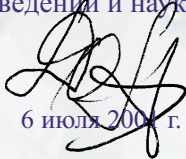


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

СОГЛАСОВАНО

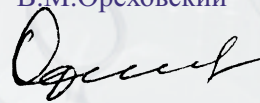
Заместитель начальника
Главного управления кадровой политики,
учебных заведений и науки Н.И. Доста



6 июля 2001 г.

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель
министра здравоохранения
В.М.Ореховский



7 июля 2001 г.
Регистрационный № 88-0601

ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГЕСТОЗОВ

Минск 2001

[Перейти к оглавлению](#)

Учреждения-разработчики: НИИ охраны материнства и детства, Белорусская медицинская академия последипломного образования

Авторы: канд. мед. наук О.Н. Харкевич, д-р мед. наук, проф. И.И. Канус, канд. мед. наук, доц. А.Н. Буянова, д-р мед. наук, проф. Ю.К. Малевич

Рецензенты: д-р мед. наук, проф. С.Н. Занько, канд. мед. наук, доц. О.Т. Прасмыцкий

Изложены современные подходы к диагностике, профилактике и интенсивной терапии гестоза и его основных осложнений. Представлены алгоритмы диагностики HELLP-синдрома, острого жирового гепатоза беременных, основные принципы комплексной интенсивной терапии гестоза и мониторинга ее адекватности, изложены показания к досрочному родоразрешению и алгоритм выбора тактики и метода родоразрешения, основные принципы ведения родов и послеродового периода. Авторы надеются, что использование представленных материалов позволит повысить эффективность работы акушерской, анестезиолого-реанимационной и перинатальной служб лечебно-профилактических учреждений республики, что будет способствовать стабилизации и снижению материнской и перинатальной заболеваемости и смертности от такого грозного осложнения беременности, как гестоз.

Методические рекомендации предназначены для врачей акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, терапевтов и других специалистов всех звеньев службы родовспоможения, а также для организаторов здравоохранения.

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь в качестве официального документа.

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	4
ЭТИОЛОГИЯ	7
КЛАССИФИКАЦИЯ ГЕСТОЗОВ	11
ДИАГНОСТИКА ГЕСТОЗА НА ДОКЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИИ В I–II ТРИМЕСТРАХ БЕРЕМЕННОСТИ	13
НЕОБХОДИМЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МИНИМУМ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГЕСТОЗА	14
ОБЪЕКТИВНЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГЕСТОЗА	16
ОСЛОЖНЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ГЕСТОЗА	19
HELLP-синдром	19
Острый жировой гепатоз беременных	20
ТЕРАПИЯ ГЕСТОЗОВ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ	22
Создание лечебно-охранительного режима	22
Лечебная диета	23
Гипотензивная терапия	23
ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ	26
Применение диуретических средств в комплексной терапии гестозов	27
Принципы профилактики и лечения синдрома ДВС	28
Профилактика и лечение фетоплацентарной недостаточности	28
ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ГЕСТОЗА (ПРЕЭКЛАМПСИИ И ЭКЛАМПСИИ)	30
Основные принципы	30
Седативная и противосудорожная терапия	30
Коррекция дыхательных расстройств	31
Коррекция гемодинамических, водно-электролитных, реологических и коагуляционных нарушений ..	33
Особенности интенсивной терапии при HELLP-синдроме и ОЖГБ	35
Мониторинг адекватности комплексной терапии тяжелых форм гестоза	36
Наиболее частые ошибки при лечении тяжелых форм гестоза	36
ПОКАЗАНИЯ К ДОСРОЧНОМУ РОДОРАЗРЕШЕНИЮ	38
РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПУТЕМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ	39
ВЕДЕНИЕ РОДОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ ГЕСТОЗОМ	41
ПРОФИЛАКТИКА ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ГЕСТОЗА	43

ВВЕДЕНИЕ

Гестоз — заболевание, встречающееся только во время беременности, что и определяет его название (gestatio — беременность). Несмотря на достигнутые успехи в профилактике и лечении этого осложнения беременности, оно остается одной из основных причин материнской и перинатальной смертности. В структуре причин материнской смертности по РФ гестоз стабильно занимает третье место и составляет 12–15%. В Республике Беларусь гестозы занимают среди причин материнской смертности второе место (от 11 до 23%) после акушерских кровотечений. Перинатальная смертность при гестозе составляет 18–30%, заболеваемость новорожденных — 640–780‰.

В Республике Беларусь в структуре заболеваемости беременных гестоз занимает 7-е место после анемии, угрозы невынашивания, заболеваний щитовидной железы, болезней мочеполовой системы, инфекционных заболеваний и болезней кровообращения. Частота гестозов колеблется в 1990–1999 гг. от 7,1 до 8,4%. В последние годы отмечается возрастание частоты гестоза до 17–20%. Это объясняется как улучшением диагностики заболевания, так и увеличением числа беременных групп высокого риска по развитию гестоза.

Ведущее место среди факторов риска по возникновению гестоза принадлежит экстрагенитальной патологии (до 70%). При ожирении гестоз встречается в 20% случаев, при заболеваниях почек — в 12%, при артериальной гипертензии — в 14%, а при сочетанной экстрагенитальной патологии — у 27% беременных. Факторами риска развития гестоза являются частые инфекции верхних дыхательных путей, профессиональные вредности, неблагоприятные социальные и бытовые условия, наличие в анамнезе гестоза, перинатальной заболеваемости и смертности во время предыдущей беременности, многоплодие, возраст беременной до 17 лет и старше 30 лет.

Бытует мнение, что клинически гестоз проявляется обычно во второй половине беременности (в связи с этим существовало старое определение гестоза — токсикоз второй половины беременности). Однако на основании углубленного изучения патогенеза заболевания установлено, что многие его патогенетические механизмы формируются значительно раньше. Около 13% состоящих на учете в женских консультациях беременных страдают гестозом (отеки, протеинурия и гипертензивные нарушения во время беременности, родов и в послеродовом периоде). Каждый пятый ребенок, родившийся от матери, страдающей гестозом, в той или иной мере отстает в физическом и психоэмоциональном развитии многие годы, а иногда и всю жизнь.

Для лечения и профилактики гестоза беременных предложено большое количество фармакологических препаратов, разработаны различные методы медикаментозного и немедикаментозного воздействия, однако эта проблема еще далека от окончательного решения. В настоящих методических рекомендациях систематизирован опыт отечественных и зарубежных исследователей, а также личный научный и практический опыт авторов по решению данной проблемы. Их использование позволит избежать ошибок и добиться положительных результатов в вопросах диагностики, профилактики и лечения гестозов у беременных.

