

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

В. Н. Сидоренко, Л. Ф. Можейко

АМБУЛАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГЕСТОЗОМ

Методические рекомендации



Минск 2007

УДК 618.3–008.6–06–07–084 (075.8)

ББК 57.16 я 73

С 34

Утверждено Научно-методическим советом университета в качестве
методических рекомендаций 25.04.2007 г., протокол № 8

Рецензенты: проф. каф. акушерства и гинекологии Белорусской медицинской академии последипломного образования, д-р мед. наук. О. А. Пересада; канд. мед. наук, доц. С. Н. Царева

Сидоренко, В. Н.

С 34 Амбулаторная диагностика и лечебно-профилактическая помощь при беременности, осложненной гестозом : метод. рекомендации / В. Н. Сидоренко, Л. Ф. Можейко. – Минск : БГМУ, 2007. – 16 с.

Отражены современные взгляды на этиопатогенез, диагностику, прогнозирование и профилактику гестоза, начиная с периода прегравидарной подготовки. Представлены факторы риска развития этого осложнения беременности с учетом данных прогностической таблицы, расширены лабораторные возможности доклинической диагностики, предложена научно обоснованная программа профилактического скрининга и комплекс диагностических и лечебно-профилактических мероприятий на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи беременным женщинам.

Предназначается студентам, субординаторам медицинских университетов, клиническим ординаторам и врачам-стажерам.

УДК 618.3–008.6–06–07–084 (075.8)

ББК 57.16 я 73

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2007

Введение

В последние годы отмечается снижение индекса здоровья беременных женщин, что отражается на увеличении частоты осложнений беременности, в том числе гестоза.

Гестоз — это не самостоятельное заболевание, а синдром, обусловленный несоответствием возможностей адаптационных систем организма матери в полной мере обеспечивать потребности развивающегося плода, нередко приводящий к развитию тяжелых осложнений как у матери, так и у ребенка. Действенный путь снижения частоты возникновения гестоза — профилактика и ранняя доклиническая диагностика этого грозного осложнения беременности. Первичная профилактика возможна лишь тогда, когда известна и может быть устранена ведущая причина заболевания. Ввиду отсутствия в настоящее время цельного представления об этиологии гестоза, а также патологических механизмах развития данного осложнения только у беременных женщин, первичная этиопатологическая профилактика указанной патологии затруднена. Эта проблема может быть решена только после выяснения основной причины развития гестоза. Поэтому в современных условиях актуальной задачей акушерской службы является совершенствование методов профилактики гестоза у беременных с учетом многочисленных звеньев патогенеза данного осложнения. Следует отметить, что проведение стандартных лечебно-профилактических мероприятий, к сожалению, не всегда оказывается успешным, что, вероятно, связано с недооценкой общего состояния больных, степени тяжести гестоза и патологических процессов, происходящих в системе мать – плацента – плод.

Далеко не всегда можно прогнозировать исходы гестоза для матери и плода в связи с частым несоответствием между степенью выраженности клинических проявлений и изменениями в жизненно важных органах.

Сегодня на фоне многих нерешенных вопросов, касающихся проблемы гестозов, представлены следующие основные положения:

