

Отеки и беременность

Период беременности связан с глубокой структурно-функциональной перестройкой в организме женщины, создающей предпосылки для возникновения столь частого в этот период состояния, как отеки. В то же время появление данного симптома может указывать на развитие ряда осложнений, которые должны быть своевременно распознаны и устранены.

О причинах формирования отеков у беременных и дальнейшей тактике их ведения рассказывает руководитель цикла последипломного образования кафедры акушерства и гинекологии № 1 Одесского национального медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Светлана Родионова Галич.



— Проблема отеков у беременных крайне актуальна в современном акушерстве, т. к. это состояние, с которым практически все врачи сталкиваются ежедневно: по данным литературы, отеки возникают у 50-85% беременных. Известно, что отеки могут быть физиологическими (обусловленными особенностями самого процесса беременности) и патологическими. В связи с этим основная задача врача заключается в правильной интерпретации этого симптома, своевременном выявлении патологических отеков, предшествующих развитию серьезных нарушений в организме беременной, и в коррекции причин, вызвавших это состояние.

Следует отметить, что сама по себе беременность является уникальным процессом, направленным на адаптацию организма женщины к вынашиванию ребенка, в ходе которого создаются условия для формирования отеков. Так, повышение содержания в крови женщины прогестерона, сохраняющегося на протяжении всей беременности, уже с ранних сроков гестации приводит к дилатации мочевыводящих путей, задержке солей и жидкости в организме, венодилатации, способствующих развитию отеков. По мере увеличения срока беременности растущая матка сдавливает органы и ткани малого таза, в том числе сосуды, что также является предпосылкой для образования физиологических отеков. Значительный вклад в развитие отеков вносит гиподинамия, при которой повышение гидростатического давления в кровеносных сосудах нижних конечностей приводит к усиленной фильтрации жидкости через их стенку в окружающие ткани. Безусловно, имеют значение особенности рациона беременной, в том числе чрезмерное употребление соленых, острых, жареных продуктов, усиливающих жажду и увеличивающих суточное потребление жидкости, а также тип конституции: так, женщины гиперстенического типа более склонны к развитию отеков.

Несмотря на разнообразие физиологических причин формирования отеков, практический врач всегда должен помнить о том, что они могут быть проявлением патологии у беременной. В тех случаях, когда отеки являются одним из симптомов экстрагенитальных заболеваний (сердечно-сосудистых, почечных, варикозной болезни, сахарного диабета), они могут быть одним из критериев компенсированности таковых. В других случаях отеки свидетельствуют о формировании серьезного осложнения беременности — преэклампсии, сопровождающегося повышением артериального давления и протеинурией различной степени выраженности. В таких случаях беременные должны получать комплексное лечение для коррекции имеющихся нарушений и предупреждения развития еще более серьезных осложнений.

В истории акушерства был период, когда лечение любого отека у беременных осуществлялось путем применения синтетических диуретиков. Впоследствии выяснилось, что такая тактика приводит к развитию ряда неблагоприятных эффектов, что обусловлено несоответствием механизма действия данных средств особенностям патогенеза отеков в период беременности. Так, было доказано, что у беременных объем циркулирующей крови увеличивается преимущественно за счет циркулирующей плазмы, и в процессе развития беременности происходит сгущение крови, максимально выраженное в последнем триместре. При формировании отеков жидкая часть крови покидает сосудистое русло и переходит в окружающие ткани, что создает предпосылки для еще большего сгущения и

усиления вязкости крови. Диуретики, усиливая выведение жидкости из организма, влияя в основном на ее внутрисосудистый пул, что в имеющихся условиях может усугублять гиповолемию и приводить к рефлекторному повышению артериального давления за счет спазма сосудов. Вазоспазм в совокупности со сгущением крови крайне негативно сказывается на микроциркуляции в фетоплацентарном комплексе, поэтому в настоящее время диуретические средства для устранения отеков беременным противопоказаны. Они могут назначаться при сопутствующей сердечно-сосудистой, почечной патологии под четким контролем врача и при условии детального учета вводимой жидкости. Иными словами, в современном акушерстве принята стратегия: «Лечить не отеки, а причины, их вызвавшие». Соответственно, в случае с физиологическими отеками, когда их причина — гестационные изменения женского организма, в лечении необходимости нет. При патологическом характере отеков необходимо осуществлять коррекцию причин, приводящих к их возникновению. Указанному требованию соответствуют некоторые препараты растительного происхождения (фитопрепараты), обладающие комплексным, но достаточно мягким действием на организм беременной. Одним из препаратов этой группы является Канефрон® Н, обладающий спазмолитическим, мягким мочегонным, антисептическим, противовоспалительным и нефропротекторным действием, комплексным влиянием на причины формирования отеков; не оказывая при этом влияния на реологические свойства крови.