Гестоз — это осложнение беременности, обусловленное несоответствием возможностей адаптационных систем организма матери адекватно обеспечить потребности развивающегося плода. Проявляется синдромом полиорганной недостаточности (ПОН), который развивается в результате беременности и, как правило, исчезает после родоразрешения.

До настоящего времени не сформировалось единое представление об этиологии и патогенезе гестозов, хотя существует большое количество теорий данного заболевания («болезнь теорий» по Цвейфелю). Не дискутируется только один этиологический момент — наличие беременности (плодного яйца). Вероятнее всего, для возникновения гестоза существуют различные пусковые механизмы. Сам же гестоз представляет собой тяжелую патологию с вовлечением множества патогенетических звеньев, замыкающих порочные круги смешанной гипоксии и проявляющуюся, в конечном итоге, ПОН.

Предполагается, что важное значение в развитии гестоза имеют иммуногенетический фактор, а также иммунологический конфликт между матерью и плодом (гиперреакция организма матери на фетоплацентарный комплекс). В свою очередь иммунные расстройства вызывают нарушения функционального состояния ЦНС, обменных процессов, гормонального статуса. В частности, не исключается возможность влияния активации реакции перекисного окисления липидов (ПОЛ) на тяжесть гестоза.

Однако ведущими факторами патогенеза гестоза большинство исследователей этой проблемы считают нарушения в системе макро- и микроциркуляции, определяющие степень тяжести, прогноз и исход заболевания. Главным из них является генерализованный артериолоспазм, ухудшающий перфузию тканей, вызывающий гипертензию и жесточайшую гипоксию матери и плода. Среди причин, предрасполагающих к вазоконстрикции, указываются избыточный выброс ренина, увеличение образования ангиотензина, снижение продукции вазодилататоров, простагландинов, активация ПОЛ. Следует выделить также торможение миграции трофобласта и отсутствие трансформации мышечного слоя спиральных артерий.

ЭТИОЛОГИЯ



Весьма убедительно объяснение микроциркуляторной катастрофы и развития ПОН с позиций волнометрических и волеметрических нарушений гемодинамики. К III триместру нормально протекающей беременности значительно увеличивается емкость сосудистого русла, для заполнения которого на 25–35% (1200–1500 мл) возрастает объем циркулирующей крови (ОЦК) в основном за счет плазмы. При гестозе ОЦК или не изменяется, или увеличивается незначительно (400–800 мл). Возникает несоответствие между емкостью сосудистого русла и ОЦК, что приводит к гиповолемии. Снижается венозный возврат к сердцу, компенсаторно увеличивается число сердечных сокращений (ЧСС), падает сердечный выброс. Включающиеся системы ауторегуляции начинают уменьшение емкости сосудистого русла с целью его «подгонки» к низкому ОЦК за счет спазма периферических сосудов, что немедленно приводит к возрастанию общего периферического сопротивления (ОПС).

Чем ниже сердечный выброс, выше ОПС и ЧСС, тем тяжелее течение гестоза и хуже прогноз для матери и плода.

В спазмированных сосудах периферии капиллярный кровоток становится прерывистым, начинается агрегация эритроцитов, заполнение ими концевых капилляров, сладжирование. Повышается вязкость крови, снижается скорость кровотока, нарастает метаболический ацидоз. В зонах вазоконстрикции при выраженном ацидозе появляются участки ишемии органов, из которых в кровоток поступают биологически активные полипептиды, изменяющие проницаемость мембран эндотелия. Жидкая часть крови с низкомолекулярными белками (альбуминами) мигрирует из сосудистого русла в интерстициальное пространство, затем в ткани. Появляются отеки. Снижается коллоидно-осмотическое давление плазмы (КОД), возрастает дефицит ОЦК, усугубляется гиповолемия и гипоксия тканей, вызывая ответное усиление вазоконстрикции. Порочный круг замыкается.

Нарушения гемодинамики при тяжелом гестозе характеризуются наличием артериальной гипертензии на фоне гиповолемии (низкий ОЦК) и внесосудистой гипергидратации.

Нарушается и система гемостаза, что связано с изменением агрегатного состояния крови, повышением уровня растворимых комплексов фибрина, разрушением мембран и выходом тромбопластических субстанций в кровь, потреблением факторов противосвертывающей системы крови. Развивается «хронический» синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС), которому способствует агрегация тромбоцитов под влиянием биоактивных полипептидов из зон ишемии. Возникновение коагулопатии на фоне повышенной проницаемости эндотелия сосудов способствует развитию петехиальных кровоизлияний и тромбозов, прежде всего в так называемых «шокогенных» органах: легких, печени, почках, головном мозге, матке, плаценте.

Изменения в легких при тяжелых формах гестоза, а тем более при эклампсии, носят характер респираторного дистресс-синдрома взрослых. Всегда имеет место острая дыхательная недостаточность (ОДН) различной степени выраженности. Ее формируют:

- интерстициальный отек легких с затруднением газообмена через утолщенную альвеолокапиллярную мембрану;
- экспираторное закрытие части дыхательных путей с нарушением вентиляционно-перфузионных отношений, с шунтированием неоксигенированной венозной крови в большой круг кровообращения;
- расстройства центральной регуляции и биомеханики дыхания.

Резко усугубляется ОДН при возникновении судорожного синдрома. В связи с длительной гипертензией большого круга кровообращения может развиваться левожелудочковая недостаточность с последующим отеком легких, чему способствуют также низкое КОД крови и высокая проницаемость мембран эндотелия.

Значительно нарушаются гликогенообразовательная, дезинтоксикационная и особенно белок-синтетическая функция печени: резко снижен синтез альбуминов (гипопротеинемия), белков свертывания, ферментов. Из зон ишемии печеночной ткани в круг кровообращения поступают биологически активные полипептиды, замыкая очередной порочный круг.

Нарушение почечной гемодинамики, сопровождающееся гипоксией почечной ткани, ведет к избыточному выбросу ренина, повышению уровня ангиотензина, что усиливает спазм сосудов и повышает артериальное давление (АД). Страдает фильтрационно-реабсорбционная функция почек с преобладанием реабсорбции над фильтрацией (задержка Na^+ , H_2O , олигурия, отеки). Происходит перемещение жидкости из сосудистого сектора в интерстициальный с уменьшением ОЦК. Замыкается порочный почечный круг.