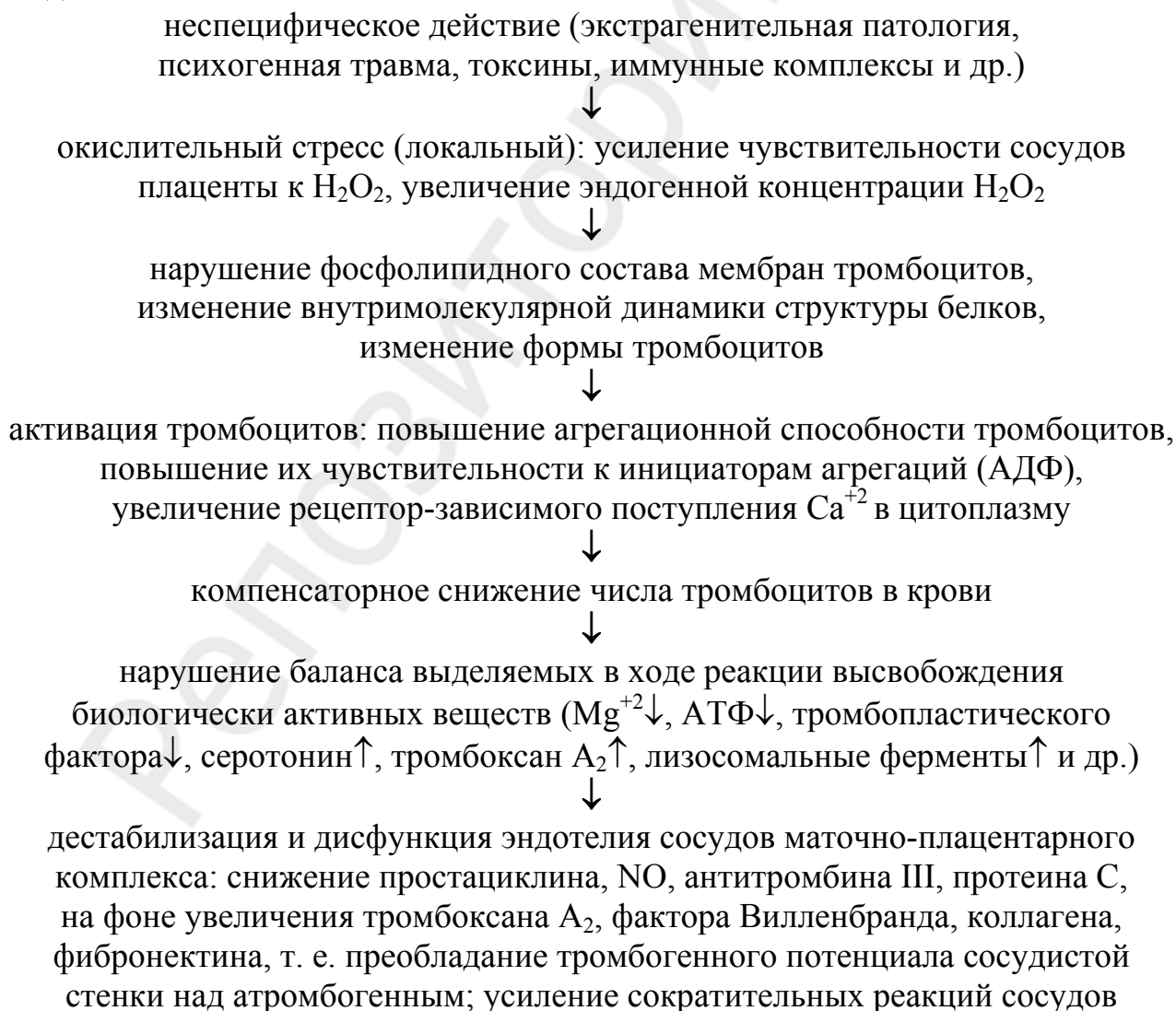
1. Гестоз не заболевание, а осложнение беременности.
2. Гестоз чаще развивается у беременных женщин с экстрагенитальной патологией, но может возникать и у здоровых женщин (чаще у юных или после 35 лет).
3. Не существует единого механизма развития гестоза. Достоверным патоморфологическим признаком перенесенного гестоза считается наличие задержки второй волны сосудистой инвазии цитотрофобласта (16–18 недель гестации), в результате чего миометральные сегменты спиральных артерий сохраняют эндотелий, мышечную оболочку и узкий просвет.
4. Классическая триада симптомов гестоза — это «вершина огромного айсберга», у основания которого лежат сложнейшие до конца неизученные патологические процессы внутри каждой клетки, которые практически не останавливаются в своем развитии. Гестоз всегда прогрессирует, часто просто невозможно предусмотреть скорость его развития.
5. Гестоз — это не только повышение АД, протеинурия, отеки, но и, прежде всего, эндотелиоз сосудов почек, печени, легких.

