

Лечение гестозов в акушерстве

Лечения гестоза в гинекологи

Принципы.

• Лечебно-охранительный режим (разработан проф. Строгановым В.В. - предложил у женщин с гестозом применять хлоралгидрат и морфий, в родах у женщин с гипертензией проводилось внутривенное введение морфия и хлоралгидратной клизмы и в полусонном состоянии женщина рожала. В настоящее время этого не применяют). Женщина с тяжелым гестозом должна находиться в помещении, где тихо, тепло и темно (правило 3 «Т»). Какова бы не была тяжесть гестоза, лечебно-охранительный режим обязательно соблюдать дома и в стационаре: эмоциональный покой, доброжелательное отношение близких людей, регуляция сна и отдыха, умеренная физическая нагрузка, седация (успокоительные чаи, таблетированные препараты - реланиум, нозепам). При легкой преэклампсии эти препараты могут быть назначены перорально, внутримышечно. При тяжелой преэклампсии введение внутримышечно и внутривенно. Нейровегетативная блокада показана при тяжелой преэклампсии и эклампсии: дроперидол, седуксен (реланиум), пипольфен (димедрол) = ДСП.

- Снятие генерализованного спазма сосудов:
- Борьба с гиповолемией.
- Применение гипотензивных и спазмолитических средств центрального и периферического типа действия.

Инфузионная терапия: белковые и коллоидные препараты не используют, потому что в условиях высокой проницаемости сосудистой стенки введение этих препаратов приводило к тому, что эти белки уходили в ткани, забирая за собой воду из сосудистого русла, еще более усугубляя гиповолемию. Эти препараты используются при доказанной гипопроотеинемии и под прикрытием препаратов укрепляющих сосудистую стенку: витамин С, аскорутин, препараты кальция. Объем инфузионной терапии не должен превышать 600-800 мл, должен включать в основном солевые растворы, которые очень быстро восполняют ОЦЖ и также быстро покидают сосудистое русло, но в этот промежуток мы можем активно действовать гипотензивными препаратами.

Инфузионная терапия проводится под контролем почасового или суточного диуреза, и должна включать:

- солевые растворы
- гипотензивные средства

Гипотензивные средства обладают периферическим или центральным механизмом действия.

• Препараты раувольфии (резерпин, раунатин) не нашли широкого применения. Применяются в основном у тех, кто страдает гипертонической болезнью, и тех, кто нашел поддерживающую дозу до беременности. Дозы уменьшить перед родоразрешением.

• Препараты широкого применения: метилдофа, допегит - препарат номер один при гипертензивной форме особенно у женщин с гипертонической болезнью - является центральным стимулятором альфа-2-адренорецепторов. Применяют по 125 мг 3 раза в день.

• Дроперидол (также центрального действия) 20-40 мг 2-3 раза в сутки. Пользуются не как каждодневным препаратом, а при экстренной помощи.

• Ганглиоблокаторы (арфонад, пентамин, бензогексоний, имехин). Должны применяться дробно с определением индивидуальной чувствительности 0,5-1 мл внутримышечно, чаще внутривенно. Ганглиоблокаторы могут быть применены только в том случае, если была проведена уже инфузионная терапия, потому что

они могут привести к неуправляемой гипотонии, и в условиях гиповолемии очень трудно вывести женщину из гиповолемического шока. Ганглиоблокаторы чаще используются в родах, но нам нужна управляемая нормотония.

У всех женщин с гестозом не надо добиваться нормальных цифр АД, потому что маточно-плацентарное кровообращение будет страдать, так как привыкло к более высоким цифрам АД.

• Бета-адреномиметики (партусистен, бриканил, алуpent) используются не так широко, так как гипертензия является противопоказанием для их применения.

• Спазмолитики периферического действия нашли широкое применение:

Sol. Dibasoli 0.5% 2 ml

Sol. Papaverini 2% 2 ml

Sol. Gangleroni 1.5% 2 ml

Sol. Methacini 0.1 % 1 ml

Дибазол и папаверин - дежурные препараты. Лучше их чередовать.

Например:

в 12 часов дибазол 1% 4-6 мл

в 14 часов папаверин 2% 2-4 мл

в 16 часов дибазол

в 18 часов папаверин

в 20 часов дибазол

в 22 папаверин

Такая "вилка" позволяет держать сосудистый тонус под контролем.

В комплексное лечение гестоза должно обязательно входить **увеличение диуреза**:

• эуфиллин в зависимости от тяжести,

• лазикс для борьбы с отеками беременных **не применяется**, так как он усугубит гиповолемию (не действует на внутритканевую отек). Применяют только в случае появления симптомов отека головного мозга и эклампсии на фоне инфузионной терапии.

Терапия, направленная на **улучшение маточно-плацентарного кровообращения**: спазмолитики, препараты улучшающие реологические свойства крови - трентал, курантил, сигетин, витамины - витамин С, группы В.

При **миокардиодистрофии и выраженной тахикардии** - обзидан, анаприлин, кокарбоксилаза, нитросорбид.

Индуктотермия окологочечной области, витамин В₁₂ в больших дозах.

