

# «Юрія-Фарм»: на страже женского здоровья

**24-26 сентября в г. Киеве состоялись научно-практическая конференция с международным участием и пленум Ассоциации акушеров-гинекологов Украины «Инновационные подходы в акушерстве, гинекологии и репродуктологии». В рамках конференции обсуждался ряд акушерско-гинекологических проблем, которым редко уделяется внимание на научных медицинских форумах. Предлагаем читателям ознакомиться с наиболее интересными докладами, посвященными проблемам раннего токсикоза (РТ), плацентарной дисфункции (ПД) и артериальной гипертензии (АГ) у беременных.**

Заведующая акушерским отделением экстрагенитальной патологии беременных и постнатальной реабилитации ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины» (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Юлия Владимировна Давыдова представила доклад «Ранний токсикоз беременных: оценка рисков и тактика».



— Проблематика РТ в современном акушерстве рассматривается в аспекте прогнозирования течения беременности и ее исходов как со стороны матери, так и со стороны плода. Следует отметить, что интерес

к РТ не ограничивается вниманием акушеров, эта проблема волнует и беременных с точки зрения безопасности симптомов РТ для здоровья будущего ребенка.

В последние десятилетия впервые были проанализированы гипотезы патогенеза РТ, связанные с гормональными и негормональными причинами, существенно изменившие представление о токсикозе в понятной для всех парадигме «хорошо-плохо». Оказалось, что РТ не является абсолютным злом. РТ — это защита матери и плода от пищевых токсинов и инфекции; выяснение конфликта между организмами матери и плода; скрининг качества эмбриона (по рецепции хорионического гонадотропина — ХГЧ — организм «просчитывает целесообразность» развития беременности); стимуляция роста плаценты вследствие изменения физиологии матери.

Согласно определению Sherman и Flaxman (2002), РТ беременности — это адаптация беременной через отторжение пищи, содержащей токсины (растительные и животные), инфекционные агенты, или путем избегания употребления еды вообще. Данная адаптация позволяет предотвратить невынашивание и поражение плода; защитить организм беременной в период, когда ее иммунная система, в том числе противoinфекционный иммунитет, максимально угнетены. Частота РТ увеличивается в те сроки, когда плод наиболее чувствителен к пищевым инфекциям и токсикантам, а также иммунная система матери максимально подавлена. В этот период зафиксированы отвращение к одним и тяга к другим продуктам.

Непосредственное отношение к прогнозу беременности имеет функция эндотелия, которая тесно связана с развитием плаценты. На сегодня не вызывает сомнений роль эндотелиопатии в возникновении практически всех дальнейших осложнений беременности. Дисфункция эндотелия зависит от взаимодействия сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF) и растворимого рецептора VEGF. Такое взаимодействие будет обеспечивать про- и ангиогенный баланс и способствовать нормальному формированию детского места.

О РТ в негативном представлении следует говорить при отрицательном влиянии токсикоза на здоровье женщины и ребенка. Это происходит при средней (рвота до 10 раз в сутки) и тяжелой (рвота до 20 раз в сутки) степени тяжести симптомов. Так, рвота средней тяжести приводит к ухудшению общего состояния беременной, обезвоживанию, кетоацидозу, а также нарушению сердечно-сосудистой деятельности (тахикардии, артериальной гипотензии).

Кроме того, наблюдаются снижение диуреза до 700–800 мл/сут, анемия, гипербилирубинемия, потеря массы тела (на 6–10%).

Чрезмерная рвота (до 20 раз в сутки) характеризуется нарушением функции жизненно важных органов, вплоть до развития полиорганной недостаточности: диурез <700 мл/сут, тахикардия >100 уд/мин, систолическое давление <100 мм рт. ст. В крови повышаются уровни билирубина, остаточного азота, мочевины и гематокрита; уменьшается содержание альбумина, холестерина, калия. В моче определяется ацетон, белок, цилиндры. Могут проявляться признаки поражения центральной нервной системы (ЦНС) — бред, кома, эйфория.