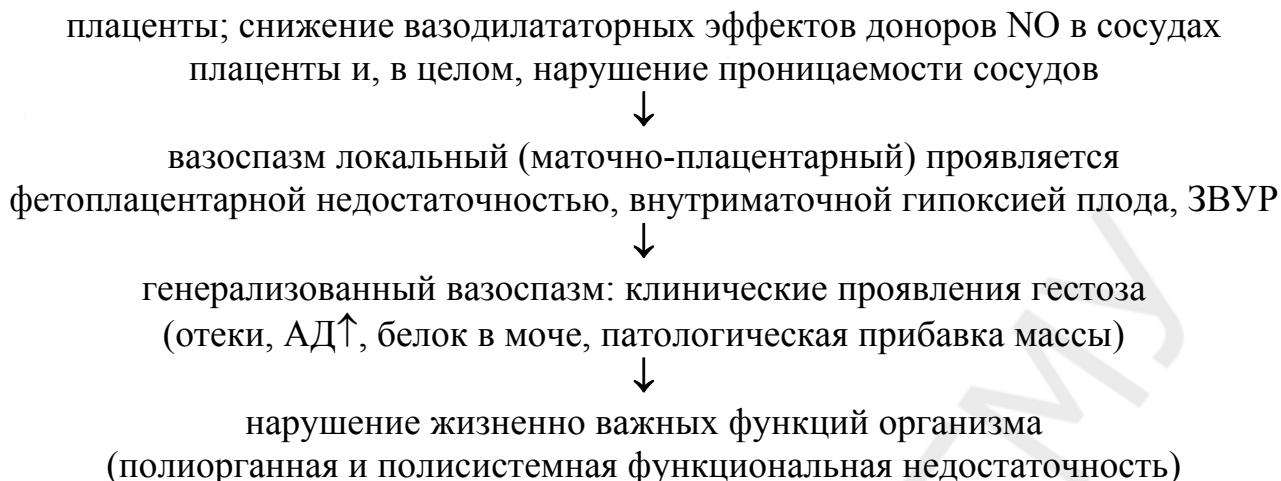
6. Наиболее достоверными признаками в оценке степени тяжести гестоза являются:

- раннее начало;
- длительное течение;
- выраженность одного или нескольких основных классических симптомов;
- характер фонового заболевания (ВСД, АГ, пиелонефрит, АФС и др.)

Актуальность проблемы обусловлена также серьезными последствиями гестоза. У большинства женщин, перенесших это заболевание, формируется хроническое нарушение функции почек, печени, легких, мозга, гипертоническая болезнь, метаболические расстройства, аутоиммунная агрессия и др.

Для предупреждения тяжелых последствий важна действенная профилактика и ранняя диагностика начальных проявлений гестоза. Общеизвестно, что чем раньше начаты лечебно-профилактические мероприятия, тем они более эффективны. На основании собственных научных исследований, с учетом современных литературных данных полагаем, что изменения в звене сосуда – тромбоциты у беременных женщин при гестозах развиваются в следующей последовательности:





Учитывая представленные данные об изменении реактивности сосудов плаценты при гестозе, увеличении образования эндогенных вазоконстрикторов и перекиси водорода, снижении вазодилататорных эндотелий-зависимых реакций сосудов плаценты, целесообразно применять для профилактики гестоза препараты, обладающие антиоксидантными свойствами и поддерживающие эндогенный синтез оксид азота (витамин E, магне B₆, хофитол, АТФ). Для нормализации агрегационной способности тромбоцитов и восстановления секретруемого ими АТФ необходимо, наряду с АТФ, назначать лекарственные препараты, снижающие агрегационную способность тромбоцитов и улучшающие микроциркуляцию — магне B₆, вобензим, дипиридомол.

Безусловно, врачам амбулаторного звена (женской консультации) отводится ведущая роль в профилактике гестоза.

Причем профилактику гестоза следует начинать задолго до наступления беременности и продолжать в течение всего срока гестации.

Профилактика

Основные принципы профилактики гестоза в амбулаторных условиях:

1. Проведение оздоровительных и лечебно-оздоровительных мероприятий по предупреждению, выявлению и лечению гинекологической и соматической патологии у девочек-подростков и женщин группы резерва родов.

2. Вопрос о планировании беременности при наличии экстрагенитальной патологии следует решать совместно со смежными профильными специалистами с проведением в обязательном порядке прегравидарной подготовки.

3. Оптимизация психосоматического комфорта (устранение отрицательных эмоций, уверенность в благополучном исходе беременности, консультирование у психолога или психотерапевта, использование методов немедикаментозной терапии (музыкотерапии, цветотерапии и т. д.), отказ от вредных привычек, устранение профессиональных вредностей).