В общем, принципы лечения можно сформулировать так:

• лечебно-охранительный режим

• борьба с генерализованным спазмом, гиповолемией, высокой проницаемостью сосудистой стенки.

• Нормализация белкового и водно-солевого обмена.

• Коррекция нарушений, которые всегда есть при гестозе.

Лечение гестоза всегда проводится под контролем:

• Цифр АД.

• Суточного диуреза, почасового диуреза в тяжелых случаях.

• Биохимических показателей, особенно тромбоцитов.

Важно подчеркнуть большую значимость в лечении гестозов: включение в комплексное лечение гестозов магнезиальной терапии (см. ниже); применение дезагрегантов, антиоксидантов и мембранстабилизаторов; дополнение инфузионной терапии препаратами типа 6 или 10% оксикрахмал; применение экстракорпоральных методов детоксикации и дегидратации (плазмаферез, ультрафильтрация); применение по показаниям мочегонных препаратов.

В терапии гестозов, имеет значение не только состав, но и **продолжительность терапии**, поскольку при неадекватной терапии в 70% возможны рецидивы заболевания через 7-10 дней. Исследования свидетельствуют о том, что длительность терапии гестозов при наличии эффекта от нее определяется степенью тяжести нефропатии. При нефропатии легкой степени продолжительность лечения в стационаре должна составлять не менее 2 недель, при средней – 2-4 недели в зависимости от состояния плода. Пациентка может быть выписана из стационара с рекомендациями продолжить противорецидивную терапию, включающую фитосборы, спазмолитики, дезагреганты, мембранстабилизаторы, лечение экстрагенитальной патологии по показаниям до родоразрешения. При тяжелой нефропатии и наличии эффекта от терапии, оптимальным является наблюдение и лечение в условиях стационара до родоразрешения, вопрос о котором необходимо решать в 36-37 недель.

Несмотря на внедрение новых препаратов и методов лечения, в терапии гестозов остается много проблем, требующих своего решения. Одна из них, причем самая существенная, - состав и объем инфузионной терапии (ИТ), поскольку превалирование в составе ИТ коллоидов в 20% приводит к нефрозам, в 25% - усугублению гипертензии. Использование чрезмерных количеств кристаллоидов в 20% способствует гипергидратации. Как свидетельствует наш опыт, можно избежать осложнений при проведении ИТ гестозов, используя на фоне применения препаратов следующие значения показателей: гематокрита не ниже 0,27 л/л и не выше 0,35 л/л, диуреза 50-100 мл/ч, ЦВД не менее 6-8 см.вод.ст.), показателей гемостаза: антитромбин III не менее 70%, эндогенный гепарин не ниже 0,007 ед.мл, содержанием белка в крови не ниже 6 мг%, цифрами АД в пределах 110/70 – 140/80 мм.рт.ст.

Фитотерапия при гестозах.

Среди экстрагенитальных заболеваний, являющихся причиной сочетанных форм гестоза, патология почек и мочевыводящих путей находится на втором месте после сердечно-сосудистой патологии. Поэтому терапия, направленная на улучшение функции почек при беременности, особенно у больных с почечной патологией, является патогенетически обоснованной. *Применение растительных препаратов представляется наиболее перспективным*, так как является абсолютно безопасным для матери и плода. В связи с вышеизложенным представляет клинический интерес опыт использования фитопрепарата канефрона с целью лечения поздних гестозов.

Канефрон – *комбинированный препарат растительного происхождения*. Входящие в его состав *золототысячник* (Herba Centaurii), *любисток* (Radix Lavestici) и *шиповник* (Fructus Cynosbati) оказывают антисептическое противовоспалительное действие на мочеполовой тракт, уменьшают проницаемость капилляров почек, обладают диуретическим эффектом и улучшают функцию почек.

Канефрон имеет преимущество перед синтетическими препаратами в силу своего растительного происхождения и может длительно применяться при беременности без ущерба для матери и плода. Заблаговременное и длительное применение канефрона у беременных с почечной патологией может способствовать профилактике развития позднего гестоза.

По данным нашего исследования, в подавляющем большинстве случаев сочетанного позднего гестоза на фоне почечной патологии канефрон может использоваться в качестве монотерапии.

Комплексное диуретическое, спазмолитическое и дезинфицирующее действие данного фитопрепарата, а также простота применения делают его комфортным и наиболее приемлемым для беременных.

Применение сульфата магния.

Режимы применения сульфата магния.

Оба режима основываются на современных рекомендациях и отражают опыт клинической практики медицинских центров. Начальная нагрузочная доза вводилась внутривенно (в/в), после чего в течение 24 часов осуществлялась длительная в/в инфузия или периодическое внутримышечное введение (в/м) препарата.

Режим внутримышечного введения поддерживающей дозы.

Препарат применяется, как указано в публикации Pritchard с соавт. Нагрузочная доза, вводимая в/в, составила 4 грамма (в форме 20% р-ра), вводилась медленно в течение 5 минут (как минимум, лучше в течение 10 - 15 минут), после чего сразу же внутримышечно вводилось 5 г препарата (в форме 50% раствора). Инъекция должна делаться глубоко внутримышечно в верхненаружный квадрант каждой ягодицы. Поддерживающая доза (5 г в/м) вводилась каждые 4 часа в течение 24 часов.

