самооценки уровня тревожности Спилберга–Ханина.

5. Лекарственные средства омега-3 полиненасыщенных жирных кислот.

6. Лекарственное средство — таурин.

7. Лекарственное средство — фолиевая кислота.

8. Антиоксидантные лекарственные средства.

9. Гипогликемические лекарственные средства группы бигуанидов (метформина гидрохлорид).

10. Гиполипидемические лекарственные средства: ингибиторы желудочно-кишечных липаз (орлистат).

11. Анорексигенные лекарственные средства центрального действия (сIBUTрамин).

12. Лекарственное средство — прогестерон.

13. Лекарственные средства — антиагреганты (дипиридамоЛ), антикоагулянты (далтепарин натрия).

14. Гипотензивные лекарственные средства (ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензин II, β -адреноблокаторы).

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

ПрегаВидарная подготовка женщин с метаболическим синдромом.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Общие противопоказания для применения лекарственных средств, указанные в прилагаемых инструкциях по применению.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Технология предлагаемого нами метода подготовки женщин с МС к

беременности состоит из трех последовательных этапов:

1. Диагностический этап.
2. Прегравидарная подготовка — 1-й этап.
3. Прегравидарная подготовка — 2-й этап.

Комплекс диагностических мероприятий представлен в таблице 1.

Таблица 1 — Комплекс диагностических мероприятий

Методы диагностики	Клинико-лабораторные критерии
Сбор анамнеза	<ul style="list-style-type: none"> - жалобы (головная боль, сердцебиение, нарушение сна, сонливость в дневное время); - отягощенная наследственность: наличие у родственников сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета 2-типа, артериальной гипертензии, дислипидемии, ожирения; - показания к медико-генетическому консультированию; - психологические и средовые факторы (характер работы, социальный статус, жилищные условия); - особенности беременности и родов у матери (преждевременные роды, кесарево сечение, гестозы); - масса тела при рождении; - оценка состояния питания женщины с уточнением пищевых привычек, условий приема пищи; - оценка физической активности; - употребление алкоголя, курение, прием некоторых лекарственных средств (амфетамин, стероиды, нестероидные противовоспалительные средства, антидепрессанты); - употребление наркотических средств; - уровень артериального давления, проводимая ранее гипотензивная терапия; - уровень дислипидемии, проводимая ранее коррекция; - уровень гликемии, проводимая ранее коррекция
Антропометрические измерения	<ul style="list-style-type: none"> - измерение массы, длины тела, окружности талии (ОТ), окружности бедер (ОБ); - вычисление индекса массы тела (ИМТ) — индекс Кетле: отношение массы тела в кг к длине тела в м² с оценкой по критериям ВОЗ, 1997
Измерения артериального давления	<ul style="list-style-type: none"> - измерение АД (методом Короткова) в положении сидя, перед измерением АД пациентка должна отдыхать в кресле не менее 5 мин; - женщины не должны курить или употреблять содержащие кофеин напитки по меньшей мере в

Методы диагностики	Клинико-лабораторные критерии
	течении 30 мин, предшествующих измерению АД; - повторное измерение АД производится через 3–5 мин, если различие диастолического АД при этих двух измерениях будет менее 5 мм рт. ст., производится третье измерение АД
Лабораторные исследования	- общий анализ крови; - биохимический анализ крови натоцак (общий белок, глюкоза, креатинин, мочеви́на, билирубин, АлАТ, АсАТ); - общий анализ мочи
Исследование липидного спектра крови	- общий холестерин; - триглицериды; - липопротеины высокой плотности; - липопротеины низкой плотности
Анализ показателей, характеризующий углеводный обмен	- содержание инсулина; - оценка инсулинорезистентности (индекс Нома, индекс Саго); - глюкозо-толерантный тест
Гемостазиограмма	- активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ); - протромбиновый индекс (ПТИ); - фибриноген (А, В); - Д-димеры. По показаниям (привычное невынашивание): тромбоэластограмма
Обследование на инфекции, передающиеся половым путем	- хламидии; - уреаплазмы; - микоплазмы
Определение дополнительных показателей	- гомоцистеин; - прогестерон на 21–23-й день менструального цикла
Определение типа пищевого поведения	- голландский опросник DEBQ
Психологическое тестирование	- тест Спилберга–Ханина для оценки ситуативной и личностной тревожности; - тест Зунга для оценки депрессивных состояний
Инструментальные методы обследования	- УЗИ органов малого таза; - УЗИ почек; - УЗИ сердца; - ЭКГ