4. Нормализация режима труда и отдыха:

1) режим — лечебно-охранительный, спокойный, ночной сон должен быть не менее 8–10 ч, рекомендуется дневной отдых в течение 1–2 ч. Следует

учитывать, что пребывание в теплой комфортной постели улучшает не только маточно-плацентарный, но и почечный кровоток. Целесообразно во время беременности ежедневно слушать спокойную классическую музыку;

2) прогулки на свежем воздухе в течение часа должны быть не менее 2 раз/день, а в весенне-летнее время и чаще;

3) следует избегать тяжелых физических нагрузок, стрессовых ситуаций, не стоит находиться в местах большого скопления людей. Это особенно важно при неблагоприятной эпидемиологической ситуации (опасность заражения ОРВИ, гриппом и др.). Во время беременности противопоказано курение, употребление алкоголя, наркотических средств;

4) при отсутствии противопоказаний и при наличии возможностей эффективны уроки плавания в бассейне под руководством инструктора 1–2 раза/нед., а также общеукрепляющая дыхательная гимнастика, т. к. гидротерапия способствует расширению сосудов почек, стимулированию диуреза, уменьшению периферического сосудистого сопротивления, падению артериального давления.

5. Питание должно быть сбалансированным и качественным.

Правильное питание обеспечивает сохранение обмена веществ и эндокринно-гуморальные регуляторные механизмы. Питание при беременности должно быть дробным (рекомендуется 5–6-кратный прием пищи небольшими порциями). Несомненно, следует ограничить потребление поваренной соли до 3–5 г/сут.

По химическому составу суточный рацион должен состоять из 120–140 г белков, 80–90 г жиров, 400–450 г углеводов. Причем до 50 % потребляемых белков должны быть животного происхождения (мясо, рыба, яйцо, молочные продукты), остальные — растительного происхождения.

Особенно полезен беременным женщинам творог (до 100–150 г), обладающий липотропными свойствами. Беременным необходимо ограничивать прием жиров с высоким содержанием насыщенных жирных кислот, лучше их заменить жирами с преимущественным содержанием полиненасыщенных жирных кислот (растительное масло). Следует исключить потребление продуктов в жареном виде ввиду усиления перекисного окисления липидов сосудов. В сутки рекомендуется до 40 мл растительного масла, которое обогащено эссенциальными жирными кислотами (предшественники образования в организме арахидоновой кислоты), необходимыми для синтеза простагландинов.

В пищевом рационе должны преобладать овощи, фрукты, ягоды, свежевыжатые соки.

Следует учитывать, что углеводы значительно восполняют энергетические затраты: так, 500 г углеводов при сгорании дают 2 тыс. ккал, т. е. 2/3 всей суточной энергии. При недостатке углеводов на образование энергии расходуются белки и гликоген из печени, содержание которых при гестозе значительно снижено. В то же время избыточное потребление углеводов снижает сопротивляемость организма к инфекциям.

Количество калорий для беременных составляет не более 2,5–3 тыс. в сутки.

Питание беременных должно быть разнообразным и полноценным. Ежедневно в меню беременных должно быть включено: мясо или рыба — 120–150 г; молоко или кефир — 200 г; творог — 100 г; яиц — 1 шт.; хлеб — 200 г; крупа и макаронные изделия — 50–60 г; картофель и др. овощи — 500 г; фрукты и ягоды — 200–500 г.

Рекомендуется ежедневно на завтрак готовить каши (овсяная, гречневая, пшенная, тыквенная, перловая) с добавлением 1–2 ст. лож. подсолнечного масла. В каши желательны добавлять свежие ягоды и фрукты.

При недостатке в дневном рационе свежих овощей, фруктов и ягод необходимо ежедневно принимать поливитаминные комплексы для беременных (1 драже «Гендевит» или 1 табл. Теравит–Прегна).