Характер церебральной недостаточности при тяжелых формах гестозов обусловлен гипоксемическим отеком, петехиальными кровоизлияниями и тромбозами мелких сосудов головного мозга. Эти же изменения вызывают судорожную готовность, приступы судорог, эclamпическую кому.

Сократительная способность матки страдает из-за дистрофических процессов в миометрии вследствие нарушения тканевого кровотока. Развивающаяся слабость родовых сил на фоне нарушенной свертывающей системы крови вызывает преждевременную отслойку плаценты и переводит «хронический» синдром ДВС в подострый или острый с последующим массивным кровотечением. Развивается хроническая фетоплацентарная недостаточность, которая может быстро декомпенсироваться во время беременности и в родах.

КЛАССИФИКАЦИЯ ГЕСТОЗОВ

Классификация ВОЗ (МКБ 10-го пересмотра, 1998 г.):

642.4 Легкая или неуточненная преэклампсия.

642.5 Тяжелая преэклампсия.

642.6 Эклампсия.

Американская классификация:

- Транзиторная гипертензия беременных.
- Хроническая гипертензия беременных.
- Протеинурия с гипертензией или без нее.
- Преэклампсия.
- Эклампсия.

Российская классификация гестозов (1996):

1. По степени тяжести:

- прегестоз,
- водянка беременных,
- нефропатия беременных: (легкой степени, средней степени, тяжелой степени);
- преэклампсия,
- эклампсия.

2. По форме развития:

1) чистые и сочетанные формы. Чистые формы — при неосложненном соматическом анамнезе. Сочетанные формы — на фоне экстрагенитальных заболеваний.

2) типичные и атипичные формы. Типичные формы — триада симптомов (отеки, гипертензия, протеинурия). Атипичные формы — моно- или бисимптомное течение, бессудорожная эклампсия.

Единой общепринятой классификации гестоза в настоящее время нет. Завершается переход всех учреждений здравоохранения республики к использованию классификации ВОЗ 10-го пересмотра. Согласно этой классификации, к легкой или неуточненной преэклампсии (642.4) следует относить нефропатию беременных легкой и средней степени, к тяжелой преэклампсии (642.5) — тяжелую нефропатию беременных и преэклампсию, к эклампсии (642.6) — эклампсию беременных.

ДИАГНОСТИКА ГЕСТОЗА НА ДОКЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИИ В I–II ТРИМЕСТРАХ БЕРЕМЕННОСТИ

О доклинической стадии заболевания свидетельствует наличие следующих 2–3 признаков:

1. Прогрессирующее в динамике беременности снижение числа тромбоцитов (до 160×10^9 /л и менее).
2. Гиперкоагуляция в клеточном и плазменном звеньях гемостаза:
 - повышение агрегации тромбоцитов до 76%;
 - снижение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) менее 20 с;
 - гиперфибриногенемия до 4,5 г/л.
3. Снижение уровня антикоагулянтов:
 - эндогенного гепарина до 0,07 ед. мл;
 - антитромбина III до 63%.
4. Лимфопения (18% и менее).
5. Нарушение кровотока в сосудах маточно-плацентарного русла (по данным доплерометрии).

НЕОБХОДИМЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МИНИМУМ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГЕСТОЗА

Критериями оценки степени тяжести течения гестоза являются:

1. Оценка состояния глазного дна.
2. Биохимические показатели крови:
 - печеночные трансаминазы;
 - билирубин и его фракции;
 - общий белок и его фракции;
 - мочевины;
 - креатинин;
 - электролиты (K^+ , Na^+ , Cl^-);
 - глюкоза.
3. Параметры гемостаза:
 - тромбоэластография;
 - АЧТВ;
 - число и агрегация тромбоцитов;
 - фибриноген и ПДФ;
 - концентрация эндогенного гепарина;
 - антитромбин III.
4. Концентрационные показатели крови:
 - гематокрит;
 - гемоглобин;
 - число эритроцитов.
5. Исследование функции почек:

Диагностика, профилактика и лечение гестозов

- общий анализ мочи;
- почасовой диурез;
- суточный диурез.

6. ЭКГ.

7. Центральное венозное давление (ЦВД).

8. УЗИ жизненно важных органов матери и плода.

9. Доплерометрия материнской и плодовой гемодинамики.

ОБЪЕКТИВНЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГЕСТОЗА

Наличие хотя бы одного из признаков свидетельствует о тяжелой степени течения гестоза и большой вероятности (более 80%) развития эклампсии:

- систолическое АД 160 мм рт. ст. и выше,
- диастолическое АД 110 мм рт. ст. и выше,
- протеинурия до 5 г в сутки и более,
- олигурия (объем мочи в сутки 500 мл и менее),
- тромбоцитопения ($100 \times 10^9/\text{л}$ и менее),
- гипокоагуляция,
- повышение печеночных ферментов,
- гипербилирубинемия.

До настоящего времени в нашей стране широкое практическое применение имеет шкала оценки тяжести гестоза в баллах по Г.М. Савельевой и Goek.

Таблица 1

Оценка степени тяжести гестозов в баллах
(Савельева Г.М., Goek)

Симптомы	Оценка, баллы			
	0	1	2	3
1. Отеки	нет	на голенях или патологическая прибавка массы	на голенях, передней брюшной стенке	генерализованные
2. Протеинурия, г/л	нет	0,033–0,132	0,132–1,0	1,0 и выше
3. Систолическое АД, мм рт. ст.	ниже 130	130–150	150–170	170 и выше
4. Диастолическое АД, мм рт. ст.	до 85	85–90	90–100	110 и выше
5. Срок беременности, при котором впервые диагностирован гестоз	нет	36–40	35–30	24–30 и раньше
6. Гипотрофия плода	нет	–	Отставание на 1–2 недели	Отставание на 3 и более недель
7. Фоновые заболевания: заболевания почек, ГБ, эндокринопатии, ХНЗЛ, ожирение, хронические заболевания печени, пороки сердца	нет	Проявление заболевания до беременности	Проявление заболевания во время беременности	Проявление заболевания вне и во время беременности

Всего баллов: 7 и менее — гестоз легкой степени, 8–11 — гестоз средней степени, 12 и более — гестоз тяжелой степени.

Считаем необходимым обратить внимание практических врачей на тот факт, что раннее клиническое проявление гестоза в сроке беременности до 30 недель (4 балла) на фоне сопутствующей экстрагенитальной патологии до и во время беременности (4 балла), сопровождающееся задержкой развития плода на 3 и более недель (4 балла), в сумме уже дает 12 баллов. В этом случае при умеренно выраженных отеках даже при отсутствии гипертензии и протеинурии гестоз будет иметь тяжелое течение.

ОСЛОЖНЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ГЕСТОЗА

- острая почечная недостаточность,
- кома,
- кровоизлияние в мозг,
- дыхательная недостаточность,
- отек легких,
- отслойка сетчатки,
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты,
- плацентарная недостаточность,
- HELLP-синдром,
- острый жировой гепатоз беременных (ОЖГБ),
- синдром ДВС.

К наиболее тяжелым формам гестоза относятся HELLP-синдром и ОЖГБ.

HELLP-синдром

При тяжелой форме гестоза развивается в 4–12% случаев. Материнская смертность достигает 75%. Высокая перинатальная смертность.

Характерно проявление триады симптомов: H (hemolysis) — гемолиз; EL (elevated liver enzymes) — повышение ферментов печени; LP (low platelet count) — низкое число тромбоцитов.

Лабораторная диагностика:

- повышение трансаминаз: АСТ > 200 ЕД/л, АЛТ > 70 ЕД/л, ЛДГ > 600 ЕД/л;
- тромбоцитопения менее $100 \times 10^9/\text{л}$;
- антитромбин III менее 70%;

- внутрисосудистый гемолиз;
- повышение билирубина.

Клиническая картина (стремительное нарастание симптомов):

Первоначальные проявления неспецифичны: головная боль, слабость, рвота, боли в животе (чаще в правом подреберье или диффузные).

Вторичные проявления: рвота, окрашенная кровью, кожно-геморрагические проявления, желтуха, печеночная недостаточность, судороги, выраженная кома.

Осложнения:

- разрыв печени с кровотечением в брюшную полость;
- коагулопатическое профузное маточное кровотечение в послеродовом периоде;
- тотальная преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- молниеносное развитие печеночно-почечной недостаточности.

Острый жировой гепатоз беременных

Чаще развивается у первобеременных.

Лабораторная диагностика:

- гипербилирубинемия за счет прямой фракции;
- гипопротеинемия 60 г/л и менее;
- гипофибриногенемия 2 г/л и менее;
- невыраженная тромбоцитопения;
- незначительное увеличение трансаминаз.

Клиническое течение имеет 2 периода.

Безжелтушный период: снижение или отсутствие аппетита, слабость, изжога, тошнота, рвота, боли и чувство тяжести в эпигастральной области, кожный зуд, снижение массы тела.

Желтушный период — бурная клиника печечно-почечной недостаточности: желтуха, олигоанурия, периферические отеки, скопление жидкости в серозных полостях, маточное кровотечение, антенатальная гибель плода.

Осложнения:

— печеночная кома с нарушением функции головного мозга от незначительных нарушений сознания до его глубокой потери с угнетением рефлексов.

ТЕРАПИЯ ГЕСТОЗОВ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Основные принципы: 1) создание лечебно-охранительного режима; 2) лечебная диета; 3) ликвидация гиповолемии; 4) гипотензивная терапия; 5) нормализация сосудистой проницаемости; 6) регуляция водно-солевого обмена; 7) нормализация метаболизма; 8) нормализация реологических и коагуляционных свойств крови; 9) профилактика ПОН; 10) антиоксидантная терапия; 11) профилактика и лечение плацентарной недостаточности.

Создание лечебно-охранительного режима

Целью создания лечебно-охранительного режима является нормализация функции центральной нервной системы. Осуществляется за счет проведения седативной и психотропной терапии. Используются седативные средства растительного происхождения (настой или таблетки валерианы 3 раза в день, экстракт пустырника по 20 капель 3–4 раза в день, настойка пиона по 1 чайной ложке 3 раза в день внутрь, экстракт полевого артишока) в сочетании со снотворными препаратами (уноктин или радедорм по 1 таблетке перед сном) или транквилизаторами (реланиум, седуксен, феназепам, нозепам). При гестозе средней степени все манипуляции проводят на фоне ингаляционной анестезии с использованием транквилизаторов бензодиазепанового ряда, нейролептиков, анальгетиков, антигистаминных препаратов, барбитуратов по показаниям.

Лечебная диета

Полноценное и сбалансированное питание. Белково-растительная диета калорийностью 3000–3500 ккал должна содержать 110–120 г/сут белка. Количество жидкости ограничивается до 1300–1500 мл, поваренной соли — менее 6 г в сутки. Исключаются острые и жирные блюда, соленья. Беременным с экстрагенитальной патологией необходима диета с учетом стола, рекомендуемого для каждой патологии. Витаминотерапия на протяжении всей беременности. Антиоксидантная терапия (витамин Е — 300 мг/сут, витамин С — 100 мг/сут, глутаминовая кислота — 3 г/сут). Для восстановления структурно-функциональных свойств клеточных мембран применяются эссенциале-форте (по 2 капсулы 3 раза в день), липостабил (по 2 капсулы 3 раза в день).

Гипотензивная терапия

Показания:

- систолическое АД превышает исходное на 30 мм рт. ст.;
- диастолическое АД превышает исходное на 15 мм рт. ст.

Препараты выбора:

1. Антагонисты кальция:

- магния сульфат до 12 г/сут;
- верапамил 80 мг 3 раза в сутки;
- норваск 5 мг 1 раз в сутки.

2. Блокаторы и стимуляторы адренергических рецепторов:

- клофелин 0,15 мг 3 раза в сутки;
- атенолол 50–100 мг 1 раз в сутки (при гиперкинетическом типе гемодинамики);
- лабетолол до 300 мг/сут;
- допегит (метилдопа) — 12,3 мг/кг/сут.

3. Вазодилататоры:

- гидралазин 10–25 мг 3 раза в сутки;
- нитропруссид натрия 50–100 мкг/сут.

4. Ганглиоблокаторы (для управляемой относительной артериальной нормотонии): пентамин 5% — 0,2–0,75 мл, бензогексоний 2,5% — 1–1,5 мл (применяются только при интенсивной терапии гестоза тяжелой степени с выраженным гипертензивным синдромом).

Принципы гипотензивной терапии:

При гестозе легкой степени: монотерапия одним из препаратов.

При гестозе средней степени:

1. Комплексная терапия в течение 5–7 дней:

- антагонисты кальция + клофелин (эффект 85%);
- вазодилататоры + клофелин (82%);
- сернокислая магнезия + спазмолитики.

2. Переход на монотерапию при наличии эффекта.

