

2.2015

НОВОСТИ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

ISSN 2091-5969



ЦЕНТРАЛЬНОАЗИАТСКИЙ
научно - практический журнал



фази» 10000 МЕ на 15-й день или по 3000 МЕ, на 12,14,16-й день или по 5000 МЕ на 13-й и 15 день цикла. При отсутствии эффекта доза кломифена была увеличена в 2 раза (во II-м цикле) и в 3 раза (в III-м цикле) под строгим контролем размеров яичников (УЗИ).

После проведенной нами терапии из 114 оперированных женщин у 85 наступила беременность после 1-го цикла стимуляции овуляции, у 29 женщин — после второго цикла.

Выводы. Таким образом, внедрение новых современных методов диагностики позволяет глубже изу-

чать причины нарушения репродуктивной функции супружеских пар, дифференцировано подходить к назначению методов коррекции, что положительно сказывается на конечных результатах.

Восстановление естественной фертильности у больных с бесплодием смешанного характера, даже при условии высокой техники выполнения любой из применяемых сегодня реконструктивно-пластических операций, во многом зависит от качества реабилитационной терапии и проведения гормональной терапии в сочетании со средствами, индуцирующими овуляцию.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бакуридзе Э., Данилов А., Федорова Т., Фотева Т., Стрельникова Е. Комплексное лечение трубно-перитонеального бесплодия после реконструктивно-пластических операций // Врач. - 2009. - №2. - С. 56-58.

2. Вафакулова У.Б. Медико-социальные аспекты бесплодия (обзор литературы): обзор // Вестник врача общей практики. - 2004. - №3. - С. -37-41.

3. Гинекология - национальное руководство под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина - 2009 - 456 с.

4. Каюмходжаев А.А., Гуламов А. Б., Расулов Ж. Д.

Микрохирургическая реконструкция маточных труб в лечении женского бесплодия: обзор // Хирургия Узбекистана. - 2009. - №4. - С. 54-56.

5. Квициани К.Д. Методы оценки состояния маточных труб у женщин с бесплодием //Акушерство и гинекология,- 2009.- №2.- С. 13-15.

6. Туляганов Т.Э., Усманова Б.И. Значение комплексного эндохирургического и реабилитационного лечения трубно-перитонеального бесплодия //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья.- 2009.- №2.- С.72-73.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Ф.И. Шукуров, Г.М. Нигматова, Г.Н. Бекбаулиева
Ташкентская медицинская академия

Прееклампсия билан касалланган ҳомиладорларда ҳомиладорлик ва туғруқдан кейинги даврни олиб бориш тактикаси

Ф.И. Шукуров, Г.М. Нигматова, Г.Н. Бекбаулиева

Ушбу мақолада оғир ва ўртача оғирликдаги прееклампсия ўтказган аёлларни туғдириш тактикаси ишлаб чиқилган ва реабилитация дастури таклиф этилган (умумий амалиёт шифокори учун эслатма).

Таянч сўзлар: прееклампсия, туғдириш тактикаси ва реабилитация.

Tactics of pregnancy and postpartum period management in pregnant women with preeclampsia

F.I. Shukurov, G.M. Nigmatova, G.N. Bekbaulieva

In this article tactics of delivery management has been created and program of women rehabilitation, who have had severe preeclampsia and preeclampsia of modern severity, has been suggested (a reminder for the general practitioner).

Key words: preeclampsia, delivery and rehabilitation strategy

По данным ВОЗ (2011) гипертензивные нарушения регистрируются у 10% беременных и являются одной из ведущих причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности во всем мире (2). Анализ материнской смертности от тяжелых форм прееклампсии и эклампсии показал, что основные причины смерти женщин по-прежнему связаны с несвоевременной диагностикой тяжелой прееклампсии, недооценкой (несмотря на раннее появление симптомов), недостаточным и несвоевременным обследованием (микроальбуминурия, суточная протеинурия, суточное мониторирование артериального давления, доплерометрия, маркеры активации эндотелия, признаки ДВС-синдрома, дистресс плода), запоздалым родоразрешением (еще лечить или уже родоразрешать), прекращением терапии (в том числе магнезиальной) после родоразрешения (1,3,5).

Родоразрешение является основным этио-патогенетическим методом лечения прееклампсии. Вместе с тем, оно является дополнительной нагрузкой и беременную необходимо подготовить к нему, применяя интенсив-

ную терапию. Показаниями к досрочному родоразрешению при прееклампсии является:

1. Отсутствие эффекта от лечения:

При прееклампсии легкой степени в течение 10 суток, при прееклампсии тяжелой степени в течение 24 часов

2. Эклампсия, эклампсическая кома, острая почечно-печеночная недостаточность, кровоизлияние в мозг, анурия, HELLP-синдром, отслойка сетчатки и кровоизлияние сетчатки, амвроз. Дополнительное показание к родоразрешению: синдром отставания развития плода (СОРП) с подготовкой к операции — до 2-х часов.

Вагинальные роды предпочтительней, чем кесарево сечение, так как при прееклампсии легкой и средней степени дополнительная хирургическая травма вызывает множество физиологических нарушений, усугубляя тяжесть состояния больной. При биологической готовности организма к родам («зрелость шейки матки») метод выбора — родовозбуждение путем амниотомии с последующим внутривенным капельным введением

окситоцина, простагландина или их сочетания. При незрелой шейке матки родовозбуждение лучше начинать с простагландинов. В случае отсутствия эффекта от проводимого родовозбуждения решить вопрос об абдоминальном родоразрешении. При этом требуется тщательно оценить состояние матери, плода, эффективность интенсивной терапии. Необходимое условие проведения операции является наличие достаточного количества крови, плазмозаменителей. При абдоминальном родоразрешении целесообразен кюретаж — для удаления источника спазмогенных субстанций и обязательно полное возмещение кровопотери.