Режим внутривенного введения поддерживающей дозы.

Данный режим был описан Zuspan. Нагрузочная доза составляет 5 г в/в (или в некоторых случаях, 5 г в/в), вводится так же, как описано выше, после чего осуществляется длительное в/в введение препарата со скоростью 1 грамм/час в течение 24 часов. В большинстве случаев скорость инфузии контролировалась вручную.

Повторные судороги.

При использовании обоих режимов, если происходили повторные судорожные эпизоды, дополнительно в/в в течение 5 минут вводилось от 2 до 4 граммов препарата дополнительно (в зависимости от веса пациентки, если он составлял менее 70 кг, то вводили 2 г).

Мониторинг во время лечения сульфатом магния

Сульфат магния не оказывает седативного действия, поэтому после судорог женщина должна быть в сознании. Однако, магний может угнетать нервно-мышечную передачу в синапсах, что может привести к параличу, если концентрация магния в сыворотке будет нарастать. Рациональным для клинического исследования является исследование коленного рефлекса и при его исчезновении можно ожидать угнетения или даже остановки дыхания. Таким образом, частый мониторинг коленного рефлекса и частоты дыхания необходимы для того, чтобы минимизировать риск осложнений при использовании сульфата магния. Также нужно иметь в виду, что магний выводится почками, поэтому при почечной недостаточности доза магния должна быть уменьшена. Мониторинг при использовании сульфата магния в данном исследовании был клиническим и основывался на уверенности в отсутствии угнетения дыхания, наличии коленного рефлекса и адекватном функционировании почек. Мониторинг концентрации ионов магния в сыворотке не осуществлялся. У каждой женщины измерялся почасовой диурез. В картах наблюдения имелись графы для записей о наличии коленного рефлекса и частоты дыхания каждые 15 минут. Для в/м введения эти измерения проводились перед каждым введением препарата, при внутривенном введении в первые два часа введения препарата требуется более частый мониторинг (каждые 5-10 минут).

Токсичность ионов магния

Данные рекомендации были даны для того, чтобы предупредить **возможные осложнения** при использовании сульфата магния.

1. Остановка дыхания

Интубация и немедленное начало ИВЛ, прекратить введение препарата. Ввести в/в 1 г глюконата кальция, антидота ионов магния. ИВЛ должна продолжаться до тех пор, пока не восстановится адекватное спонтанное дыхание.

2. Угнетение дыхания.

Ингаляция кислорода через маску, внутривенно ввести 1 г глюконата кальция, прекратить введение сульфата магния. Рядом с больной должна быть медсестра, которая должна постоянно за ней наблюдать.

3. Отсутствие коленного рефлекса.

Если с дыханием все в порядке, приостановить введение сульфата магния до восстановления рефлекса. Если имеется угнетение дыхания, действуйте, как в п. 2. При необходимости возобновить введение препарата, дозы должны быть минимальными для предотвращения судорог, после того, как восстановится рефлекс.

4. Диурез менее 100 мл за 4 часа.

Если не имеется других признаков токсичности препарата, снизить дозу в/м сульфата магния до 2.5 г, или скорость в/в инфузии до 0.5 г/час. Если имеются другие симптомы, поступать, как описано выше. Еще раз пересмотреть терапию, уделяя особенное внимание водно-электролитному балансу и кровопотере.

Укладки.

Укладки для лечения легко собрать в коробки типа обувных. В каждой упаковке должно содержаться достаточное количество препарата для нагрузочной дозы, поддерживающей терапии в течение 24 часов и для лечения одного повторного судорожного эпизода. В дополнение к этому, в упаковке должен находиться 1 г глюконата кальция, и весь инструментарий для начала лечения. На коробке должна находиться таблица, в которой кратко писаны способы и пути введения препарата.

В условиях исследования таблица была внутри коробки, однако для клинической практики лучше всего, чтобы она была на видном месте. Более детальное описание лечение на листе формата А4 должно быть вложено в коробку вместе с картой для регистрации водного баланса, артериального давления и течения родов, а также рекомендациями по предупреждению и лечению осложнений.

Использованные источники информации

1. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии, 2001-2002 гг. Том 1. Выпуск 1 Особенности современного клинического течения гестоза у беременных. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Завалко А.Ф., Бобряшова Э.В. Самарский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии № 1.

2. Гестоз в современном акушерстве. Савельева Г.М., Шалина Р.И. Российский государственный медицинский университет на <http://www.cfp.ru/CAF/perinatolog/hestoz.htm>

3. Методика применения сульфата магния у женщин с эклампсией: результаты Совместного Исследования Эклампсии.

4. Нагнибеда А.Н., Павлова Л.П. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии на догоспитальном этапе. Справочник. Санкт-Петербург, СпецЛит, 2000г.

5. Принципы интенсивной терапии тяжелых атипичных форм позднего гестоза. А.Н. Дюгеев, М.Д. Фомин, О.О. Заварзина. Отделение неотложной гематологической помощи ГНЦ РАМН, Москва.