Прогнозирование

Анализ собственных научных исследований позволил нам выделить следующие **факторы и группы риска развития гестоза:**

1. Первобеременность.
2. Повторнобеременность с наличием:
 - 1) патологии сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ВСД);
 - 2) обменно-эндокринных нарушений (сахарный диабет, нарушение жирового обмена);
 - 3) гестоза в анамнезе;
 - 4) вредных привычек;
 - 5) многоводия;
 - 6) многоплодия;
 - 7) аномалий развития матки;
 - 8) вредных профессиональных и бытовых факторов;
 - 9) несбалансированного питания и отдыха, в том числе алиментарного фактора;
 - 10) несбалансированного иммунологического и генетического фона;
 - 11) болезней печени и почек;
 - 12) негативного отношения к собственной беременности, а также пациентки со следующими личностными психологическими особенностями (характеристиками):
 - оценка ожидаемой (воображаемой) боли по визуальной аналоговой шкале свыше 6 см, по многомерной оценке боли (Мак-Гилловский опросник) — ранговый индекс боли более 40;
 - уровень тревожности — более 45 баллов;
 - психосоматический индекс — более 20 баллов.

Методом математического моделирования рассчитана и апробирована в практической работе таблица прогнозирования развития гестоза (табл.).

Прогнозирование развития гестоза

Показатели	Диагностические коэффициенты (ДК), баллы
Возраст	
до 18 лет	+5
19–30 лет	-2
31–35 лет	-1
старше 35 лет	+6
Масса тела	
до 60 кг	-1
61–70 кг	-3
71–80 кг	+2
более 80 кг	+5
Семейное положение	
состоит в браке	-1
не состоит в браке	+3
Паритет брака	
первый	-1
второй	+4
Менструальная функция	
до 12 лет	+3
13–15 лет	-1
16 лет и старше	+2
Начало половой жизни	
до 17 лет	+1
18 лет и старше	-1
Социальный статус	
рабочая	+3
учащаяся	-4
домохозяйка	+1
Уровень образования	
среднее	+4
специальное	-1
высшее	-1
Личностные психологические характеристики	
оценка ожидаемой боли (воображаемой) по ВАШ > 6 см	+2
многомерная оценка боли по Мак-Гилловскому опроснику (РИБ — ранговый индекс боли) > 40	+3
ранговый индекс тревожности > 45	+4
психосоматический индекс > 20	+3
Соматическая патология	
здоровые	-5
заболевания сердечно-сосудистой системы, в том числе варикозное расширение вен	+5
заболевания мочевыделительной системы	+4
заболевания органов дыхания	+1
заболевания желудочно-кишечного тракта	-1
анемия	+1
метаболические нарушения	+1

наличие 2 и более заболеваний	+4
-------------------------------	----

Окончание табл.

Показатели	Диагностические коэффициенты (ДК), баллы
Гинекологические заболевания	
заболевания шейки матки	+1
вульвиты и кольпиты	+1
ВЗОМТ	+1
дисфункция яичников	+4
миома матки	+3
кисты и кистомы яичников	+2
Бесплодие	
отсутствует	-1
первичное	+3
вторичное	+5
Прерывания беременности	
один аборт	+1
два и более аборт	+4
Паритет родов	
первые в юном возрасте или после 35 лет	+4
первые роды	+3
Течение беременности	
аномалии расположения плаценты	+3
хроническая ФПН	+3
Наличие гестоза в анамнезе	
был гестоз	+9
не было	-2

Суммируя ДК выявленных признаков, определяется пороговое число баллов, которое позволяет судить о степени риска данной патологии у каждой конкретной пациентки, что дает возможность дифференцированно проводить профилактические и лечебные мероприятия с целью предупреждения возникновения гестоза:

- 0 ... -10 баллов — угрозы возникновения гестоза нет;
- 0 ... +10 баллов — имеется низкий риск развития гестоза;
- +11 ... +20 баллов — имеется средний риск развития гестоза;
- 21 и более баллов — имеется высокий риск развития гестоза.

Следует отметить, что по своей структуре прогностическая таблица проста и приближена к формализованной истории болезни.

Лечебно-профилактические мероприятия в условиях женской консультации необходимо проводить индивидуально с учетом степени риска развития гестоза.

В процессе динамического наблюдения за беременной при выявлении новых факторов риска следует вносить коррективы в лечение.

С учетом несоответствия выраженности клинических проявлений гестоза структурным изменениям в жизненно важных органах, а также исходов бере-

менности для матери и плода, требуется проведение профилактических мероприятий даже при низком риске развития данного осложнения беременности.

О **доклинической стадии** заболевания свидетельствует наличие трех и более следующих признаков:

1. Прогрессирующее снижение количества тромбоцитов ($160 \times 10^9/\text{л}$ и менее).