Методика проведения магнезимальной терапии:

Сернокислая магнезия вводится внутривенно, первоначальная доза — 2,5 г, суточная — 12 г. Последующую дозу рассчитывают соответственно массе тела: при массе до 65 кг — 0,01 г/кг/ч, при массе 65–75 кг — 0,02 г/кг/ч, более 75 кг — 0,02–0,03 г/кг/ч. Введение препарата продолжают до стабилизации АД и состояния больной, но не менее 24 ч после родов. Проводится под контролем частоты дыхания (ЧД не менее 16 в 1 мин), почасового диуреза (не менее 30 мл/ч), коленных рефлексов, и определяют концентрацию магния в сыворотке крови (если это возможно).

*Уровень концентрации магния в сыворотке
при лечении тяжелых форм гестоза*

Параметры	Содержание сульфата магния, ммоль/л
Нормальные пределы	0,75–1,25
Эффективный противосудорожный эффект	2,5
Исчезновение рефлексов	5,0
Угнетение дыхания	7,5
Остановка сердца	15,0
Безопасный предел	2,5–3,75

ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ

Показания к ИТТ:

- 1) легкий гестоз при длительном течении;
- 2) легкий гестоз при рецидивирующем течении;
- 3) гестоз средней и тяжелой степени тяжести;
- 4) синдром задержки внутриутробного развития плода (ЗВУР);
- 5) преэклампсия;
- 6) эклампсия.

Цель ИТТ:

- 1) нормализация ОЦК;
- 2) нормализация КОД плазмы крови;
- 3) коррекция реологических и коагуляционных свойств крови;
- 4) нормализация макро- и микрогемодинамики.

Используемые препараты:

- свежемороженая плазма;
- альбумин;
- инфукол (6% и 10% раствор крахмала);
- мафусол;
- хлосоль;
- раствор Рингера — Лактат;
- реополиглюкин, неорондекс;
- 10–20% раствор глюкозы.

Принципы проведения ИТТ:

1. Соотношение коллоиды: кристаллоиды не менее чем 2:1.
2. Введение декстранов не должно превышать 500 мл/сут.
3. Контроль показателей (критерии адекватности ИТТ):
 - гематокрит не ниже 0,27 г/л, не выше 0,35 г/л;
 - почасовой диурез 50–100 мл/ч;
 - ЦВД не менее 6–8 см вод. ст.;
 - АД в пределах физиологической нормы;
 - концентрация белка в крови не менее 60 г/л;
 - показатели гемостаза в пределах физиологической нормы.

Применение диуретических средств в комплексной терапии гестозов

Много дискуссий вызывает использование при гестозе диуретиков. С позиций современного акушерства применение диуретических средств в комплексной терапии гестоза должно быть следующим:

При гестозе легкой степени:

- диетотерапия;
- фитосборы.

При гестозе средней степени тяжести:

- диетотерапия, фитосборы;
- при отсутствии эффекта — калийсберегающие диуретики (триампур по 1 таблетке в течение 2–3 дней);
- при отсутствии эффекта — салуретики (лазикс).

При гестозе тяжелой степени — только салуретики (лазикс).

Принципы профилактики и лечения синдрома ДВС

Основной целью профилактики является перевод ДВС в компенсированную форму, так как до окончания родоразрешения устранить его полностью нельзя.

Принципы проведения: При наличии признаков хронического течения ДВС во время беременности, в родах и послеродовом периоде патогенетически обоснованным принципом профилактики массивного коагулопатического кровотечения является одновременное применение свежезамороженной плазмы в сочетании с малыми дозами гепарина и большими дозами ингибиторов протеаз:

- свежезамороженная плазма не менее 400 мл;
- гепарин 2 500–5 000 ЕД (фраксипарин 0,3 мл) подкожно или 500 ЕД инфузионно;
- контрикал (овомин, трасилол, гордокс) 80 000–100 000 ЕД внутривенно одномоментно.

Применение гепарина без свежезамороженной плазмы является тактической ошибкой, так как препарат не оказывает необходимого антикоагуляционного эффекта при наличии дефицита фактора VIII и антитромбина III.

Лабораторный контроль эффективности профилактики и лечения синдрома ДВС:

- нормализация АПТВ;
- укорочение показателя тромбоэластограммы «г + к» до 20 мм;
- нормализация протромбинового времени;
- уровень фибриногена более 2 г/л;
- нормализация уровня тромбоцитов.

Профилактика и лечение фетоплацентарной недостаточности

Профилактика:

- фолиевая кислота 5 мг 3 раза в день внутрь;
- рибоксин по 0,2 г 3 раза в день внутрь;

- курантил № 75 по 1 таблетке 3 раза в день внутрь;
- метионин по 0,25 3 раза в день внутрь;
- глутаминовая кислота по 1 г 2–3 раза в день;
- галаскорбин 0,5 г 3 раза в день внутрь;
- витаминотерапия.

Лечение компенсированной хронической фетоплацентарной недостаточности (использование 2–3 препаратов):

- сигетин 1–2 мл 1% раствора внутримышечно или 0,05–0,1 г внутрь;
- курантил № 75 по 1 таблетке 3 раза в день внутрь;
- трентал по 150 мг 3 раза в день внутрь;
- рибоксин по 0,2 г 3 раза в день внутрь;
- бемитил по 0,5 г 2 раза в день;
- эссенциале по 2 капсулы 2–3 раза в день внутрь.

Лечение субкомпенсированной и декомпенсированной фетоплацентарной недостаточности:

- сигетин 1% раствор 2 мл внутривенно с интервалом 0,5–1 ч;
- курантил 0,5% раствор 2–4 мл внутривенно медленно;
- трентал 300 мг внутривенно;
- рибоксин 0,2 г внутривенно;
- эссенциале.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ГЕСТОЗА (преэклампсии и эклампсии)

Основные принципы

Поставленные задачи решаются параллельно и одновременно.

1. Комплексная интенсивная терапия, направленная на коррекцию нарушений жизненно важных функций организма:

- седативная и противосудорожная терапия;
- коррекция дыхательных расстройств;
- коррекция гемодинамических нарушений;
- нормализация водно-электролитного обмена;
- нормализация реологических и коагуляционных свойств крови;
- нормализация структурно-функциональных свойств клеточных мембран и клеточного метаболизма.

2. Быстрое и бережное родоразрешение.

Седативная и противосудорожная терапия

Проводится при угрозе развития судорожного синдрома или для купирования уже развившегося. После предварительной проверки проходимости дыхательных путей — немедленное выключение сознания больной одним из ингаляционных наркотических веществ (фторотан, галотан, изофлюран и др.). В дальнейшем любые манипуляции проводят на фоне седативной терапии.