Методы диагностики	Клинико-лабораторные критерии
	По показаниям: УЗИ печени, УЗИ поджелудочной железы
Консультация специалистов	- терапевт; - эндокринолог; - акушер-гинеколог. По показаниям — кардиолог

На основании полученных результатов комплексного клинико-лабораторного обследования начинать I этап прегравидарной подготовки. На I этапе прегравидарной подготовки выделены базисная, стандартизированная, индивидуальная терапия (таблица 2).

Таблица 2 — Комплекс лечебных мероприятий на I этапе прегравидарной подготовки

Виды терапии	Методология
Базисная терапия	<p>Диетические рекомендации:</p> <ul style="list-style-type: none"> - четкая мотивация пациента; - ведение пищевого дневника. <p>Проводится <u>постепенная</u> коррекция питания и введение умеренно гипокалорийной диеты (расчет суточной потребности в калориях проводить с учетом скорости основного обмена и физической активности).</p> <p>Расчет скорости основного обмена (формула 1): женщины 18–30 лет: $(0,0621 \times \text{реальная масса тела в кг} + 2,0357) \times 240$; женщины старше 31 года: $(0,0342 \times \text{реальная масса тела в кг} + 3,5377) \times 240$.</p> <p>Расчет суммарного расхода энергии с поправкой на физическую активность (формула 2): скорость основного обмена, полученную в предыдущей формуле (1), умножают на коэффициент, отражающий физическую активность: 1,1 (низкая активность); 1,3 (умеренная активность); 1,5 (высокая активность);</p> <ul style="list-style-type: none"> - полученный результат будет отражать суточную потребность килокалорий с учетом физической активности, рассчитанную индивидуально. <p>Для постепенного снижения веса необходимо уменьшать калорийность пищи на 500–600 ккал в сутки, т. е. из числа, полученного из формулы 2,</p>

Виды терапии	Методология
	<p>вычесть 500–600 ккал.</p> <p>Основу диеты должны составлять продукты, со сложными углеводами (все виды свежих, отварных или тушеных овощей, фруктов, каши из всех сортов зерновых, рис, хлеб грубого помола).</p> <p>Увеличить употребление продуктов с содержанием полиненасыщенных жирных кислот (морепродукты — скумбрия, сельдь, тунец, лосось, креветки; оливковое, кукурузное, льняное, рапсовое масло).</p> <p>Включить в диету продукты, содержащие природные антиоксиданты: фасоль, дикая смородина, черная смородина (садовая), клюква, артишок (отварной), малина, чернослив, клубника, красные яблоки сорта «Делишес», яблоки сорта «Смит», яблоки сорта «Гала», черешня, сливы.</p> <p>Избегать употребления «скрытых» жиров, содержащихся в колбасных изделиях, субпродуктах, маргарине, кондитерских изделиях</p>
Базисная терапия	<p>Режим питания должен предусматривать 4–5-разовое употребление пищи со следующим распределением суточной калорийности: завтрак — 30%, второй завтрак — 15%, обед — 30–40%, полдник — 5–10%, ужин — 10–25%.</p> <p>Физическая нагрузка:</p> <ul style="list-style-type: none"> - по 30–60 мин в день умеренные динамические (аэробные) нагрузки ежедневно; по 30 мин 3–4 раза в неделю — интенсивные физические нагрузки (езда на велосипеде 30 мин), ходьба быстрым шагом (3 км за 30 мин); - плаванье 2 раза в неделю (40 мин)
Стандартизированная терапия	<p>Лекарственное средство омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, содержащее 1000 мг этиловых эфиров омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (300 мг эйкозапентаеновой кислоты, 200 мг докозапентаеновой кислоты). Суточная доза — 2000 мг в течение 3 мес.</p> <p>Лекарственное средство — таурин. Суточная доза — 1000 мг в течение 3 мес.</p>