2. Гиперкоагуляция в системе гемостаза:

– повышение агрегации тромбоцитов (до 76 %);

– снижение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ менее 20 с);

– гиперфибриногенемия (4,5 г/л и выше);

– гипервязкость крови (25,0–32,0 сП);

– повышение гематокрита более 0,46.

3. Снижение уровня антикоагулянтов:

– эндогенного гепарина (0,10–0,06 Да);

– антитромбина III (85–60 %).

4. Гипопротеинемия (60 г/л и менее); диспротеинемия со снижением альбумин/глобулинового коэффициента менее 0,5.

5. Повышение удельного веса крови до 1,060–1,062 (норма при беременности 1,54–1,059).

6. Уменьшение суточного диуреза (900 мл и менее) и увеличение ночного диуреза (более 75 мл) при снижении онкотической плотности мочи.

7. Уменьшение соотношения простациклин/тромбоксан A_2 (снижение уровня простациклина в 2,5–3,5 раза при увеличении содержания тромбоксана A_2 в 2 раза).

8. Активация перекисного окисления липидов (ПОЛ); снижение уровня антиоксидантов.

9. Лимфопения (18 % и менее).

10. Нарушение структурно-функциональных свойств клеточных мембран; снижение гидрофобности билипидного слоя клеточных мембран в 1,3–2,1 раза; повышение микровязкости мембран в 1,2–1,3 раза; дефицит арахидоновой кислоты в 3–4 раза.

11. Морфофункциональные особенности тромбоцитов: увеличение среднего объема тромбоцитов ($MPV > 8,3 \text{ fl}$, рост анизоцитоза тромбоцитов по объему $PDW > 17,0$).

Для уточнения начальных стадий развития гестоза возможно применение следующих *функциональных проб*:

– патологическая прибавка массы тела после 20 недель при отсутствии видимых отеков. В III триместре увеличение массы не должно превышать 22 г на 10 см роста или 55 г на каждые 10 кг исходной массы тела за неделю;

– выявление сосудистой лабильности — определение АД на обеих руках в положении лежа и сидя (разница превышает 10 мм рт. ст.), а также 3-кратное измерение АД в течение 15 мин в положении беременной на боку, на спине

и снова на боку. Проба считается положительной при разнице АД равной 20 мм рт. ст.;

- асимметрия АД на обеих руках, превышающая 10 мм рт. ст.;

- измерение среднего АД ($AD_{cp} = [САД + 2ДАД] : 3$).

Нормальное значение AD_{cp} 90–105 мм рт. ст., повышение его более 105 мм рт. ст. трактуется как артериальная гипертензия;

- снижение пульсового давления до 30 мм рт. ст. и ниже;

- о нарушении периферического кровотока свидетельствует проба с поднятыми над головой руками и с одновременным сжатием кистей в кулак в течение 2–3 с, после чего руки опускаются с разжатыми кистями (побледнение кистей или отдельных пальцев, появление болезненности или парестезии свидетельствуют о нарушении периферического кровообращения);

- увеличение окружности голеностопного сустава за неделю более чем на 1 см свидетельствует о скрытых отеках;

- сужение артериальных сосудов сетчатки при исследовании глазного дна;

- проба Хемлера (кольца разного диаметра, надеваемые на палец беременной): увеличение диаметра кольца свидетельствует о наличии скрытых отеков;

- проба Мак-Клюра–Олдрича (волдырная проба): при нормальной гидрофильности кожи папула, образованная в результате внутрикожного введения 0,2 мл физраствора во внутреннюю поверхность предплечья, рассасывается в течение 60 мин;

- нарушение кровотока сосудов маточно-плацентарного круга (по данным доплерометрии).

Лечебно-профилактические мероприятия в условиях женской консультации

В I триместре — фитотерапия: для нормализации ЦНС — валериана, пустырник; для улучшения мочевыделительной функции — толокнянка, почечный чай, березовые почки, кукурузные рыльца, спорыш и др.; с целью иммунокоррекции — настой плодов шиповника, элеутерококк и др.