Коррекция РТ начинается с немедикаментозного лечения, которое включает:

- диету, изменение стиля жизни;
- частый прием пищи малыми порциями;
- использование гидрокарбонатных минеральных вод;
- соблюдение режима дня (послеобеденный сон).

Лекарственная терапия является обоснованной только в случае, если отсутствует эффект от немедикаментозного лечения, а симптомы токсикоза достаточно выражены, носят хронический характер или существенно снижают качество жизни женщины.

В медикаментозном лечении РТ может применяться комбинация пиридоксина и доксиланамина. Прокинетики (метоклопрамид) безопасны при ведении беременных с РТ, однако достоверных данных о их эффективности не получено.

В случае, если нет ответа на немедикаментозное и фармакологическое лечение, причины рвоты у пациенток следует выяснять в условиях специализированного стационара. Кроме того, показаниями для немедленной госпитализации беременных являются рвота, не поддающаяся лечению; рвота, продолжающаяся во втором и третьем триместрах беременности; неукротимая рвота; потеря веса, превышающая 5% от общей массы тела; дегидратация (снижение тургора кожи, сухость кожи и слизистых, олигурия, кетоз); неудовлетворительные показатели лабораторных и инструментальных исследований; ортостатическая гипотензия, тахикардия, лихорадка; гепатоспленомегалия, болезненность в эпигастрии, точке Мерфи.

В нашей клинике под наблюдением находилась группа 48 беременных с ранним токсикозом средней (36 женщин, контрольная) и тяжелой степени тяжести (12 женщин, основная группа), средний возраст которых составил 24,5 и 28 лет соответственно.

В группе сравнения и основной группе терапия включала витамин В<sub>6</sub> по 10 мг каждые 8 ч; метоклопрамид по 10 мг 2 раза в день, средства инфузионной терапии для регидратации, детоксикации. В основной группе дополнительно назначали ондансетрон 4 мг каждые 8 ч до исчезновения рвоты, инфузионную терапию в объеме 1–3 л в сутки. У 6 женщин из основной группы, у которых потеря массы тела составила >5%, проведено внутривенное капельное введение Ксилата, показавшего хорошие клинические результаты. В группе женщин, получавших Ксилат, отмечалось стойкое снижение частоты рвоты до 2–3 раз в сутки через 26,4±2,1 ч от старта терапии; в контрольной группе — через

36,2±2,8 ч. Значительное улучшение самочувствия отмечено через 48,4±4,6 ч и 62,1±3,6 ч соответственно (p<0,05). Полное отсутствие ацетона в моче обнаружено через 12,6±1,6 ч в группе, где вводился Ксилат, в контрольной группе — через 20,1±2,4 ч (p<0,05). Длительность пребывания в стационаре в группе женщин, получавших Ксилат, была в 1,5 раза меньше, чем в контрольной группе. Ни у одной беременной из исследуемых групп не было репродуктивных и перинатальных потерь, а также не возникало необходимости прерывания беременности и досрочного родоразрешения.

Таким образом, Ксилат при РТ позволяет проводить успешную антикетогенную терапию, обеспечивающую прекращение рвоты через 2 ч и нормализацию биохимических показателей крови через 12 ч после начала инфузии.

Итак, можно сделать следующие выводы.

- Лечение РТ необходимо начинать с немедикаментозных методов, тщательно контролируя показатели массы тела и ацетона в моче. При появлении диагностических критериев, свидетельствующих об усугублении тяжести симптомов, необходимо рассмотреть вопрос о госпитализации; проведении лечения, направленного на нормализацию всех видов обмена, регидратацию, улучшение функций ЦНС, почек и печени.

- Начало инфузионной терапии при кетоацидозе имеет свои особенности: инфузия может начинаться при более низких значениях гликемии, чем вне беременности, что объясняется кетогенным действием плацентарного лактогена.

О последних изменениях в ведении и лечении АГ во время беременности рассказал **член-корреспондент НАМН Украины, руководитель отделения внутренней патологии беременных ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Владимир Исаакович Медведь.**



— Клиническое значение АГ у беременных традиционно рассматривается сквозь призму влияния этой патологии на состояние матери и плода.