Длительный опыт применения препарата Канефрон® Н в акушерско-гинекологической, терапевтической, нефрологической практике свидетельствует о его высокой эффективности и хорошем профиле безопасности. Решающее значение имеет тот факт, что Канефрон® Н позволяет воздействовать на патогенетические механизмы формирования отеков, а не просто на отеки как следствие.

Отдельно хотелось бы коснуться изменений, внесенных в инструкцию по применению препарата Канефрон® Н, которые, на мой взгляд, являются не совсем корректными и лишь запутывают как врача, так и пациента. Регламентирующий документ предусматривает использование Канефрона Н у беременных только после оценки врачом соотношения пользы для матери и риска для плода. Данное условие является обязательным при назначении абсолютно любого лекарственного средства беременной, поэтому неспецифично в отношении какого-либо конкретного препарата, а главное, никоим образом не информирует врача и пациента об имеющихся данных относительно рисков или безопасности конкретного лекарственного средства. Наиболее корректным выходом из сложившейся ситуации представляется предложенный профессором В.И. Медведем: указывать в инструкциях к конкретному препарату категорию безопасности по критериям FDA. Это поможет врачу ориентироваться и донести информацию до пациента. На мой взгляд, имеющиеся в настоящее время данные, базирующиеся на длительном опыте широкого клинического применения Канефрона Н, без известных доказательств его влияния на частоту формирования врожденных аномалий или повреждающего действия на плод могли бы стать основанием для включения этого препарата в число лекарственных средств категории А по классификации FDA. А это позволяет врачу безопасно рекомендовать указанный препарат во время беременности, в том числе при необходимости устранения причин, вызывающих отеки. Более чем убедительными выглядят опубликованные результаты клинических наблюдений профессора В.И. Медведа и его сотрудников, проведенных на базе ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», в которых подтверждена безопасность применения этого растительного средства в акушерской практике. Основываясь на имеющихся данных литературы, цитируемых научных исследованиях и, конечно, на собственном опыте многолетнего эффективного использования препарата Канефрон® Н, считаю целесообразным рекомендовать его как средство выбора не только при установленной патологии мочевыделительной системы у беременных, но и для коррекции у них отеков.

Видение проблемы отеков у беременных с позиции врача-нефролога представляет заведующий кафедрой нефрологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Дмитрий Дмитриевич Иванов.



— В подавляющем большинстве случаев возникновения отеков у беременных не связано с почечной патологией. К счастью, столь грозные состояния,

как гломерулонефрит, острая и хроническая почечная недостаточность, приводящие к формированию почечной дисфункции и отекающего синдрома, у беременных встречаются крайне редко.

Тем не менее любой врач (терапевт, акушер-гинеколог, нефролог), консультируя беременную, которая предъявляет жалобы на отеки, должен решить ряд принципиальных задач. Во-первых, необходимо убедиться в отсутствии первичной почечной патологии у пациентки, что позволяет сделать общеклинический анализ мочи (учитываются изменения ее плотности и наличие белка). Во-вторых, следует обратить внимание на функциональное состояние почек, проанализировав показатели креатинина, мочевины, мочевой кислоты, а также уровень артериального давления, для исключения таких патологических состояний, как поздний гестоз, преэклампсия, эклампсия. В последнее время подобные рутинные исследования с успехом проводятся терапевтами и акушерами-гинекологами, а необходимость в привлечении нефролога возникает лишь в тех редких случаях, когда удается обнаружить отклонения, свидетельствующие о возникновении отеков на фоне поражения почек.