Со II триместра: в период активного развития сосудистой системы плаценты, интенсивного роста плода, завершения внедрения трофобласта в спиральные артерии и окончания плацентации необходимо назначить:

Магне В₆. Магний — внутриклеточный катион, необходим как для расслабления, так и для сокращения скелетных мышц, а также мышечной ткани внутренних органов и сосудов. Обладает гипотензивным, седативным, противосудорожным, противоотечным свойством, защищает нервную систему от стрессов и ионизирующего излучения, регулирует температуру, стимулирует фагоцитоз. Магний — универсальный регулятор многих физиологических и биохимических процессов в организме. Он активирует более 300 ферментов, в

т. ч. все ферментные системы, в которых принимает участие АТФ. Магний — антагонист ионов кальция, с его помощью поддерживается и увеличивается внутриклеточная концентрация калия, сохраняется потенциал покоя. Магний оказывает антитромботическое действие, подавляя активность тромбосана A_2 и стимулируя синтез простаглицлина. Витамин B_6 позволяет проникать магнию внутрь клетки и оставаться там.

Витамин Е — природное противокислительное средство, участвует в биосинтезе гема и белков, пролиферации клетки, тканевом дыхании; обладает антиоксидантными свойствами. Тормозит ПОЛ, предупреждает гемолиз эритроцитов, препятствует повышенной проницаемости и ломкости сосудов, поддерживает структурную целостность и функциональную активность мембран клеток и субклеточных органелл.

Хофитол — растительный препарат из листьев полевого артишока, обладающий антиоксидантным, гепатопротекторным и диуретическим действием, поддерживает синтез NO (оксид азота) как главного вазодилататора сосудов, способствует выделению из организма токсинов. Увеличивает выработку коферментов гепатоцитами и оказывает влияние на метаболизм липидов, холестерина и кетонных тел.

Аденозинтрифосфорная кислота (АТФ) участвует во всех процессах обмена. При взаимодействии с актомиозином она распадается на аденозиндифосфорную кислоту и неорганический фосфат с высвобождением энергии. Аденозин стимулирует образование циклического аденозинмонофосфата (цАМФ), накопление которого способствует расширению сосудов. Через эндотелиальные рецепторы повышает активность эндотелиальной NO-синтазы, а соответственно и синтез NO — основного дилататора сосудов организма.

Депротеинизированный гемодериват крови молочных телят (актовегин) — гемодиализат из крови телят; содержит аминокислоты, олигопептиды, нуклеозиды, электролиты, микроэлементы, промежуточные продукты углеводного и жирового обмена. Под его влиянием улучшается внутриклеточный метаболизм: повышается обмен АТФ; активируются ферменты окислительного фосфорилирования, кислая и щелочная фосфатазы; усиливается синтез углеводов и белков; увеличивается приток ионов калия в клетку; происходит активация калий-зависимых ферментов; ускоряется распад продуктов анаэробного гликолиза.

Кроме того, повышается фибринолитическая активность, улучшается микроциркуляция за счет образования новых капилляров, увеличивается энергетический запас клеток.

Вобэнзим — препарат системной энзимотерапии; способствует уменьшению содержания фиксированных в плаценте иммунных комплексов. Оказывает противоотечное, анальгезирующее, иммуномодулирующее, противовоспалительное действие, повышает эффективность антибактериальной терапии, уменьшает выраженность побочного влияния антибиотиков. Способствует проникновению трофобласта в спиральные артерии. Воздействует на систему гемостаза, растворяет отложения фибрина в сосудах, восстанавливая тем самым периферический кровоток, облегчая разрушение тромбов (в случае

тромбоза, тромбоэмболических осложнений); нормализует агрегационную активность тромбоцитов путем снижения продукции тромбоксана; уменьшает влияние молекул адгезии, повышает способность эритроцитов изменять свою форму. Снижая вязкость крови, улучшает кровоснабжение органов и тканей, их трофику.

Дипиридомол (курантил) потенцирует активность аденозина, препятствуя его разрушению; тормозит агрегацию тромбоцитов, блокируя фосфодиэстеразу; предупреждает тромбообразование, улучшает микроциркуляцию. Под влиянием препарата уменьшается периферическое сопротивление и несколько снижается системное артериальное давление. Он устраняет гипоксию плода, стимулирует иммунную систему, активизирует аденилатциклазу.

При высокой степени риска развития гестоза (диагностический коэффициент — +21 балл и более) первый курс лечебно-профилактической терапии следует начинать с 14-й недели беременности.