Используемые препараты:

- транквилизаторы группы бензодиазепинов (диазепам, диазепекс, реланиум, седуксен и др.) — 10–20 мг внутривенно. Кратность введения устанавливается индивидуально до достижения необходимого уровня седации;
 - нейролептики группы бутирофенов (дроперидол, галоперидол) — 50–100 мг внутривенно, введения повторяют при необходимости;
 - сульфат магния как фоновый препарат. Начальная доза — 5–6 г внутривенно медленно, поддерживающая — 2 г/ч;
 - при отсутствии перечисленных препаратов допустимо использование 1% раствора барбитуратов до поверхностных уровней утраты сознания;
 - при необходимости обезболивания (после оперативного вмешательства) — наркотические (промедол, морфин, фентанил) и ненаркотические (спазмалгон, трамадол, баралгин, кетанов и др.) анальгетики;
 - при проведении седативной терапии необходима постоянная оксигенация.
- В качестве компонента противосудорожной терапии не должен использоваться оксибутират натрия, так как он повышает АД, вызывает психомоторное возбуждение и способствует задержке натрия в организме.

Коррекция дыхательных расстройств

1. Вопрос о необходимости респираторной поддержки, способе и методе ее проведения решается строго индивидуально и зависит от информации о степени нарушения дыхания и состояния больной.
2. Степень нарушения дыхания оценивается по следующим признакам:
 - выраженная или нарастающая одышка;
 - усиливающийся цианоз;
 - длительность апноэ после приступа судорог;

- брадикапноэ;
- патологические типы дыхания;
- снижение уровня сатурации крови при пульсоксиметрии;
- возрастание напряжения $p\text{CO}_2$ при контроле КОС.

3. Показания к проведению искусственной вентиляции легких (ИВЛ):

- судорожная готовность, не устраняющаяся проводимой противосудорожной терапией;
- приступ эклампсии;
- необходимость абдоминального родоразрешения;
- отек легких;
- отсутствие или нарушение сознания вне приступа;
- сочетание эклампсии с кровопотерей.

ИВЛ проводится в режиме умеренной гипервентиляции с периодическим или постоянным применением положительного давления в конце выдоха (не выше 8–10 см вод. ст.).

4. Показания к переводу больной с ИВЛ на самостоятельное дыхание:

- отсутствие одышки (частота дыхания не более 22 в мин);
- отсутствие дыхательных нарушений по данным КОС;
- насыщение крови кислородом не ниже 95%, при FiO_2 — не ниже 21%;
- восстановление сознания;
- стойкая стабилизация гемодинамических показателей (АД не выше 140–90 мм рт. ст., ЦВД 5–10 см вод. ст., отсутствие тахикардии);
- нормализация почасового диуреза.

Преждевременное прекращение ИВЛ приводит к усугублению гипоксии и гипоксемии и нередко переводит состояние больной из тяжелого в критическое, а иногда — в необратимое.

Коррекция гемодинамических, водно-электролитных, реологических и коагуляционных нарушений

Показания: артериальная гипертензия, сниженный ОЦК, патологическая задержка жидкости в интерстициальном секторе, диспротеинемия, низкое КОД крови, нарушение реологии и коагуляционных свойств крови, нарушения водно-электролитного обмена.

Цель — нормализация макро- и микро- гемодинамики путем проведения ИТТ и гипотензивной терапии.

Используемые препараты при ИТТ: альбумин, свежемороженая плазма, ХАЕС-стерил, инфукол (6% и 10% растворы крахмала), реополиглюкин, неорондекс, дисоль, хлосоль, раствор Рингера — Лактат, 10–20% раствор глюкозы, дезагреганты (трентал, курантил, ксантинола никотинат).

Принципы проведения ИТТ:

- ИТТ проводится одновременно в две вены: центральную и периферическую;
- осуществляется постоянный мониторинг ЦВД;
- соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов не менее чем 2:1;
- на начальном этапе ИТТ (1–2 сут) доля коллоидно-осмотических препаратов (свежемороженая плазма, альбумин) должна составлять не менее 60% суточного объема инфузии. Этим достигается переход жидкости из интерстициального пространства в сосудистое русло;
- скорость инфузии определяется в зависимости от показателей волемии, гемодинамики и диуреза;
- объем ИТТ не должен превышать 40–50 мл на кг массы в сутки и проводится под контролем АД, ЦВД, почасового и суточного диуреза, гематокрита, общего белка и показателей гемостаза;

- с целью улучшения реологических свойств крови назначаются дезагреганты (трентал, курантил, ксантинола никотинат), декстраны;
- введение декстранов не должно превышать 15 мл/кг/сут;
- стимуляцию диуреза салуретиками (лазикс 20–40 мг) начинают при ЦВД не менее 5–6 см вод. ст., общем белке крови не ниже 60 г/л, диурезе менее 30 мл/ч, для предотвращения миграции жидкой части крови в интерстиций и усиления внеклеточной гипергидратации. При необходимости введение лазикса повторяют;
- при отсутствии эффекта показана изолированная ультрафильтрация;
- при развитии ОПН пациентку после родоразрешения переводят в специализированное нефрологическое отделение для гемодиализа.

Гипотензивная терапия

Показания: систолическое АД превышает исходное на 30 мм рт. ст., диастолическое АД превышает исходное на 15 мм рт. ст.

Используемые препараты:

- антагонисты кальция и блокаторы кальциевых каналов: магния сульфат, препараты нифедипинового ряда, верапамил;
- блокаторы и стимуляторы адренергических рецепторов: клофелин, допегит (метилдопа);
- вазодилататоры: нитропруссид натрия, изокет, перлингонит, гидралазин;
- ганглиоблокаторы: пентамин, бензогексоний, гигроний;
- спазмолитики и гипотензивные средства: но-шпа, папаверин, спазмалгон, триган, дибазол, эуфиллин и др.

Принципы проведения гипотензивной терапии:

- условием эффективности проводимой гипотензивной терапии является коррекция гиповолемии;

– уровень АД следует удерживать не ниже 130/80 мм рт. ст., так как быстрое снижение АД при неустраненной гиповолемии может усугубить состояние больной (ухудшение мозгового кровообращения) и создать угрозу жизнедеятельности плода;

– комплексная гипотензивная терапия проводится наиболее рациональным сочетанием фармакологических препаратов с учетом преобладания при тяжелых формах гестоза гипокINETического (59%) и эукинетического (41%) типов центральной гемодинамики (ЦГД): или клофелин — 0,004 мг/кг/сут + нифедипины — 0,05 мг/кг/сут, или клофелин — 0,004 мг/кг/сут + вазодилататоры (нитропруссид натрия — 50–100 мкг), или допегит (метилдопа) — 12,5 мг/кг/сут + нифедипины — 0,05 мг/кг/сут на фоне внутривенного введения сернокислой магнезии в суточной дозе до 12 г;

– при необходимости гипотензивную терапию дополняют введением ганглиоблокаторов (бензогексоний 2,5% — 1–1,5мл; пентамин 5% — 0,2–0,75 мл медленно), спазмолитиков;

– необходимо учитывать гипотензивный эффект препаратов, применяемых с целью седации (транквилизаторы, бензодиазепины).

