

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ РАННИХ ГЕСТОЗОВ БЕРЕМЕННЫХ

Кучук Д. О., Гутикова Л. В., Биркос В. А., Юркевич С. В.

УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»
УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

Ключевые слова: беременность, гестоз, токсикоз, диасплен, кетоацидоз.

Резюме: Ранние гестозы беременных возникают примерно у 1-2,5% беременных. Необходимость в госпитализации и проведения соответствующей терапии возникает у 14-19% пациентов. В ходе данного исследования участвовало 54 беременных с ранним гестозом среднетяжёлой и тяжёлой степеней тяжести оценивалась эффективность комплексной терапии с использованием препарата Диасплен.

Resume: Early gestosis occurs approximately in 1-2,5% of pregnant women. 14-19% of the patients need inpatient treatment. 54 of pregnant women with early gestosis participated in the study. This research show the effectiveness of complex therapy of early gestosis with the use of the drug Diasplen.

Актуальность. По данным обзоров зарубежных и отечественных литературных источников до 60% беременных отмечают тошноту и головокружение по утрам. Наиболее частой формой раннего гестоза (токсикоза) беременных является чрезмерная рвота беременных, в зарубежной литературе упоминающийся, как hyperemesis gravidarum.

В настоящий момент существуют различные гипотезы относительно этиологии раннего гестоза: кортико-висцеральная, иммунологическая, и др.

Ни одна из существующих теорий и гипотез не может в полной мере объяснить патогенез раннего гестоза беременных. Общим является только наличие прогрессирующей беременности, при её прерывании симптомы заболевания исчезают.

Согласно проведённым исследованиям ведущими факторами, влияющими на прогрессирование заболевания являются:

-высокие уровни бета- ХГЧ и эстрогенов (Уровни данных гормонов прогрессивно растут в ранние сроки гестации и становятся триггером для центров ЦНС, контролирующих тошноту и рвоту) [5];

-изменения со стороны пищеварительного тракта (В течение всего периода беременности органы пищеварения смещаются в соответствии с изменением размеров матки, что приводит к рефлюксу содержимого желудка, нарушению нормального пассажа пищи по желудку и кишечнику) [4];

- *Helicobacter pylori* (обнаружен у 90% женщин с ранним гестозом беременных тяжёлой степени) [3];

-психологические факторы (Результатом длительного и агрессивного стресса могут стать психосоматические изменения, повышенная тревожность может также стать триггером для утренней тошноты и головокружения);

- диета с высоким содержанием жиров (У женщин с каждым приемом 15 г растворимых жиров сверх нормы в 5 раз повышается риск тяжелого раннего гестоза);

Дифференциальный диагноз раннего гестоза беременных следует проводить с тиреотоксикозом, диабетическим кетоацидозом, болезнью Аддисона, гастритом, парезом кишечника, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, панкреатитом, острым аппендицит, острой жировой дистрофией печени, гепатитом, мочекаменной болезнью, заболеваниями ЦНС, мигренью, тошнотой и рвотой, связанными с приёмом медикаментов[4].

Таблица 1 – Клиническая классификация чрезмерной рвоты беременных:

Симптомы	Легкая	Средняя	Тяжёлая (чрезмерная)
Частота рвоты в сутки	3-5 раз	6-10 раз	11-15 раз и чаще (вплоть до непрерывной)
Частота пульса в минуту	80-90	90-100	Свыше 100
Систолическое АД	120-110мм рт.ст	110-100 мм рт.ст	Ниже 100 мм рт.ст
Снижение массы тела в неделю	1-3 кг (до 5% исходной массы)	3-5 кг (1-1,5кг в неделю, 6-10% исходной массы)	Свыше 5 кг (2-3 кг в неделю, свыше 10% исходной массы)
Увеличение температуры тела до субфебрильных цифр	Отсутствует	Наблюдается редко	Наблюдается часто (у 35% больных)
Желтушность склер и кожных покровов	Отсутствует	У 5-7% больных	У 20-30% больных
Гипербилирубинемия	Отсутствует	21-40мкмоль/л	21-60мкмоль/л
Сухость кожных покровов	+	++	+++
Стул	Ежедневно	Один раз в 2-3 дня	Задержка стула
Диурез	900-800мл	800-700мл	Менее 700мл
Кетонурия	+, ++	+, ++, +++ (периодически у 20-30% больных)	+++, ++++ (у 70-100% больных)