В первый курс профилактических мероприятий следует включать следующие группы препаратов: блокаторы кальциевых каналов (магне-В₆ — по 1 таблетке 3 раза в день, внутрь, до 4 недель); антиоксиданты (витамин Е — 300 МЕ в сутки, внутрь, 2 недели); препараты, стимулирующие метаболические процессы (АТФ — по 1,0 внутримышечно № 10). Через 3 недели добавить мембраностабилизаторы (хофитол — по 2 таблетки 3 раза в день) и препараты системной энзимотерапии (вобэнзим — по 2 таблетки 3 раза в день). После перерыва в 2 недели назначить 2-й курс: антиоксиданты (витамин Е), блокаторы кальциевых каналов (магне-В₆), а также препараты, улучшающие микроциркуляцию (актовегин — по 200 мг в сутки, внутрь, 3-4 недели). Спустя 2 недели повторить прием препаратов системной энзимотерапии (вобэнзим). С 36 недель беременности провести 3-й курс с включением препаратов, стимулирующих метаболические процессы (АТФ), улучшающих микроциркуляцию (актовегин) и дезагрегантов (курантил — по 0,025 мг 3 раза в день, внутрь).

При среднем риске развития гестоза (диагностический коэффициент от +11 до +20 баллов) указанные мероприятия необходимо проводить с 16-й недели; **при низком риске** (ДК от 0 до +10 баллов) — с 18 недель гестации.

Таким образом, реальный путь снижения частоты возникновения гестоза, в том числе и его тяжелых форм — это патогенетически обоснованное проведение лечебно-профилактических мероприятий, доклиническая диагностика и своевременное, как можно более раннее, комплексное лечение с учетом выявленных факторов и степени риска.

При появлении клинических симптомов гестоза требуется стационарное лечение.

Литература

1. *Абрамченко, В. В.* Активное ведение родов / В. В. Абрамченко. СПб. : Специальная литература, 1999. 667 с.
2. *Акушерство* : справочник Калифорнийского университета / под ред. К. Нисвандера, А. Эванса. М.: Практика, 1999. 703 с.
3. *Акушерско-гинекологическая помощь* / под ред. В. И. Кулакова. М. : Медпресс, 2000. 512 с.
4. *Ариас, Ф.* Беременность и роды высокого риска / Ф. Ариас. М. : Медицина, 1989. 685 с.
5. *Герасимович, Г. И.* Поздний гестоз беременных / Г. И. Герасимович // Медицинские новости. 2000. № 4. С. 3–16.
6. *Клинические лекции по акушерству и гинекологии* / под ред. А. Н. Стрижакова, А. И. Давыдова, Л. Д. Белоцерковцевой. М. : Медицина, 2000. 379 с.
7. *Профилактика гестоза* : инструкция на метод / В. Н. Сидоренко [и др.]. Минск, 2004. 12 с.
8. *Сидорова, И. С.* Гестоз / И. С. Сидорова. М. : Медицина, 2003. 415 с.
9. *Современные подходы к диагностике, профилактике и лечению гестоза* : метод. рекомендации / Г. М. Савельева [и др.]. М., 1999. 27 с.
10. *Чернуха, Е. А.* Родовой блок / Е. А. Чернуха. М. : Триада-Х.

Оглавление

Введение	3
Профилактика	5
Прогнозирование	7
Лечебно-профилактические мероприятия в условиях женской консультации	11
Литература	14

Репозиторий БГМУ

Учебное издание

Сидоренко Валентина Николаевна
Можейко Людмила Федоровна

**АМБУЛАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА
И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ
ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ,
ОСЛОЖНЕННОЙ ГЕСТОЗОМ**

Методические рекомендации

Ответственная за выпуск В. Н. Сидоренко
Редактор А. И. Кизик
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой
Корректор Ю. В. Киселёва

Подписано в печать 26.04.07. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Кюм Люкс».
Печать офсетная. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 0,93. Уч.-изд. л. 0,7. Тираж 100 экз. Заказ 581.
Издатель и полиграфическое исполнение –
Белорусский государственный медицинский университет.
ЛИ № 02330/0133420 от 14.10.2004; ЛП № 02330/0131503 от 27.08.2004.
220030, г. Минск, Ленинградская, 6.