Оставаясь одной из основных причин материнской и перинатальной смертности, АГ вызывает риск цереброваскулярных катастроф, преждевременной отслойки плаценты, полиорганной недостаточности, ДВС-синдрома, преэклампсии, задержки внутриутробного роста, недоношенности и дистресса плода. АГ является причиной 25% всех госпитализаций беременных.

На сегодня нормативная база, регламентирующая действия врача при АГ у беременных женщин, представлена следующими документами:

- Клинический протокол «Гипертензивные расстройства при беременности» (приказ МЗ Украины № 676 от 31.12.2004 г.);
- Рекомендации по ведению АГ Европейского общества гипертензии и Европейского кардиологического общества (ESC/ESH, 2007);
- Рекомендации по ведению кардиоваскулярных больных во время беременности ESC (2011);

— Рекомендации по ведению АГ ESC/ESH (2013).

Необходимо отметить, что перечисленные протоколы и европейские рекомендации в определенной мере противоречат друг другу, что затрудняет единый подход к лечению и нередко создает медицинские и правовые коллизии.

В последние годы проведено много исследований, которые демонстрируют преимущества того или иного способа диагностики АГ. При сравнении дискретного измерения артериального давления (АД) с суточным мониторингом выяснилось, что у беременных суточный мониторинг имеет преимущества по прогнозированию преждевременных родов, протеинурии в будущем, низкой массы новорожденного, последствий беременности в целом. При сравнении результатов измерений офисного и амбулаторного АД установлено, что последнее имеет более прогностическое значение для диагностики и контроля терапии АГ.

Согласно рекомендациям ESC выделяют следующие категории АГ у беременных:

- АГ, существовавшая ранее (1–5% случаев), — повышенное АД до беременности или до 20 нед настоящей беременности;
- гестационная АГ (6–7% случаев) — индуцированное беременностью повышение АД после 20 нед без протеинурии; в большинстве случаев проходит через 6 нед после родов;
- преэклампсия — индуцированное беременностью повышение АД после 20-й недели у беременной с протеинурией (>3 г/сут); проходит в течение 6 нед после родов; характеризуется органной гипоперфузией;
- АГ, существовавшая ранее, в сочетании с преэклампсией (объединенная преэклампсия) — прогрессирующее повышение АД и/или появление протеинурии (≥3 г/сут) после 20-й недели у беременной с предыдущей АГ;
- антенатально не уточненная АГ — повышенное АД, которое впервые обнаружено после 20-й недели, при отсутствии информации о предыдущем уровне АД. В случаях, когда в течение 6 нед после родов АД нормализуется, не уточненную АГ (с или без протеинурии) рекласифицируют как гестационную. В противном случае АГ классифицируют как существовавшую ранее.

Различия классификации ESC (2011) от классификации Международного общества по изучению артериальной гипертензии у беременных ISSHP (2000) заключаются в изменении понятия «Хроническая АГ» (ISSHP) на «АГ, существовавшая ранее» (ESC, 2011), а также изменении критериев диагностики протеинурии при преэклампсии с ≥0,3 г на ≥3 г и изменении необходимых сроков наблюдения после родов с 12 нед на 6 нед соответственно.

Лечение АГ у беременных зависит от нескольких факторов, ключевым из которых является уровень АД. Согласно ESH/ESC (2013) при систолическом АД (САД) 140–149 мм рт. ст. и диастолическом АД (ДАД) 90–95 мм рт. ст. рекомендовано тщательное наблюдение, ограничение активности; не рекомендуется проведение антигипертензивной терапии, ограничение потребления поваренной соли, снижение массы тела.

При САД ≥170 мм рт. ст. и/или ДАД ≥110 мм рт. ст. показаны экстренная госпитализация, лабеталол внутривенно, метилдопа ± нифедипин per os. При гипертоническом кризе показан нитропруссид натрия внутривенно; при преэклампсии с отеком легких — нитроглицерин внутривенно; при тяжелой преэклампсии — сульфат магния внутривенно болюсно с последующей инфузией.