Показания к кесареву сечению: ухудшение состояния женщины или нарастание признаков угрожающей эклампсии, эклампсия, неконтролируемая гипертензия, СОП и ухудшение состояния плода (по данным УЗИ и КТГ), подозрение на кровоизлияние в мозг, кровоизлияние в сетчатку, амавроз, ОПН, ОППН, HELLP-синдром, ОЖГБ, акушерская ситуация (отслойка плаценты, тазово-головная диспропорция, травма матки).

Основная задача при ведении рожениц: адекватное обезболивание и эффективная гипотензивная терапия для обеспечения лечебно-охранительного режима и безопасного уровня артериального давления.

Гипотензивная терапия проводится под постоянным контролем АД и осуществляется введением препаратов, применяемых при беременности. Высокое артериальное давление (АД), угроза прогрессирования преэклампсии является показанием к проведению управляемой относительной нормотонии, осуществляемой под контролем анестезиолога. Инфузионную терапию в родах необходимо ограничить до 500-800 мл.

В родах показана ранняя амниотомия (раскрытие шейки на 3-4 см).

При невозможности обеспечить безопасный уровень АД, показано выключение потуг (акушерские щипцы или извлечения плода за тазовый конец). При мертвом плоде показана плодоразрушающая операция.

С целью профилактики кровотечения в раннем послеродовом периоде третий период ведется активно. Патологическая кровопотеря у родильниц с преэклампсией должна быть полностью восполнена кровезаменителями и плазмозаменителями. Антигипертензивный режим, начатый в родовый период, должен быть продолжен в послеродовом периоде. Однако после того как другие признаки преэклампсии разрешатся, гипертензия может сохраняться дни и недели, поэтому антигипертензивная терапия может потребоваться на длительное время. Пациентку следует продолжать наблюдать в

отделении реанимации и интенсивной терапии, по меньшей мере, 24 часа после родов. Состояние пациенток часто ухудшается в первые 24 часа после родов, на 3 и 6 сутки. Отсутствие объективных и субъективных симптомов тяжелой преэклампсии, увеличение диуреза, нормализация АД — все это является признаками, указывающими на разрешение преэклампсии. Результаты исследований показали, что у 70% женщин имеется склонность к рецидивированию при последующих беременностях, у 80%, перенесших преэклампсию или эклампсию, спустя несколько месяцев после родов отмечаются нарушения со стороны ЦНС, у 20% гипертензия, у 15% патология почек, у 25% нарушение зрения. Это диктует необходимость реабилитационных мероприятий, которые в соответствии с реализуемыми задачами, осуществляются поэтапно:

I этап — проводится после родов в стационаре. Продолжительность — до 3 недель. Задача этого этапа — устранение остаточных явлений преэклампсии и эклампсии: нормализация функционального состояния ЦНС, сердечно-сосудистой системы, белкового, водно-электролитного баланса. При средних и тяжелых формах преэклампсии — уточнение характера сопутствующей патологии и ее лечение. Важным на этом этапе является подбор оптимального метода контрацепции.

II этап — проводится в течении года в поликлинике и специализированных лечебных учреждениях. Задачи этого этапа — диагностика и лечение как заболеваний, развившихся в следствии преэклампсии, так и сопутствующей патологии. Необходимо для каждой больной разработать конкретную программу восстановительных мероприятий с учетом возраста, социального статуса, тяжести перенесенной преэклампсии, имевшейся ранее и возникшей после нее патологии, модуса планирования семьи с обеспечением эффективной контрацепции.

III этап — проводится в поликлинике и специализированных учреждений.

Задачи этого этапа: обеспечение интергенетического интервала между родами не менее 3 лет

- проведение комплексного обследования, консультаций смежных специалистов, за год до планируемого зачатия, для решения о возможности или не возможности планирования беременности, разработки и реализации индивидуальной программы комплексной рациональной и полноценной подготовки к ней
- женщины, перенесшие преэклампсию или эклампсию, но не планирующие беременность или имеющие противопоказания к ней, должны находиться под наблюдением участкового терапевта, гинеколога и смежных специалистов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Акушерство. Руководство ВОЗ. UNFPA 2007
2. ВОЗ. Материнская смертность. Информационный бюллетень №348, май 2012 г. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/ru/index.html>
3. Жаббарова Ю.К., Аюпова Ф.М. - Акушерлик, Тошкент, 2009 й.
4. Интегрированное ведение беременности и родов. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов. Руководство для врачей и акушеров ВОЗ, 2014.
5. Клиническое руководство по ведению больных с гипертензивным синдромом при беременности, Таш-

- кент, 2008.
6. Макаров О.В., Ткачева О.Н. Преэклампсия и хроническая артериальная гипертензия. Клинические аспекты. М.:ГЭОТАР-Медиа;2010, 136с.
7. Мэррей Энкин, М. Китре, Дж. Нейлсон. (пер с англ. Под ред. Михайлова А.В.) Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. СПб, 2003.
8. Экстрагенитальная патология и беременность. Шехтман М.М. Медицина. 2005.
9. Эффективная перинатальная помощь и уход. Руководство ВОЗ. UNFPA 2007