Проведение комплексной ИТТ и гипотензивной терапии устраняет нарушения общего и органного кровотока, а также нормализует тканевую перфузию.

Нормализация структурно-функциональных свойств клеточных мембран и клеточного метаболизма осуществляется введением антиоксидантов (витамин Е, солкосерил), мембраностабилизаторов (глюкокортикоиды, эссенциале, липостабил, эйконол), мембранопротекторов (глутаминовая кислота, 10–20% раствор глюкозы, витамин С).

Особенности интенсивной терапии при HELLP-синдроме и ОЖГБ

1. Интенсивная комплексная терапия гестоза начинается до операции, продолжается интраоперационно и в послеоперационном периоде и дополняется:

- ингибиторами протеолиза (овомин 300 000 ед./сут, или контрикал 60 000 ед./сут, или гордокс до 600 000 ед./сут);
- глюкокортикоидами (преднизолон — не менее 500 мг/сут);
- гепатопротекторами (1% раствор глутаминовой кислоты, 10–20% раствор глюкозы, витамин С);
- антибактериальной терапией.

2. В качестве предоперационной подготовки проводится интенсивная инфузионно-трансфузионная терапия, включая СЗП, тромбоцитарную массу.

3. Срочное абдоминальное родоразрешение под общим обезболиванием с ИВЛ.

4. Продленная ИВЛ после операции.

5. По показаниям проведение плазмофереза и ультрафильтрации.

Мониторинг адекватности комплексной терапии тяжелых форм гестоза

1. Гемодинамический мониторинг (АД 130/80–140/90 мм рт. ст., отсутствие тахикардии).

2. ЦВД — 5–8 (не более 10) см вод. ст.

3. Гемоглобин не менее 80 г/л, эритроциты не менее $2,5 \times 10^{12}/л$, гематокрит не менее 0,25 г/л.

4. Тромбоциты не менее $100 \times 10^9/л$.

5. Биохимические показатели крови в пределах физиологической нормы.

6. Показатели функции внешнего дыхания в нормальных пределах.

7. Адекватный почасовой и суточный диурез.

8. Восстановление сознания.

Наиболее частые ошибки при лечении тяжелых форм гестоза

1. Недооценка тяжести состояния больной (степени тяжести гестоза) из-за недостаточного уровня обследования или неправильной трактовки полученных данных.

2. Неадекватная терапия и/или ее несвоевременная реализация:

- слишком глубокий уровень седации (снижена дезинтоксикационная функция печени, гипопротеинемия, гиповолемия);
- несвоевременное (позднее) начало респираторной поддержки (ИВЛ);
- несвоевременный (ранний) перевод с ИВЛ на спонтанное дыхание;
- быстрое снижение АД при проведении гипотензивной терапии;
- бесконтрольная инфузионно-трансфузионная терапия, способствующая гипергидратации (неправильный выбор качества и количества инфузионных средств);
- необоснованное применение диуретиков (назначение их до устранения гиповолемии).

3. Неправильная тактика родоразрешения.

4. Неполноценная профилактика кровотечения.

ПОКАЗАНИЯ К ДОСРОЧНОМУ РОДОРАЗРЕШЕНИЮ

Показания со стороны матери:

- 1) гестоз легкой степени тяжести при отсутствии эффекта от комплексной терапии в течение 10–14 дней;
- 2) гестоз средней степени тяжести при отсутствии эффекта от терапии в течение 5–6 сут;
- 3) гестоз тяжелой степени, преэклампсия при отсутствии эффекта от терапии в течение 3–12 ч;
- 4) эклампсия и ее осложнения;
- 5) HELLP-синдром;
- 6) ОЖГБ.

Показания со стороны плода:

- 1) задержка внутриутробного развития плода II–III ст., не поддающаяся медикаментозной терапии;
- 2) хроническая гипоксия плода (зеленые воды, по данным амниоскопии);
- 3) снижение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока по данным доплерометрии;
- 4) четкие и стойкие признаки кислородной недостаточности плода, по данным КТГ, которые не устраняются комплексной терапией:
 - длительная монотонность ритма,
 - ранние выраженные децелерации,
 - поздние децелерации.

Основным тактическим вопросом при наличии гестоза является выбор метода родоразрешения. При гестозе тяжелой степени предпочтение следует отдавать операции кесарева сечения.

РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПУТЕМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Показания во время беременности:

- 1) эклампсия;
- 2) преэклампсия при отсутствии эффекта от лечения;
- 3) осложнения гестоза (кома, острая почечная недостаточность, амавроз, кровоизлияние в сетчатку глаза, отслойка сетчатки, подозрение на кровоизлияние в мозг);
- 4) сочетание гестоза и другой акушерской патологии (преждевременная отслойка плаценты, тазовое предлежание плода, длительное бесплодие и т.д.);
- 5) выраженная плацентарная недостаточность, при возможности выхаживания недоношенного новорожденного;
- 6) отсутствие эффекта от родовозбуждения или ухудшение состояния беременной во время его проведения;
- 7) наличие показаний к досрочному родоразрешению при неподготовленной шейке матки.

Показания во время родов:

- те же показания, что и во время беременности;
- ухудшение состояния роженицы и/или плода;
- не поддающаяся коррекции слабость или дискоординация родовой деятельности.

Особенности интенсивной терапии:

- 1) метод обезболивания — при тяжелом гестозе только эндотрахеальный наркоз. При гестозе легкой и средней степени методом выбора является эпидуральная анестезия;
- 2) после извлечения плода вводят контрикал и утеротонические препараты;
- 3) возмещение интраоперационной кровопотери:
 - свежезамороженная плазма;

Диагностика, профилактика и лечение гестозов

- раствор инфузола (ГЭК 6% или 10%);
- кристаллоиды;
- кровь не более 3 дней хранения.

4) Показания к гемотрансфузии: снижение гемоглобина до 80 г/л, снижение гематокрита до 0,25 г/л.