Следует отметить, что при выраженном отекающем синдроме внепочечного происхождения врачу-нефрологу приходится прибегать к назначению беременной диуретиков. Безусловно, мочегонные средства, в частности петлевые диуретики (фуросемид, торасемид) в низких дозах, назначаются женщинам строго индивидуально, когда ожидаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода. Если врачом принято решение о назначении диуретиков для облегчения общего состояния беременной, то следует отдавать предпочтение таким препаратам, как фуросемид (20 мг) или торасемид (10 мг), назначаемым с частотой 1-2 раза в неделю.

Поскольку необходимость назначения женщинам в период беременности средств с диуретическим эффектом возникает достаточно часто, а синтетические мочегонные препараты в данном случае к применению значительно ограничены, в клинической практике все шире применяются препараты растительного происхождения. Безальтернативным среди фитопрепаратов является Канефрон® Н (Bionopica, Германия), который обладает комплексным антисептическим, спазмолитическим, противовоспалительным и нефропротекторным действием на органы мочевыделительной системы, оказывает мягкий диуретический эффект за счет улучшения микроциркуляции в почечной паренхиме и создания фенолкарбоновыми кислотами повышенного осмотического давления внутри почечных канальцев. С прошлого года в инструкцию по применению Канефрона Н была внесена поправка,

согласно которой данное средство следует использовать только после оценки врачом соотношения пользы для матери/риска для плода. Это связано с ужесточением мер по контролю над применением лекарственных средств во всем мире и в Европе в частности, исключающих назначение особым контингентам пациентов (беременным, детям, лицам пожилого возраста) любых фармакологических препаратов при отсутствии подтверждения их эффективности и безопасности данными доказательной медицины.

В практической деятельности необходимость назначения беременной с отеками лекарственного средства, которое бы оказывало комплексное терапевтическое действие и при этом обладало минимальным потенциально негативным влиянием на плод, практически всегда склоняет чашу весов в пользу назначения Канефрона Н. Существенное значение в данном контексте имеет длительный опыт успешного и безопасного применения этого фитопрепарата в нашей стране, в том числе у беременных, а также практически полное отсутствие альтернативных средств в арсенале врача. Кроме того, об эффективности и отсутствии у препарата Канефрон® Н тератогенного, эмбрио- и фетотоксического влияния достаточно убедительно свидетельствуют результаты крупномасштабного исследования украинских ученых В.И. Медведа и Е.В. Исламовой, проведенного на базе ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины». Исходя из личного опыта использования Канефрона Н у пациентов с сахарным диабетом могу отметить, что более выраженный диуретический эффект данный препарат оказывает при приеме в виде капель для перорального применения.

Таким образом, с учетом особенностей периода беременности, происхождения отеков и их выраженности важнейшая роль в оказании помощи женщине отводится взвешенному выбору врачом того или иного медикаментозного средства. Если у пациентки отмечаются выраженные отеки, одышка, прегипертензия, ограничивающие ее физическую и социальную активность, следует рассмотреть возможность назначения торасемида в дозе 10 мг 1-2 раза в неделю. Альтернативой служит Канефрон® Н (2 таблетки или 50 капель 3 р/сут), который может использоваться на протяжении 2-3 нед. Необходимо учитывать, что петлевые диуретики оказывают более выраженный по сравнению с Канефроном Н диуретический эффект, обеспечивая более быстрое улучшение общего состояния беременной, однако их применение сопряжено с большей нагрузкой на организм матери и вероятностью негативного влияния на плод.

Выраженный отечный синдром, значительно ухудшающий общее состояние женщины, а также его патологическая природа, связанная с дефицитом или прогрессированием имеющихся заболеваний, являются основными показаниями к назначению противоотечного лечения беременным. Следует помнить о том, что приоритетное значение в принятии врачом решения о выборе лекарственного средства отводится не только его эффективности для матери, но и оценке потенциального риска для плода. Многолетний опыт безопасного применения Канефрона Н в акушерско-гинекологической практике позволяет рекомендовать данное растительное средство в качестве препарата выбора для лечения отеков у беременных.

Подготовил Антон Пройдак

Medical Nature, №9, 2012 г.