Примечание: +, ++, +++ - степень выраженности

Ранние гестозы средней и тяжелой степени тяжести вызывают у 1,5–2% такие осложнения как дегидратация, метаболический ацидоз, нарушения питания и обмена веществ выявляют у 1,5–2% беременных, в связи с чем только в США по этой причине более 50 000 беременных ежегодно направляются для стационарного лечения [1,2].

Показания к экстренной госпитализации: тяжелая/ чрезмерная рвота (в целях купирования симптомов заболевания и решения вопроса о пролонгировании беременности).

Показания к плановой госпитализации: рвота средней и тяжелой/чрезмерной степени при наличии одного следующих симптомов: пульс свыше 100 в минуту; АД ниже 100мм рт.ст.; желтушности склер; повышения температуры; кетонурии ++ или

более (с целью подбора адекватной терапии, купирования симптомов заболевания и решения вопроса о пролонгировании беременности).

Даже если клинические проявления раннего гестоза беременных не приводят к госпитализации, они могут значительно ухудшать качество жизни, работоспособность и семейные взаимоотношения.

В последнее время ведущую роль в патогенезе раннего гестоза беременных отдают дисбалансу в работе оксидантной системы и системы антиоксидантной защиты, окислительному стрессу, активации процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ). Такие обстоятельства как высокая частота заболевания, увеличение средних сроков госпитализации, временной нетрудоспособности требуют углубленного изучения патогенеза заболевания, внедрения новых эффективных методик лечения, таких как антигипоксическая терапия.

Доступные методики антигипоксической терапии включают гипербарическую оксигенацию, назначение препаратов, обладающих антигипоксическим действием, воздействие медицинским озоном (первые два успешно применяются в нашей клинике).

Данные методы лечения воздействуют на систему антиоксидантной защиты организма, стимулируя активность её ферментативного звена, и уменьшая интенсивность перекисного окисления липидов, также улучшая реологические свойства крови. обладает иммунокорригирующим, дезинтоксикационным эффектами. [6].

Цель : повышение эффективности комплексного лечения средних и тяжелых форм раннего гестоза беременных с применением комплексной методики антигипоксической терапии.

Задачи: 1. Исследование показателей кислотно-основного, про-антиоксидантного и микроэлементного гомеостаза у пациентов с ранними гестозами беременных. 2. Сравнительный анализ эффективности традиционной методики и методики, дополненной введением препарата с антигипоксическим эффектом.

Материалы и методы. Нами было проведено обследование и лечение 56 беременных в сроке гестации до 12 недель с средней и тяжелой формами раннего гестоза беременных. Средний возраст пациентов составил 25,3±2,5 лет. Критерий включения – рвота более 5 раз в сутки. Все больные были разделены на 2 группы.

К основной группе отнесено 34 (63%) беременных, которым в комплекс лечебных мероприятий были включены 5 ежедневных инфузий 5 мл препарата Диасплен в разведении 250 мл 0,9% р-ра натрия-хлорида. Контрольную группу составили 20 (37%) пациенток, получавших только традиционную терапию (диетотерапия, витаминотерапия, инфузионная терапия, противорвотные средства, седативные препараты).

Пациентам выполнялось стандартное клинико-лабораторное обследование, согласно протоколам. Для оценки степени активности процессов ПОЛ определяли уровни продуктов перекисления: диеновых конъюгат (ДК) и оснований Шиффа (ОШ) в сыворотке пациентов. Также исследовалась активность ферментативного звена системы антиоксидантной защиты – определялись сывороточные уровни ферментов супероксиддисмутазы (СОД), каталазы (КАТ), глутаматпероксидазы (ГПО).