5) объем инфузионной терапии в послеоперационном периоде определяется в зависимости от выраженности гиповолемии, АД, ЦВД и диуреза;

6) продолжительность интенсивной терапии зависит от сроков нормализации параметров гомеостаза (не менее 2 сут).

ВЕДЕНИЕ РОДОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ ГЕСТОЗОМ

Общие принципы:

- 1) совместное ведение акушером-гинекологом и анестезиологом;
- 2) постоянный мониторинг за состоянием матери и плода;
- 3) проведение интенсивной терапии в родах:
 - инфузионная терапия под контролем показателей волемии, АД, ЦВД, диуреза (в среднем 500–800 мл),
 - гипотензивная терапия под контролем АД,
 - спазмолитики, антигипоксанты, средства, улучшающие маточно-плацентарный кровоток.
- 4) поэтапная длительная анальгезия, включая эпидуральную анестезию в I и во II периодах родов;
- 5) выполнение всех манипуляций на фоне адекватной анестезии;
- 6) оксигенотерапия.

Особенности ведения периода раскрытия:

- в изолированной палате;
- положение роженицы на боку с целью профилактики развития синдрома нижней полой вены;
- ранняя амниотомия при раскрытии на 3–4 см для профилактики аномалий родовой деятельности, отслойки нормально расположенной плаценты и эмболии околоплодными водами;
- при АД 160/100 мм рт. ст. и выше приступают к проведению управляемой относительной нормотонии.

Особенности ведения периода изгнания:

- при АД 160/100 мм рт. ст. и выше — проведение относительной управляемой нормотонии;
- при неэффективности гипотензивной терапии — исключение потужной деятельности путем наложения акушерских щипцов или экстракции плода за тазовый конец.

Особенности ведения последового и раннего послеродового периодов:

- профилактика кровотечения путем внутривенного капельного введения контрикала 200 000 ЕД или овомина 300 000 ЕД, окситоцина, простагландинов или метилэргометрина;
- тщательный контроль за состоянием родильницы;
- измерение АД каждые 10–15 мин;
- адекватное восполнение кровопотери.

ПРОФИЛАКТИКА ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ГЕСТОЗА

Важным аспектом в борьбе с гестозами, а также в снижении материнских, перинатальных потерь и заболеваемости, связанных с этой патологией, является разработка и реализация системы профилактических мероприятий. Прежде всего, учитывая экстрагенитальную «нагруженность» и рост частоты гестозов за счет сочетанных форм, основа профилактической программы должна начинаться с оздоровительных и лечебно-профилактических мероприятий по предупреждению, выявлению и лечению экстрагенитальной патологии у девочек, женщин и беременных. Представляется целесообразным планирование беременности в группах риска — сроки зачатия в летний и летне-осенний период.

Факторы риска развития гестоза:

- экстрагенитальные заболевания;
- обменно-эндокринные нарушения;
- гестоз в анамнезе;
- первобеременные (особенно юные);
- многоплодная беременность;
- задержка внутриутробного развития плода;
- иммунологическая сенсibilизация;
- многоводие;
- неполноценное питание;
- курение до и во время беременности;
- наличие урогенитальных инфекций во время беременности;
- плод мужского пола.

Профилактика гестозов у беременных группы высокого риска должна начинаться в ранние сроки беременности. Профилактика тяжелых форм гестоза должна начинаться с 8–9 недель гестации. Профилактические мероприятия проводятся поэтапно, с учетом фоновой патологии:

- с 8–9 недель всем беременным, относящимся к группе риска, назначается соответствующая диета, режим «Bed rest», витаминотерапия, лечение экстрагенитальной патологии;

- с 16–17 недель пациенткам с хроническими заболеваниями гепатобилиарной системы, нарушением жирового обмена I–II ст., дополнительно в профилактический комплекс включают препараты и фитосборы с седативным и улучшающим функцию печени и почек механизмом;

- с 16–17 недель пациенткам с наличием гипертензионного синдрома, хроническим пиелонефритом, гломерулонефритом, нарушением жирового обмена II–III ст., эндокринопатиями, сочетанной экстрагенитальной патологией дополнительно к предыдущим мероприятиям включают дезагреганты или антикоагулянты, антиоксиданты, мембраностабилизаторы.

У беременных группы риска профилактические мероприятия должны проводиться постоянно: фитосборы, метаболические препараты и их чередования. На их фоне дезагреганты или антикоагулянты, мембраностабилизаторы совместно с антиоксидантами применяют курсами по 30 дней с перерывом в 7–10 дней. Аналогичные мероприятия проводятся одновременно с целью профилактики рецидива гестоза у беременных после выписки из родильного дома.

При появлении начальных клинических симптомов гестоза необходима госпитализация, обследование и лечение в стационарных условиях.

Программа профилактики гестоза:

1. Полноценное и сбалансированное питание. Диета калорийностью 3000–3500 ккал должна содержать 110–120 г/сут белка. Количество жидкости ограничивается 1300–1500 мл, поваренной соли — 6–8 г/сут.

2. Дозированный постельный режим «Bed rest» (метод заключается в пребывании беременных в положении преимущественно на левом боку с 10 до 13 и с 14 до 17 ч) способствует снижению ОПСС, увеличению ударного объема сердца и почечной перфузии, нормализации маточно-плацентарного кровотока.

3. Своевременное выявление и коррекция прегестоза и ранних стадий заболевания.

4. Беременные группы высокого риска развития гестоза должны получать витамины на протяжении всей беременности. С целью стабилизации микроциркуляции в профилактический комплекс включают один из дезагрегантов (трентал по 1 таблетке 3 раза в день, курантил по 1 таблетке 3 раза в день, аспирин по 60 мг в сутки ежедневно). Антиоксидантная терапия (витамин Е — 300 мг в сутки, витамин С — 100 мг в сутки, глутаминовая кислота — 3 г/сут). Для восстановления структурно-функциональных свойств клеточных мембран применяются эссенциале-форте (по 2 капсулы 3 раза в день), липостабил (по 2 капсулы 3 раза в день).

Таким образом, в настоящее время единственным реальным путем снижения частоты гестозов, особенно тяжелых форм, является своевременное выявление среди беременных групп высокого риска по развитию данной патологии и проведение профилактических мероприятий. Лечение гестоза необходимо начинать на доклинической стадии. В лечении развившегося заболевания необходимо придерживаться активной тактики ведения, раннего родоразрешения, что позволяет предупредить развитие тяжелых осложнений у матери и плода. Необходимо отметить, что залог успеха при необходимости использования методов интенсивной терапии определяется согласованностью действий акушеров-гинекологов и анестезиологов-реаниматологов.