



ФОТО: ГАЛИНА МОРДАСОВА

ГЕСТОЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ: РЕШАЕМ ПРОБЛЕМУ

Известно, что один из самых высоких рисков для жизни и здоровья человека сопряжен с перинатальным этапом развития. В современном акушерстве гестоз остается наиболее сложной и важной проблемой, которая зачастую становится причиной внутриутробной заболеваемости. По данным отраслевой статистики Минздрава РФ, гестоз в среднем по стране выявляется у 18–22% беременных.

ГЕСТОЗ И ФАКТОРЫ РИСКА

Гестоз — это осложнение беременности, при котором происходит расстройство функции жизненно важных органов, особенно сосудистой системы и кровотока. Под термином гестозы беременности понимают все патологические состояния, которые возникают только в период ожидания ребенка, приводят к осложнениям и со стороны матери, и со стороны плода и чаще всего прекращаются после беременности. Это не самостоятельное заболевание, а клиническое проявление неспособности адаптационных механизмов материнского организма адекватно обеспечивать потребности развивающегося плода.

Факторы риска развития гестоза: экстрагенитальные и обменно-эндокринные заболевания, гестоз в анамнезе, первобеременные (особенно юные), многоплодная беременность, иммунологическая сенсibilизация, неполноценное питание, курение до и во время беременности, наличие урогенитальных инфекций во время беременности, плод мужского пола, возраст менее 17 лет и более 30 лет.

ТРОЙСТВЕННЫЙ СОЮЗ СО ЗНАКОМ МИНУС

Выделяют ранние гестозы (токсикоз), ОРН-гестоз и редкие формы (желтуха беременных, дерматозы беременных, острая дистрофия печени). Остановимся на первых двух формах. Ранние гестозы (токсикозы) возникают до 20 недели и проявляются в форме неукротимой рвоты и слюнотечения.

Данный гестоз встречается у 50–60% всех беременных женщин, но требуют коррекции (по решению врача) только 10% случаев. Признаки ОРН-гестоза (отеки, протеинурия, гипертензия) появляются раньше, чем во вто-

рой половине беременности. Классическая триада симптомов у беременных с гестозом в настоящее время встречается лишь в 15% случаев. Чаще наблюдаются различные комбинации следующих нарушений:

- отеки (накопление жидкости в тканях после 12 часового отдыха в постели или увеличение массы тела на 500–700 г и более за неделю);

- протеинурия (белок в моче; возникает самостоятельно или в сочетании с артериальной гипертонией, отеками без предшествующего поражения почек);

- артериальная гипертония (возникает во время беременности или в первые 24 часа после родов у женщин с нормальным артериальным давлением);

- преэклампсия, когда к картине нефропатии присоединяются признаки, связанные с расстройством мозгового кровообращения, повышением внутричерепного давления и отеком мозга: головная боль, центральная рвота, расстройство зрения (могут быть связаны с отеком, кровоизлиянием, отслойкой сетчатки), боли в животе, заторможенность или возбужденное состояние. Нарастает недостаточность функции печени, почек, кислородное голодание тканей и ацидоз;

- эклампсия — это синдром полиорганной недостаточности, на фоне которого развиваются судорожные припадки у беременных, рожениц с гестозом. В прогрессирующем течении гестоза могут привести к тяжелой акушерской патологии и неблагоприятным исходам для матери и плода. Доклинические изменения (снижение числа тромбоцитов, повышение уровня плазменного фибронектина, нарушения маточно-плацентарного кровото-

ка и др.) выявляются с 13–15 недели беременности.

ОБСЛЕДУЕМСЯ НА ФАКТОРЫ РИСКА

Изменения плаценты и нарушения плацентарного кровообращения приводят к недостаточному поступлению кислорода и необходимых питательных веществ к ребенку. Вопрос о тактике ведения беременности решается не только с точки зрения состояния материнского организма, но и плода. Доклиническая диагностика и превентивно начатое лечение почти в три раза снижают частоту клинически выраженных форм заболевания и частоту акушерских осложнений при родах.

Обследование на факторы риска осложненного течения беременности рекомендуется проходить на этапе планирования беременности или ее ранних сроках. Если такое обследование не было проведено вообще, то желательно сделать его независимо от сроков уже имеющейся беременности.

В качестве скрининга рекомендуется сдать анализ крови на гомоцистеин и аутоантитела (к кардиолипину, нативной и денатурированной ДНК, тиреоидной пероксидазе и тиреоглобулину), гемостазиограмму с тестами на волчаночный антикоагулянт.

Желательно также оценить состояние щитовидной железы (УЗИ с доплерометрией, ТТГ и Т4 св.), следить за артериальным давлением, сделать общий анализ крови и мочи. По показаниям спектр анализов может быть расширен.

ПРОФИЛАКТОРИЙ

Профилактический комплекс включает в себя диету, режим bed rest, витамины, фитосборы с седативным эффектом и улучшающим функцию почек механизмом, спазмолитики, препараты, влияю-