Виды терапии	Методология
Индивидуальная терапия	<p>При наличии гипергликемии натощак и/или нарушения толерантности к глюкозе назначается метформина гидрохлорид, стартовая доза — 500 мг, постепенно увеличивая дозу (по 500 мг ежедневно) до 1–2 г/сут в 2 приема.</p> <p>При ИМТ ≥ 30 кг/м² или ИМТ ≥ 27 кг/м² в сочетании с абдоминальным ожирением, наследственной предрасположенностью к СД 2 типа и наличием факторов риска сердечно-сосудистых осложнений (дислипидемия, артериальная гипертензия, СД 2 типа) — орлистат 120–360 мг/сут либо сибутрамин 10–15 мг/сут в течение 3 мес.</p> <p>Коррекция артериальной гипертензии должна проводиться антигипертензивными средствами, нейтральными по отношению к углеводному и липидному обменам. Предпочтение отдается группе ингибиторов АПФ (лизиноприл — дозировка индивидуальна, начальная доза 2,5 мг/сут, поддерживающая — 5–20 мг/сут) и блокаторам рецепторов ангиотензин II (лозартан 50 мг/сут, максимальная суточная доза — 100 мг). При выраженной симпатикотонии используют β-адреноблокаторы (небиволол 2,5–5 мг/сут, максимальная суточная доза 10 мг).</p> <p>Психологическая коррекция. При работе с пациентками, наряду с общим, должен иметь место индивидуальный подход, учитывающий их психическое состояние, личностные особенности, индивидуальные реакции на актуальную психогению. Проводилось обучение управлению эмоциями. Индивидуально уточнялись особенности пищевого поведения, пищевых привычек</p>
Индивидуальная терапия	<p>При необходимости назначаются дневные транквилизаторы — адаптол (900–1500 мг/сут), тенотен (по 1 таблетке 3 раза в день), средства, содержащие ГАМК — фенибут (600–1500 мг/сут) в течение 1–2 мес.</p>

Продолжительность I этапа прегравидарной подготовки — 3–6 мес.

I этап прегравидарной подготовки считать эффективным:

- снижение массы тела на 10–15%;
- тенденция к нормализации уровня холестерина, триглицеридов, липопротеинов низкой плотности, липопротеинов высокой плотности;
- нормализация уровня глюкозы в крови натощак;

- нормализация артериального давления.

II этап прегравидарной подготовки непосредственно предшествует беременности и включает базисную, стандартизированную, индивидуальную терапию в течение 3 мес. (таблица 3).

Таблица 3 — Комплекс лечебных мероприятий на II этапе прегравидарной подготовки

Виды терапии	Методология
Базисная терапия	Продолжать соблюдение гипокалорийной диеты. Физическая активность
Стандартизированная терапия	Лекарственное средство омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, содержащее 1000 мг этиловых эфиров омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (300 мг эйкозапентаеновой кислоты, 200 мг докозапентаеновой кислоты). Суточная доза 1000 мг. Фолиевая кислота — 400 мкг/сут. Антиоксиданты (антиоксикапс, суточная доза — 1 капсула)
Индивидуальная терапия	Недостаточность лютеиновой фазы — прогестерон с 16-го по 25-й день цикла, 200 мг/сут. Тромбофилия — назначение градуированного компрессионного лечебного трикотажа (эластичные чулки, колготки), давление на ногу пациента должно составлять 16–20 мм рт. ст. в лежачем положении; фолиевая кислота — 4-8 мг/сут (при гипергомоцистеинемии); дипиридамола — 75 мг/сут при наличии гиперагрегационного синдрома; низкомолекулярные гепарины (далтепарин натрия) при наличии тромбинемии, длительность и доза низкомолекулярных гепаринов корректируется с учетом показателей гемостазиограммы
Индивидуальная терапия	Продолжение гипотензивной терапии. Продолжение психологической коррекции

Коррекция ведения пациентки после наступления беременности врачом-акушером-гинекологом, врачом-терапевтом, врачом-эндокринологом.

Алгоритм метода прегравидарной подготовки женщин с метаболическим синдромом отражен в приложении.

Алгоритм прегравидарной подготовки женщин с метаболическим синдромом