Результаты и их обсуждение. Анамнестически у 14 (26%) пациентов отмечалось нарушение менструальной функции. Из перенесенных экстрагенитальных заболеваний, преобладали воспалительные заболевания верхних дыхательных путей (73,2%) и мочевыводящих путей (16,2%). Из обследуемых пациентов 30 (55,5%) повторнобеременные, 63% из них отмечали проявления раннего гестоза беременных в предыдущие беременности, 32,3% из них имели в анамнезе потери беременности в сроке до 12 недель, у 12,4% в анамнезе были искусственные прерывания беременности. Анализ симптоматики представлен в таблице 2.

Анализ динамики массы тела показал, что в конце лечения у всех пациенток основной группы и у 18 (90,0%) пациентов контрольной группы прекратилось снижение массы тела, при этом у большинства из них наметилась тенденция к увеличению массы тела.

Кетонурия отмечалась у 94,6% пациентов, 100% в основной, 85% в контрольной группе. После лечения у всех пациентов реакция на кетоновые тела в моче была отрицательной. У 3 пациентов основной группы (5,5 % от общего числа обследуемых) наблюдался метаболический ацидоз, который был скорректирован на 2 сутки лечения. Динамика специальных лабораторных показателей до и после проведенной терапии представлена в таблице 3.

Выводы

1. На сегодняшний день нет единого мнения об этиологии раннего гестоза беременных, но известны факторы риска развития средней и тяжелой степени данного осложнения беременности.

2. Неоспоримым фактом является ведущая роль нарушений в системе антиоксидантной защиты организма в патогенезе раннего гестоза беременных. Соответственно, требуется дальнейшее исследование данной системы у беременных, поиск точек положительного безопасного воздействия.

3. Лечение раннего гестоза беременных необходимо начинать с немедикаментозных методов, под тщательным контролем массы тела и ацетона в моче, а при появлении диагностических критериев, свидетельствующих об усугублении его тяжести рассмотреть вопрос о госпитализации и проведении лечения, направленного на нормализацию всех видов обмена, регидратацию, улучшение функции ЦНС, почек и печени.

4. В лечении раннего гестоза средней и тяжелой степеней тяжести, эффективным методом является включение в схему терапии препарата Диасплен как обладающего антигипоксическим, иммуномодулирующим и антикетогенным действием.

5. Применение в схеме лечения препарата Диасплен позволило быстрее добиться купирования симптомов, элиминации ацетона в моче, нормализации гомеостаза, что позволяет рекомендовать дополнять данным препаратом схему лечения раннего гестоза беременных.

Литература

1. American College of Obstetrics and Gynecology. ACOG Practice Bulletin: nausea and vomiting of pregnancy. // Obstet Gynecol. – 2004;103:803-814.
2. El Mallakh, R.S. Hyperemesis gravidarum as conversion disorder/ R.S. El

Mallakh, N.R. Liebowitz, M.S. Hale //J.Nerv. Ment. Dis. 2009. – № 178. –P. 655–659.

3. Jueckstock J.K., Kaestner R., Mylonas I. //Managing hyperemesis gravidarum: a multimodal challenge. BMC Med. 2010;8:46.

4. Tan P.C., Khine P.P, Vallikkannu N.,Zawiah S.Z.. Promethazine compared with metoclopramide for hyperemesis gravidarum: a randomized controlled trial. // Obstet Gynecol.2010;115:975–981.

5. Бенедиктов И. И., Колпаков Л. Ф., Цуцор В. Б. Лечение рвоты беременных // Акуш. и гин. 2006. – №4. – С. 59-61.

6. Говорухина Е. М., Иванов И. П. Принципы патогенетического лечения рвоты беременных // Вопр. охр. матер. – 2005. №5. — С. 47-51.